

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

Фармацевтичний та медико-профілактичний факультет
Кафедра педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права

На правах рукопису

Бичківська Тетяна Миколаївна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти
за спеціальністю 053 «Психологія»

**на тему: «Депресивні симптоми при хронічних захворюваннях та їх
вплив на хід лікування»**

Керівник:

Костюк Олена Іванівна,

кандидат психологічних наук,
старший викладач кафедри педагогіки, психології, медичного та
фармацевтичного права НУОЗ України імені П.Л. Шупика

Рецензент:

Гірник Андрій Миколайович,

професор, кандидат філософських наук,
професор кафедри психології та педагогіки Національного університету
«Києво-Могилянська академія»

Робота містить результати власного дослідження автора. Використані
здобутки інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ Т.М.Бичківська

(підпис)

Робота допущена до захисту 02 грудня 2024 року.

Завідувач випускової кафедри

_____ професор В.В. Краснов

(підпис)

Київ – 2024

АНОТАЦІЯ

Бичківська Т.М. Депресивні симптоми при хронічних захворюваннях та їх вплив на хід лікування. Рукопис.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 053 «Психологія». Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика. МОЗ України, Київ, 2024.

Кваліфікаційна робота присвячена комплексному дослідженню депресивних симптомів у пацієнтів із хронічними захворюваннями, такими як артеріальна гіпертензія та цукровий діабет, а також їхньому впливу на перебіг і результати терапії.

У теоретичній частині проаналізовано сучасні підходи до класифікації, діагностики та аналізу депресивних ознак, а також підходи, що враховують етіологічні фактори. Розглянуто взаємозв'язок між депресією та довготривалими захворюваннями, вплив емоційних, когнітивних та соціальних аспектів на якість життя пацієнтів. Особлива увага приділена впливу депресивних проявів на прихильність до лікування та ризику прогресування захворювань.

Емпіричне дослідження проведено з використанням валідних психодіагностичних інструментів: шкали депресії Балашова та опитувальника PHQ-9. У вибірку увійшли три групи осіб: з артеріальною гіпертензією, цукровим діабетом і без хронічних захворювань. Виявлено особливості проявів депресії у пацієнтів із артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом у порівнянні з людьми без хронічних станів. Проаналізовано чинники, які впливають на перебіг розладу.

На основі отриманих даних обґрунтовано доцільність включення психологічної підтримки та регулярного скринінгу на депресію до стандартів лікування хронічних захворювань. Розроблено рекомендації для покращення діагностики та корекції депресивних симптомів, які включають підвищення ролі психологічного супроводу, міждисциплінарний підхід у лікуванні та освітні програми для пацієнтів і лікарів.

Практичне значення роботи полягає в тому, що її результати можуть бути використані у клінічній практиці для оптимізації лікування пацієнтів із захворюваннями, які тривають довгий час, а також у навчальних програмах з підготовки медичних та психологічних фахівців.

У роботі запропоновано впровадження регулярного психологічного скринінгу в практику сімейної медицини та використання індивідуалізованих методів психотерапії для покращення стану пацієнтів.

Ключові слова: депресія, хронічні захворювання, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, психодіагностика, психологічна підтримка, ефективність лікування.

SUMMARY

Bychkivska T.M. Depressive Symptoms in Chronic Diseases and Their Impact on Treatment. Manuscript.

Qualification paper for an educational degree of Master on speciality 053 Psychology. Shupyk National Healthcare University of Ukraine. Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, 2024.

This qualification thesis is dedicated to a comprehensive study of depressive symptoms in patients with chronic diseases such as arterial hypertension and diabetes mellitus, as well as their impact on the course and outcomes of therapy. The theoretical section analyzes modern approaches to the classification, diagnosis, and analysis of depressive symptoms, including approaches that consider etiological factors. The interconnection between depression and chronic diseases is examined, emphasizing the influence of emotional, cognitive, and social aspects on the quality of life of patients. Special attention is paid to the impact of depressive manifestations on treatment adherence and the risks of disease progression.

The empirical research was conducted using validated psychodiagnostic tools: the Balashov Depression Scale and the PHQ-9 questionnaire. The sample included three groups of individuals: those with arterial hypertension, diabetes mellitus, and without chronic diseases. The study identified the features of depression in patients with arterial hypertension and diabetes mellitus compared to individuals without chronic conditions and analyzed factors influencing the course of the disorder.

Based on the data obtained, the thesis substantiates the necessity of integrating psychological support and regular depression screening into the standards of chronic disease management. Recommendations are developed to improve the diagnosis and correction of depressive symptoms, which include enhancing the role of psychological support, adopting a multidisciplinary approach to treatment, and introducing educational programs for both patients and healthcare providers.

The practical significance of the work lies in the potential application of its results in clinical practice to optimize the treatment of patients with long-term illnesses and in educational programs for training medical and psychological specialists.

The thesis proposes the implementation of regular psychological screening in family medicine practice and the use of individualized psychotherapy methods to improve patient outcomes.

Keywords: depression, chronic diseases, arterial hypertension, diabetes mellitus, psychodiagnostics, psychological support, treatment effectiveness.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ І	
ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ ДЕПРЕСИВНИХ СИМПТОМІВ НА ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ: ОГЛЯД ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ПІДХОДІВ.....	12
1.1. Хронічні захворювання: характеристика, типи та поширеність.....	12
1.2. Депресивні розлади: класифікація, симптоми та діагностика	17
1.3. Взаємозв'язок між хронічними захворюваннями та розвитком депресії...33	
1.4. Протективні фактори, що запобігають розвитку депресії: аналіз індивідуальних, соціальних та поведінкових чинників.....	36
1.5. Вплив депресивних симптомів на хід та лікування хронічних захворювань.....	43
Висновки розділу І.....	46
РОЗДІЛ ІІ	
ЕМПІРИЧНИЙ АНАЛІЗ ДЕПРЕСИВНИХ СИМПТОМІВ У КОНТЕКСТІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ХВОРОБ.....	48
2.1. Огляд клінічних досліджень та спостережень.....	48
2.2. Методика дослідженн.....	51
2.3. Аналіз клінічних спостережень та результатів дослідження	57
2.4. Виявлення основних закономірностей та висновки.....	71
Висновки розділу ІІ.....	90
РОЗДІЛ ІІІ	
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ДІАГНОСТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ ДЕПРЕСИВНИХ СИМПТОМІВ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ.....	92
2.1. Рекомендації щодо вдосконалення діагностики та лікування депресивних симптомів у пацієнтів з хронічними захворюваннями.....	92

2.2. Розробка рекомендацій для клінічної практики та систем охорони здоров'я.....	95
2.3. Розробка рекомендацій для покращення якості життя людей з хронічними захворюваннями (гіпертонічна хвороба, цукровий діабет).....	101
Висновки розділу III.....	103
ВИСНОВКИ.....	105
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	109
ДОДАТКИ.....	122

ВСТУП

Згідно досліджень депресія зустрічається у 5%–17% населення. Жінки вдвічі частіше страждають на депресивний розлад, ніж чоловіки, що пов'язано з наявністю у них двох Х-хромосом, у яких містяться гени, що впливають на розвиток розладу. За останні 40 років частота виявлення депресії зросла вдвічі. Вона є основним діагнозом у 5%–10% пацієнтів, які звертаються за медичною допомогою.

Працюючи над даною темою ми зрозуміли, що чимало відомих зарубіжних науковців досліджували проблему депресії. Серед них можна виділити американського психіатра Аарона Бека, його учня Девіда Бернса, американських психологів Мартіна Селігмана, Роберта ДеРубейза та Стівена Холлона, британських психологів Пітера Фонагі та Мері Таргет, американського нейробіолога Річарда Девідсона, американську клінічну психологиню Кей Редфілд Джеймісон, британських соціологів Джорджа Брауна та Тірріл Харріс, а також Зіндела Сегала, Джона Тісдейла і Марка Вільямса.

В Україні цим питанням також переймаються багато видатних науковців, психіатрів, психологів та експертів у сфері психічного здоров'я, які зробили значний внесок у дослідження, діагностику та лікування цього захворювання. Серед них можна виділити Олега Чабана, Ірину Пінчук, Світлану Олексюк, Андрія Козінчука, Оксану Карабанову, Людмилу Кришталь, Ірину Руденко та Тетяну Ященко.

Питання депресивних симптомів саме у пацієнтів із хронічними захворюваннями є надзвичайно актуальним в сучасній медицині. Вони нерідко супроводжуються депресивними розладами, що можуть значно ускладнювати хід лікування. Дослідження показують, що депресія зустрічається у 20-30% пацієнтів з хронічними хворобами, зокрема такими як цукровий діабет, серцево-судинні хвороби та хронічне обструктивне захворювання легень [83]. Це може бути зумовлено не тільки фізичними обмеженнями та болем, а й

соціальною ізоляцією, зміною способу життя та іншими факторами, які супроводжують такі стани людей [62].

Симптоми розладу знижують мотивацію пацієнтів до дотримання медичних рекомендацій, що, в свою чергу, призводить до зниження ефективності лікування, підвищення ризику ускладнень та збільшення частоти госпіталізацій [94, 102].

Крім того, депресія може впливати на біологічні механізми, що залучені в патогенез хронічних захворювань [107]. Таким чином, депресивність у людей не лише погіршує якість їх життя, але й сприяє прогресуванню захворювань, роблячи їх лікування більш складним та менш ефективним [62].

Зниження якості життя та висока частота госпіталізацій серед цих пацієнтів роблять проблему депресії особливо актуальною для системи охорони здоров'я [13].

Тема дипломної роботи — «Депресивні симптоми при хронічних захворюваннях та їх вплив на хід лікування» — є констатуючим дослідженням, що визначає важливі взаємозв'язки між депресивними проявами та хронічними захворюваннями. Ця робота виступає першим, фундаментальним етапом у дослідженні цієї складної тематики, закладаючи основи для подальшого поглибленого вивчення та розробки методик підтримки та покращення психоемоційного стану пацієнтів із хронічними захворюваннями. Ми приймаємо участь у покращенні якості/посиленні системи громадського здоров'я проекту «Розбудова стійкої системи громадського здоров'я». Тому для нас дане дослідження є цікавим і інформативним для подальшої роботи.

Мета дипломної роботи – дослідження проявів депресивних симптомів у пацієнтів з хронічними захворюваннями (гіпертонія, цукровий діабет), визначення їх частоти та інтенсивності. Розробка рекомендації щодо покращення комплексного підходу до лікування таких пацієнтів.

Відштовхуючись від мети маємо наступні завдання:

1. Провести аналіз наукової літератури щодо прояву депресії у пацієнтів з хронічними захворюваннями.
2. Оцінити поширеність депресивної симптоматики серед людей з різними хронічними захворюваннями, зокрема такими як діабет та гіпертонічна хвороба.
3. Провести діагностику серед пацієнтів, які живуть з цукровим діабетом, гіпертонічною хворобою для визначення частоти та ступеня вираженості депресивних проявів.
4. Визначити частоту та інтенсивність проявів депресивних симптомів у осіб, які не мають хронічних захворювань.
5. Розробити на основі отриманих даних рекомендації, які допоможуть оптимізувати управління депресією у пацієнтів з цукровим діабетом, гіпертонічною хворобою та підвищити якість їх лікування.
6. Поширити результати дослідження через публікації у наукових журналах та представлення на конференціях.
7. В майбутньому оцінити ефективність розроблених рекомендацій на основі результатів практичних впроваджень.

Об'єкт дослідження – пацієнти з хронічними захворюваннями: цукровим діабетом, гіпертонічною хворобою. Ця категорія пацієнтів часто стикається з підвищеним ризиком ускладнень і погіршенням якості життя, що зумовлює необхідність комплексного підходу до їх лікування та догляду. Як свідчать дослідження цукровий діабет, серцево-судинні хвороби, хронічні обструктивні захворювання легень, ревматоїдний артрит та інші хвороби з тривалим перебігом, є основними причинами довготривалого лікування та інвалідизації у світі [58].

Предмет дослідження – депресивні симптомами у людей з гіпертонічною хворобою, цукровим діабетом та без хронічних захворювань, а саме суб'єктивні і об'єктивні прояви депресії у даних осіб. Суб'єктивні скарги включають печаль, безнадійність, втрату інтересу до життя, тоді як об'єктивні

вияви мають підтверджуватися клінічними шкалами (шкала депресії Балашова, опитувальник PHQ-9).

Гіпотеза: пацієнти з хронічними захворюваннями мають підвищений ризик розвитку депресивних симптомів, що може суттєво впливати на їхній загальний стан здоров'я та перебіг захворювання.

Для вивчення вище зазначеної теми застосовувався комплексний підхід, що поєднує різноманітні методи дослідження, які дозволяють отримати об'єктивні дані та формулювати обґрунтовані висновки.

– Теоретичні методи: аналіз і синтез, узагальнення та систематизація наукових даних, представлених у сучасній літературі, з метою визначення поняттєвого апарату дослідження, різних підходів і точок зору на проблему; виявлення закономірностей.

– Емпіричні методи: тестування, анкетування та опитування.

– Математичні методи: методи описової статистики, метод аналізу статистичних даних Стюдента.

Як діагностичний інструментарій для вирішення поставлених завдань були використані:

- шкала депресії Балашова,
- опитувальник PHQ-9,
- методика визначення показників та форм агресії А.Басса-А.Дарки.

Теоретичне значення дослідження полягає в розширенні нашого розуміння взаємозв'язку між фізичним та психічним здоров'ям пацієнтів з хронічними захворюваннями. Також воно допоможе розкрити, як депресивні симптоми впливають на перебіг даних хвороб, зокрема таких як діабет та серцево-судинні хвороби (гіпертонічна хвороба). Встановлення цього взаємозв'язку є ключовим для розробки більш ефективних підходів до терапії, а вивчення взаємодії фізичних та психічних факторів сприятиме створенню нових теоретичних моделей, які допоможуть пояснити вплив депресії на хронічні захворювання. Це дозволить побудувати більш цілісне уявлення про психосоматичні процеси, що відбуваються у таких пацієнтів.

Результати дослідження зроблять додатковий внесок у загальне наукове розуміння психосоматичних взаємозв'язків у медицині. Дякуючи цьому можна буде удосконалити підходи до лікування та профілактики хронічних захворювань з урахуванням психічного стану пацієнтів, що підтверджується сучасними оглядами та мета-аналізами [38].

Дослідження в нашій темі надасть практичні рекомендації щодо діагностики депресії у пацієнтів з хронічними захворюваннями. Отримані результати допоможуть медичним закладам та фахівцям обирати ефективніші стратегії управління депресією у людей з зазначеними хворобами.

Розробка психосоціальних інтервенцій, спрямованих на покращення психічного благополуччя, позитивно вплине на якість життя осіб з довготривалими хворобами. Як свідчать вже проведені дослідження, інтегроване лікування депресії може знизити рівень госпіталізацій та покращити загальні результати [76].

Отже, це дослідження матиме важливе теоретичне значення для розвитку наукових знань у галузі медицини та практичне значення для покращення терапії та якості життя пацієнтів з хронічними захворюваннями.

Теоретико-методологічну основу дослідження становлять роботи окремих вчених, таких як Аарон Бек і Ганс Сельє, а також дослідження цілих колективів, зокрема групи дослідників з Гарвардської медичної школи, Національного інституту психічного здоров'я США (NIMH), та Mayo Clinic. Значний внесок у систематизацію та поглиблення наукових уявлень щодо проблеми зробили також вітчизняні дослідники, зокрема фахівці з Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика та інших провідних медичних установ. Їхні роботи слугують теоретичною базою для визначення напрямків практичної роботи з цією проблемою.

Практичне значення дослідження полягає в тому, що його результати та висновки можуть бути застосовані в практичній діяльності психологів для

роботи з особами, які мають хронічні захворювання. Це включає розробку та вдосконалення діагностичного інструментарію, спрямованого на дослідження депресії. Матеріали роботи також можуть бути використані в навчальному процесі для підготовки фахівців психологічного спрямування.

Структура роботи. Робота містить вступ, три розділи з 12 підрозділами, висновки до кожного розділу та загальні висновки. Вона представлена на 149 сторінках, з яких 101 сторінка складає основний текст. У дослідженні наведено 9 таблиць, 18 рисунків і 11 додатків. Список використаних джерел налічує 124 позиції.

РОЗДІЛ І

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ ДЕПРЕСИВНИХ СИМПТОМІВ НА ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ: ОГЛЯД ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ПІДХОДІВ

1.1. Хронічні захворювання: характеристика, типи та поширеність

Хронічні захворювання — це медичні стани або хвороби, які тривають протягом тривалого періоду (зазвичай більше одного року) і часто розвиваються повільно, маючи схильність до рецидивів і періодичних загострень [16]. Вони зазвичай вимагають тривалого медичного контролю, лікування або догляду та відрізняються від гострих своїм тривалим перебігом, можливістю ускладнень та змінами в структурі і функції органів і систем організму [25]. Вони можуть охоплювати широкий спектр медичних станів, включаючи серцево-судинні захворювання (наприклад, ішемічна хвороба серця, гіпертонія), цукровий діабет, хронічна обструктивна хвороба легень, ревматоїдний артрит, хронічні захворювання нирок, психічні розлади (наприклад, депресія, шизофренія) та багато інших [7].

Визначення хронічних захворювань важливо для розуміння їх впливу на здоров'я та якість життя пацієнтів, а також для розробки ефективних стратегій терапії та профілактики

Вони класифікуються за різними критеріями, такими як організаційна система (наприклад, серцево-судинні захворювання), етіологія (причина), патогенез (механізм розвитку) та ін. [25].

Вищезгадані хвороби становлять серйозну проблему громадського здоров'я через їх високу поширеність та значний вплив на якість життя пацієнтів. Поширеність хронічних захворювань постійно зростає у всьому світі через старіння населення, зміни способу життя, такі як недостатня фізична активність, незбалансоване харчування та шкідливі звички [16]. Епідеміологічні дослідження свідчать, що захворюваність на хронічні хвороби

значно збільшується у різних регіонах та серед різних вікових груп, особливо у літньому віці [35].

Це є важливою проблемою громадського здоров'я, оскільки вони мають значний вплив на якість життя, функціональність та тривалість життя людей. До найпоширеніших хронічних захворювань належать: цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, хронічна обструктивна хвороба легень, астма, серцева недостатність, ішемічна хвороба серця, ревматоїдний артрит, хронічна ниркова недостатність, остеопороз, хронічний гепатит, псоріаз, глаукома, депресія, рак, хвороба Альцгеймера тощо [35].

Діабет є однією з найпоширеніших ендокринних патологій, що характеризується хронічно високим вмістом глюкози в крові (гіперглікемія) [35]. Відсутність належного контролю над цим станом може призводити до серйозних ускладнень, таких як серцево-судинні захворювання, ниркова недостатність, проблеми із зором та інші. За даними досліджень, близько 463 мільйонів людей у світі живуть з діабетом, що свідчить про його глобальну поширеність [91]. В основі цукрового діабету лежить недостатнє вироблення інсуліну підшлунковою залозою (діабет 1-го типу) або порушення дії інсуліну на клітини (діабет 2-го типу), що призводить до підвищеного рівня глюкози в крові, що може спричинити серйозні ускладнення [63].

За даними Американської діабетичної асоціації (ADA), основними факторами ризику для розвитку діабету 2-го типу є надмірна вага, малорухливий спосіб життя, вік понад 45 років, а також наявність діабету у родичів. Цукровий діабет 1-го типу зазвичай розвивається в дитячому або підлітковому віці і вимагає життєвої інсулінотерапії [35].

У клінічному керівництві "Standards of Medical Care in Diabetes" (2023), опублікованому Американською діабетичною асоціацією, зазначається, що основними принципами лікування цукрового діабету є контроль рівня глюкози, корекція харчування, регулярне фізичне навантаження, а також застосування медикаментозної терапії, яка включає інсулін або пероральні цукрознижувальні препарати. Особлива увага приділяється моніторингу рівня

глюкози в крові та профілактиці ускладнень [63]. Додатково, у підручнику "Diabetes Mellitus: A Fundamental and Clinical Text" під редакцією Дерек Ліхтенауера (2021) детально розглядаються патофізіологічні механізми розвитку цукрового діабету, його клінічні прояви та підходи до лікування. Вказується на важливість міждисциплінарного підходу до лікування пацієнтів з діабетом, що включає не лише медикаментозну терапію, але й психосоціальну підтримку та навчання людей [95].

Серцево-судинні захворювання є групою патологій, що вражають серце та кровоносні судини [25]. До основних таких захворювань належать ішемічна хвороба серця, інсульт, артеріальна гіпертензія, серцева недостатність тощо. Дана група хвороб є однією з провідних причин смертності у світі [64].

Ішемічна хвороба серця, зокрема, виникає внаслідок атеросклерозу, коли артерії, що постачають серце кров'ю, звужуються через накопичення атеросклеротичних бляшок [25]. Артеріальна гіпертензія, яка є важливим чинником ризику для багатьох серцево-судинних захворювань, сприяє збільшенню навантаження на серце, що з часом може призвести до серцевої недостатності [25].

У клінічних рекомендаціях Європейського товариства кардіологів (ESC) від 2021 року наголошується на важливості комплексного підходу до лікування та профілактики даних захворювань. Рекомендації включають модифікацію способу життя (здорове харчування, фізична активність, відмова від куріння), контроль артеріального тиску, рівня холестерину та глюкози, а також використання медикаментозної терапії [18].

У підручнику "Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine" під редакцією Дугласа Манні (2020) розглядаються сучасні підходи до діагностики, лікування та профілактики серцево-судинних захворювань. Важливим аспектом є акцент на персоналізованому підході, що враховує індивідуальні ризики та особливості пацієнта [97].

Гіпертонічна хвороба, або артеріальна гіпертензія, є одним з найпоширеніших хронічних захворювань у світі [25]. Вона характеризується

стабільним підвищенням артеріального тиску, що може призводити до серйозних ускладнень, таких як інсульт, серцева недостатність, інфаркт міокарда та хронічна ниркова недостатність [105].

Основні умови ризику розвитку даного захворювання включають генетичну схильність, вік, надмірну вагу, малорухливий спосіб життя, підвищене споживання солі, стрес, зловживання алкоголем та куріння. Лікування гіпертензії, зазвичай, включає модифікацію способу життя (здорове харчування, фізична активність, зменшення споживання солі та алкоголю), а також фармакотерапію [25].

Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), артеріальна гіпертензія є одним із найбільших глобальних ризиків для здоров'я, який щорічно спричиняє мільйони випадків смертей і втрат працездатності. ВООЗ рекомендує проводити регулярні вимірювання артеріального тиску для раннього виявлення захворювання та своєчасного лікування.

Хронічне обструктивне захворювання легень є прогресуючим та характеризується стійким обмеженням повітряного потоку в легенях, основними причинами якого є тривале куріння та вплив шкідливих частинок чи газів [59].

Ревматоїдний артрит це системне аутоімунне захворювання, що вражає суглоби, викликаючи їх запалення, болі та деформації, а також може впливати на інші органи, включаючи серце, легені та очі [117].

Хронічна хвороба нирок характеризується поступовим погіршенням функції нирок протягом тривалого часу, що може призводити до ниркової недостатності та потреби в діалізі або трансплантації нирки [93]. Вона є поширеною серед пацієнтів з діабетом та гіпертензією, що підкреслює важливість комплексного підходу до лікування цих захворювань [70].

Хронічний біль, такий як біль у спині, мігрень, артрит або невропатія, може бути результатом різних захворювань і значно погіршує якість життя

пацієнтів. Від такого болю страждають мільйони людей у світі, і його ефективне лікування залишається викликом для медицини.

Депресія є поширеним хронічним психічним розладом, що впливає на всі аспекти життя особистості, включаючи фізичне здоров'я. За даними ВООЗ, понад 264 мільйони людей у світі страждають від цієї недуги. Вона може бути як самостійним захворюванням, так і коморбідним станом при інших хронічних захворюваннях [17].

Даний розлад характеризується стійким відчуттям смутку, втрати інтересу або задоволення в повсякденних діяльностях, а також різноманітними когнітивними та фізичними симптомами [23]. Також може мати різні форми, від легкого депресивного епізоду до важких випадків клінічної депресії, яка суттєво впливає на якість життя та функціонування людини [28].

Згідно з Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) Американської психіатричної асоціації, депресія є багатофакторним розладом, який може виникати внаслідок взаємодії генетичних, біологічних, екологічних та психологічних чинників. Зокрема, тут підкреслюється важливість дисбалансу нейротрансмітерів, таких як серотонін, норепінефрин і допамін, у патофізіології розладу[1].

Нажаль, поширеність хронічних захворювань зростає, що пов'язано з демографічними змінами та зміною способу життя. Вони потребують тривалого лікування, догляду та попередження, що є ключовим завданням для сучасної медицини [13].

1.2. Депресивні розлади: класифікація, симптоми та діагностика

Депресивні розлади – це група психічних порушень, що проявляються тривалим відчуттям смутку, зниженим інтересом до звичних занять, а також різноманітними змінами в мисленні, поведінці та фізіологічних функціях [37]. Існують різні типи депресивних розладів, кожен з яких має свої особливості та клінічну картину.

Згідно з Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) Американської психіатричної асоціації, основними симптомами депресивних розладів є пригнічений настрій, що тривають не менше двох тижнів, і супроводжуються додатковими ознаками, такими як порушення сну, зміна апетиту, втома, відчуття нікчемності або надмірне почуття провини, труднощі з концентрацією уваги, а також думки про смерть або самогубство[1]. Ці прояви повинні значно впливати на повсякденне функціонування людини [37].

Депресивні розлади є складною та багатогранною проблемою, яка охоплює різноманітні підтипи, що відрізняються за симптоматикою, перебігом, причинами та прогнозом [4]. Їх класифікація дозволяє краще зрозуміти природу виникнення та вибрати оптимальні стратегії терапії.

Досить поширеною є класифікація за DSM-5 (Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів).

На нашу думку, DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) є основним діагностичним інструментом, розробленим Американською психіатричною асоціацією (APA) для класифікації психічних розладів.

Класифікація депресивних розладів за даним посібником включає кілька окремих категорій, кожна з яких має свої діагностичні критерії та клінічні характеристики. Хочемо зупинитися на цьому більш детально:

1. Мажорний депресивний розлад: характеризується наявністю одного або більше мажорних депресивних епізодів, які тривають щонайменше два тижні [1]. Симптоми включають пригнічений настрій, втрату інтересу або задоволення, значні зміни маси тіла, апетиту, порушення сну, втомлюваність, почуття нікчемності або надмірне почуття провини, труднощі з концентрацією уваги, суїцидальні думки [1].
2. Персистуючий депресивний розлад: це хронічний розлад, при якому прояви депресії присутні більшу частину дня, більше днів, ніж ні, протягом щонайменше двох років[1]. Вони можуть бути менш вираженими, ніж при мажорному депресивному розладі, але тривалість їх є більшою [1].

3. Дисфоричний розлад передменструального періоду: це форма депресії, яка виникає у жінок у передменструальний період, де виражені перепади настрою, дратівливість, депресивний настрій, тривогу, зниження інтересу до звичних активностей та інші фізичні та емоційні сигнали [1].
4. Депресивний розлад, викликаний прийомом речовин/медикаментів: виникає відповідно як наслідок прийому або відміни певних речовин або медикаментів і симптоматика депресії з'являється під час або незабаром після впливу речовини [1].
5. Депресивний розлад, пов'язаний з іншим медичним станом: в цьому випадку розлад є наслідком іншого медичного захворювання, наприклад, при хронічних захворюваннях або неврологічних порушеннях [1].
6. Інші специфіковані депресивні розлади: ця категорія використовується для діагностики депресивних ознак, які не повністю відповідають критеріям інших класифікацій депресії, але все ж мають значущі клінічні прояви[1]. Наприклад, це може бути депресивний епізод з недостатньою тривалістю або депресія з нетиповими ознаками.
7. Не специфічний депресивний розлад: дана категорія використовується, коли клінічні симптоми депресії присутні, але вони не відповідають повним критеріям жодного конкретного депресивного розладу, і немає достатньо інформації для детальної класифікації [1].

Вище згадана класифікація за DSM-5, на нашу думку, є корисним інструментом для діагностики та лікування депресивних розладів, тому що вона забезпечує стандартизовані критерії для ідентифікації та розмежування різних типів депресії і її критерії є основними для клінічної практики (Американська психіатрична асоціація, 2024).

Варта уваги класифікація за МКХ-11 (Міжнародна класифікація хвороб), яка розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ).

Вона надає структурований підхід до діагностики депресивних станів. Саме в МКХ-11 зазначено:

1. Розлад депресивний епізод – характеризується наявністю одного або більше депресивних епізодів, які тривають щонайменше два тижні. Прояви, які можемо спостерігати – це пригнічений настрій, втрату інтересу або задоволення, втомлюваність, зміна маси тіла, апетиту, порушення сну, труднощі з концентрацією, почуття нікчемності або надмірного почуття провини, а також суїцидальні думки [29].
2. Рекурентний депресивний розлад – при якому людина переживає повторні депресивні епізоди (зазвичай мінімум два), розділені періодами ремісії без значних симптомів депресії [29]. Кожен епізод триває щонайменше два тижні, а періоди ремісії — кілька місяців або довше.
3. Дистимія – це хронічний депресивний стан, при якому характеристики депресії присутні більшу частину дня протягом щонайменше двох років [29]. Вони можуть бути менш вираженими, ніж при депресивних епізодах, але вони є тривалими та стійкими.
4. Депресивний розлад із супутніми тривожними симптомами – при якому вони супроводжуються значною тривогою і включають постійне занепокоєння, напругу, підвищену дратівливість [29].
5. Сезонний афективний розлад – характеризується депресивними епізодами, які виникають у певні пори року, найчастіше восени або взимку [29]. Пригнічений настрій, втома, підвищений апетит та надмірна сонливість – це його ознаки.
6. Депресивний розлад, викликаний медичним станом або прийомом речовин, тобто депресія, що виникає як наслідок іншого медичного стану або в результаті впливу певних речовин або медикаментів [29].
7. Депресивний розлад із психотичними симптомами – характеризується наявністю депресивних ознак у поєднанні з психотичними, такими як галюцинації або марення [29].
8. Депресивний епізод з меланхолічними ознаками – цей тип депресії відрізняється особливо важкими проявами, такими як втрата задоволення від усіх або майже всіх видів діяльності, раннє пробудження, значна втрата ваги, апетиту та глибоке почуття провини [29].

9. Депресивний розлад з атиповими ознаками – це підтип депресії, що характеризується нетиповими симптомами, такими як підвищений апетит, надмірна сонливість, важкість у кінцівках, і надмірна реакція на міжособистісні стреси [29].
10. Інші специфіковані депресивні розлади – сюди відносяться депресивні розлади, які не підпадають під чітко визначені категорії МКХ-11, але мають клінічно значущі маркери.
11. Не специфіковані депресивні розлади – використовується в тих випадках, коли симптоми депресії присутні, але вони не відповідають критеріям жодної конкретної категорії депресивних розладів, і немає достатньої інформації для точної діагностики. Як ми помітили, ці дві класифікації перегукуються і є певною мірою схожими.

Цікавими та інформативними, на нашу думку, є упорядкування, описані нижче. Наразі зупинимось на класифікації за етіологією, яка враховує причини виникнення депресії.

Біологічна депресія – пов'язана з дисбалансом нейромедіаторів, генетичною схильністю та іншими біологічними факторами [55].

Психогенна депресія – зумовлена психосоціальними умовами, такими як стрес, втрати, травми [52].

Соматогенна депресія – виникає на тлі інших фізичних захворювань, таких як інфаркт міокарда або інсульт [69].

Як було зазначено, існує розмежування за тривалістю та тяжкістю симптомів. Дана класифікація містить гостру депресію, яка характеризується раптовим початком і важкою симптоматикою, що потребує негайного втручання та хронічну, яка проявляється помірними, але стійкими проявами, що зберігаються протягом тривалого часу, часто більше двох років [73].

Класифікація за коморбідністю (наявністю інших психічних розладів) включає в себе депресію коморбідну з тривожними розладами (у пацієнтів з депресією часто спостерігаються симптоми тривоги, що ускладнює лікування)

та депресію, коморбідну з залежностями (характерна для пацієнтів, що страждають на алкогольну або наркотичну залежність) [77].

Розподіл за віковою категорією: депресія у дітей та підлітків, яка проявляється дратівливістю, проблемами в школі та соціальній ізоляції та депресія у літніх людей, яка характеризується втратою енергії, соматичними скаргами і часто переплітається з когнітивними порушеннями [47].

Класифікація за клінічним типом перебігу депресії:

- меланхолічна депресія (виражений пригнічений настрій, ранкові пробудження, втрата апетиту та маси тіла, почуття провини, та втрата задоволення від більшості діяльності);
- ажитована депресія (супроводжується підвищеним збудженням, тривогою, неспокоєм та дратівливістю);
- кататонічна депресія (включає рухові симптоми, такі як заціпеніння або навпаки гіперактивність, а також мовні порушення [118].

Класифікація за реакцією на лікування – це резистентна депресія, яка не піддається стандартним методам лікування, таким як антидепресанти або когнітивно-поведінкова терапія та рекурентна, яка характеризується частими рецидивами після тимчасового полегшення або ремісії [51].

Групування за психосоціальними факторами – це реактивна депресія, яка виникає як відповідь на значну життєву подію або стресовий чинник (наприклад, втрата роботи, розлучення) та ендогенна, яка вважається внутрішньо зумовленою і не пов'язана з конкретними зовнішніми подіями, а скоріше з біологічними або генетичними аспектами [109].

За сезонним фактором виділяють сезонний депресивний розлад, який виникає переважно в осінньо-зимовий період, коли скорочується світловий день [115].

Структурування за нейрофізіологічними особливостями:

- Депресія з домінуванням серотонінового дефіциту, що пов'язано з недостатністю серотоніну в мозку і часто асоціюється зі збільшеним ризиком тривожних розладів [60].

-Депресія з порушенням допамінергічної системи характеризується вираженою анергією, відсутністю мотивації та гедонічними порушеннями, що пов'язано з дефіцитом допаміну [103].

-Депресія з підвищеним рівнем кортизолу характеризується високим рівнем стресового гормону кортизолу, що вказує на надмірну активність гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі [103].

Як було сказано раніше, існують різні систематизації і окрім вже описаних, зустрічаються ще наступні:

Класифікація за життєвими етапами:

-перинатальна та післяпологова депресії, що виникає під час вагітності або в перші кілька місяців після пологів та включає як пренатальну, так і постнатальну депресію [104].

-Клімактерична депресія розвивається у жінок під час або після менопаузи, і може бути пов'язана з гормональними змінами [52].

Класифікація за типом провідних симптомів:

анхедонічна депресія, де ключовою характеристикою є анхедонія, тобто нездатність відчувати задоволення від раніше приємних активностей та соматизована, де переважають соматичні симптоми, такі як біль, порушення травлення, проблеми зі сном, що маскують даний стан [65].

Ранжування за типом реакції на стрес: психогенна депресія, яка виникає внаслідок серйозних психосоціальних стресів, таких як втрати, конфлікти або травматичні події та ситуатійна депресія, яка є реакцією на конкретну ситуацію, наприклад, втрату роботи, розлучення, або інші значні життєві зміни [101].

За спектром афективних розладів виділяють наступний розподіл – це уніполярна депресія без маніакальних або гіпоманіакальних епізодів, де єдиним виразним афектом є депресивний та біполярна, як частина біполярного розладу, яка включає як депресивні, так і маніакальні або гіпоманіакальні епізоди [71].

За функціональним станом пацієнта можна класифікувати на депресію з порушенням функціонування, коли вона суттєво впливає на здатність пацієнта виконувати повсякденні обов'язки, працювати або навчатися та депресію без значного порушення функціонування, коли пацієнт все ще здатен щось робити у більшості сфер життя, незважаючи на наявність симптомів [81].

Розмежування депресії за характером рецидивів дозволяє розрізнити різні форми захворювання залежно від частоти, тривалості та особливостей повторних епізодів:

1. Епізодична депресія обмежується одним епізодом, який триває не менше двох тижнів і після цього настає повна ремісія, без подальших рецидивів [85].
2. Рекурентна депресія характеризується наявністю кількох епізодів розладу протягом життя, кожен такий епізод триває не менше двох тижнів, і між ними спостерігається ремісія [81].
3. Хронічна депресія, коли симптоми тривають безперервно протягом двох років або більше без значної ремісії; це включає дистимію та великі депресивні розлади з хронічним перебігом [86].
4. Сезонний афективний розлад з рецидивами рецидивує в певний час року, зазвичай восени або взимку, а після закінчення сезону настає ремісія, яка триває до наступного сезону [115].
5. Резистентна депресія з рецидивами виникає в пацієнтів, які не відповідають на стандартні методи лікування та після короткочасного полегшення депресивні ознаки повертаються навіть після продовження лікування [51].

Класифікація за типом когнітивних порушень – це депресія з когнітивною дисфункцією, коли пацієнти відчують значні труднощі з концентрацією уваги, прийняттям рішень та пам'яттю, що суттєво впливає на їхню здатність до виконання щоденних завдань та без виражених порушень, але при цьому основні симптоми депресії присутні, когнітивні функції залишаються відносно збереженими [114].

Групування за гендерними особливостями – це жіноча депресія, яка враховує гормональні коливання, пов'язані з менструальним циклом,

вагітністю, післяпологовим періодом та менопаузою, які можуть сприяти розвитку розладу та чоловіча, яка часто маскується під гнів, дратівливість або поведінкові проблеми, і менше виражається у формі класичних симптомів депресії, таких як смуток або ангія (епізодичні болі або дискомфорт у грудній клітці) [89].

Класифікація за інтенсивністю суїцидальних тенденцій включає депресію з високим ризиком суїциду, коли пацієнти мають часті або інтенсивні думки про самогубство, що потребує негайного медичного втручання та без вираженого суїцидального ризику, коли вони можуть мати думки про смерть, але без планів або намірів щодо самогубства [97].

Всі ці класифікації доповнюють розуміння депресії як складного та багатовимірного стану, що включає різні біологічні, когнітивні, соціальні та гендерні аспекти та при діагностиці орієнтують спеціаліста на основні маркери, які можуть варіюватися від легких до важких і мати суттєвий вплив на щоденне функціонування людини. В літературі зустрічається такий розподіл депресивних симптомів як емоційні, когнітивні, фізичні, соціальні [5, 8, 10, 12, 16]. Зупинимось детальніше на кожній групі.

Емоційні прояви найчастіше включають пригнічений настрій та втрату інтересу або задоволення. В першому випадку пацієнти часто скаржаться на тривалий смуток, безнадійність або порожнечу, що може бути постійними або значно вираженими більшу частину дня, майже кожен день, а в другому випадку втрачається інтерес до активностей, які раніше приносили задоволення, включаючи хобі, роботу, соціальні контакти, або секс [121].

До когнітивних симптомів відноситься відчуття безнадійності та нікчемності, порушення концентрації, нав'язливі думки, в тому числі про смерть або самогубство [16].

Люди з депресивними ознаками часто відчують себе безпорадними або вважають, що їхнє майбутнє приречене; для них характерні думки про власну нікчемність і відчуття провини [16]. Вище згадані пацієнти можуть

відзначати труднощі з концентрацією, увагою, прийняттям рішень та запам'ятовуванням [114].

Люди з депресією часто можуть мати повторювані думки про смерть, самогубство або можуть планувати самогубство. Це один із найсерйозніших симптомів, який потребує негайного втручання [98].

До фізичних проявів належить зміна апетиту та маси тіла, тому що депресія може призвести до значного зниження або підвищення споживання їжі, що в свою чергу може спровокувати схуднення, або навпаки (більше ніж 5% ваги тіла за місяць) [96].

Також сюди ж віднесемо порушення сну, яке включає безсоння (особливо ранні пробудження) або надмірну сонливість (гіперсомнія) що є поширеним серед пацієнтів з даним розладом [122].

Не варто ігнорувати втому або втрату енергії, тому що ці сигнали, навіть після достатнього сну, є частим ознаками депресії. Пацієнти можуть відчувати себе виснаженими або занадто втомленими, щоб виконувати повсякденні справи [123].

І останнє – моторна загальмованість або ажитація, так як особи можуть демонструвати сповільнені рухи або мову (психомоторну загальмованість) або, навпаки, надмірну збудженість та неспокій [44].

Соціальні симптоми це, найчастіше, ізоляція та уникання соціальних контактів, тому що депресія часто призводить до зниження соціальної активності та відчуття відчуженості, що може ще більше поглиблювати хворобу [57].

Достатньо часто серед пацієнтів зустрічаються психосоматичні прояви, які проявляються скаргами на болі або нездужання, такі як головний біль, біль в шиї або спині, необґрунтовані фізичні симптоми, які не піддаються лікуванню [12]. Клінічна картина депресії може варіюватися залежно від патогенетичного типу, а також відрізнятися в межах кожного етіологічного варіанту [17]. Характеристики цього розладу настільки різноманітні, що його часто порівнюють з актрисою, яка вміло ховає своє справжнє обличчя за

різними масками. При діагностиці спеціалісту у сфері психічного здоров'я слід бути уважним та спиратися на критерії DSM-5 або МКХ-1, яка вимагає наявності певної кількості цих симптомів протягом як мінімум двох тижнів. Разом з тим діагностика депресії здійснюється на основі клінічної бесіди між фахівцем і пацієнтом, а також, за потреби, з використанням спеціалізованих тестів [37].

У процесі обстеження можуть бути виявлені основні ознаки недуги. Знижений настрій є ключовим проявом депресії, який спостерігається щодня та не залежить від зовнішніх обставин [37]. Оскільки у житті завжди є якісь неприємності, можна знайти привід для поганого настрою, але для встановлення діагнозу депресії знижений настрій має тривати не менше двох тижнів [17]. Відпочинок, друзі, розваги або шоколад при цьому не допомагають повернути відчуття радості. Інші важливі симптоми включають уповільнення мислення та рухову загальмованість, які разом з низьким настроєм формують депресивну тріаду [4]. Пацієнти можуть втратити здатність відчувати задоволення від тих речей, які раніше приносили їм радість [4]. Також характерними є тривога, туга, безвихідь і душевний біль, які часто супроводжуються фізичними стражданнями, особливо вранці і це явище відоме як вітальність депресії [12]. Зниження мотивації призводить до втрати бажання виконувати звичні обов'язки або займатися улюбленими справами; такі пацієнти схильні до надмірного песимізму щодо майбутнього, теперішнього та минулого, що не відповідає дійсності [12]. Захворювання також супроводжується заниженою самооцінкою, втратою впевненості, нерішучістю та труднощами у прийнятті рішень [12].

При ендогенній депресії можлива наявність соматичної тріади Протопопова — це симптомокомплекс, що часто спостерігається саме при такому розладі, особливо при меланхолійній формі [11]. Вона була описана радянським психіатром Віктором Протопоповим і включає три основні симптоми: тахікардію (прискорене серцебиття), мідріаз (розширення зіниць) і запори [31]. Ця тріада свідчить про наявність вегетативних порушень, які

виникають на тлі депресивного розладу, і часто супроводжує тяжкі форми депресії. Тахікардія в рамках тріади Протопопова проявляється як стійке прискорення серцевого ритму навіть у стані спокою та відображає підвищену активність симпатичної нервової системи, що характерно для багатьох форм депресії, особливо при наявності тривожних компонентів [31].

Мідріаз, або розширення зіниць, також є показником активації симпатичної нервової системи і у пацієнтів із цією недугою та може спостерігатися постійно, що відображає загальний стан підвищеної напруженості та тривожності [31].

Запори є третьою складовою тріади і виникають вони внаслідок порушень у функціонуванні вже парасимпатичної нервової системи, що призводить до зниження моторики кишківника і це часто зустрічається при ендогенних депресіях і може бути одним із перших сигналів для лікаря про наявність серйозного психічного розладу [31].

Вище згадана тріада важлива для діагностики даного захворювання, оскільки її наявність вказує на тяжкість розладу та потребу в більш інтенсивному лікуванні. Оригінальне дослідження Протопопова, в якому він описує цей симптомокомплекс, було опубліковане у 1926 році, що залишається важливим джерелом інформації для психіатрів.

У клінічній практиці нерідко зустрічаються депресивні стани, де основні скарги пацієнта стосуються не тільки класичних проявів депресії як такої, а й додаткових ознак. Суб'єктивні відчуття погіршення пам'яті, труднощі з концентрацією уваги та сприйняттям інформації, а також з виконанням повсякденних обов'язків на роботі та вдома можуть викликати у пацієнта враження, що його інтелектуальні здібності та пам'ять погіршуються, але при цьому об'єктивне тестування не підтверджує значного зниження цих функцій [37]. Зміни апетиту призводять до того, що пацієнти помічають, що улюблені страви більше не приносять задоволення, змінюється смак їжі, і навіть їжа може стати обтяжливою справою і на це звернув увагу німецький психіатр Еміль Крепелін і описав у своїх роботах з кінця XIX та початку XX

століття. Це так звана тріада Крепеліна — класичний концепт у психіатрії, що описує основні симптоми депресивного розладу, складається з трьох основних проявів: знижений настрій (депресія), уповільнення мислення (психомоторна загальмованість) та загальна фізична та психічна слабкість (втома, або астенія) [21].

Знижений настрій є основним компонентом тріади, що проявляється в постійному почутті печалі, безнадійності та втраті інтересу до життя та відчувають себе пригніченими та не здатними отримувати задоволення від речей, які раніше приносили радість [21].

Уповільнення мислення помічається у загальній загальмованості розумових процесів, зниженні концентрації уваги, труднощах у прийнятті рішень та уповільненні реакцій, відчуваються труднощі в спілкуванні та вирішенні навіть простих завдань [21].

Загальна фізична та психічна слабкість відчувається через втому, виснаженість, навіть після незначних фізичних або розумових зусиль.

Над питанням депресії працювало багато науковців. Зокрема Т. Ташев (1979) у структурі депресії виділяє наступні субсиндроми: емоційний субсиндром, що включає тугу, болісне незадоволення та втрату зацікавленості; вольовий — характеризується відсутністю задоволення від роботи, страхом перед нею, зниженням працездатності, труднощами у прийнятті рішень та втратою ініціативи; вегетативно-соматичний субсиндром, що проявляється стомлюваністю, зниженням апетиту, порушенням сну, головним болем та серцебиттям; інтелектуально-розумовий включає в себе іпохондрію, нав'язливі думки, сповільнення мислення та суїцидальні думки; деперсоналізаційний — характеризується порушенням сприйняття власної особистості та навколишнього світу, що супроводжується відчуттям відчуженості або нереальності [10]. Людина може відчувати себе віддаленою від своїх думок, емоцій або тіла, ніби спостерігає за собою збоку і це може проявлятися як втрата відчуття реальності свого існування або відчуття, що навколишній світ є не справжнім, наче "під склом" або "у сні" і такий стан

часто викликає тривогу, страх і відчуття втрати контролю, що може посилювати інші депресивні ознаки [10].

В.П. Осіпов виділив свого часу симптом сухого язика, при якому він сухий, вкритий фулігінозним нальотом та тріщинами та характерне знижене виділення слини(гіпосалівація) [21].

При депресивних станах спостерігається своєрідний зіничний симптом Атанассіо – реакція зіниць на світло збережена, але відсутня реакція на акомодацию і конвергенцію [21]. До болісних депресивних афектів відноситься болісна психічна нечутливість, при цьому хворі кажуть, що вони втратили здатність відчувати, що почуття їх немов завмерли і закам'яніли, горе і радість близьких людей чужі їм [21]. До психічної анестезії близько примикає описаний Н.Л. Гаркаві (1945) синдром відчуження вітальних почуттів для якого характерні скарги пацієнтів на те, що в них пропало відчуття голоду, немає відчуття спраги [21].

До додаткових симптомів, які допомагають спеціалісту діагностувати депресію, також належать різноманітні больові відчуття, які можуть локалізуватися в області серця, шлунка, голови чи інших частин тіла та виражені при легких формах депресії, і часто призводять до звернення до лікарів соматичного профілю, які призначають численні обстеження та лікування, що виявляються неефективними [37].

Депресія, яка супроводжується тривогою, може маскуватися під вегетативну дисфункцію, що виражається у сухості або підвищеній пітливості шкіри, стійкому дермографізмі, холодності кінцівок, порушеннях роботи кишечника, підвищенні артеріального тиску, прискореному пульсі та диханні [9].

У підлітковому віці даний розлад часто супроводжується характерологічними змінами, такими як підвищена конфліктність, агресивність та антисоціальна поведінка [5]. У пацієнтів згаданої групи можуть також спостерігатися такі ризиковані форми поведінки, як наркоманія,

токсикоманія, залежність від азартних ігор, зловживання алкоголем, а також аутоагресія з тенденцією до самоушкодження [7].

За клінічним особливостям виділяють два десятки депресій в поєднанні з коморбідними або асоційованими розладами. Є.С. Авербух виділяв наступні варіанти депресивних симптомокомплексів: меланхолічний, тривожно-депресивний, астенодепресивний, деперсоналізійно-депресивний, нав'язливо-депресивний, депресивно-іпохондричний і вони можуть виявлятися у різних комбінаціях і можуть бути виражені в різній ступені важкості у різних людей [21].

Як ми бачимо, етіологія депресії є складною та багатофакторною, що включає як біологічні, так і психосоціальні чинники. Можна зазначити, що серед біологічних показників важливу роль відіграють генетична схильність, нейрохімічні зміни в мозку, порушення функцій нейротрансмітерів, таких як серотонін, норадреналін і дофамін, а також гормональні дисбаланси, зокрема порушення осі гіпоталамус–гіпофіз–наднирники [7]. Дослідження свідчать, що певні генетичні варіації можуть підвищувати ризик розвитку депресії, особливо у поєднанні зі стресовими життєвими подіями, наприклад, дослідження Р. Кендлера та його колег демонструє значну спадкову складову депресії, особливо серед близнюків [84].

Психосоціальні фактори, такі як стресові життєві події, хронічний стрес, міжособистісні проблеми, травматичний досвід в дитинстві або дорослому віці, також можуть ініціювати або посилювати депресивні епізоди [10].

Не можна також ігнорувати вплив соціальних факторів, таких як економічні труднощі, соціальна ізоляція, низький соціально-економічний статус та відсутність підтримки, які можуть поглиблювати депресію та перешкоджати одужанню. Робота "Depression: Causes and Treatment" Аарона Бека (Beck, 1972) пропонує детальний аналіз когнітивних та соціальних чинників, що впливають на розвиток депресії. Виходячи з вище розглянутого можемо сказати, що етіологія депресії є результатом складної взаємодії

біологічних, психологічних та соціальних умов, що може пояснити різноманітність проявів цього розладу та складність його лікування.

Як ми вже зрозуміли, діагностика депресії є комплексним процесом, що включає як клінічну оцінку, так і використання спеціалізованих тестів та шкал для оцінки тяжкості симптомів. Основним методом діагностики депресії є клінічна бесіда з пацієнтом, під час якої фахівець оцінює наявність основних депресивних маркерів, таких як знижений настрій, втрата інтересу до життя, психомоторна загальмованість, та інші ключові показники, що входять до діагностичних критеріїв, наприклад, згідно з DSM-5 або МКХ-11.

Разом з клінічним інтерв'ю, спеціаліст може використовувати стандартизовані опитувальники, такі як Шкала депресії Бека, Т. Балашова, опитувальник PHQ-9, Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) та інші. Ці інструменти допомагають визначити рівень депресії та її вплив на повсякденне життя пацієнта.

Додаткові методи діагностики можуть включати лабораторні дослідження, якщо є підозри на органічні причини хвороби. Крім того, оцінка функціонального стану мозку може бути проведена за допомогою нейровізуалізації (МРТ, ПЕТ), особливо у випадках, коли депресія супроводжується іншими неврологічними симптомами [8].

1.3. Взаємозв'язок між хронічними захворюваннями та розвитком депресії

Взаємозв'язок між хронічними захворюваннями та розвитком депресії є складним і двостороннім, і цей зв'язок добре прослідковується у науковій літературі. Хронічні захворювання, такі як серцево-судинні хвороби, діабет, рак, хронічний біль та інші тривалі патологічні стани, можуть значно підвищувати ризик розвитку депресії, а у свою чергу, остання може погіршувати перебіг цих захворювань, знижувати якість життя пацієнтів та ускладнювати їх лікування [33].

Пацієнти з цими хворобами часто стикаються з фізичними обмеженнями, болем, втратою функціональних можливостей та зниженням якості життя і це може спричиняти відчуття безнадійності та безпорадності, які є ключовими факторами розвитку депресії [33]. Наприклад, дослідження показують, що до 25% пацієнтів із серцевою недостатністю мають клінічну депресію, а у людей з діабетом ризик її розвитку вдвічі вищий, ніж у загальній популяції [91]. Вона може значно погіршувати перебіг хронічних захворювань, впливати на мотивацію пацієнта дотримуватись призначеного лікування, змінювати спосіб життя, а також виконувати рекомендації лікаря; наприклад, у пацієнтів із депресією частіше спостерігаються порушення режиму прийому ліків, нездорове харчування, недостатня фізична активність, що може призводити до погіршення контролю за хронічними захворюваннями, такими як діабет або гіпертонія [34].

В літературі зустрічається біологічний та психосоціальний механізм взаємозв'язку між депресією та хронічними захворюваннями. Це складні і багатофакторні процеси.

Хронічне запалення, що часто супроводжує такі захворювання, як ревматоїдний артрит або серцево-судинні хвороби, може сприяти розвитку депресії через вплив на нейротрансмітери та нейрогенез у мозку і разом з тим депресія може підсилювати запальні процеси, створюючи порочне коло, що погіршує стан пацієнта [59]. Якщо розглядати біологічні механізми взаємодії, то слід звернути увагу на генетичну схильність, нейрохімічні зміни. Дослідження показують, що генетичні сили відіграють значну роль у розвитку депресії та саме сімейний анамнез даного захворювання підвищує ризик його виникнення, що вказує на генетичну схильність до цього розладу [84].

Нейрохімічні зміни можуть проявлятися дисбалансом нейротрансмітерів, таких як серотонін, норадреналін та дофамін, які відіграють важливу роль у патогенезі розладу. Зниження рівня цих речовин пов'язане з симптомами захворювання, такими як знижений настрій, втрата здатності відчувати задоволення та когнітивні порушення [58]. В літературі

зазначено, що хронічні захворювання, такі як ревматоїдний артрит, діабет, і серцево-судинні захворювання, часто супроводжуються системним запаленням, яке може сприяти розвитку депресії через вплив на нейротрансмітери та нейрогенез [59].

Активація гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі є відповіддю організму на стрес і коли це відбувається постійно, то призводить до підвищення рівня кортизолу, що може пошкоджувати структури мозку, такі як гіпокамп, які відповідальні за регуляцію настрою та пам'яті та може сприяти розвитку депресії [110].

Психосоціальні фактори відіграють значну роль у ризиках виникнення депресії у людей з хронічними захворюваннями, так як останні можуть відчувати соціальну стигматизацію та страх перед майбутнім, ізоляцію через обмежену мобільність, втрату роботи або зміну соціальних ролей. Відсутність підтримки від сім'ї та друзів підвищує ризик розвитку депресії [74].

Депресія, у свою чергу, може посилювати відчуття самотності та ізоляції, що ще більше погіршує стан пацієнта.

Постійний стрес, пов'язаний із боротьбою з хронічним захворюванням, такими як управління болем або страх перед ускладненнями, також є певною умовою ризику і це постійне відчуття небезпеки і безнадійності може призвести до розвитку недуги [102].

Сильні або тривалі стресові події, такі як втрата близької людини, розлучення або втрата роботи, є сильними психосоціальними тригерами депресії. Вразливість до неї підвищується, коли такі події збігаються з іншими факторами, наприклад, генетичною схильністю або недостатньою соціальною підтримкою [52]. Порушення в міжособистісних стосунках, такі як конфлікти або ізоляція, є значущими психосоціальними чинниками, що можуть призводити до депресії, а відсутність соціальної підтримки підсилює негативний вплив стресу та збільшує ризик її розвитку [57].

Негативні мисленнєві схеми, такі як переконання в власній неповноцінності, безнадійність щодо майбутнього або катастрофізація подій,

також відіграють ключову роль у розвитку розладу, тому Аарон Бек розробив когнітивну модель депресії, згідно з якою ці негативні схеми формуються під впливом минулого досвіду і активуються під час стресових подій [42].

Цей взаємозв'язок вимагає комплексного підходу до лікування, де увага приділяється як фізичним, так і психічним аспектам здоров'я пацієнта.

До психологічних факторів відноситься низька самооцінка, страх перед майбутнім. Хронічні захворювання часто викликають зміни у сприйнятті себе, зниження самооцінки та почуття безнадії і пацієнти можуть вважати себе тягарем для своїх близьких, що підвищує ризик розвитку депресії [41].

Невизначеність щодо майбутнього та страх перед прогресуванням захворювання є поширеними серед людей з хронічними хворобами і це теж може підвищувати ризик розвитку розладу [82].

Ще хочеться згадати про соматичні причини, такі як біль і дискомфорт. Пацієнти з хронічним болем або іншими постійними фізичними розладами часто мають підвищену схильність набути депресивних симптомів, тому що це погано контролюється та може викликати постійний дистрес [83].

Ще можна виділити такий фактор, як лікарська залежність, тобто залежність від медичних процедур. Люди, які потребують постійного медичного нагляду або лікування можуть відчувати постійне почуття безпорадності та залежності, що сприяє розвитку депресії [82].

Біологічні та психосоціальні елементи взаємодіють на різних рівнях, створюючи комплексну картину ризику захворювання. Наприклад, генетична схильність може підсилювати чутливість до стресу, збільшуючи вплив негативних життєвих подій на розвиток депресії, а соціальна підтримка та когнітивні стратегії можуть зменшити цей вплив, захищаючи людину від розвитку депресивного розладу навіть за наявності біологічних ризиків [40]. У деяких випадках характеристики депресії можуть бути масковані або приховані під симптомами хронічного захворювання, що ускладнює діагностику та лікування [4]. Важливо бути уважним до психічного стану

таких пацієнтів і забезпечити комплексний підхід до їх лікування, включаючи як фізичні, так і психічні аспекти.

Оглянувши все вище зазначене можемо побачити, що фактори ризику депресії у пацієнтів з хронічними захворюваннями є багатограними та вимагають всебічного підходу до діагностики та терапії. Комплексна оцінка психосоціального стану населення поряд із біомедичними показниками є критично важливою для запобігання та лікування розладу в цій категорії пацієнтів.

1.4. Протективні фактори, що запобігають розвитку депресії: аналіз індивідуальних, соціальних та поведінкових чинників

Протективні фактори — це чинники, які знижують ризик розвитку захворювань або негативних психічних станів, таких як депресія, навіть за наявності інших ризикових складових та діють як "буфер" між людиною та стресовими подіями або несприятливими умовами, допомагаючи зберігати психічне здоров'я і адаптуватися до викликів [116]. Вони можуть бути як внутрішніми (індивідуальні риси особистості, такі як оптимізм, самоконтроль, здатність до адаптації), так і зовнішніми (соціальна підтримка, стабільне оточення, доступ до якісної медичної допомоги) та зменшують вплив стресових ситуацій, підвищують стійкість до стресу і сприяють покращенню загального добробуту [51].

Найчастіше в літературі зустрічаються такі протективні фактори як соціальна підтримка, позитивне мислення, здоровий спосіб життя, освіта та освіченість та інші.

Вони відіграють важливу роль у запобіганні розвитку депресії, особливо у пацієнтів з хронічними захворюваннями. Їх можна розділити на кілька категорій: біологічні, психологічні, соціальні та поведінкові [6]. Розуміння та зміцнення їх є важливою частиною профілактики та терапії розладу [2].

Слід відмітити, що наявність міцної соціальної підтримки є одним із найсильніших із вищезгаданих факторів проти депресії. Вона включає підтримку з боку сім'ї, друзів, колег і медичних працівників. Дослідження показують, що соціально підтримувані пацієнти мають нижчий рівень депресії, оскільки можуть легше адаптуватися до стресових ситуацій і отримувати емоційну допомогу [56].

Соціальна підтримка може бути визначена як сприймана або фактична допомога, яку люди отримують від сім'ї, друзів, колег та громади і проявлятися у різних формах: емоційна, інструментальна допомога (фізична або фінансова), інформаційна, а також підтримка через соціальну інтеграцію [56].

Емоційна підтримка включає прояви любові, співчуття та заохочення, які допомагають людині відчувати себе прийнятою та зрозумілою і це є ключовим елементом у зниженні тривожності та покращенні настрою [116].

Інструментальна підтримка передбачає надання конкретної допомоги, наприклад, у виконанні завдань, вирішенні практичних проблем або забезпеченні фінансової допомоги, що допомагає зменшити тягар стресу, пов'язаного з хронічними захворюваннями, що, у свою чергу, може знизити ризик розвитку депресії [116].

Інформаційна підтримка надає людині знання та ресурси, які можуть допомогти їй краще розуміти та керувати своїм станом і сюди можемо віднести консультації лікарів, підтримку у прийнятті рішень або доступ до інформації про лікування [116].

Соціальна інтеграція передбачає включення людини до соціальних груп та активностей, що сприяє відчуттю приналежності та зменшує ризик соціальної ізоляції, яка часто є фактором ризику розвитку захворювання і це доведено дослідженнями, які показують, що високий рівень даної підтримки асоціюється із його зниженням та іншими позитивними результатами для психічного здоров'я [116].

Наприклад, Cohen & Wills (1985) у своєму класичному огляді "Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis" відзначили, що соціальна

підтримка здатна зменшувати негативний вплив стресових подій на психічний стан людини, тим самим знижуючи ймовірність розвитку депресії.

Подібні результати були отримані у дослідженні House, Landis та Umberson (1988), яке показало, що соціальні зв'язки і підтримка мають позитивний вплив на здоров'я, в тому числі на зниження рівня депресивних ознак та підкреслюють її як одного з центральних умов у запобіганні розвитку симптомів недуги. У пацієнтів з хронічними захворюваннями вона відіграє особливо важливу роль і це показано в дослідженні Thoits (2011) де зазначено, що вона може посилювати ефекти медичного лікування.

Із вище сказаного випливає, що соціальна підтримка є важливим протективним фактором у запобіганні депресії, особливо в умовах хронічних захворювань, тому що допомагає знизити вплив стресових подій, покращує здатність людини справлятися з викликами, а також сприяє загальному покращенню психічного і фізичного здоров'я [134].

В свою чергу регулярна фізична активність має позитивний вплив на психічне здоров'я і може знижувати ризик розвитку недуги, через те що фізичні вправи сприяють виробленню ендорфінів, які покращують настрій і знижують рівень стресу. У пацієнтів із хронічними захворюваннями навіть помірні дії, такі як ходьба, може мати значний антидепресивний ефект [48]. Тому саме така активність є ще одним із найефективніших протективних факторів у запобіганні розвитку депресії, бо сприяє поліпшенню психічного здоров'я через низку біологічних, психологічних та соціальних механізмів [48]. Дослідження показують, що помірне регулярне фізичне навантаження може значно зменшити ризик розвитку депресивних розладів, покращити настрій та підвищити загальний рівень благополуччя та сприяє ряду фізіологічних змін, які позитивно впливають на психічне здоров'я і це відбувається через регуляцію нейротрансмітерів, підвищується рівень серотоніна, допаміна і норадреналіна, які відіграють ключову роль у регуляції настрою та зменшенні депресивних симптомів [60]. Вплив відбувається через зменшення запалення, бо фізична активність знижує його рівень, саме фізичні

вправи сприяють зниженню рівня прозапальних цитокінів, що може зменшити цей ризик [60].

Разом з тим помірне фізичне навантаження позитивно впливає на якість сну, який є важливим компонентом психічного здоров'я [88].

Це сприяє покращенню психічного здоров'я через психологічні механізми. Заняття спортом і фізичними вправами сприяють підвищенню самооцінки і самоповаги, що може знижувати ризик розвитку депресії [46]. Також це досить часто пов'язана з соціальною взаємодією, що може служити важливим протективним чинником. Участь у групових заняттях спортом або фітнесом сприяє формуванню соціальних зв'язків, що є важливим елементом соціальної підтримки і вона може діяти як буфер проти стресу [112].

Взаємодія з іншими під час фізичних активностей сприяє соціальній інтеграції та зниженню відчуття ізоляції [100]. Тому, виходячи з вище зазначеного, помітно, що ця діяльність є потужним захисним чинником у запобіганні депресії завдяки її впливу на біологічні, психологічні та соціальні механізми.

В свою чергу когнітивна терапія та інші форми психотерапії можуть навчити пацієнтів змінювати негативні мисленнєві схеми, що позитивно впливає на ризики [4]. Когнітивні стратегії допомагають розвивати навички позитивного мислення та адаптивного реагування на стресові ситуації [42].

Дане мислення можна визначити як схильність до сприйняття життєвих ситуацій у конструктивному, оптимістичному ключі. Це включає в себе здатність знаходити позитивні аспекти навіть у складних обставинах, фокусування на можливостях, а не на перешкодах, а також впевненість у можливості подолання труднощів. Оптимізм є однією з ключових складових позитивного мислення. Дослідження показують, що люди з високим рівнем оптимізму менш схильні до розвитку депресії, оскільки вони бачать виклики як тимчасові та контрольовані, що знижує стрес і його негативний вплив на психічне здоров'я [54]. Позитивне мислення включає в себе формування позитивних очікувань щодо майбутнього, що також є протективним фактором

[4]. Люди, які мають такі очікування частіше займаються активною, конструктивною поведінкою [54].

Згаданий вид мислення сприяє підвищенню емоційного благополуччя, знижуючи рівень тривоги та стресу, які є відомими тригерами даного розладу [66].

Когнітивні стратегії включають у себе різні методи мислення, які допомагають людині змінити негативні думки та переконання і таким чином впливати на депресивні симптоми [41]. Ця техніка включає ідентифікацію та заміну негативних автоматичних думок на більш реалістичні та позитивні. Дослідження Beck (1979) показують, що когнітивна реструктуризація є ефективною стратегією у зменшенні депресивних сигналів та запобіганні їх рецидиву.

Рефреймінг є ще однією важливою когнітивною стратегією, яка полягає у зміні інтерпретації стресової ситуації, щоб знайти в ній позитивні або корисні аспекти і у певних ситуаціях це допомагає зменшити емоційний вплив стресу і підвищити психологічну стійкість [90]. Навчання контролювати свої думки та фокусуватися на позитивних аспектах дозволяє знизити вплив румінацій, які часто супроводжують депресію [6].

Використання цих стратегій у повсякденному житті допомагає людині ефективніше справлятися з життєвими викликами, що покращує його якість [43]. Ці показники особливо важливі у контексті терапії та профілактики депресії, де застосування когнітивно-поведінкових технік та формування позитивного мислення можуть значно покращити результати лікування та знизити ризик рецидивів.

Ще одним фактором захисту, який вартий уваги, є здоровий спосіб життя. Сюди відносимо збалансоване харчування, достатній сон, помірне фізичне навантаження, відсутність шкідливих звичок, підтримання соціальної активності[3].

Саме це підтримує загальне фізичне та психічне здоров'я, включає низку звичок і поведінкових стратегій, які сприяють його покращенню.

[111].

Збалансоване харчування відіграє не менш важливу роль у підтримці психічного здоров'я ніж раніше згадані, бо дієта, багата на овочі, фрукти, цільнозернові продукти, рибу та горіхи, пов'язана зі зниженням ризику розвитку розладу [3]. Omega-3 жирні кислоти, які містяться в рибі, є особливо важливими для підтримки здорового функціонування мозку і профілактики захворювань [108].

Здоровий сон є критично важливим для ментального здоров'я. Регулярний графік сну і забезпечення якісного відпочинку можуть значно знизити ризик психічних розладів [3].

Соціальна активність є важливою складовою здорового способу життя, яка сприяє підтримці психічного здоров'я [3]. Соціальні зв'язки та участь у спільнотах або групових заходах попереджають ризик ізоляції, люди з таким життям мають меншу вірогідність розвитку депресивних розладів [45].

Отже, ми бачимо, що здоровий спосіб життя є багатограним протективним фактором, який знижує ризик виникнення недуги через вплив на фізичне та психічне благополуччя. Використання вище зазначених стратегій у повсякденному житті є важливим елементом профілактики депресивних розладів і покращення якості життя [48].

Активна участь у спільноті є не менш важливою, так як сприяє соціальній інтеграції, забезпечує емоційну підтримку, зменшує ризик соціальної ізоляції, сприяє когнітивній стимуляції та особистісному розвитку, а також забезпечує позитивне зворотне зв'язування та соціальне визнання [3].

Участь у громадській діяльності, залучення до релігійних або культурних спільнот може забезпечити сенс життя та почуття приналежності, що діє теж як протективний чинник в даному контексті [87].

Також участь у спільноті забезпечує важливе джерело емоційної підтримки, тому що люди мають можливість ділитися своїми переживаннями, отримувати підтримку та заохочення від інших, підвищується загальний рівень задоволеності життям і однією з форм такої участі у спільноті є

волонтерство, що не лише надає можливість допомагати іншим, але й сприяє покращенню власного благополуччя через розвиток почуття мети та задоволення від зробленого [120]. Участь у спільноті також сприяє когнітивній стимуляції та особистісному розвитку, що є важливими чинниками у підтримці психічного здоров'я. Регулярна участь у групових дискусіях, спільних проектах або навчальних заходах забезпечує розвиток когнітивних навичок, що може допомогти знизити ризик розвитку симптомів розладу, що підтверджують дослідження, які доводять, що когнітивна стимуляція через соціальну взаємодію може зменшити депресивні прояви та покращити загальний рівень благополуччя [126].

Відчуття, що твої дії мають значення для інших, та отримання визнання з боку соціальної групи є важливими чинниками у профілактиці депресії [75].

На основі вище зазначеного огляду ми зробили модель причин ризику та протективних факторів (Табл.1.1.).

Таблиця 1.1

Фактори ризику		Протективні фактори	
Генетична схильність до депресії та Фізична активність для зниження рівня хронічних захворювань		стресу та покращення здоров'я	
Нейрохімічний (серотонін, дофамін)		дисбаланс Збалансоване харчування для підтримки нейротрансмітерів	
Хронічне запалення в організмі		Антизапальний спосіб життя та дієта	
Активация гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі		Релаксаційні техніки (медитація, дихальні вправи)	
Соціальна ізоляція та брак підтримки		Міцні стосунки з родиною та друзями для емоційної підтримки	
Негативні мисленнєві схеми (безнадійність, катастрофізація)		Когнітивна терапія для подолання стресу та змінення мислення	

Фактори ризику**Протективні фактори**

Хронічний стрес, пов'язаний із хворобою	Позитивний досвід взаємодії з медпрацівниками
Сильні стресові події (втрата роботи або близької людини)	Соціальна підтримка у подоланні труднощів
Фізичний дискомфорт і хронічний біль	Адекватне лікування больових симптомів
Залежність від медичного нагляду та процедур	Залучення до прийняття рішень, що підвищує автономію пацієнта

1.5. Вплив депресивних симптомів на хід та лікування хронічних захворювань

Вивчаючи дану тему було помічено, що депресивні симптоми мають значний вплив на хід та лікування хронічних захворювань. Вони не тільки погіршують якість життя пацієнтів, але й можуть ускладнювати процес лікування, знижувати ефективність терапії та підвищувати ризик розвитку ускладнень.

Депресія може погіршувати сприйняття фізичних відчуттів хронічного захворювання, таких як біль, втома або дискомфорт, тому люди з даним розладом часто мають знижену толерантність до болю, що може посилювати їхні страждання та ускладнювати лікування основного захворювання [68].

Також депресивні ознаки знижують мотивацію пацієнтів дотримуватися рекомендацій лікаря, приймати ліки або дотримуватися режиму лікування, що може призвести до нерегулярного прийому медикаментів або відмови від необхідних процедур, що знову ж таки знижує ефективність лікування [61].

Такий психологічний стан може сприяти погіршенню перебігу хронічних захворювань, таких як серцево-судинні захворювання, діабет та інші. Дослідження свідчать, що пацієнти з депресією мають вищий ризик розвитку ускладнень і загострень хронічних захворювань порівняно з пацієнтами без цього захворювання [94].

У пацієнтів з депресією часто можна спостерігати низьку прихильність до лікування, що включає нерегулярний прийом ліків, пропуск запланованих візитів до лікаря, невиконання рекомендацій щодо зміни способу життя, тому що у них знижена мотивація дотримуватися режиму лікування, а це може призводити до погіршення стану і збільшення ризику ускладнень [61]. Такі особи можуть відчувати безнадійність, втрату інтересу до лікування та відчуття, що терапія не принесе бажаних результатів [83]. Також вони можуть мати проблеми з концентрацією уваги, пам'яттю та прийняттям рішень і це теж може ускладнювати здатність пацієнтів правильно дотримуватися лікувального плану [106].

Відповідно, депресивні симптоми можуть значно підвищувати витрати на лікування хронічних захворювань, тому що вони можуть вимагати додаткових діагностичних досліджень, медикаментозного лікування та частіших візитів до лікаря [62].

Депресія впливає на загальний стан здоров'я, на його фізіологічні та психологічні аспекти, що ускладнює управління хронічними захворюваннями. Запальні процеси, спричинені депресією, можуть знижувати ефективність стандартного лікування і підвищувати ризик розвитку ускладнень [58]. Разом з тим порушується імунна відповідь та регуляція гормонів [72].

Депресивний розлад, як зазначалося, має вплив на метаболічні процеси, включаючи регуляцію глюкози та ліпідного обміну і це особливо важливо для пацієнтів з діабетом, оскільки такий стан може ускладнювати контроль рівня цукру в крові та підвищувати ризик гіперглікемії [72]. Все це значно знижує якість життя людей з хронічними захворюваннями, тому що сприяє підвищенню рівня тривожності, стомлюваності та погіршенню фізичного

самопочуття, що може ускладнювати лікування основного захворювання [102]. Також вона знижує фізичне благополуччя і депресивні пацієнти частіше скаржаться на фізичну втому, біль та інші фізичні симптоми, що знижує їхню здатність до нормальної життєдіяльності і негативно впливає на їхнє самопочуття [102]. Разом з тим цей розлад може знижувати функціональні можливості пацієнтів, включаючи здатність до самостійного виконання щоденних справ, що може ускладнювати підтримку терапевтичного режиму. Це можуть бути труднощі з фізичною активністю, приготуванням здорової їжі, або навіть прийом [83]. Такі пацієнти все частіше потребують допомоги з боку інших людей, а це може знижувати почуття незалежності та самостійності [62].

Пацієнти з хронічними захворюваннями, які страждають на депресію, часто самі відзначають значне погіршення якості життя, бо вона посилює емоційний та фізичний дискомфорт, що знову ж може призводити до соціальної ізоляції, втрати інтересу до звичних занять та погіршення загального самопочуття [102].

З вище сказаного є зрозумілим, що депресивні симптоми мають серйозний вплив на хід та лікування хронічних захворювань, погіршуючи їх перебіг, знижуючи ефективність лікування та зменшуючи якість життя пацієнтів. Тому це слід враховувати та своєчасно лікувати даний розлад у даної групи населення.

На нашу думку, для покращення якості життя та дотримання лікування важливо інтегрувати психотерапію у загальний план лікування. Психотерапія, зокрема когнітивно-поведінкова, сприяє покращенню психічного стану пацієнтів і, відповідно, підвищує їхню прихильність до лікування основного захворювання [42].

Важливою є підтримка з боку сім'ї, друзів та медичних працівників. Регулярні контакти з лікарем і залучення родини до процесу терапії можуть допомогти знизити ризик недотримання лікування і покращити загальну якість життя [61].

Лікування хронічних захворювань у пацієнтів з депресією вимагає комплексного підходу, який включає лікування як основного захворювання, так і депресії. Це може включати поєднання медикаментозної терапії, фізичної активності, дієти та психотерапії, що сприяє кращим результатам лікування і знижує ризик рецидивів [124].

Висновок розділу I

Хронічні захворювання є тривалими, часто прогресуючими процесами, що суттєво впливають на якість життя. Вони охоплюють такі стани, як гіпертонія, діабет та серцево-судинні захворювання, і з віком їх поширеність лише зростає. Зазначені хвороби є однією з головних причин смертності та інвалідності в усьому світі. Водночас депресивні розлади, які включають великий депресивний розлад, дистимію та інші типи, характеризуються зниженням настрою, втратою інтересу до діяльності, втому, порушеннями сну та апетиту. Діагностика цих розладів здійснюється за допомогою критеріїв DSM-5 або МКХ-11 та опитувальників.

Взаємозв'язок між хронічними захворюваннями та депресією є надзвичайно тісним. Пацієнти, які страждають на цукровий діабет або гіпертонію, мають підвищений ризик розвитку депресії, що ускладнює лікування та погіршує загальний стан здоров'я. Депресія, в свою чергу, може призвести до зниження якості життя людей, ускладнюючи процес лікування основного захворювання та погіршуючи прогноз.

Разом з тим існують протективні фактори, що можуть запобігти розвитку даного розладу. Індивідуальні чинники, такі як стресостійкість, висока самооцінка та фізична активність, відіграють ключову роль у профілактиці депресивних станів. Соціальні умови, такі як підтримка родини та друзів, участь у соціальних заходах, також є важливими захисними чинниками. Крім того, поведінкові чинники, включно з регулярними

фізичними вправами та здоровим способом життя, допомагають знижувати ризик виникнення депресивних ознак.

Депресія може суттєво впливати на хід і лікування хронічних захворювань. Пацієнти з депресивними симптомами часто втрачають мотивацію дотримуватися медичних рекомендацій, мають проблеми з режимом прийому ліків та самоконтролем. Це може призводити до загострення хронічних захворювань, погіршення якості життя людей та несприятливого прогнозу, що робить депресію важливим фактором, який потрібно враховувати при лікуванні хронічних захворювань.

РОЗДІЛ II

ЕМПІРИЧНИЙ АНАЛІЗ ДЕПРЕСИВНИХ СИМПТОМІВ У КОНТЕКСТІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ХВОРОБ

2.1. Огляд клінічних досліджень та спостережень

Метою емпіричного аналізу депресивних симптомів у контексті лікування хронічних хвороб є:

1. Оцінка частоти депресії серед осіб із хронічними захворюваннями – визначення того, наскільки часто депресивні симптоми зустрічаються у людей із такими хворобами, як гіпертонія та діабет.
1. Визначення рівня поширеності депресії серед пацієнтів із хронічними хворобами – проведення опитувань, анкетування, використання клінічних шкал для виявлення депресивних симптомів у цієї групи людей.
2. Дослідження взаємозв'язку між хронічними хворобами та депресією – аналіз результатів між наявністю депресії та певними хронічними захворюваннями (гіпертонією, діабетом).
3. Розробка рекомендацій для інтеграції психосоціальної підтримки – створення рекомендацій щодо покращення діагностики та лікування депресії у пацієнтів із хронічними хворобами, враховуючи вплив депресії на соціальну ефективність, зокрема на здатність хворих брати участь у суспільному житті, підтримувати міжособистісні стосунки та працювати.

Завданнями емпіричного аналізу депресивних симптомів у контексті лікування хронічних захворювань є:

- на основі попереднього аналізу психологічної літератури обрати відповідні до цілей дослідження методи і методики діагностики;
- провести діагностичне обстеження;
- проаналізувати отримані результати констатувального експерименту і перевірити гіпотезу;

-розробити рекомендації щодо покращення діагностики та лікування депресії у населення із хронічними хворобами.

Спираючись на отримані результати підтвердити, або спростувати гіпотезу: пацієнти з хронічними захворюваннями мають підвищений ризик розвитку депресивних симптомів, що може суттєво впливати на їхній загальний стан здоров'я та перебіг захворювання.

З метою вивчення та оцінки депресивних симптомів та форм агресії у клієнтів нами проведено емпіричне дослідження, в ході якого були використані наступні методики:

1. Шкала депресії Т. Балашова – використана для детальної оцінки рівня депресії у пацієнтів, що дозволило кількісно визначити ступінь вираженості депресивних симптомів [22].
2. Опитувальник PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) – стандартизований інструмент, який застосовується для скринінгу, діагностики, моніторингу та вимірювання тяжкості депресії. Цей опитувальник дозволив виявити депресію і оцінити її ступінь серед учасників дослідження [20].
3. Методика А. Басса та А. Дарки (Buss-Durkee Hostility Inventory, BHI) – застосовувалася для визначення показників форм агресії у пацієнтів, що могло додатково характеризувати їхній психологічний стан у контексті депресії та хронічних захворювань [22].

Базою дослідження виступав Овруцький центр первинної медико-санітарної допомоги.

Дослідження охоплювало три групи учасників: перша група складалася з 26 людей з гіпертонією, друга група – з 26 людей з цукровим діабетом, і третя група включала 26 осіб без хронічних захворювань. Усі учасники мали підтверджені діагнози, відповідали критеріям включення, були у віці від 55 до 75 років, як чоловіки, так і жінки, не мали серйозних психічних розладів, окрім депресії, і були готові та здатні відповідати на запитання та брати участь в опитуваннях.

При виборі методик перевага надавалася адаптованим українським варіантам опитувальників.

Дані збиралися у вигляді відповідей на анкети та опитувальники, які учасники заповнювали в рамках індивідуальних сесій. Всі учасники дослідження були ознайомлені з метою дослідження, і їхня участь була добровільною.

Учасникам пропонувалося заповнити три різні опитувальники (шкала депресії Балашова, опитувальник PHQ-9 та А. Басса та А. Дарки). Анкетування проводилося індивідуально, що забезпечувало точність і конфіденційність відповідей.

Отримані дані були проаналізовані з використанням описових статистичних методів, метода Стюдента, що дозволило порівняти рівні депресії в двох групах учасників з гіпертонією та без хронічних захворювань; з цукровим діабетом та без хронічних захворювань; рівень агресії між трьома групами учасників. Використовувалися такі показники, як середні значення, ступінь розкиду значень у кожній вибірці щодо середнього значення.

Описана методика та використані інструменти забезпечують можливість повторення дослідження іншими дослідниками. Чітке визначення вибірки, критеріїв включення, та використання стандартизованих інструментів дозволяють досягти порівнянних результатів у інших контекстах або серед інших груп населення. Детальний опис процесу збору та аналізу даних забезпечує прозорість дослідження, що дозволяє іншим науковцям критично оцінити отримані результати та використані підходи.

Таким чином, дослідження було проведене з використанням надійних інструментів і методик, що дозволяє зробити обґрунтовані висновки про депресивні симптоми серед пацієнтів з хронічними захворюваннями та їх вплив на хід лікування.

2.2.Методика дослідження

Як ми згадували вище, в даній роботі були використані наступні інструменти дослідження: шкала депресії Т. Балашова, опитувальник PHQ-9, методика А. Басса та А. Дарки.

Ми обрали шкалу депресії Т. Балашова, бо це психометричний інструмент, призначений для вимірювання рівня депресивних симптомів у людей, починаючи з 14 років [22]. Ця шкала була розроблена спеціально для оцінки депресії в контексті клінічних і психологічних досліджень. Вона є однією з адаптованих методик, що враховують культурні й соціальні особливості осіб, на яких вона застосовується (Додаток А).

Шкала складається з двох десятків тверджень, які описують різні аспекти емоційного, когнітивного та фізичного стану, характерні для депресії. Пацієнти відповідають на кожне твердження, вказуючи ступінь згоди або незгоди з ним. Результати обробляються за допомогою бальної системи, де сума балів відображає загальний рівень депресії.

Шкала Балашова охоплює кілька ключових аспектів депресивного стану: емоційний компонент (оцінка рівня смутку, тривожності, дратівливості), когнітивний компонент (оцінка відчуття безнадійності, песимізму, зниження самооцінки), фізичний компонент (оцінка рівня енергії, втоми, порушень сну).

Вибір даної методики для цього дослідження має кілька вагомих підстав, які підкреслюють її доцільність, зокрема це адаптованість до цільової аудиторії, комплексність оцінки, зручність і простота використання, наукова обґрунтованість, застосовність у клінічній практиці.

Даний опитувальник враховує культурні та соціальні особливості української популяції, що робить її особливо релевантною для дослідження серед людей в Україні. Це підвищує валідність отриманих даних і знижує ризик впливу культурних факторів на результати.

Вона охоплює всі ключові аспекти депресивного стану, що дозволяє отримати повну картину розладу у пацієнтів і це є важливим, оскільки депресія

може проявлятися по-різному в різних людей, і комплексний підхід забезпечує більш точну діагностику.

Шкала депресії Т. Балашова є інтуїтивно зрозумілою і легкою для заповнення. Це цінно для забезпечення високої якості даних, оскільки люди старшого віку, які складають мою цільову аудиторію, можуть мати труднощі з розумінням складних інструментів.

Дана методика має науково обґрунтовану базу, яка підтверджує її валідність та надійність у вимірюванні рівня депресії. Використання такого інструмента у цьому дослідженні гарантує, що результати будуть достовірними та придатними для подальшого аналізу і висновків. Також отримані дані можуть бути легко інтерпретовані та використані в клінічній практиці для подальшої терапії пацієнтів, що робить результати даного дослідження корисними не лише в науковому, але й у практичному контексті. Саме тому шкала депресії Т. Балашова є ефективним інструментом для вимірювання рівня депресивності у людей із хронічними захворюваннями, які беруть участь у зазначеному дослідженні. Її адаптованість, комплексність, простота використання і наукова обґрунтованість роблять методику ідеальним вибором для дослідження впливу депресивних проявів на хід лікування у осіб з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом.

На нашу думку, в даному випадку доречно буде скористатися опитувальником PHQ-9, тому що це стандартизований інструмент для оцінки депресивних симптомів, який був розроблений на основі критеріїв діагностики депресії за DSM-IV. Опитувальник складається з 9 запитань, кожне з яких відповідає одному з ключових сигналів депресії, таких як пригнічений настрій, втрата інтересу до діяльності, порушення сну, зміни апетиту, відчуття втоми, проблеми з концентрацією, відчуття безнадійності та думки про смерть або самогубство (Додаток Б).

Люди відповідають на запитання, оцінюючи, як часто вони відчували кожен із симптомів протягом останніх двох тижнів. Відповіді оцінюються за шкалою від 0 до 3, де:

- 0 – "Зовсім не було"
- 1 – "Кілька днів"
- 2 – "Більше половини днів"
- 3 – "Майже кожен день"

Сума балів може варіюватися від 0 до 27, де вищі показники вказують на більш виражену депресію. Загальний бал використовується для визначення тяжкості розладу: від легкого до важкого рівня.

Вибір даного опитувальника для цього дослідження має кілька важливих переваг, які підкреслюють доцільність його використання.

RHQ-9 є одним із найпоширеніших інструментів для скринінгу депресії в медичній практиці. Він широко використовується у всьому світі і це є свідченням його валідності.

Анкета про стан здоров'я є простою та зручною для використання як для пацієнтів, так і для дослідників. На її заповнення потрібно лише кілька хвилин, що є важливим, особливо серед людей старшого віку, які можуть мати обмежений час або ресурси. Це чудовий інструментом для виявлення як наявності депресії, так і змін у стані протягом часу, що дозволяє не тільки діагностувати депресивні ознаки, але й відстежувати їх динаміку, що є корисним у даному дослідженні.

Опитувальник дозволяє не лише скринінгувати розлад, але й визначати його тяжкість, що важливо для клінічної оцінки та подальшої терапії.

RHQ-9 добре підходить для використання серед різних вікових груп та людей з різним рівнем освіти, що особливо важливо у даному дослідженні, оскільки вибірка включає пацієнтів віком від 55 до 75 років із різними соціально-демографічними характеристиками.

Даний інструмент ретельно перевірений у численних дослідженнях, що підтверджують його валідність та надійність у вимірюванні проявів депресії, що забезпечує впевненість у тому, що результати дослідження будуть достовірними.

Враховуючи все вище зазначене, можемо сказати, що використання опитувальника РНQ-9 у даній роботі є доцільним та обґрунтованим вибором, що забезпечує точну оцінку депресивних симптомів серед населення. Його простота, швидкість, чутливість до змін та можливість діагностики роблять його ідеальним інструментом для роботи і він допоможе отримати надійні дані, які можна буде використовувати як для академічних досліджень, так і для покращення клінічної практики.

Також, ми думаємо, що у згаданій роботі функціональною буде методика А. Басса та А. Дарки. Вона є психометричним інструментом, призначеним для вимірювання різних аспектів агресивної поведінки та ворожості і була розроблена Арнольдом Басом і Арнольдом Дарки в 1957 році для вивчення структури агресії, яка розглядається як багатовимірний конструкт, що включає різні форми прояву агресивних тенденцій у людей (Додаток В). Методика складається з 75 тверджень, які згруповані в кілька шкал, що охоплюють різні аспекти агресії та ворожості. Учасники дослідження повинні відповідати на ці твердження, вказуючи, наскільки вони погоджуються з ними або наскільки ці твердження відображають їхню поведінку. Відповіді на твердження оцінюються за шкалою "так/ні", а потім підсумовуються для кожної з окремих шкал.

Методика А. Басса та А. Дарки дозволяє оцінити наступні основні форми агресії:

1. Фізична агресія: тенденція до використання фізичної сили проти інших.
2. Вербальна агресія: вираження агресії через слова, наприклад, сварки або лайка.
3. Гнів: емоційний компонент агресії, який характеризується відчуттям люті чи роздратування.
4. Ворожість: когнітивний компонент агресії, що включає підозрілість, недовіру та негативне ставлення до інших.
5. Непрямий гнів: агресія, яка виражається не прямо, а через обхідні способи, наприклад, плітки або саботаж.

6. Негативізм: опозиційна поведінка, яка проявляється в упертості та неприйнятті чужих думок або правил.
7. Образа: почуття образи або обурення, яке може проявлятися як мстивість.

Вибір методики А. Басса та А. Дарки для даного дослідження є обґрунтованим і має важливі переваги, бо дозволяє здійснити оцінку психологічного стану клієнтів: оскільки агресія та ворожість можуть бути пов'язані з депресією, особливо у пацієнтів з хронічними захворюваннями; комплексно підходить до аналізу агресії: опитувальник дозволяє не тільки визначити рівень агресії, але й розрізнити різні її форми, що дає змогу детально аналізувати поведінкові реакції людей; допомагає у виявленні зв'язку між депресією та агресією: дослідження показують, що у людей з хронічними захворюваннями депресія часто супроводжується підвищеною агресією або ворожістю, тому використання методики А. Басса та А. Дарки у даному випадку допомагає дослідити цей зв'язок; практичне застосування результатів: отримані за допомогою інструмента дані можуть бути використані для розробки рекомендацій щодо психосоціальної підтримки пацієнтів із хронічними захворюваннями, а це є досить корисним для покращення якості терапії, оскільки врахування рівня агресії та ворожості може допомогти у створенні індивідуальних планів лікування; надійність та валідність методики. Тому, як було сказано, вона є важливим інструментом у дослідженні, оскільки дозволяє оцінити різні форми агресії та ворожості у пацієнтів, допомагає зрозуміти, як депресія впливає на їх поведінкові реакції і робить дослідження більш комплексним і цілісним. Це також забезпечує можливість розробки рекомендацій для покращення терапії осіб з депресією, що підвищує цінність даної роботи як з наукової, так і з практичної точки зору.

Додатковим інструментом став огляд медичної документації у вигляді сукупності записів, що містять інформацію про стан здоров'я звернених, їх історію хвороби, результати обстежень, призначене лікування та інші медичні дані. У даному дослідженні медична документація використовується для підтвердження наявності хронічних захворювань у людей (гіпертонія, діабет),

а також для збору додаткової інформації про їхній загальний стан здоров'я, наявність супутніх захворювань та отримане лікування. Використання її у даному випадку є доцільним, бо дозволяє точно підтвердити наявність у осіб хронічних захворювань, таких як гіпертонія або цукровий діабет. Це забезпечує надійність вибірки та достовірність результатів, оскільки робота іде з підтвердженими клінічними даними. Також це дає можливість отримати інформацію про інші медичні умови та супутні захворювання, що можуть впливати на стан пацієнта і його психологічне самопочуття, що дозволяє більш комплексно оцінити фактори, що можуть впливати на розвиток депресії. Відомості, що містяться в медичній карті, можуть допомогти виявити потенційні взаємозв'язки між тяжкістю хронічного захворювання, тривалістю хвороби та розвитком депресивних симптомів. Вивчаючи інформацію про призначене лікування та його результати, допомагає зрозуміти, як хронічні захворювання і супутні депресивні показники впливають на ефективність терапії. Медична документація є джерелом об'єктивних даних, які підтверджені лікарями та клінічними обстеженнями. Це знижує ризик упередженості, який може виникати при використанні лише суб'єктивних методів оцінки, таких як опитування або самооцінка пацієнтів.

2.3. Аналіз клінічних спостережень та результатів дослідження

Аналіз клінічних спостережень та результатів дослідження у контексті даної роботи є важливим етапом, який дозволяє зробити висновки щодо особливостей прояву депресії у людей з хронічними захворюваннями, а також сформулювати розуміння, як даний розлад впливає на процес лікування цих захворювань.

Проаналізуємо результати діагностики осіб, які мають гіпертонічну хворобу. Згідно з результатами дослідження за шкалою депресії Т. Балашова серед таких пацієнтів спостерігаються наступні показники депресивних симптомів:

- 1 пацієнт має високий рівень депресії (3.85%).
- 3 пацієнти перебувають у субдепресивному стані (11.54%).
- 4 пацієнти демонструють легку ситуативну або стресову депресію (15.38%).
- 18 пацієнтів не мають будь-яких депресивних проявів (69.23%).

Ці дані можуть свідчити про те, що серед осіб з гіпертонією депресивні симптоми присутні у відносно великого відсотка (близько 30,8%) звернених. Найбільш поширені скарги включають поганий сон, дратівливість, пригніченість та підвищене серцебиття. Це вказує на те, що у частини людей, які хворіють на артеріальну гіпертензію, депресія може мати специфічний характер, що пов'язаний із симптоматикою основного захворювання. Наприклад, підвищене серцебиття та поганий сон можуть бути як наслідком гіпертонії, так і проявами депресивного стану. Лише одна особа мала високий рівень депресії, що свідчить про те, що глибокі депресивні прояви не є домінуючими у цій групі (Рис.2.1.)

Розподіл пацієнтів з гіпертонічною хворобою за рівнем депресії (шкала Т. Балашова)

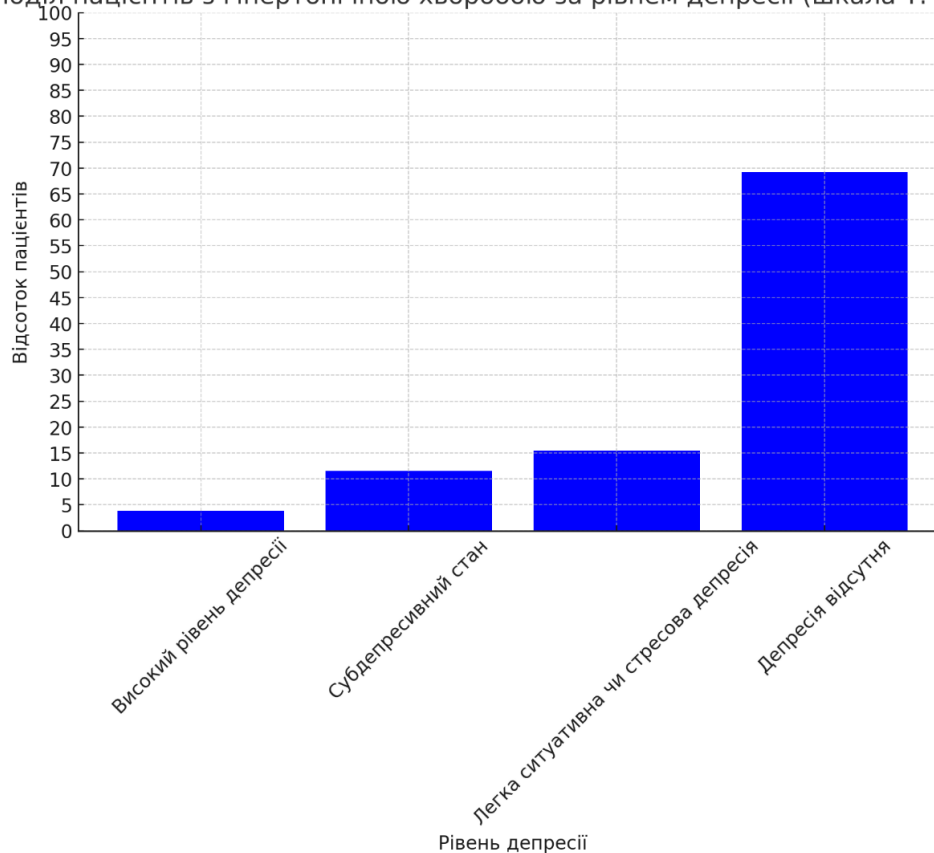


Рис.2.1. Розподіл пацієнтів з гіпертонічною хворобою за рівнем депресії за шкалою Т.Балашова

Згідно опитувальника PHQ-9 визначила, що:

- 3 пацієнти мають депресію помірної тяжкості (11.54%).
- 9 пацієнтів мають легку субклінічну депресію (34.62%).
- 14 пацієнтів не мають депресивних проявів (53.85%).

Ці результати підтверджують, що депресивні симптоми є відносно поширеними серед клієнтів даної групи, але частіше вони мають легкий або помірний характер (Рис.2.2.). Найбільш поширена симптоматика – це поганий настрій, поганий сон і втома, що може бути наслідком як депресії, так і фізичних проявів гіпертонії. Важливо зазначити, що вона може погіршувати самопочуття пацієнтів та впливати на їхню здатність дотримуватися лікувальних рекомендацій.

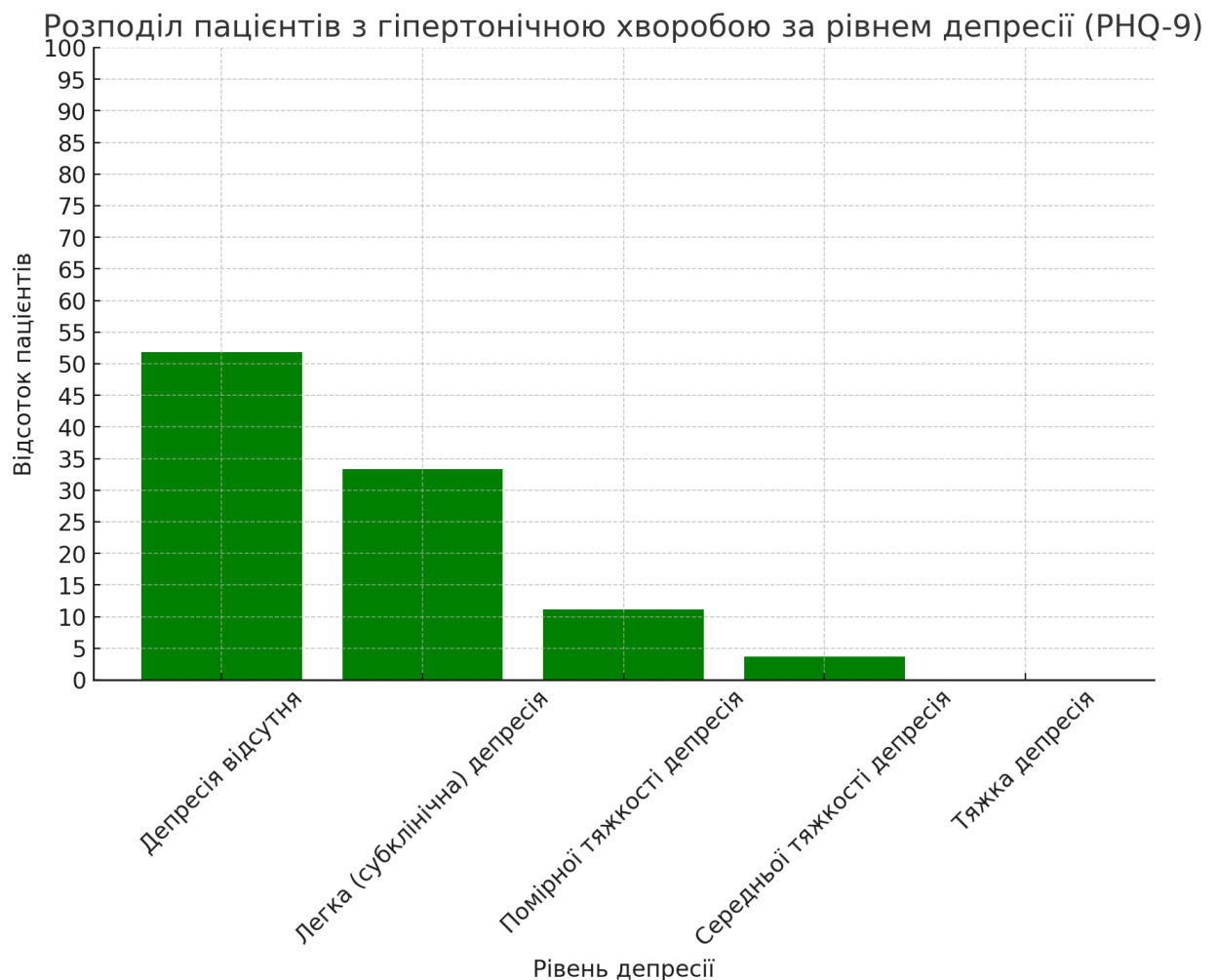


Рис.2.2. Розподіл пацієнтів з гіпертонічною хворобою за рівнем депресії за опитувальником PHQ-9

Аналіз результатів дослідження за методикою А. Басса та А. Дарки показав наступний результат:

- фізична агресія: 1 пацієнт (3.85%).
- вербальна агресія: 3 пацієнти (11.54%).
- непрямая агресія 1 пацієнт (3.85%).
- роздратування 5 пацієнтів (19.23%).
- підозріливість: 1 пацієнт (3.85%).
- почуття провини 0 (0%)
- образливість: 3 пацієнти (11.54%).
- негативізм 5 пацієнтів (19.23%).
- жодних реакцій-7 пацієнтів (26.92%).

При опрацюванні маємо наступні показники:

- 2 пацієнти мають підвищений загальний індекс агресивності.
- 1 пацієнт має підвищений загальний індекс ворожості.
- 5 пацієнтів мають підвищений індекс негативізму та роздратування.
- 2 пацієнти мають підвищену вербальну агресію.
- 2 пацієнти демонструють образливість.

Вище зазначені результати можуть свідчити про те, що серед частини людей з гіпертонічною хворобою спостерігаються підвищені рівні агресивності, ворожості та негативізму, а це може бути пов'язано як з фізичним дискомфортом, викликаним хворобою, так і з депресивними симптомами (Рис.2.3.). До прикладу, така емоційна реакція як підвищена дратівливість може бути проявом як гіпертонії, так і депресії. Негативізм і ворожість можуть говорити нам про психологічний стрес, який посилюється у людей, що стикаються з хронічними захворюваннями.

Розподіл пацієнтів з гіпертонічною хворобою за рівнем агресії та емоційної реакції (методика А.Басса та А.Дарки)

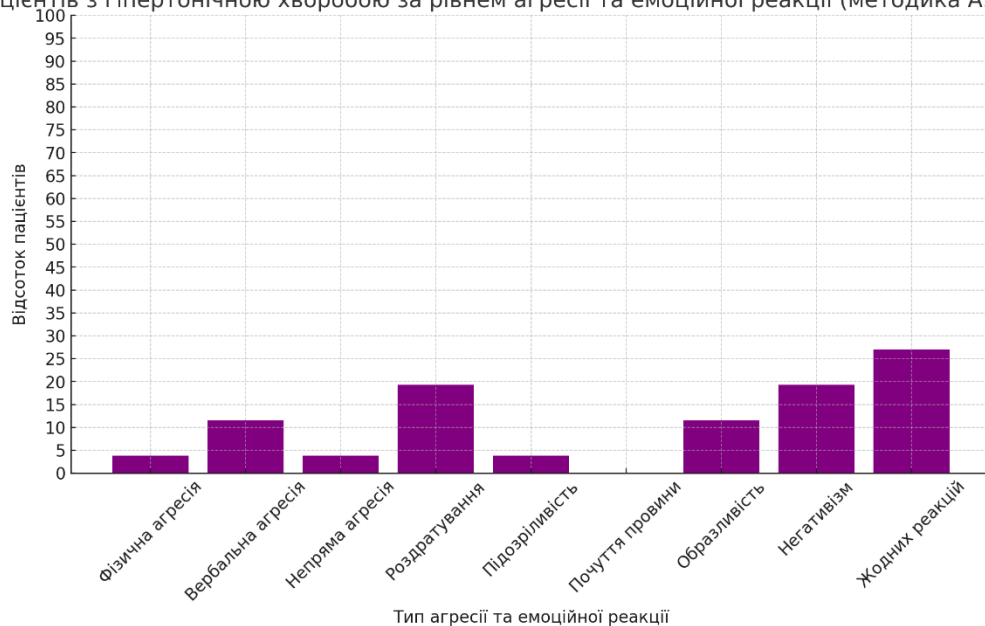


Рис.2.3. Розподіл пацієнтів з гіпертонічною хворобою за рівнем агресії та емоційної реакції за методикою А.Басса та А.Дарки

Як бачимо, аналіз результатів клінічних спостережень та досліджень серед осіб з гіпертонічною хворобою вказує на те, що частота депресивних симптомів серед осіб даної групи є досить значною, такі прояви як поганий сон, дратівливість та пригніченість, є досить поширеними, а характер депресивних проявів може говорити про те, що депресія може мати легкий або помірний характер, але навіть у такій формі вона може негативно впливати на загальний стан здоров'я пацієнтів та їхню здатність дотримуватися лікувальних рекомендацій; агресивні та ворожі реакції серед деяких людей можуть вказувати, що депресія та гіпертонія, можуть взаємно підсилювати негативні емоційні та поведінкові реакції. Це підкреслює важливість інтеграції психологічної підтримки в лікування таких осіб та свідчить про необхідність ретельного моніторингу їх емоційного стану .

Загалом, результати дослідження вказують на те, що депресія та пов'язані з нею емоційні порушення є важливими аспектами, які потрібно враховувати при роботі з хворими на гіпертонічну хворобу. Це може

допомогти покращити результати терапії та підвищити якість життя даної групи осіб.

Перейдемо до аналізу результатів діагностики осіб з цукровим діабетом. Опитано 26 осіб.

Відповідно до результатів проведеного опитування за шкалою депресії Т. Балашова серед людей, які мають захворювання на цукровий діабет виявлені наступні показники депресивних симптомів:

- 2 пацієнти мають високий рівень депресії (7.69%).
- 3 пацієнти перебувають у субдепресивному стані (11.54%).
- 4 пацієнти демонструють легку ситуативну або стресову депресію (15.38%).
- 17 пацієнтів не мають будь-яких депресивних проявів (65.38%).

Такі результати засвідчують, що депресивні симптоми присутні у приблизно 35% досліджених, які мають встановлений діагноз цукровий діабет, що є досить високим показником (Рис.2.4.). Було помічено, що зустрічаються скарги на поганий сон, поганий апетит, втрату ваги, втому, дратівливість та відчуття, що вони живуть неповним життям і це може бути як наслідком депресії, так і фізичними наслідками діабету, такими як метаболічні порушення, що впливають на апетит та вагу, а також підвищена втомлюваність через нестабільний рівень глюкози в крові.

Розподіл пацієнтів з цукровим діабетом за рівнем депресії (шкала Т. Балашова)

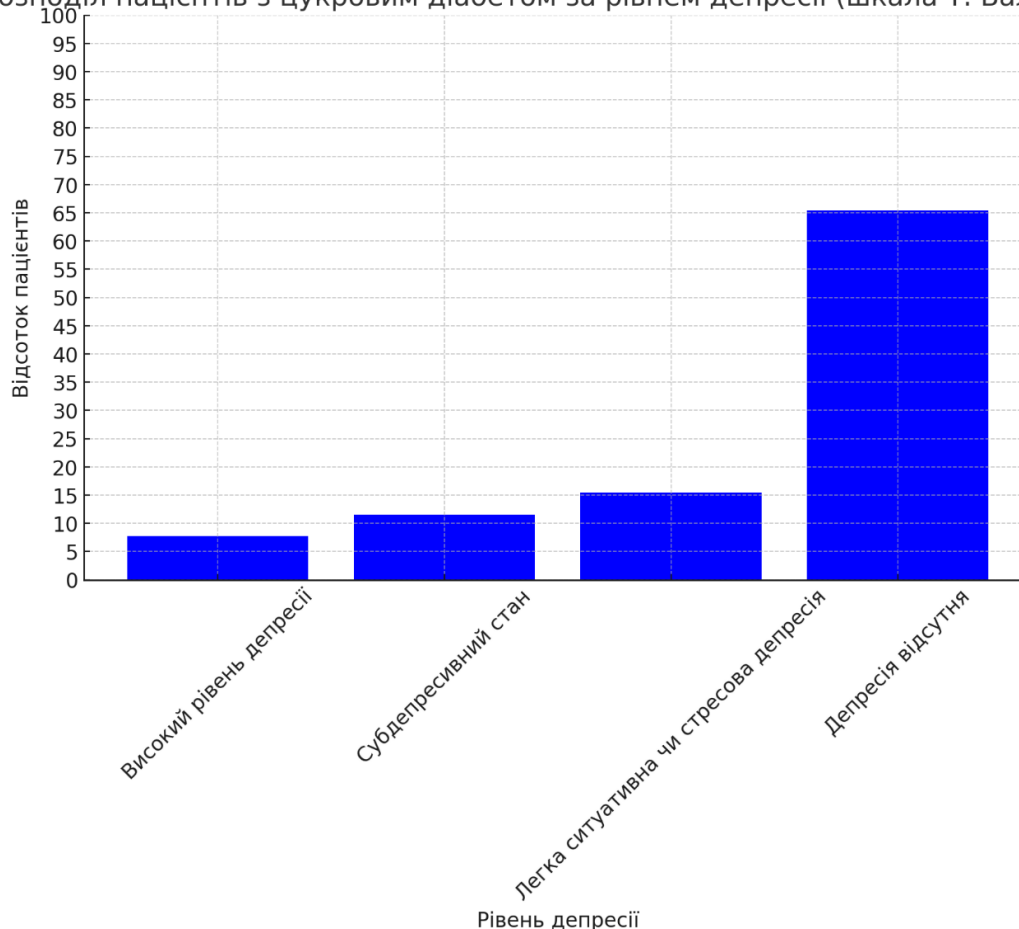


Рис.2.4. Розподіл пацієнтів з цукровим діабетом за рівнем депресії за шкалою Т.Балашова

Опрацювавши результати опитувальника PHQ-9 маємо наступні показники:

- 1 пацієнт має депресію середньої тяжкості (3.85%).
- 2 пацієнти мають депресію помірної тяжкості(7.69%).
- 10 пацієнтів мають легку субклінічну депресію (38.46%).
- 13 пацієнтів не мають депресивних проявів (50.00%).

Вони показують, що легка субклінічна депресія є найбільш поширеною серед пацієнтів з цукровим діабетом, хоча є також випадки помірної та середньої тяжкості розладу (Рис.2.5.). Досить часто бачим поганий настрій, поганий сон, втому та поганий апетит. Ці прояви можуть серйозно впливати на здатність хворих дотримуватися лікувальних рекомендацій, зокрема контролювати

рівень цукру в крові та слідувати дієті, що, у свою чергу, може погіршувати загальний стан здоров'я та якість життя.

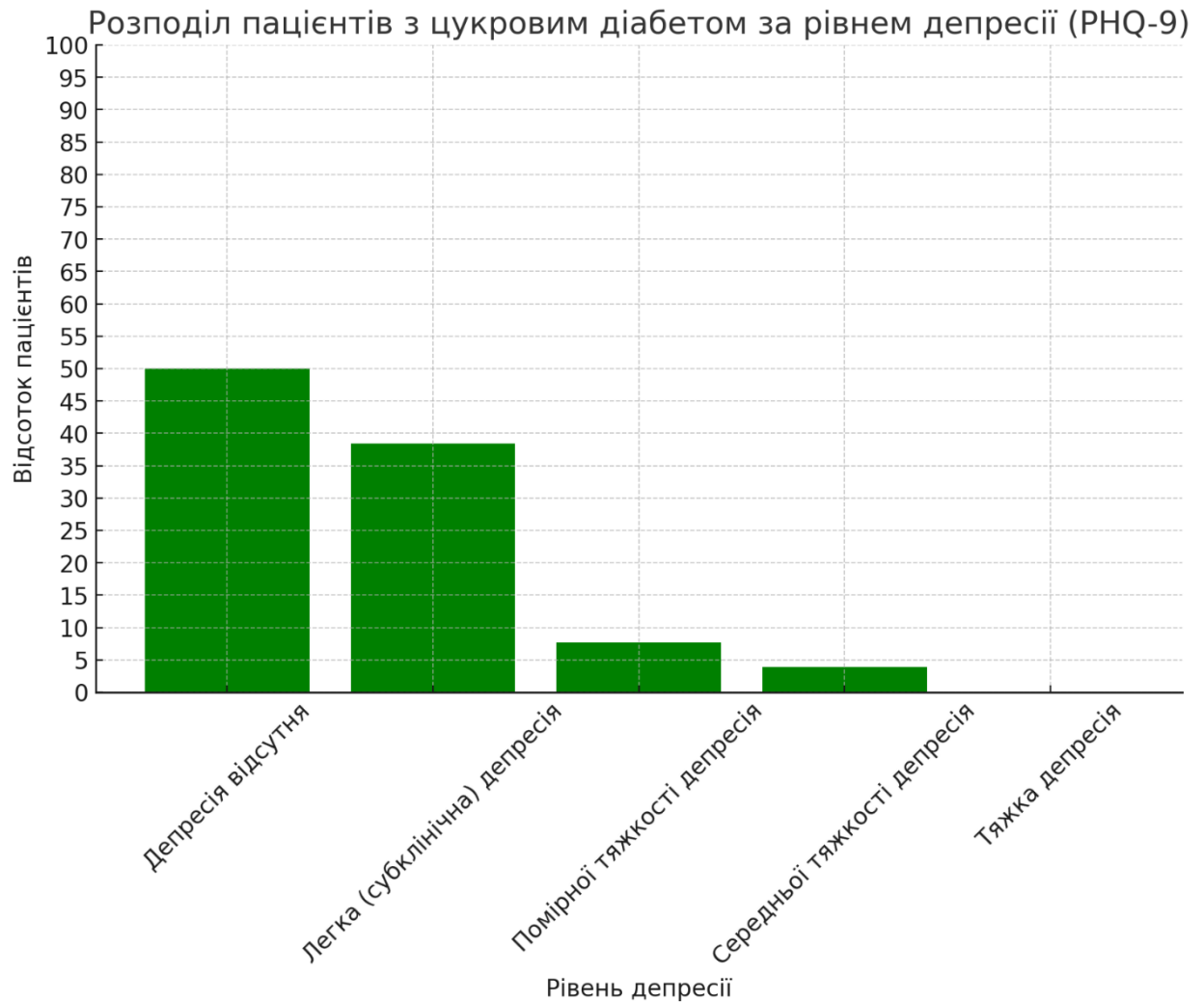


Рис.2.5. Розподіл пацієнтів з цукровим діабетом за рівнем депресії за опитувальникаом PHQ-9

Проаналізувавши дані за методикою А. Басса та А. Дарки спостерігаємо наступне:

- фізична агресія: 3 пацієнти (11.54%).
- вербальна агресія: 3 пацієнти (11.54%).
- непряма агресія :5 пацієнтів (19.23%).
- Роздратування: 3 пацієнти (11.54%).
- підозріливість: 3 пацієнти (11.54%).
- почуття провини : 0

- образливість: 5 пацієнтів (19.23%).
- негативізм: 4 пацієнти (15.38%).
- жодних реакцій: 0

Що свідчить про те, що:

- 1 пацієнт має підвищений загальний індекс агресивності та ворожості.
- 2 пацієнти мають підвищений загальний індекс агресивності.
- 2 пацієнти мають підвищений загальний індекс ворожості.
- 4 пацієнти мають підвищений індекс негативізму та непрямой агресії.
- 4 пацієнти демонструють підвищене роздратування.
- 3 пацієнти мають підвищену образливість (Рис.2.6.).

Розподіл пацієнтів з цукровим діабетом за рівнем агресії та емоційної реакції (методика А.Басса та А.Дарки)

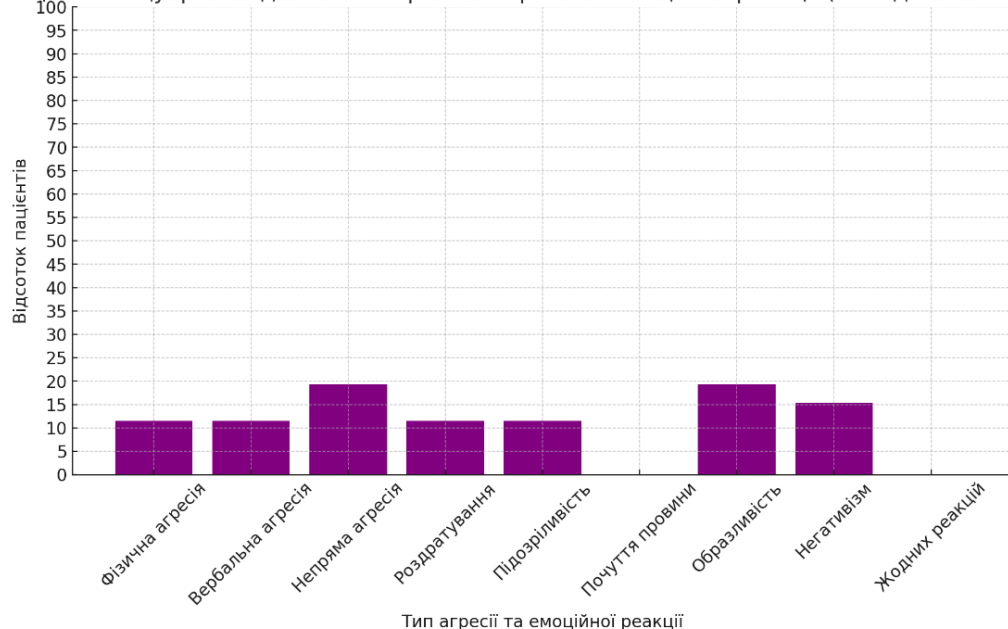


Рис.2.6. Розподіл пацієнтів з цукровим діабетом за рівнем агресії та емоційної реакції за методикою А.Басса та А.Дарки

Дані діагностики можуть вказувати на те, що серед людей з цукровим діабетом є певний рівень агресивних та ворожих реакцій, які можуть бути наслідком як фізичного дискомфорту, викликаного захворюванням, так і психоемоційного стресу, пов'язаного з хронічним станом. Негативізм, непряма агресія та роздратування можуть відображати внутрішнє незадоволення людей

своїм станом, а також знижену здатність справлятися з емоційним стресом, викликаним діабетом.

Виходячи з вище сказаного бачимо, що частота депресивних симптомів серед пацієнтів з діабетом є відносно високою, з поширеністю різних форм депресії у близько третини досліджуваних; характер депресивних проявів у людей даної групи включає як легкі, так і помірні форми депресії, з переважанням таких проявів, як поганий сон, апатія, втома та поганий апетит; агресивні та ворожі реакції виявлені у деяких осіб, що може свідчити про те, що депресія та хронічний стрес, пов'язаний з діабетом, можуть взаємно підсилювати негативні емоційні реакції.

Ми розуміємо, що дані симптоми можуть суттєво погіршувати здатність клієнтів контролювати своє захворювання, що може тягнути за собою погіршення стану здоров'я, тому слід відповідально віднестися до регулярного моніторингу психоемоційного стану таких осіб, щоб своєчасно виявляти і корегувати даний розлад. Важливо не забувати включати психологічну підтримку в загальний план терапії, щоб допомогти людям краще справлятися зі своїм станом. Як бачимо, отримані результати дослідження ще раз підкреслюють, що депресія є важливим фактором, який впливає на загальний стан здоров'я пацієнтів з цукровим діабетом.

Наразі ознайомимося з аналізом результатів діагностики осіб без хронічних захворювань. Психодіагностику пройшли 26 людей.

Шкала депресії Т. Балашова, за допомогою якої проводилася діагностична робота, які не мають проявів хронічних захворювань, показала наступні результати по депресивній симптоматиці:

- 2 пацієнти перебувають у субдепресивному стані (7.69%).
- 5 пацієнтів демонструють легку ситуативну або стресову депресію (19.23%).
- 19 пацієнтів не мають будь-яких депресивних проявів (73.08%).

Отримані показники можуть свідчити про те, що депресивні сигнали серед населення без хронічних захворювань є відносно рідкісними і найчастіше мають легкий або ситуативний характер, що може бути пов'язано

зі стресовими подіями в житті, але не є постійним станом. Найбільш поширені: поганий сон, втомлюваність, дратівливість та підвищене серцебиття. Вони можуть бути наслідком тимчасових стресових факторів і, ймовірно, меншою мірою пов'язані з депресією, ніж у групах пацієнтів з хронічними захворюваннями. У вище згаданій групі людей депресивні симптоми виявлені у 7 з 26 досліджених (26,9%) і жоден пацієнт не має високого рівня депресії та більшість з них або взагалі не мали депресії, або мали легку ситуативну (Рис.2.7.). Це може свідчити про те, що відсутність хронічних захворювань значно знижує ризик розвитку серйозних проявів депресії.

Розподіл пацієнтів без хронічних захворювань за рівнем депресії (шкала Т. Балашова)

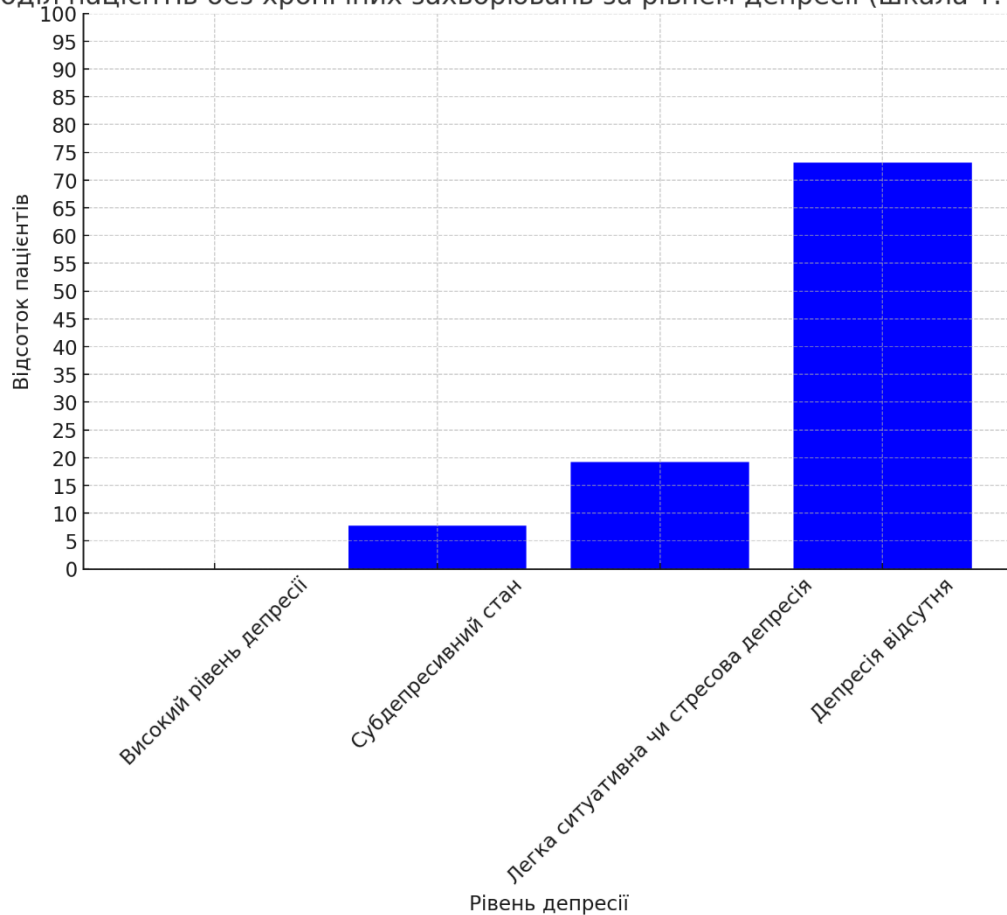


Рис.2.7. Розподіл пацієнтів без хронічних захворювань за рівнем депресії за шкалою Т.Балашова

Згідно з опитувальником PHQ-9:

- 1 пацієнт має депресію помірної тяжкості (3.85%).

- 8 пацієнтів мають легку субклінічну депресію (30.77%).
- 17 пацієнтів не мають депресивних проявів (65.38%).

Результати за PHQ-9 показують, що більшість клієнтів цієї групи не мають виражених депресивних симптомів, тобто тяжка та середньої тяжкості депресія не виявлені і лише незначна частина відчуває легку депресію (Рис.2.8.). Найчастіші скарги в даній групі людей – це поганий настрій, поганий сон і втому, що можуть бути характерними для періодів стресу або тимчасового емоційного дискомфорту, але не свідчать про клінічно значущу депресію.

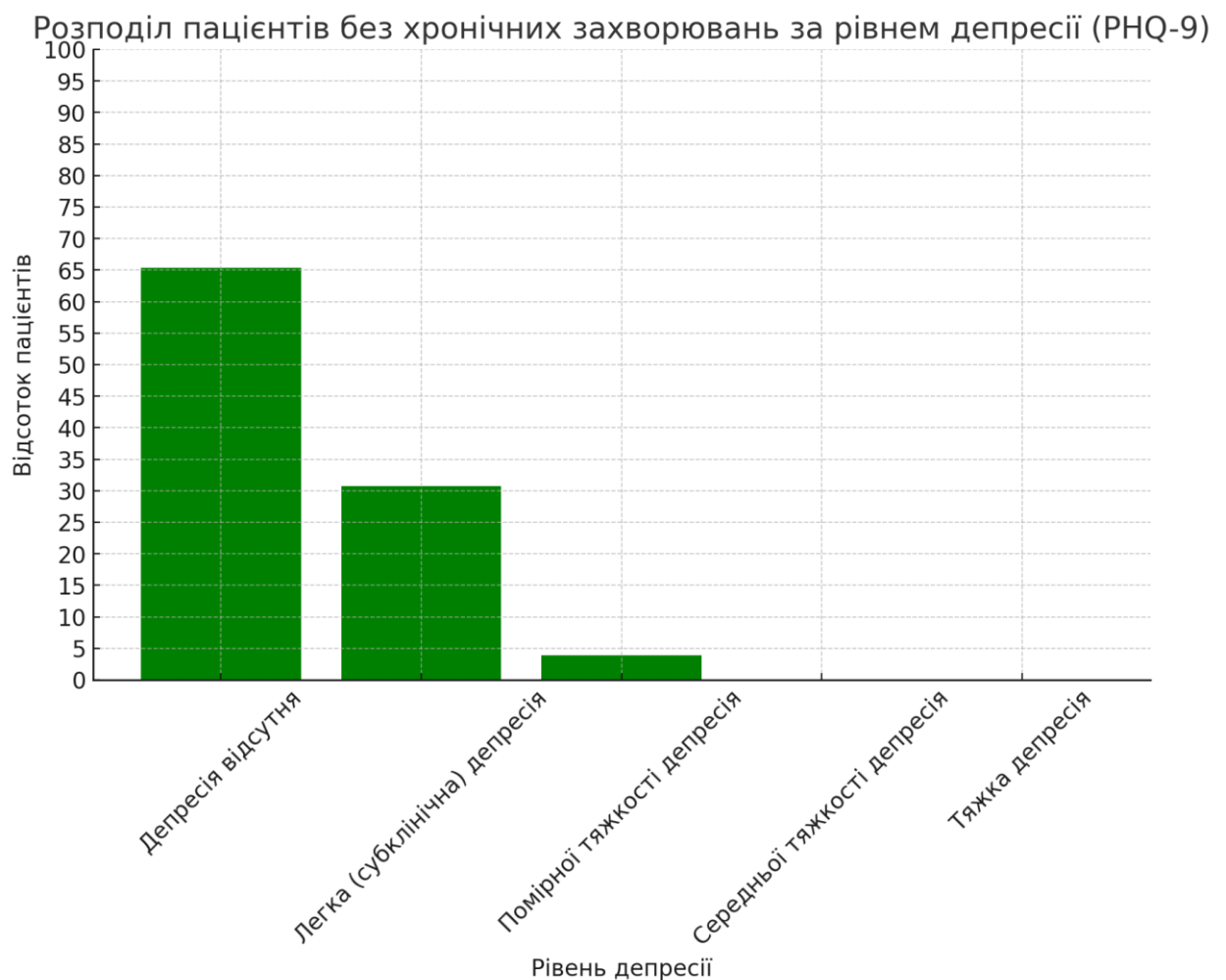


Рис.2.8. Розподіл пацієнтів без хронічних захворювань за рівнем депресії за опитувальником PHQ-9

Обробивши результати діагностичної роботи за методикою А. Басса та А. Дарки маємо наступну інтерпретацію:

- фізична агресія: 0
- вербальна агресія: 0
- непряма агресія: 0
- роздратування: 3 (11.54%).
- підозріливість: 3 (11.54%).
- почуття провини: 0
- образливість: 0
- негативізм: 3 (11.54%).
- жодних реакцій: 0

Відповідно до цих показників:

- 3 пацієнти мають підвищений індекс негативізму
- 3 пацієнти демонструють підвищене роздратування.
- 2 пацієнти мають підвищений рівень підозрілості.

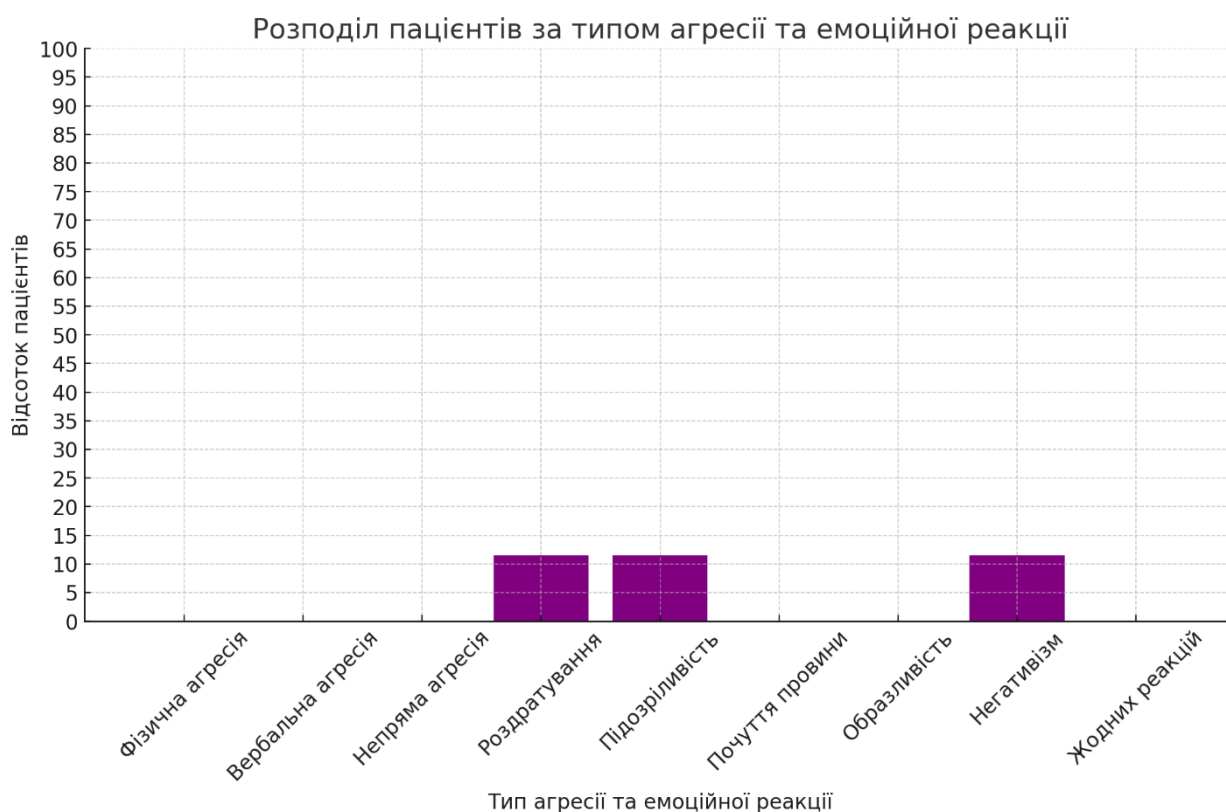


Рис.2.9. Розподіл пацієнтів без хронічних захворювань за рівнем агресії та емоційної реакції за методикою А.Басса та А.Дарки

Вище вказані дані можуть вказувати на те, що деякі особи без хронічних захворювань проявляють певний рівень негативізму, роздратування та підозрілості (Рис.2.9.). Однак, це може бути пов'язано з тимчасовими особистими або соціальними проблемами, які не мають системного характеру і можуть зникнути без розвитку депресії. Негативізм і підозрілість у цій групі, ймовірно, не пов'язані з хронічними проблемами зі здоров'ям, а скоріше є реакцією на інші життєві стреси.

Аналіз результатів клінічних спостережень та досліджень серед осіб згаданої групи показує, що частота депресивних симптомів тут є нижчою, ніж серед пацієнтів з цукровим діабетом, артеріальною гіпертензією; характер депресивних проявів включає поганий настрій, втому та поганий сон, що свідчить про можливі короткострокові емоційні розлади, але не про глибокі депресивні стани; негативні емоційні реакції такі як негативізм, роздратування та підозрілість, присутні у деяких досліджуваних, але не носять системного характеру і можуть бути відповіддю на короткострокові стресові фактори. Депресивні прояви найчастіше мають легкий або ситуативний характер і можуть бути пов'язані з тимчасовими життєвими стресами. Це відрізняє цю групу людей від групи пацієнтів з хронічними захворюваннями, де депресія більш виражена і пов'язана з тривалими фізичними та емоційними труднощами.

Загалом, результати дослідження можуть свідчити про те, що люди без хронічних захворювань значно рідше мають виражені депресивні симптоми, і вони частіше є тимчасовими та легкими. Це підтверджує гіпотезу даного дослідження про те, що депресія частіше проявляється у пацієнтів з хронічними захворюваннями, такими як гіпертонія та цукровий діабет, і що вони потребують більшої уваги до свого психоемоційного стану для покращення якості лікування.

2.4. Виявлення основних закономірностей та висновки

Для кращого уявлення ситуації пропоную переглянути порівняльний аналіз трьох груп досліджуваних за результатами всіх трьох методик.

Аналіз симптомів депресії у трьох групах пацієнтів (з гіпертонічною хворобою, цукровим діабетом та без хронічних захворювань) на основі шкали депресії Т. Балашова дозволяє виявити як загальні тенденції, так і специфічні відмінності між цими групами (Табл.2.1.).

Таблиця 2.1.

Показники дослідження за шкалою депресії Т. Балашова

Категорія депресії	Гіпертонія	Цукровий діабет	Без хронічних захворювань
Високий рівень депресії	3.85%	7.69%	0
Субдепресивний стан	11.54%	11.54%	7.69%
Легка ситуативна чи стресова депресія	15.38%	15.38%	19.23%
Депресія відсутня	69.23%	65.38%	73.08%

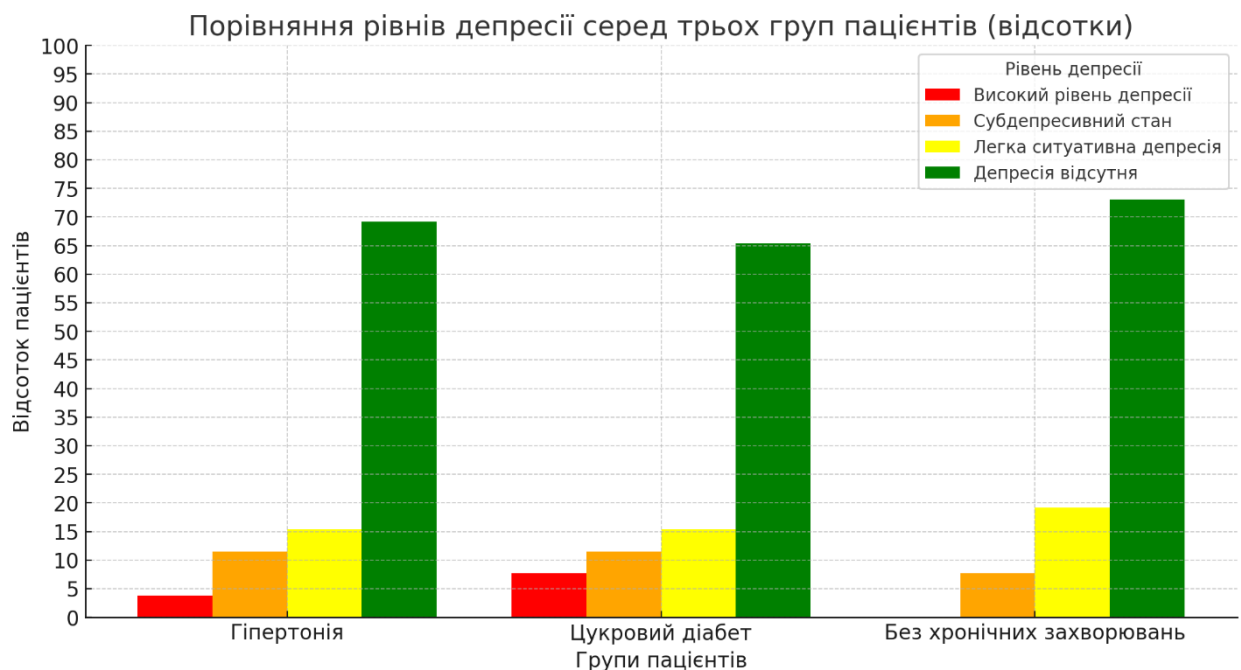


Рис.2.10. Порівняння рівнів депресії за шкалою Т.Балашова серед трьох груп пацієнтів

Дослідження проявів депресії серед трьох груп пацієнтів: з гіпертонією, цукровим діабетом та тих, хто не має хронічних захворювань на основі опитувальника PHQ-9 дозволяє виявити як загальні тенденції, так і специфічні відмінності між цими групами (Табл.2.2.).

Таблиця 2.2.

Показники дослідження за опитувальником PHQ-9

Категорія депресії	Гіпертонія	Цукровий діабет	Без хронічних захворювань
Депресія відсутня	53.85%	50%	65.38%
Легка (субклінічна) депресія	34.62%	38.47%	30.77%
Помірної тяжкості депресія	11.54%	7.69%	3.85%
Середньої тяжкості депресія	0	3.85%	0
Тяжка депресія	0	0	0

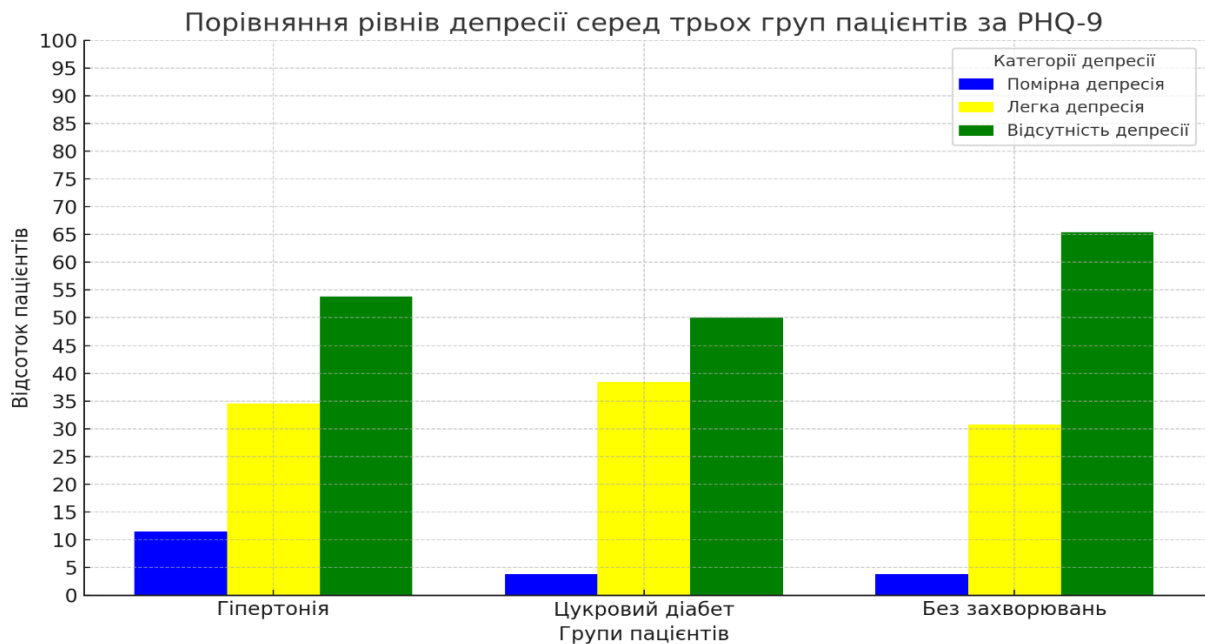


Рис.2.11. Порівняння рівнів депресії за опитувальником PHQ-9 серед трьох груп пацієнтів

Опираючись на вище зазначені результати бачимо (Рис.2.11.), що найбільша кількість пацієнтів без проявів депресії спостерігається в групі без хронічних захворювань (17), що може свідчити про відносно кращий психічний стан цієї групи. Групи з гіпертонією та цукровим діабетом мають трохи меншу кількість звернених без ознак розладу (14 і 13 відповідно). Легка депресія є найпоширенішою серед осіб з цукровим діабетом (10), що може вказувати на більший ризик виникнення розладу у пацієнтів із цією хворобою. У групі з гіпертонією цей показник трохи нижчий (9), а серед клієнтів без хронічних захворювань цей показник найнижчий (8). У групах з гіпертонією та цукровим діабетом спостерігаються схожі показники помірної депресії (3 і 2 пацієнти відповідно). Це може вказувати на необхідність більшої уваги до психічного стану осіб із цими захворюваннями. У групі без хронічних захворювань лише одна людина має помірну депресію, що може говорити про більш низький рівень розладу. Середньої тяжкості депресія спостерігалася лише у одного клієнта з цукровим діабетом. Тяжкої депресії не було виявлено в жодній з груп. Це може свідчити про відсутність виражених депресивних розладів серед досліджуваних пацієнтів.

Результати опитувальника PHQ-9 показують, що наявність хронічних захворювань, таких як гіпертонічна хвороба та цукровий діабет, може бути пов'язана з підвищеним ризиком виникнення легких та помірних форм депресії. Проте, найвищий відсоток населення без депресивних маркерів спостерігається серед осіб без хронічних захворювань. Це вказує на важливість моніторингу психічного здоров'я серед таких осіб та своєчасного надання їм психологічної підтримки.

Досить інформативним є порівняння трьох груп пацієнтів (з гіпертонією, з цукровим діабетом, без хронічних захворювань) за методикою А. Басса та А. Дарки

Для порівняння використаємо кількість досліджуваних, які мають різні типи агресії та емоційних реакцій у трьох групах. (Табл.2.3.).

Таблиця 2.3.

Показники дослідження за методикою А. Басса та А. Дарки

Тип реакції	Гіпертонія	Цукровий діабет	Без хронічних захворювань
Фізична агресія	3.85%	11.54%	0
Вербальна агресія	11.54%	11.54%	0
Непряма агресія	3.85%	26.92%	0
Роздратування	19.23%	15.38%	11.54%
Підозрілість	3.85%	11.54%	11.54%
Почуття провини	0	0	0
Образливість	11.54%	23.08%	0
Негативізм	19.23%	15.38%	11.54%

Вираженість агресивних та негативних реакцій у пацієнтів різних груп дещо відрізняється, а саме:

- особи з цукровим діабетом демонструють більш виражені вище згадані реакції порівняно з іншими групами і у них найвищі показники фізичної та непрямой агресії, а також образливості, що може бути пов'язано з більшою психологічною та фізичною напругою через складність контролю діабету;
- пацієнти з гіпертонією мають помірний рівень агресії та негативізму, з помітною вербальною агресією, роздратуванням і негативізмом, що може свідчити про певний рівень стресу, пов'язаного з гіпертонією, але менш виражений, ніж у людей з діабетом;
- пацієнти без хронічних захворювань демонструють найнижчий рівень даних реакцій, тому у них відсутні фізична, вербальна і непрямая агресія, а рівні роздратування, підозрілості та негативізму є помірними (Рис.2.12.).

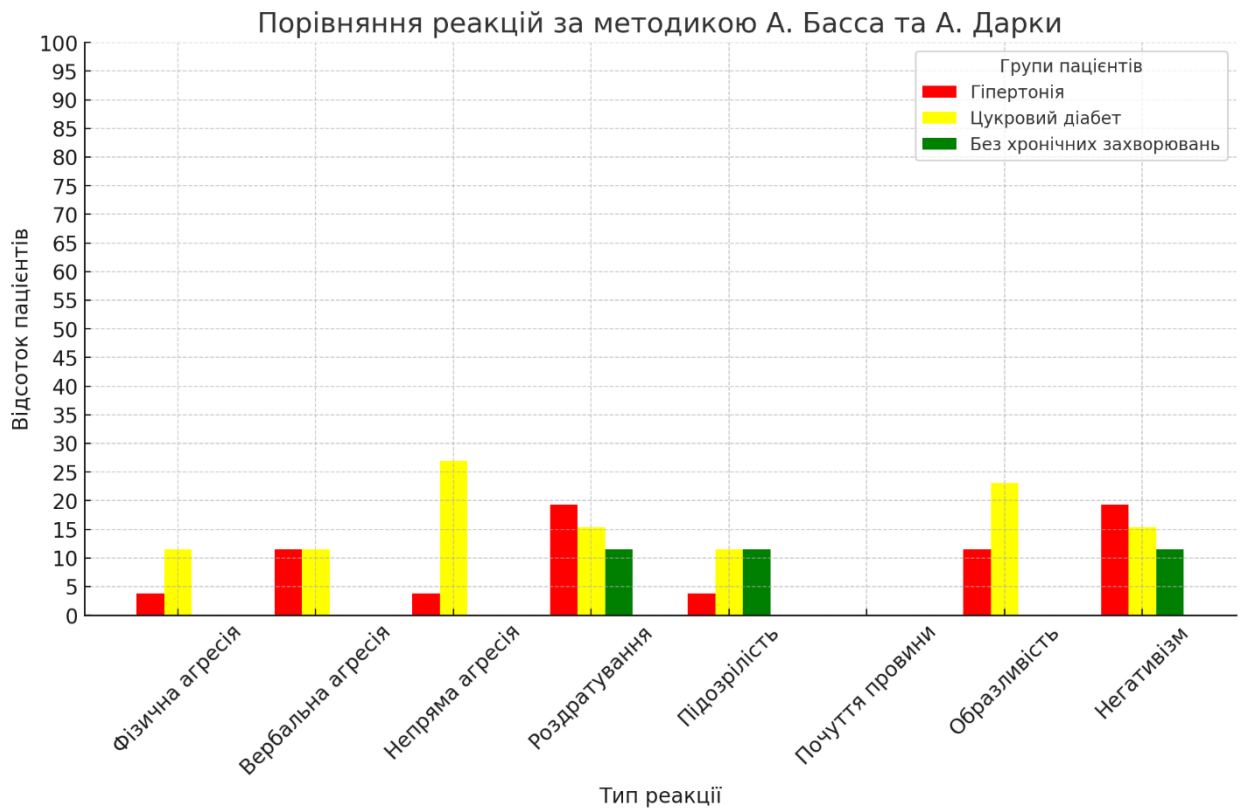


Рис.2.12. Порівняння трьох груп пацієнтів за рівнем агресії та емоційної реакції за методикою А.Басса та А.Дарки

У групах досліджуваних з гіпертонією та цукровим діабетом, депресивні симптоми виявляються значно частіше, ніж у групі пацієнтів без хронічних захворювань.

Характер депресивних проявів у цих групах також відрізняється. У пацієнтів з хронічними захворюваннями депресія найчастіше проявляється у формі поганого сну, втоми, дратівливості, а також специфічних проявів, таких як підвищене серцебиття (у людей з гіпертонією) та поганий апетит (у пацієнтів з діабетом). Ці симптоми, ймовірно, підсилюються фізичними аспектами їхніх захворювань. У людей, які не мають хронічних хвороб депресивні ознаки зазвичай менш виражені і частіше мають ситуативний характер, що підтверджує їхній тимчасовий або стресовий характер.

Аналіз агресивності та ворожості за методикою А. Басса та А. Дарки показав, що люди з хронічними захворюваннями мають вищі рівні згаданих реакцій. У групі з гіпертонією підвищений загальний індекс агресивності та ворожості спостерігався у кількох досліджуваних, а у групі з діабетом ці показники були ще вищими. У пацієнтів без хронічних захворювань такі реакції відбувалися значно рідше, що вказує на те, що хронічні захворювання можуть підсилювати їх.

Загалом, результати аналізу підтверджують, що особи з хронічними захворюваннями, такими як гіпертонія та цукровий діабет, частіше стикаються з депресивними симптомами, а також з підвищеною агресивністю та ворожістю. Люди без цих хвороб рідше мають виражені депресивні ознаки, і вони зазвичай мають ситуативний характер. Таким чином, важливо звертати особливу увагу на емоційний стан пацієнтів з хронічними захворюваннями, що може суттєво вплинути на їхнє лікування і загальний добробут.

На нашу думку, хронічні захворювання, особливо цукровий діабет, мають значний вплив на психоемоційний стан населення, викликаючи більше агресивних і негативних емоційних реакцій.

Аналіз частоти та характеру проявів допомагає зрозуміти, які саме групи пацієнтів найбільш схильні до депресії, і які форми депресивних проявів є найбільш характерними для кожного захворювання

Порівняльний аналіз трьох груп пацієнтів, які були досліджені в контексті даної дипломної роботи "Депресивні симптоми при хронічних захворюваннях та їх вплив на хід лікування", виявив важливі відмінності в частоті, характері та рівні їх проявів (Див. Додаток Г).

З огляду на порівняльний аналіз агресивних та негативних реакцій у людей різних груп, можна зробити висновок, що більш виражені агресивні реакції можуть бути пов'язані з наявністю хронічних захворювань, таких як цукровий діабет та гіпертонія. З іншого боку, пацієнти без хронічних захворювань мають найнижчі показники агресивних реакцій, що вказує на можливий зв'язок між високою агресивністю і розвитком або наявністю хронічних хвороб. Тобто, вираженість агресивних реакцій може бути потенційним фактором, що сприяє частішому розвитку зазначених захворювань або є наслідком боротьби зі стресом, який супроводжує їхнє лікування. Це може вказувати на важливість психосоціальної підтримки для запобігання надмірній агресивності, що може сприяти зниженню рівня стресу і ризику хронічних захворювань.

Отже, виходячи з аналізу отриманих даних можемо підсумувати, що частота та характер депресивних симптомів вказують на те, що пацієнти з хронічними захворюваннями більш схильні до розвитку депресії, особливо в легких та помірних формах. Вони мають значний вплив на розвиток самого депресивного стану та пов'язаних з ним емоційних порушень, таких як агресія та ворожість. Люди, які не хворіють на хронічні захворювання значно рідше стикаються з депресивною симптоматикою, і коли вони виникають, то частіше мають ситуативний характер і меншу інтенсивність.

Цей порівняльний аналіз підкреслює важливість інтеграції психосоціальної підтримки в процес лікування людей, які живуть з

хронічними захворюваннями, для покращення їхнього загального стану та якості життя.

У населення з депресивними симптомами часто спостерігається зниження мотивації та енергії, що безпосередньо впливає на їхню здатність дотримуватися лікувального режиму. Відомі випадки, коли люди з гіпертонією не дотримуються режиму прийому ліків, уникають фізичної активності, не дотримуються рекомендацій щодо дієти, що може призводити до погіршення контролю над артеріальним тиском і підвищувати ризик ускладнень.

Подібна ситуація спостерігається у пацієнтів, які хворіють на цукровий діабет. У них депресія може впливати на здатність контролювати рівень глюкози в крові. Вони часто втрачають мотивацію до моніторингу свого стану, можуть нехтувати дієтою або нерегулярно приймати інсулін, що значно підвищує ризик гіперглікемії та інших ускладнень діабету.

Депресивні симптоми, такі як поганий сон, втома, дратівливість і апатія, можуть значно погіршувати фізичний стан людей, які мають хронічні захворювання, зокрема, у нашому випадку, гіпертонія і цукровий діабет, і це може призводити до підвищеного серцебиття, підвищеної втомлюваності та загострення інших фізичних показників, що, у свою чергу, може викликати погіршення загального стану здоров'я. Фізичний дискомфорт підсилює депресію і може створити замкнене коло, де погіршення фізичного стану підсилює депресію, а депресія, у свою чергу, посилює фізичні прояви захворювання.

Аналіз показав, що пацієнти з хронічними захворюваннями, які мають депресивні симптоми, також часто проявляють підвищену агресивність та ворожість. Ці емоційні реакції можуть негативно впливати на соціальні взаємодії, знижувати якість спілкування з медичним персоналом та ускладнювати співпрацю у лікуванні. Такі люди можуть проявляти негативізм до рекомендацій лікаря або відчувати підозрілість щодо ефективності лікування, що додатково знижує ефективність терапії.

У дослідженні проявів депресії серед пацієнтів різних груп було проведено статистичний аналіз, що ґрунтувався на методі Стюдента (t-test). Цей метод дозволяє оцінити, чи є статистично значущі відмінності між середніми значеннями депресивних симптомів у кількох групах випадків, зокрема серед осіб з гіпертонією, цукровим діабетом та тих, хто не має хронічних захворювань. Для аналізу використовувалися результати тестування на депресію за шкалою Т. Балашова та опитувальника стану здоров'я PHQ-9. Середній вік учасників становив від 55 до 75 років, вони належали до обох станів та мали підтверджені діагнози гіпертонії або діабету, або ж не мали хронічних хвороб. Застосування t-тесту дозволило визначити, чи є суттєві відмінності в рівнях депресивних симптомів між цими групами, що сприяють розумінню впливу хронічних захворювань на психоемоційний стан.

Таблиця 2.4.

Статистичний аналіз груп пацієнтів з гіпертонією і без хронічних захворювань

№	Група	Кількість пацієнтів	Середній бал	Стандартне відхилення	Т-статистика	Р-значення
1	Пацієнти з гіпертонією	26	47,96163846 153846	14,18303428 5316438	4,258685865 706426	9,053685022 999499 e-05
2	Пацієнти без хронічних захворювань	26	31,26923076 923077	14,08135701 5025768	N/A	N/A

Ця таблиця відображає основні результати порівняння двох груп із рівнем депресії (Табл.2.4.).

Результат t-критерію Стюдента показує t-статистику приблизно 4,26 із значенням $p = 0,00009$. Це вказує на статистично значущу різницю в показниках депресивних сигналів між двома групами (пацієнти з гіпертензією та пацієнти без хронічних захворювань), оскільки p -значення набагато менше, ніж умовне порогове значення 0,05. Це означає, що різниця між групами майже напевно не випадкова. Тобто пацієнти з гіпертонією мають вищий рівень депресивних симптомів порівняно з тими, хто не має хронічних захворювань.

Отже, ми можемо зробити висновок, що населення з гіпертонією частіше відчують депресивну симптоматику, ніж ті, хто не має хронічних захворювань, і ця різниця підтверджена статистично.

На графіку (Рис.2.13.) зображено порівняння між двома групами: пацієнтами з гіпертонією та тими, хто не має хронічних захворювань. Лінії показують, як розподіляються бали депресії за шкалою Т. Балашова в кожній групі. Видно, що люди з гіпертонією загалом мають вищі показники депресії відповідно до іншої групи.

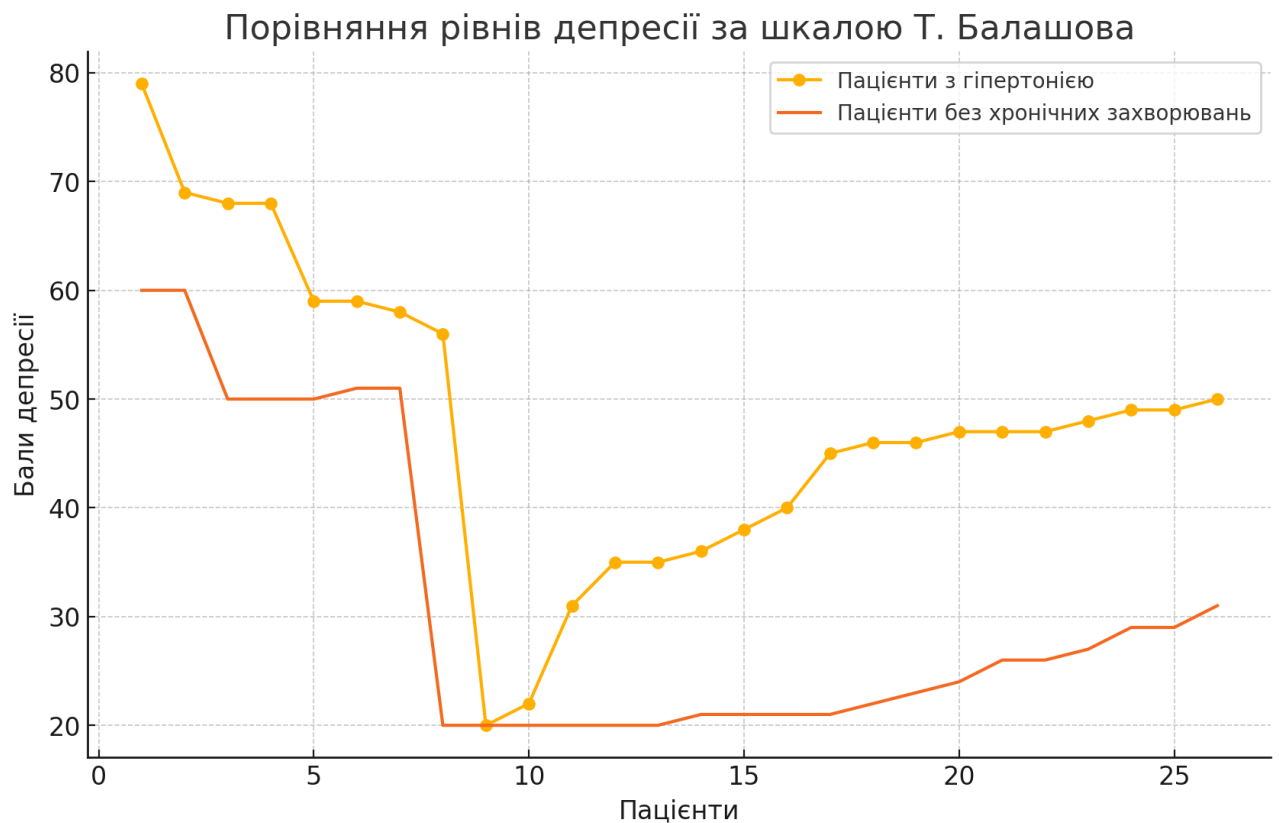


Рис.2.13. Порівняння рівнів депресії двох груп пацієнтів за шкалою Т.Балашова.

Ми підготували таблицю з результатами статистичного аналізу для груп осіб із цукровим діабетом та тих, хто не має хронічних захворювань. У таблиці наведено кількість потреб, середні бали, стандартне відхилення, а також значення t-статистики та р-значення (Табл.2.5.).

Таблиця 2.5.

Статистичний аналіз груп пацієнтів з цукровим діабетом і без хронічних захворювань

№	Група	Кількість пацієнтів	Середній бал	Стандартне відхилення	T-статистика	P-значення
1	Пацієнти з цукровим діабетом	26	48,11538461538461	16,361728326987766	3,9792275942273694	0,000223532727534358
2	Пацієнти без хронічних захворювань	26	31,26923076923077	14,081357015025768	N/A	N/A

Результати t-тесту показують:

- T-статистика : 3,98
- P-значення : 0,00022

Значення 0.00022 засвідчує, що ймовірність того, що різниця між групами випадкова, є дуже малою. Р-значення значно менше 0,05, тому ми можемо бути впевненими, що різниця між рівнями депресії є суттєвою та говорити про те, що існує статистично значуща різниця в рівнях депресії між двома групами. Якщо р-значення значуще менше 0,05, різниця є не випадковою, а пацієнти з цукровим діабетом мають суттєво вищі показники депресивних симптомів захворювання в порівнянні з тими, хто не має хронічних захворювань.

На графіку (Рис.2.14.) зображено порівняння рівнів депресивних симптомів між двома групами: з цукровим діабетом і без хронічних захворювань. Кожна точка представляє депресивний бал за шкалою Т. Балашова для окремого пацієнта. Видно, що ті хто хворіє на діабет мають загалом вищі бали депресії, ніж ті, які не мають хронічних захворювань.

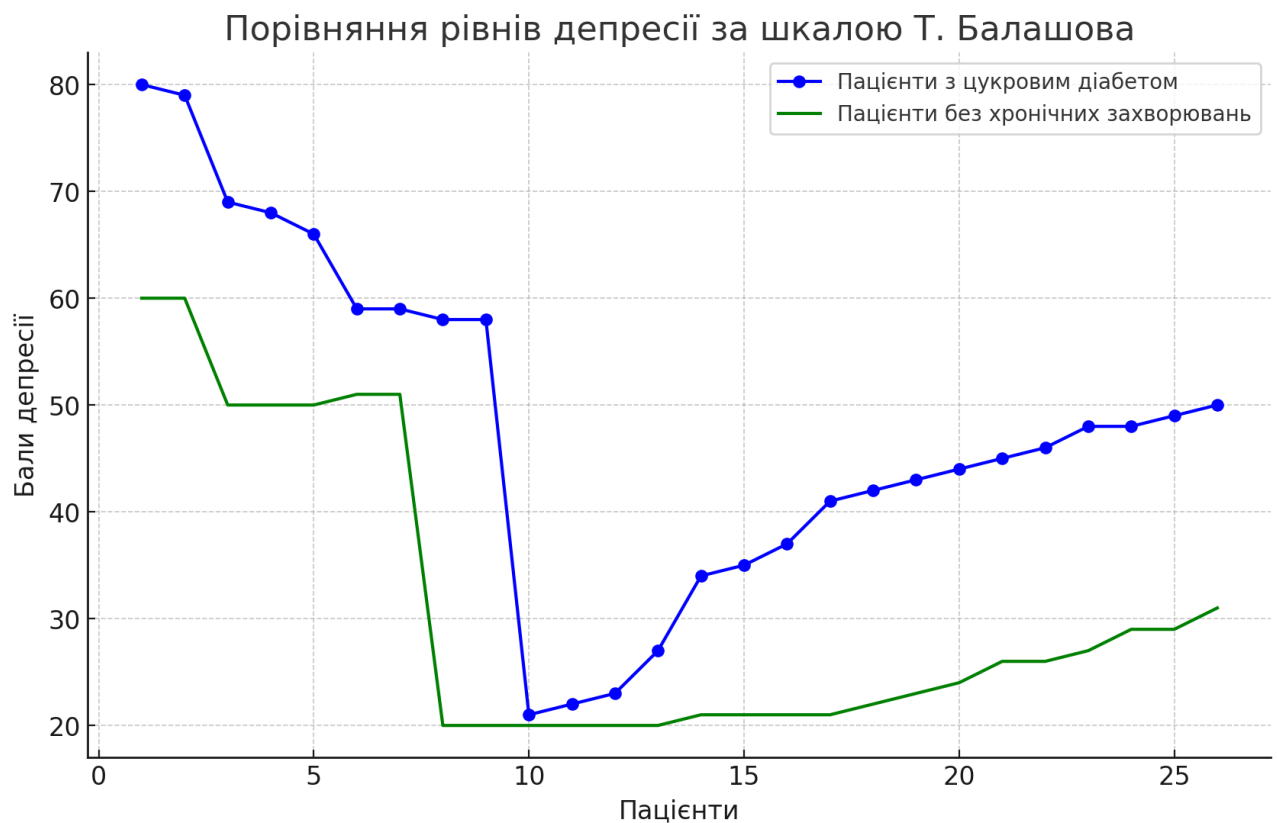


Рис.2.14. Порівняння рівнів депресії двох груп пацієнтів за шкалою Т.Балашова.

Для більшої достовірності отриманих результатів ми зробили статистичний аналіз груп пацієнтів за опитувальником PHQ-9 і порівняли.

Таблиця 2.6.

Статистичний аналіз груп Порівняння депресивних симптомів за PHQ-9

№	Група	Кількість пацієнтів	Середній бал	Стандартне відхилення	T-статистика	P-значення
1	Пацієнти з гіпертонією	26	5,538461538461538	4,091266495654071	2,5572944657168946	0,01362934914002367
2	Пацієнти без хронічних захворювань	26	3,0	2,979932885150268	N/A	N/A

Результати t-тесту для порівняння двох груп досліджуваних (з гіпертонією та без хронічних захворювань) за опитувальником PHQ-9 показують:

- Т-статистика : 2,56, що означає, що існує статистично значуща різниця в рівнях депресії у пацієнтів з гіпертонією та тими, хто не має хронічних захворювань.
- Р-значення : 0,0136, при р-значенні менше 0,05 можна сказати, що різниця між групами не є випадковою. Клієнти з гіпертонією мають вищі показники депресивних симптомів (Табл.2.5.).

Ця різниця є статистично значущою, тобто вона реальна, а не випадкова.

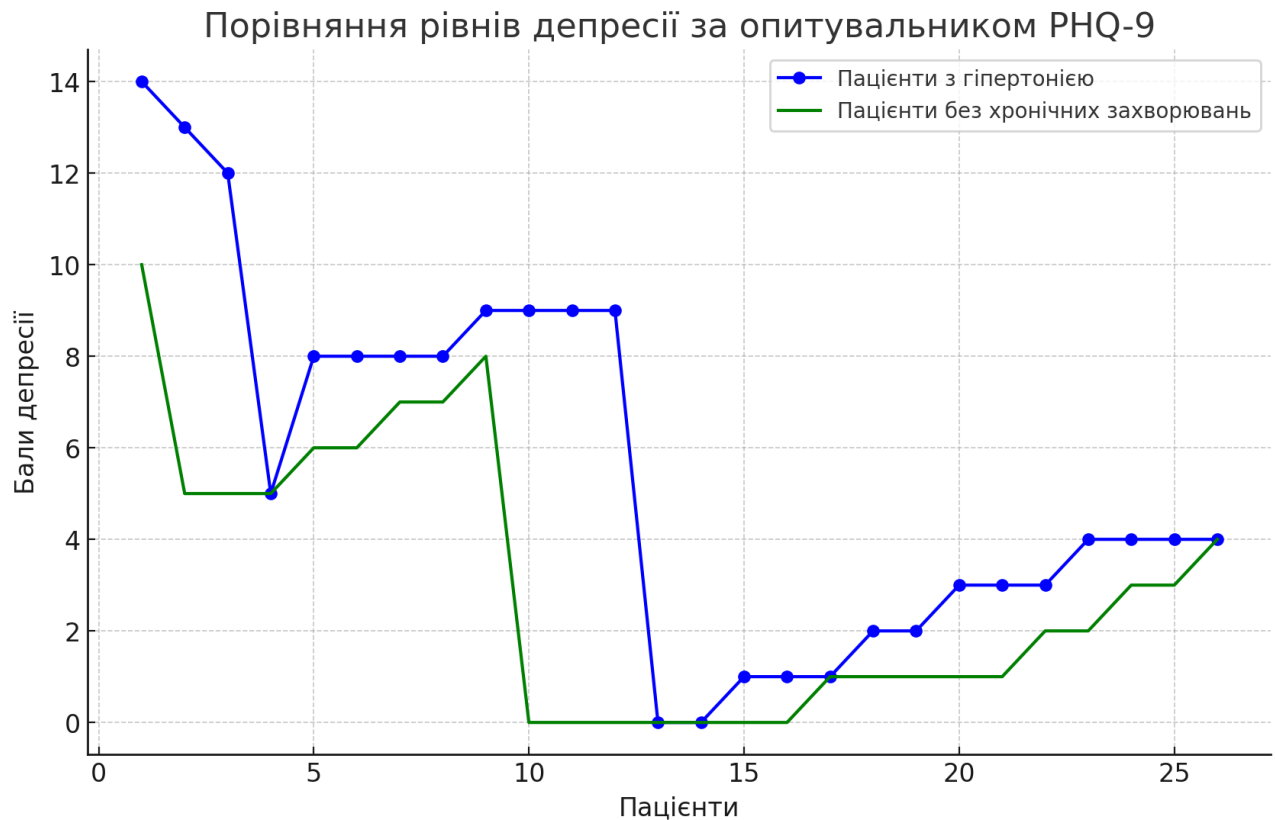


Рис.2.15.Порівняння рівнів депресії двох груп пацієнтів за опитувальником PHQ-9

Графік (Рис.2.15.), на якому зображено порівняння рівнів депресії між пацієнтами з гіпертонією (синій колір) і пацієнтів без захворювань (зелений колір) за результатами опитувальника PHQ-9. Візуально помітно, що обстежені люди з гіпертонією демонструють значно вищі показники депресивності ніж особи без хронічних захворювань.

Показники результатів t-тесту для порівняння хворих на цукровий діабет і без захворювань за результатами опитувальника PHQ-9 свідчать що: Т-статистика : 3.37. І, як ми розуміємо, різниця в показниках між групами є значущою.

Р-значення : 0,00147, показує, що різниця між рівнем депресії в групах не випадкова.

Знову ж, це підтверджує, що існує статистично значуща різниця між рівнями депресії у випадку груп людей, які хворіють на цукровий діабет і груп, які не

мають хронічних захворювань. Бачимо, що р-значення значно менше 0,05, тому можемо впевнено сказати, що пацієнти з діабетом мають вищі показники в порівнянні з тими, хто не має хронічних захворювань. Таким чином ми статистично підтверджуємо, що різниця є реальною, не випадковою (Табл.2.7.).

Таблиця 2.7.

Статистичний аналіз груп Порівняння депресивних симптомів за PHQ-9

№	Група	Кількість пацієнтів	Середній бал	Стандартне відхилення	T-статистика	P-значення
1	Пацієнти з цукровим діабетом	26	6,423076923	4,244272158314798	3,3657114064565867	0,0014740048585203712
2	Пацієнти без хронічних захворювань	26	3,0	2,979932885150268	N/A	N/A

Пропонуємо розглянути це на графіку (Рис.2.16.).

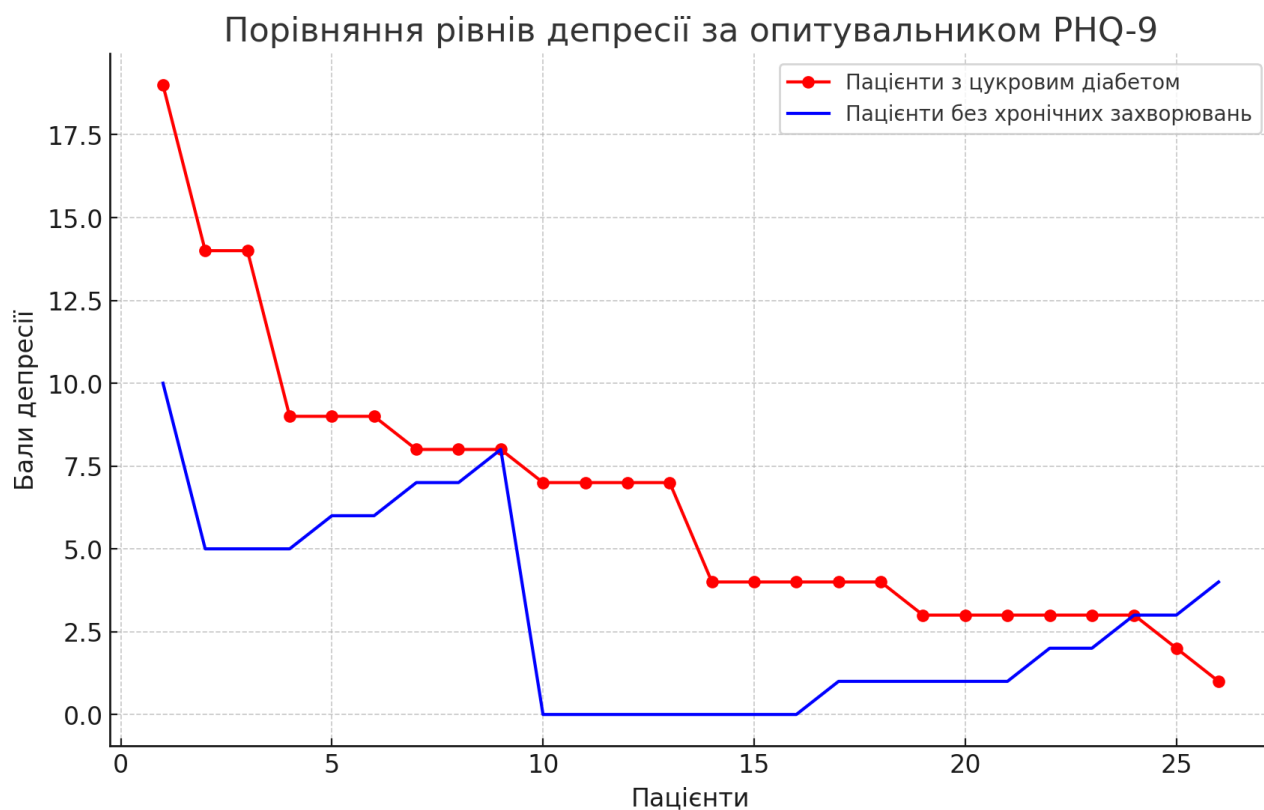


Рис.2.16. Порівняння рівнів депресії двох груп пацієнтів за опитувальником PHQ-9

В даній роботі було проведено статистичний аналіз трьох вищезгаданих груп за ANOVA і отримані наступні дані, які представлені в таблиці нижче (Табл.2.8.).

Таблиця 2.8.

Статистичний аналіз трьох груп за ANOVA

№	Група	Кількість пацієнтів	Середній бал	Стандартне відхилення	T-статистика	P-значення
1	Пацієнти з гіпертонією	26	47,9615384 6153846	14,18303428 5316438	10,95983599 5637002	6,67344045 2420728 e-05

2	Пацієнт и з цукров им діабето м	26	48,1153846 1538461	16,36172832 6987766	N/A	N/A
3	Пацієнт и без хронічн их захвор ювань	26	31,2692307 6923077	14,08135701 5025768	N/A	N/A

Результати ANOVA (аналіз дисперсії) для порівняння трьох груп досліджуваних (з гіпертонією, цукровим діабетом і без хронічних захворювань) показують:

- F-статистика : 10.96 — це значення показує, наскільки сильно відрізняються середні рівні депресії між трьома групами.
- P-значення : 0.000067 — значення досить мале, що говорить нам, що різниця між трьома групами є статистично значущою.

Отже, існує значна різниця між рівнями депресії у груп осіб з гіпертонією, цукровим діабетом і тих, хто не має хронічних захворювань. Пацієнти з гіпертонією та діабетом мають приблизно однакові показники депресії, які значно вищі, ніж у людей без хронічних захворювань.

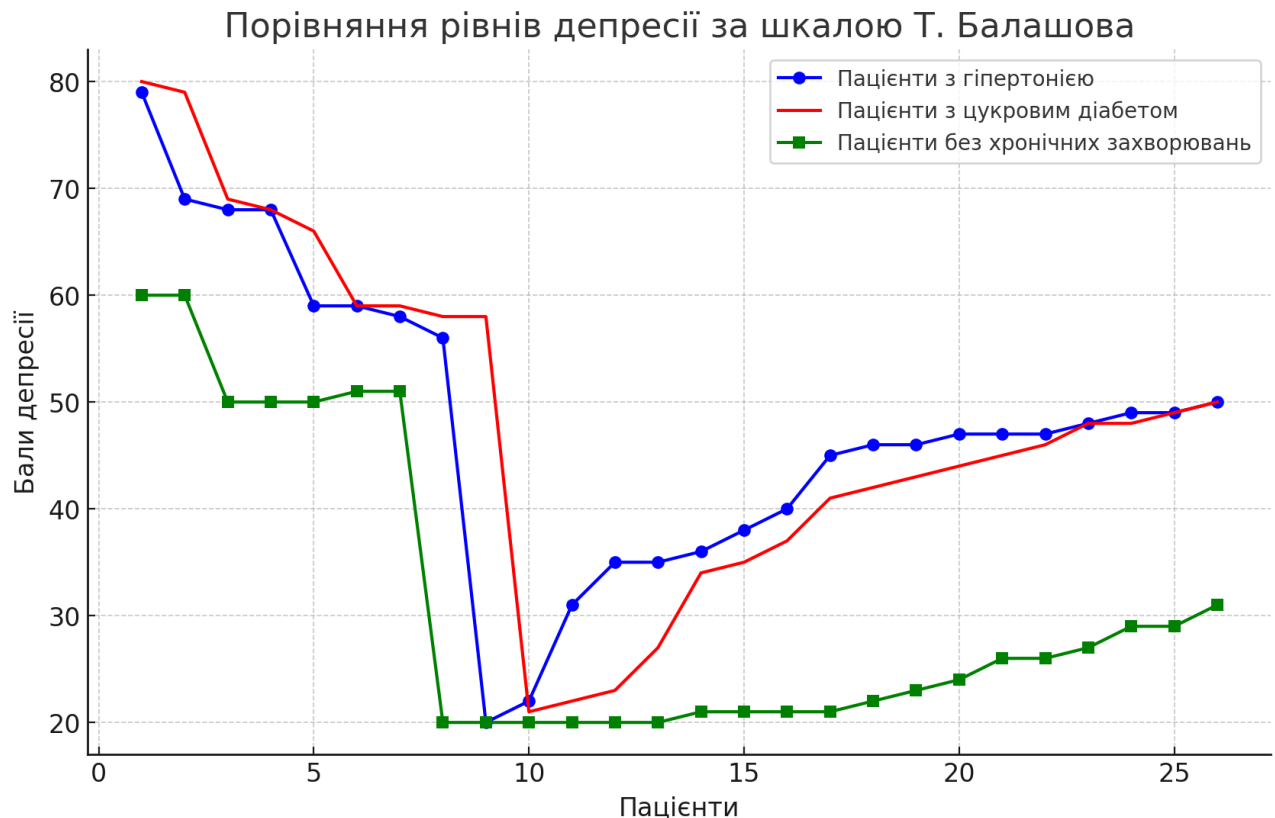


Рис.2.17. Порівняння рівнів депресії трьох груп пацієнтів за шкалою Т.Балашова.

Графік показує, що особи з гіпертонією та діабетом мають вищі бали депресії в порівнянні з такими без хронічних захворювань (Рис.2.17.).

Найвищий середній рівень депресії демонструють пацієнти з цукровим діабетом, із середнім балом депресії 48.12 за шкалою Т. Балашова. Однак клієнти з гіпертонією мають дуже схожий середній бал — 47,96. Це означає, що обидві групи (з цукровим діабетом і гіпертонією) мають майже один рівень депресії, який є вищим у порівнянні групою без хронічних захворювань, де середній бал становить лише 31,27.

В даному дослідженні проводилося опитування за методикою визначення показників та форм агресії А. Басса та А. Дарки (адаптація О.Осницького). Ми спробували провести порівняння трьох груп за допомогою ANOVA.

Отримали наступні результати аналізу дисперсії:

- F-statistika : 3.90

- Р-значення : 0.036

Це означає, що існує значуща різниця в рівнях агресії та негативних емоцій між населенням з гіпертонією, цукровим діабетом і тими, хто не має хронічних захворювань.

Пацієнти з гіпертонією мають роздратування (5), негативізм (5), вербальну агресію (3) та образливість (3).

Пацієнти з цукровим діабетом демонструють більше випадків непрямой агресії (7), образливості (6) та приємності (3).

Пацієнти без захворювань мають значно нижчі показники агресії та негативних емоцій. У них лише декілька випадків роздратування (3), негативізму (3) та почуття (3), а фізична та вербальна агресія взагалі відсутні.

Як бачимо, пацієнти з гіпертонією та цукровим діабетом мають вищий рівень агресії та негативних емоцій ніж люди без хронічних захворювань. Різниця між цими групами є реальною і підтверджена статистичним аналізом.

Висновки розділу II

У результаті проведеного емпіричного дослідження було досягнуто мети аналізу та виконано завдання, що включали діагностику, оцінку частоти та інтенсивності депресивних симптомів серед населення з хронічними захворюваннями.

Як бачимо, результати діагностики підтверджують, що пацієнти з гіпертонічною хворобою та цукровим діабетом мають вищий рівень депресії порівняно з тими, які не мають хронічних захворювань. Це свідчить про підвищений ризик розвитку розладу серед зазначеної групи осіб.

Також, аналіз результатів констатуючого експерименту показав, що депресивні характеристики мають тенденцію до збільшення з тривалістю перебігу захворювань, таких як діабет та гіпертонія. Отримані дані стали основою для створення рекомендацій.

Гіпотеза про те, що пацієнти з хронічними захворюваннями мають підвищений ризик розвитку депресивних симптомів, що може суттєво

впливати на їхній загальний стан здоров'я та перебіг захворювання підтверджується.

Проведений аналіз показав, що люди які хворіють на цукровий діабет та/або артеріальною гіпертензією мають статистично значущі вищі показники депресії порівняно з іншою групою.

РОЗДІЛ III

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ДІАГНОСТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ ДЕПРЕСИВНИХ СИМПТОМІВ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

2.1. Рекомендації щодо вдосконалення діагностики та лікування депресивних симптомів у пацієнтів з хронічними захворюваннями

Депресивні симптоми є поширеною коморбідною патологією серед населення із хронічними захворюваннями, такими як артеріальна гіпертензія, діабет, серцево-судинні захворювання та інші. Згадані хвороби істотно впливають на фізичний та психологічний стан людей, що викликає ризик розвитку депресивного розладу. Водночас, наявність депресії негативно впливає на перебіг будь-якої хронічної хвороби, знижуючи ефективність лікування. У зв'язку з цим вдосконалення діагностики та лікування даного розладу у таких випадках стає завданням сучасної науки. Саме розуміння взаємозв'язку між хронічними захворюваннями та депресивними сигналами є ключем до забезпечення комплексного підходу в терапії, яке включає як фармакологічні методи, так і психосоціальну підтримку.

У цьому розділі будуть розроблені рекомендації щодо вдосконалення процесів діагностики та лікування симптомів депресії у пацієнтів з хронічними хворобами, з покращення якості їх життя та підвищення ефективності медичної допомоги (Додаток Г).

Ефективне лікування проявів депресії у осіб з хронічними захворюваннями вимагає застосування інтегрованих підходів, які поєднують як медичні, так і психосоціальні інтервенції. Це дозволить стишити не лише фізичні прояви недуги, але й прояви її емоційного, психологічного та соціального контексту. Важливо, щоб лікування було спрямоване не тільки на полегшення депресивних ознак, але й на загальне покращення якості життя, враховуючи особливості основного захворювання.

Інтеграція фармакологічного лікування, психотерапевтичних методів та способу корекції життя створює можливість більш комплексного впливу на пацієнта, підвищуючи ефективність терапії та сприяючи тривалому поліпшенню стану.

На нашу думку, найперше, треба запровадити систематичний скринінг на депресію серед людей, які знаходяться в групі ризику, під час регулярних медичних оглядів. Використання опитувальника PHQ-9 або шкали депресії Т. Балашова може допомогти у ранньому виявленні розладу. Після цього слід налагодити скерування пацієнтів із виявленими депресивними симптомами до спеціалістів у галузі психічного здоров'я для подальшої оцінки та лікування.

Доречним буде створення мультидисциплінарних команд, до складу яких входять лікарі загальної практики, ендокринологи, кардіологи, психіатри, психологи та соціальні працівники. Вони повинні працювати над розробкою індивідуальних планів лікування, що враховують як фізичні, так і психічні потреби звернених.

Важливо забезпечити координацію між різними фахівцями для інтегрованого підходу до лікування депресії та хронічних захворювань.

При цьому слід використовувати індивідуальний підхід до лікування кожного, враховуючи ступінь вираженості депресивних проявів, специфіку хронічного захворювання та особисті його потреби. Як відомо, для осіб із високим рівнем депресії може бути рекомендована комбінована терапія, що включає як фармакологічні, так і нефармакологічні стратегії.

Потрібно не забувати проводити регулярне навчання медичних працівників щодо виявлення та лікування депресії у пацієнтів, які живуть із хронічними захворюваннями. Це дозволить підвищити рівень обізнаності та покращити якість діагностики і лікування у таких осіб.

Як показує всесвітня практика, включення когнітивно-поведінкової терапії як частини комплексного лікування для людей, які мають депресивну симптоматику є достатньо дієвим, адже дана терапія може допомогти їм

змінити негативні мисленнєві патерни та розвинути більш ефективні стратегії управління стресом.

Групова терапія може бути досить корисною для клієнтів, які переживають подібні проблеми, зокрема для тих, хто страждає на гіпертонію, цукровий діабет. Обмін досвідом та підтримка від інших людей із схожими питаннями може мати позитивний вплив на психічний стан.

Не лишнім буде розробити програми психоосвіти для осіб з такими захворюваннями, що охоплюють теми управління стресом, способів реагування на хворобу та підтримки психічного здоров'я, важливості дотримання лікувального режиму.

Проведення регулярних семінарів або тренінгів для пацієнтів та їхніх родин, щоб допомогти їм краще розуміти взаємозв'язок між фізичним і психічним здоров'ям також є слушним.

Важливо забезпечення доступу до соціальних служб та підтримки людей, які відчують соціальну ізоляцію або потребують допомоги в повсякденному житті, бо часто саме ці працівники можуть відігравати важливу роль у їх підтримці.

Потрібно заохочувати людей до участі в групах взаємопідтримки, де вони можуть отримати емоційний відгук та практичні поради від інших людей із подібними проблемами.

Важливо закликати населення до регулярної фізичної активності, яка доведено має позитивний вплив на психічний стан. Легке фізичне навантаження, таке як ходьба, йога або плавання будуть тут доречними у використанні. При цьому слід розробити індивідуальні програми фізичної активності, які враховують всі можливості людини і загальний стан здоров'я.

Допомогти населенню розвинути навички самоменеджменту є також дієвим елементом. Це може бути управління власним здоров'ям, дотримання лікувальних рекомендацій, а також моніторинг власного психічного стану, що може здійснюватися через індивідуальні консультації або спеціальні програми.

Загалом, ці рекомендації підкреслюють важливість комплексного підходу до лікування пацієнтів із хронічними захворюваннями, що включає як медичні, так і психологічні аспекти. Інтеграція психологічної підтримки в терапевтичний процес допоможе не лише поліпшити психічний стан людей, але й підвищити ефективність терапії.

2.2. Розробка рекомендацій для клінічної практики та систем охорони здоров'я

Ефективна діагностика і лікування депресивних симптомів значною мірою залежить від чітких і практичних рекомендацій для клінічної практики. Розробка таких рекомендацій передбачає систематичний підхід, що враховує нові наукові дані, стандарти доказової медицини, а також особливості організації системи охорони здоров'я. Важливо, щоб ці рекомендації були легко впроваджуваними на рівні як окремих медичних працівників, так і на рівні медичних установ та національних систем охорони здоров'я.

При розробці рекомендацій для клінічної практики та систем охорони здоров'я ми звертали увагу на важливі пункти, які повинні перегукватися та взаємодоповнюватися з рекомендаціями щодо вдосконалення діагностики та лікування депресивних симптомів у пацієнтів з хронічними захворюваннями.

Як і в попередньому випадку, особливе місце займає раннє виявлення та діагностика депресії у населення з хронічними захворюваннями, що передбачає впровадження регулярного скринінгу на депресію для всіх осіб із хронічними захворюваннями на первинному рівні медичної допомоги, що може бути здійснено за допомогою стандартизованих інструментів, таких як опитувальник PHQ-9 або шкала депресії Т. Балашова. Скринінг повинен бути частиною регулярних медичних оглядів. Для цього, найперше, треба провести навчання лікарів та медсестер щодо виявлення депресивних сигналів у таких пацієнтів. Тому що це може допомогти підвищити якість діагностики депресії та забезпечити своєчасне направлення осіб на відповідне лікування. Слід

розробити протоколи раннього виявлення розладів та впровадити їх в роботу. Протоколи включають алгоритми дій медичних працівників у разі виявлення підозрілих симптомів.

Інтегрувати психічне здоров'я в лікування хронічних захворювань через мультидисциплінарний підхід та створити команди, до складу яких входять фахівці з різних галузей медицини, психологи та фахівці із соціальної роботи. Це забезпечить комплексне лікування, що враховує як фізичний, так і психічний стан клієнта. Включити психологічну підтримку в стандарт лікування хронічних захворювань. Люди, які мають ці захворювання повинні мати доступ до психолога або психотерапевта для регулярних консультацій.

Розробити індивідуальні плани лікування для пацієнтів даної групи, які включають оцінку психічного стану та відповідні інтервенції. Це може включати поєднання медикаментозного лікування та психотерапії, залежно від ступеня вираженості депресивних симптомів.

Підтримка психосоціального благополуччя населення через психоосвіту. Навчання методів самодопомоги, практикам управління стресом допоможе їм краще розуміти власний стан та ефективніше слідкувати за своїм здоров'ям.

Організувати групи, де вони можуть обмінюватися досвідом і отримувати емоційну підтримку. Ці групи також можуть сприяти зниженню рівня соціальної ізоляції та покращенню психічного здоров'я. Забезпечити доступ до соціальних послуг для вище згаданої групи пацієнтів, які потребують допомоги в повсякденному житті або підтримки в управлінні своїм захворюванням. Це може включати допомогу соціального працівника або домашні відвідування медичних сестер.

Розробка політики та системних змін через інтеграцію психічного здоров'я в національні програми охорони здоров'я, що передбачає включення питання психічного здоров'я населення із хронічними захворюваннями в національні стратегії та програми охорони здоров'я. Це забезпечить більш системний підхід до лікування та підтримки таких людей. Забезпечити

належне фінансування та виділення ресурсів на лікування депресії у пацієнтів, які живуть з хворобами з хронічним перебігом. Це включає як медикаментозну терапію, так і психотерапевтичні інтервенції, а також підготовку медичного персоналу.

Впровадити системи моніторингу та оцінки ефективності програм з лікування депресії у населення із хронічними захворюваннями, що дозволить відстежувати результати терапії та вносити корективи для підвищення її ефективності.

Зростання обізнаності та дестигматизацію даного питання здійснювати завдяки різним кампаніям для отримання інформації про взаємозв'язок між даними хворобами та депресією серед населення. На нашу думку, це допоможе знизити рівень стигми щодо психічного здоров'я та заохотити людей звертатися на консультацію.

Час від часу потрібно проводити освітні програми для медичного персоналу, що допоможе їм краще підтримувати своїх пацієнтів і покращити результати лікування.

Ці рекомендації спрямовані на створення більш ефективної, інтегрованої системи охорони здоров'я, яка враховує психічне благополуччя клієнтів із хронічними захворюваннями і сприяє покращенню їх якості життя та результатів лікування.

Профілактика депресивних симптомів є ключовим елементом у забезпеченні загального благополуччя пацієнтів та покращенні якості життя. Хронічні захворювання часто супроводжуються значним фізичним та психологічним навантаженням, що може викликати виникнення депресії. Тому завдання медичних працівників, насамперед, впроваджувати профілактичні заходи, спрямовані на попередження розладів.

Профілактика включає індивідуальний підхід до кожного, хто звертається по допомогу, який буде орієнтований на зниження стресу, підтримку позитивного психологічного стану та заохочення до ведення активного способу життя. Крім того, у більшості є рання діагностика, просвіта

їхньої родини про ризики розвитку депресії, а також створення умов для соціальної підтримки. У цьому пункті ми хочемо представити основні стратегії попередження розвитку депресивних симптомів у осіб з хронічними захворюваннями, які можуть бути ефективно застосовані в клінічній практиці.

Як було зазначено вище важливими є профілактика та раннє виявлення, які ми розглядали раніше. Також вже приділялася увага психосоціальній підтримці та просвіті.

В контексті даного питання хочеться детальніше зупинитися на такому важливому аспекті, як здоровий спосіб життя, що передбачає:

- фізичну активність, яка навіть у помірних кількостях, допомагає зменшити рівень стресу, покращити настрій та запобігти депресії і це може бути ходьба, йога або плавання, головне, щоб це було інтегровано в рутину пацієнтів;
- здорове харчування повинно бути багатим на овочі, фрукти, цільнозернові продукти та білок, по можливості, уникати надмірного споживання цукру, кофеїну та алкоголю, які можуть негативно впливати на настрій;
- розпорядок дня має бути стабільним, з регулярним сном і часом для відпочинку, що допоможе підтримувати стабільний психічний стан.

Тут треба також приділити увагу емоційному благополуччю та управлінню стресом, що може допомогти зменшити тривожність і запобігти розвитку депресивних симптомів завдяки навчанню самих клієнтів ефективним методам управління стресом, таким як медитація, глибоке дихання, прогресивна м'язова релаксація або майндфулнес. Варто наголосити, що населенню доречно виділяти час на заняття, які приносять задоволення і допомагають розслабитися. Це може бути хобі, творчість або час на природі. Сприяти розвитку самовпевненості у пацієнтів, допомагаючи їм ставити реалістичні цілі та досягати їх, що дасть людям почуття контролю над своїм життям і здоров'ям та позитивно вплине на самопочуття.

Особливої уваги потребує медичний супровід, а саме: рання інтервенція та моніторинг. У разі виявлення ознак депресії важливо негайно розпочати відповідну терапію. Регулярне спостереження за психічним станом осіб з

хронічними захворюваннями дозволить своєчасно виявляти будь-які зміни і коригувати план втручання. Лікарі повинні забезпечувати постійний супровід, зокрема телефонні консультації або онлайн-підтримку, якщо це необхідно.

Ці рекомендації спрямовані на запобігання розвитку депресивного розладу у пацієнтів із хронічними захворюваннями та забезпечення їхнього загального психічного благополуччя. Інтеграція цих підходів у клінічну практику може значно покращити якість їх життя і сприяти більш ефективному лікуванню згаданих хвороб (Додаток Д).

Життя з хронічним захворюванням і депресивними симптомами може бути складним, але існують стратегії, які допоможуть людям краще справлятися з цими викликами і підтримувати високу якість життя(Додаток Е).

Як би не було складно, людині слід прийняти той факт, що у неї є хронічне захворювання, яке потребує постійного контролю, що допоможе краще адаптуватися до нових умов життя і зосередитися на управлінні своїм здоров'ям. Важливо володіти знаннями про своє захворювання, тому потрібно збирати інформацію про це, щоб краще розуміти, що відбувається у організмі. Чим більше пацієнт знає про свій стан, тим легше буде його контролювати. Не обійтися без регулярних консультацій зі своїм лікарем, не потрібно боятися задавати питання. Важливо мати відкритий діалог зі своїм медичним фахівцем, щоб разом знайти найкращі рішення для підтримання здоров'я.

Як було згадано раніше, не слід ігнорувати здоровий спосіб життя (фізичну активність, збалансоване харчування, регулярний режим дня, особливо сну) та психологічну підтримку (психотерапія, групи підтримки, соціальні зв'язки).

Хочеться акцентувати увагу на управлінні стресом і емоціями. Сюди входять:

- техніки релаксації (глибоке дихання, медитація, йога або майндфулнес), практикування яких допомагають знизити рівень стресу і зберігати спокій навіть у складних ситуаціях;

- ведення щоденника, тобто запис думок та почуттів у нотатник, що часто допомагає зрозуміти людям, що саме викликає тривогу, і знайти способи справлятися з цим.
- заняття тим, що приносить задоволення і допомагає відволіктися від негативних думок.

Доцільно планувати свій час та організовувати простір. Має бути план дій на випадок, якщо депресивні симптоми загостряться, наприклад, звернення до лікаря, спілкування з близькими або виконання певних заходів для зниження стресу.

Важливо ставити перед собою досяжні цілі, які допоможуть відчувати прогрес і не перевантажувати себе. Маленькі кроки можуть призвести до значних змін. Навчитися керувати своїм часом так, щоб знайти баланс між роботою, лікуванням і відпочинком дуже важлива справа. Організований підхід сприятиме зниженню стресу і зробить життя населення більш передбачуваним і контрольованим.

Не варто боятися чи соромитися звертатися за допомогою до лікарів, психологів, друзів або родичів, коли важко справлятися з проявами депресії або контролювати своє захворювання. Допомога інших людей може бути ключем до покращення стану.

Не лишньою буде робота над розвитком навичок самодопомоги, які допоможуть краще справлятися з емоціями і підтримувати позитивний настрій. Це може включати розмову із самим собою в підтримуючому тоні, вміння прощати собі помилки і приймати свої слабкі сторони.

2.3. Розробка рекомендацій для покращення якості життя людей з хронічними захворюваннями (гіпертонічна хвороба, цукровий діабет)

Покращення якості життя людей з хронічними захворюваннями, такими як гіпертонічна хвороба та цукровий діабет, потребує комплексного підходу, що включає фізичну активність, психологічну підтримку, освітні програми,

дотримання рекомендацій лікаря та соціальну реабілітацію. Серед ключових аспектів, які слід враховувати, є формування здорових звичок, підтримка емоційної стабільності та покращення комплаєнтності до терапевтичного процесу.

Для підтримки фізичного здоров'я пацієнтів із хронічними захворюваннями важливо забезпечити регулярну фізичну активність, яка позитивно впливає на роботу серцево-судинної системи, покращує обмін речовин і загальний стан організму та сприяє стабілізації психоемоційної сфери. Клієнтам рекомендується здійснювати щоденні прогулянки тривалістю щонайменше 30 хвилин або обирати інші види фізичної активності, які підходять за рівнем навантаження. Наприклад, помірні фізичні вправи, легка йога чи розтяжка є особливо корисними та безпечними для людей даної групи. Крім того, важливо контролювати вагу, слідуючи дієтичним рекомендаціям із низьким вмістом солі, насичених жирів та цукру. Регулярний моніторинг артеріального тиску та рівня цукру допомагає вчасно реагувати на будь-які зміни в стані людини (Див. Додаток Є).

Емоційне благополуччя пацієнта також відіграє важливу роль у контролі за хронічним захворюванням. Важливо надавати доступ до психотерапії або консультацій, що можуть допомогти людям навчитися краще управляти стресом та контролювати емоційні реакції. Методи релаксації допоможуть знизити рівень тривожності. Заняття для опанування вправ прогресивної м'язової релаксації за методом Джекобсона посприяє людям здобути навички, які вони зможуть застосовувати самостійно для зняття напруження та зниження рівня стресу в разі потреби. (Див. Додаток Ж). Додатково, соціальна підтримка є важливим аспектом у підтримці якості життя – пацієнтів можна заохочувати до участі у групах підтримки або спілкуванні з іншими людьми з подібними діагнозами для обміну досвідом та взаємної підтримки.

Освітні програми, що сприяють розвитку навичок самостійного управління хронічним захворюванням, є важливою складовою покращення якості життя осіб зазначених груп. Їх слід навчати контролювати свої

показники здоров'я, знати симптоми загострення захворювання, правильно реагувати на свій стан, своєчасно звертатися за медичною допомогою. Ведення щоденника здоров'я, де фіксуються показники артеріального тиску, рівня глюкози, емоційного фону та загального стану здоров'я, допомагає виявляти закономірності та адаптувати спосіб життя залежно від самопочуття. Окрім того, розробка матеріалів про користь здорових звичок, таких як регулярний сон, уникнення шкідливих звичок, баланс між роботою та відпочинком, також може підвищити обізнаність населення щодо самодопомоги та покращити їх психоемоційний стан.

Комплаєнтність або дотримання пацієнтом рекомендацій фахівця має важливе значення для ефективності терапії. Спрощення схем прийому ліків, нагадування та мотиваційні бесіди з фахівцем можуть суттєво покращити дотримання лікувального режиму, особливо серед осіб, які можуть мати труднощі в психоемоційній та когнітивній сферах. Лікар або консультант може допомогти пацієнту зрозуміти важливість слідування рекомендаціям, обговорити можливі труднощі та знайти індивідуальні рішення для підвищення мотивації.

Важливо забезпечити людей доступом до соціальної підтримки та реабілітаційних програм. Це може включати створення громадських груп підтримки або клубів здоров'я, де люди можуть обговорювати проблеми, ділитися досвідом і отримувати підтримку. Соціальні працівники та волонтери можуть допомагати їм адаптуватися до змін у способі життя, особливо у випадках, коли хронічне захворювання суттєво обмежує щоденні активності.

Рекомендації щодо покращення якості життя людей з хронічними захворюваннями є ключовим елементом підтримки їхнього фізичного, емоційного та соціального добробуту. Впровадження цих рекомендацій може допомогти пацієнтам покращити своє здоров'я, зменшити рівень стресу та відчуття ізольованості, що в кінцевому результаті сприятиме підвищенню якості життя та покращенню загального стану (Див. Додаток 3).

Висновок розділу III

Як бачимо, життя з хронічним захворюванням і депресивними проявами може бути викликом, але з правильним підходом, підтримкою та самопіклуванням є шанси зберігати його якість і навіть знаходити радощі у щоденних справах. Важливо пам'ятати про те, що завжди є ресурси та люди, готові допомогти пройти цей шлях.

Таким чином, розробка рекомендацій для клінічної практики та систем охорони здоров'я на основі аналізу депресивних симптомів у пацієнтів із хронічними захворюваннями показала, що інтеграція психічного здоров'я у загальний процес лікування є критично важливою. Комплексний підхід, що включає регулярний скринінг, мультидисциплінарну допомогу, психосоціальну підтримку та пропаганду здорового способу життя, може значно покращити якість життя населення і ефективність лікування хронічних захворювань.

ВИСНОВОК

У дипломній роботі нами були досліджені теоретичні та емпіричні аспекти впливу депресивних симптомів на лікування пацієнтів з хронічним перебігом цукрового діабету, гіпертонії, що має важливе значення для підвищення ефективності медичної допомоги людям з такими станами. Робота поділяється на три основні розділи: теоретичний огляд, емпіричний аналіз та практичні рекомендації.

У ході дослідження було досягнуто основної мети – виявлено особливості проявів депресивних симптомів у пацієнтів, які хворіють на цукровий діабет та гіпертонію, їх частоту та інтенсивність, а також розроблялися рекомендації щодо покращення комплексного підходу до терапії та таких осіб. Завдяки аналізу літератури, проведеній діагностиці та систематизації отриманих даних вдалося підтвердити існування значного взаємозв'язку між фізичними та психічними аспектами здоров'я, особливо у згаданої групи осіб.

На основі аналізу наукової літератури встановлено, що пацієнти з хронічними захворюваннями, такими як цукровий діабет та гіпертонічна хвороба, схильні до підвищеного ризику розвитку депресивних ознак, прояви яких значно ускладнюють терапію, впливаючи на прихильність до лікування та загальний стан здоров'я.

Як бачимо із результатів оцінки поширеності депресивних симптомів, які зазначені в дослідженні, частота їхнього прояву є високою серед хворих на цукровий діабет і гіпертонічну хворобу, що підкреслює необхідність моніторингу психічного здоров'я у таких групах.

Проведена діагностична робота серед населення із цукровим діабетом та гіпертонічною хворобою дозволила виявити значний рівень депресивних маркерів, які варіюються за ступенем вираженості. Ці дані підкреслюють необхідність інтеграції психологічного супроводу в стандартне лікування для поліпшення результатів терапії.

Виявлено, що частота та інтенсивність депресивних проявів серед осіб, які не мають хронічних захворювань, є нижчою у порівнянні з пацієнтами із хронічними недугами, що підтверджує гіпотезу про зв'язок між наявністю хронічних захворювань та підвищеним ризиком розвитку депресії.

На основі отриманих результатів розроблено рекомендації, спрямовані на оптимізацію управління депресією у людей з цукровим діабетом та гіпертонічною хворобою. Вони включають регулярний скринінг на депресію, психологічну підтримку та корекцію лікувальних протоколів з урахуванням психоемоційного стану осіб.

Результати дослідження будуть представлені у наукових публікаціях та на профільних конференціях після закінчення участі у проекті «Розбудова стійкої системи громадського здоров'я», що сприятиме поширенню отриманих даних серед спільноти профільних фахівців та підвищенню обізнаності про проблему депресії у пацієнтів з хронічними захворюваннями.

Дана практика була розпочата нещодавно. Її результати ще перебувають на етапі вивчення. Наша робота триває, і ми маємо на меті не лише вдосконалювати цю ініціативу, але й систематизувати її процеси, щоб забезпечити довготривалий розвиток. У подальшому ми плануємо проводити поглиблені дослідження, які допоможуть нам оцінити ефективність та вплив цієї практики на досягнення цілей.

Наразі працюємо в колаборативі з посилення системи громадського здоров'я з фахівцями восьми громад України. Вже відбулося дві навчальні сесії. Третя планується на другий тиждень березня, де ми представлятимемо напрацьовані результати та обговорювати подальші кроки роботи.

Майбутні дослідження будуть спрямовані на оцінку ефективності розроблених рекомендацій, зокрема через практичні впровадження та спостереження за змінами у показниках психічного здоров'я осіб, що дозволить оцінити результативність інтегрованого підходу в терапії клієнтів з хронічними захворюваннями.

Дослідження продовжується. Щоб дослідити вплив депресивних симптомів на перебіг лікування у пацієнтів з гіпертонією та цукровим діабетом, було розроблено анкету та наразі проводиться опитування серед людей, у яких за попередніми результатами виявлено ознаки депресії. (Див. Додаток І). Попередні результати вже показали, що вони значно ускладнюють процес лікування: часто забувають приймати призначені ліки, сумніваються в їхній ефективності або не бачать доцільності в регулярному прийомі, мало уваги приділяють фізичній активності, спілкуванню з іншими людьми.

Загалом робота демонструє важливість комплексного підходу до терапії захворювань з хронічним перебігом, який враховує як фізичні, так і психічні аспекти здоров'я пацієнта. Результати дослідження можуть бути корисними для медичних працівників, які працюють із особами з хронічними хворобами, та сприяти підвищенню якості надання медичних послуг.

Були розроблені рекомендації для покращення лікування депресивних симптомів у клієнтів, які хворіють на гіпертонію, цукровий діабет. Впровадження психосоціальних інтервенцій, зокрема, психотерапії та підтримуючих груп, може значно покращити психологічний стан людей та зменшити ризик ускладнень.

Ми розглянули теоретичну основу для подальших досліджень взаємозв'язку фізичного та психічного здоров'я. Результати даного дослідження відкривають нові можливості для вивчення впливу психічного стану на перебіг хронічних захворювань та розробку нових терапевтичних підходів.

Практичне значення роботи полягає у можливості використання результатів дослідження у клінічній практиці для підвищення якості терапії пацієнтів з хронічними захворюваннями, що значно покращить їх якість життя та зменшить рівень інвалідизації.

Подальші перспективи роботи

Незважаючи на досягнуті результати, які підкреслюють важливість інтеграції психічного здоров'я в лікування хронічних захворювань, дослідження в цій галузі продовжують залишатися актуальними і потребують подальшого розвитку.

На нашу думку, існує кілька напрямків, у яких необхідно зосередити зусилля для поглиблення розуміння та вдосконалення практичних підходів:

1. Потрібно продовжувати дослідження, які включатимуть більші вибірки осіб з різними хронічними захворюваннями, що дозволить отримати більш точні та узагальнені висновки, що враховуватимуть різні типи хронічних хвороб і їх вплив на психічний стан пацієнтів.
2. Необхідно продовжувати розробку і тестування нових терапевтичних підходів, що поєднують психотерапію, фармакотерапію та інші форми підтримки для таких людей, що може включати використання новітніх технологій, таких як телемедицина та мобільні додатки для моніторингу психічного здоров'я.
3. Важливо досліджувати довгострокові результати інтеграції психічного здоров'я в терапію хронічних захворювань, що включає вивчення впливу раннього виявлення і лікування депресії на загальний стан здоров'я, якість життя і тривалість життя людей.
4. Існує потреба в подальшому дослідженні ефективних методів залучення пацієнтів до активного управління своїм здоров'ям, включаючи розвиток навичок самоменеджменту та підвищення мотивації до дотримання рекомендацій лікаря.
5. Необхідно розробити адаптацію підходів до терапії депресії у осіб із хронічними захворюваннями для різних культурних і соціальних контекстів, що дозволить врахувати специфічні потреби та особливості різних груп населення.
6. Розробити та впровадити тренінги для клієнтів із гіпертонічною хворобою, цукровим діабетом, спрямовані на підтримку їх у впровадженні позитивних змін у повсякденне життя.

7. Організувати зустрічі для пацієнтів із хронічними захворюваннями, на яких обговорюватиметься прийняття власного стану та формуватимуться нові способи реагування на хворобу.
8. Сформувати групу осіб із гіпертонією, цукровим діабетом для участі в програмі "Самодопомога+", що сприятиме покращенню емоційного самопочуття та навичок самодопомоги.
9. Розробити та запровадити тренінги для медичних працівників з метою підвищення їхньої обізнаності в сфері психічного здоров'я, що дозволить покращити якість надання допомоги людям із психоемоційними потребами.

У підсумку, хоча ця робота значно сприяла розумінню зв'язку між хронічними захворюваннями та депресивними симптомами, залишається ще багато незвіданих аспектів і можливостей для подальшого вдосконалення методів діагностики, лікування та підтримки таких людей. Подальші дослідження і розвиток у цій сфері допоможуть підвищити якість медичної допомоги та забезпечити кращі результати лікування для пацієнтів, які стикаються з цими викликами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Американська психіатрична асоціація. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5-TR. Львів: Компанія «Манускрипт», 2024. 592 с.
2. Беньковська А. В. Психічна та духовна складові здоров'я. Полтава: Астроя, 2017. С. 92–94.
3. Берзін В. І. Основи психогігієни. Київ: Переяслав-Хмельницький, 1997. 85 с.
4. Блек Д. В., Андреасен Н. К. Вступ до психіатрії (7-е видання). Київ: Медицина, 2024. 615 с.
5. Волошин П. В., Пономар В. М. Критерії діагностики та принципи лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих. Харків: Арсіс, 2000. 303 с.
6. Ващенко І. В. Психологічні ресурси особистості в подоланні складних життєвих ситуацій: збірник наукових праць. Полтава: ПНПУ, 2018. № 40. С. 451–458.
7. Вітенко І. С. Загальна та медична психологія. Київ: Здоров'я, 1994. 296 с.
8. Вітенко І. С. Зміни психіки при соматичних розладах — актуальна проблема медичної психології // Практична психологія та соціальна робота. 2000. № 4. С. 31–32.
9. Вітенко І. С., Влох І. Й., Напрєєнко О. К. та ін. Практикум з психології. Київ-Львів: Аліот, 2001. 144 с.
10. Влох І. Й., Михняк С. І., Сувало Б. П. Довідник з лікування психічних захворювань. Львів: Каменярь, 1998. 78 с.
11. Гембл К., Бреннан Д. Робота з важкими психічними захворюваннями: посібник для клінічної практики (3-є видання). Київ: Медицина, 2024. 295 с.
12. Герасименко Л. О., Скрипников А. М., Ісаков Р. І. Психогенні психічні розлади: навчально-методичний посібник. Київ: Медицина, 2021. 208 с.
13. Губенко І. Я., Карнацька О. С., Шевченко О. Т. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування: підручник (3-є видання). Київ: Медицина, 2021. 312 с.

- 14.Дудка Т. М. Психологічні особливості стресостійкості особистості
- 15.[Електронний ресурс]. URL:<http://k.onu.edu.ua/index.php/кун/сек-3-феномени-психологічного-здоров'я-та-ортоб-лий-психоісторичний-вимір/203-пс-особливості-стресостійкості-особ> (дата звернення: 28.09.2024).
- 16.Ісаков Р. І. Психосоматична патологія. Київ: Медицина, 2023. 167 с.
- 17.Кантофер Т. Депресія — прокляття сильних. Як боротися з найпоширенішою хворобою у світі. Київ: КМ-БУКС, 2023. 168 с.
- 18.Килимчук В. Рекомендації ESC (2021) із профілактики серцево-судинних захворювань: що нового? // Медична газета «Здоров'я України 21 століття». 2021. № 20 (513). С. 30–35.
- 19.Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини: навч. посіб. для студ. ВНЗ / М-во освіти і науки України, Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки. Луцьк: РВВ «Вежа» ВНУ ім. Лесі Українки, 2009. 316 с. Дод.: с. 297–305. Бібліогр.: с. 291–296.
- 20.Кроенке К., Спітцер Р. Л., Вільямс Дж. Б. В. PHQ-9: Обґрунтованість вимірювання тяжкості короткої депресії // Журнал загальної внутрішньої медицини. 2001. Т. 16. С. 606–613.
- 21.Кузнецов В. М., Чернявський В. М. Психіатрія. Київ: Здоров'я, 1993. 344 с.
- 22.Лемак М. В., Петрище В. Ю. Психологу для роботи: діагностичні методики. Ужгород: Олександр Гаркуші, 2012. 615 с.
- 23.Максименко С. Д., Руденко Я. В., Кушнерьова А. М., Невмержицький В. М. Психічне здоров'я особистості. Київ: Людмила, 2021. 457 с.
- 24.Мішиєв В. Д., Михайлов Б. В., Гриневич Є. Г., Омелянович В. Ю. Розлади психічної сфери внаслідок бойових дій: навчальний посібник. Київ: Медицина, 2023. 127 с.
- 25.Міщенко Л., Купчинська О., Соколова Л., Матова О. Артеріальна гіпертензія. Сучасні підходи до лікування. Київ: Медкнига, 2023. 95 с.
- 26.Напреєнко О. К. (Ред.). Психосоматичний хворий на прийомі у лікаря. Київ: Адеф-Україна, 1997. 328 с.

- 27.Медична психологія: в 2-х т. Т. 1. Загальна медична психологія / Г. Я. Пилягіна, О. О. Хаустова, О. С. Чабан та ін.; за ред. Г. Я. Пилягіної. Вінниця: Нова Книга, 2020. 288 с.
- 28.Медична психологія: в 2-х т. Т. 2. Спеціальна медична психологія / Г. Я. Пилягіна, О. О. Хаустова, Н. О. Марута та ін.; за ред. Г. Я. Пилягіної. Вінниця: Нова Книга, 2020. 496 с.
- 29.МКХ-11. Розділ 06: Психічні і поведінкові розлади та порушення нейропсихічного розвитку (статистична класифікація) / за заг. ред. В.Д. Мішиєва; уклад.: В.Д. Мішиєв, Б.В. Михайлов, Є.Г. Гриневич, В.Ю. Омелянкович; пер. з англ. Б.В. Михайлова. — Київ: МОРІОН, 2023. — 304 с.
- 30.Поташнюк Р. З. Психогігієна: навчальний посібник. Луцьк: Надстрія, 2000. 62 с.
- 31.Саржевський С. Н. Психологія та патологія емоцій, волі, уваги. Запоріжжя, 2017. 72 с.
- 32.Сонник Г. Т., Діщук І. П. та ін. Короткий тлумачний словник психіатричних термінів. Полтава-Чернівці, 1993. 443 с.
- 33.Сучасні аспекти загальної психопатології / за ред. Юр'єва Л. М. Дніпро: Солвей, 2008. 162 с.
- 34.Спіріна І. Д., Пилягіна Г. Я., Чугунов В. В., Фаузі Є. С., Живілова Я. С., Шевченко Ю. М. Медична психологія: підруч. ; за заг. ред. І. Д. Спіріної. Дніпро: ЛІРА, 2022. 300 с.
- 35.Фадєєв П. О. Цукровий діабет. Бесіди з лікарем. Київ: Школа, 2014. 240 с.
- 36.Шпак М. М. Стресостійкість особистості в дискурсі сучасних психологічних досліджень // Габітус. 2022. № 39. С. 199–203.
- 37.Юнак В. Ю. Депресія: погляд психотерапевта. Київ: Медицина, 2023. 334 с.
- 38.Akif A., Qusar M. M. A. S., Islam M. R. The impact of chronic diseases on mental health: An overview and recommendations for care programs // Current Psychiatry Reports. 2024. T. 26(394–404). URL: <https://doi.org/10.1007/s11920-024-01510-7>.

- 39.American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2023 // Diabetes Care. 2023. T. 46(Supplement 1), S1–S200.
- 40.American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2013.
- 41.Beck A., Rush J., Shaw B., Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford, 1979. 406 Pages
- 42.Beck A. T. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press, 1976.
- 43.Beck A. T. Depression: Causes and treatment. University of Pennsylvania Press, 2009.
- 44.Bell M. Melancholia: The Western malady. In The Western Malady. Cambridge University Press, 2014. URL: <https://doi.org/10.1017/CBO9781107707122.003>.
- 45.Berkman L. F., Glass T., Brissette I., Seeman T. E. From social integration to health: Durkheim in the new millennium // Social Science & Medicine. 2000. T. 51(6), 843–857. URL: [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00065-4).
- 46.Biddle S. J. H., Fox K., Boutcher S. (ред.). Physical activity and psychological well-being. Routledge, 2001.
- 47.Blazer D. G. Depression in late life: Review and commentary // Journal of Gerontology: Medical Sciences. 2003. T. 58(3), M249–M265. doi: 10.1093/gerona/58.3.m249.
- 48.Blumenthal J. A., Babyak M. A., Moore K. A., et al. Effects of exercise training on older patients with major depression // Archives of Internal Medicine. 1999. T. 159(19), 2349–2356. URL: <https://doi.org/10.1001/archinte.159.19.2349>.
- 49.Boland R., Verduin M. L. (ред.). Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins, 2024.
- 50.Bonanno G. A. Loss, Trauma, and Human Resilience // American Psychologist. 2004. T. 59(1), 20–28. DOI: 10.1037/0003-066X.59.1.20.

51. Brewin C. R. Depression and causal attributions: What is their relation? // Psychological Bulletin. 1985. T. 98(2), 297–309. URL: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.297>.
52. Brown G. W., Harris T. (ред.). The social origins of depression (1-е вид.). London, 1978. URL: <https://doi.org/10.4324/9780203714911>.
53. Cacioppo J. T., Hawkley L. C. Perceived social isolation and cognition // Trends in Cognitive Sciences. 2009. T. 13(10), 447–454. URL: <https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.06.005>.
54. Carver C. S., Scheier M. F. Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies // Health Psychology. 1985. T. 4(3), 219–247. URL: <https://doi.org/10.1037/0278-6133.4.3.219>.
55. Caspi A., Sugden K., Moffitt T. E., Taylor A., Craig I. W., Harrington H., McClay J., Mill J., Martin J., Braithwaite A., Poulton R. Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene // Science. 2003. T. 301(5631), 386–389. URL: <https://doi.org/10.1126/science.1083968>.
56. Cohen S., Wills T. A. Stress, social support, and the buffering hypothesis // Psychological Bulletin. 1985. T. 98(2), 310–357. URL: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>.
57. Coyne J. C. Depression and the response of others // Journal of Abnormal Psychology. 1976. T. 85(2), 186–193. URL: <https://doi.org/10.1037/0021-843X.85.2.186>.
58. Dantzer R. Inflammation-Associated Depression: Evidence, Mechanisms and Implications // Nature Reviews Immunology. 2008. T. 8, 64–72.
59. Dantzer R., O'Connor J. C., Freund G. G., Johnson R. W., Kelley K. W. From Inflammation to Sickness and Depression: When the Immune System Subjugates the Brain // Nature Reviews Neuroscience. 2008. T. 9, 46–56. DOI: 10.1038/nrn2297.
60. Delgado P. L., Price L. H., Miller H. L., Salomon R. M., Aghajanian G. K., Heninger G. R., Charney D. S. Serotonin and the neurobiology of depression: Effects of tryptophan depletion in drug-free depressed patients // Archives of General

- Psychiatry. 1994. T. 51(11), 865–874. URL: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950110025005>.
61. DiMatteo M. R., Lepper H. S., Croghan T. W. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence // Archives of Internal Medicine. 2000. T. 160(14), 2101–2107. URL: <https://doi.org/10.1001/archinte.160.14.2101>.
 62. Egede L. E. Effect of comorbid chronic diseases on prevalence and odds of depression in adults with diabetes // Psychosomatic Medicine. 2005. T. 67(1), 43–51. URL: <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000149260.82006.fb>.
 63. ElSayed N. A., Aleppo G., Aroda V. R., Bannuru R. R., Brown F. M., Bruemmer D., Collins B. S., Cusi K., Das S. R., Gibbons C. H., Giurini J. M., Hilliard M. E., Isaacs D., Johnson E. L., Kahan S., Khunti K., Kosiborod M., Leon J., Lyons S. K., Murdock L., Perry M. L., Prahalad P., Pratley R. E., Seley J. J., Stanton R. C., Sun J. K., Woodward C. C., Young-Hyman D., Gabbay R. A. Introduction and methodology: Standards of care in diabetes-2023 // Diabetes Care. 2023. T. 46(Supplement 1), S1–S4. URL: <https://doi.org/10.2337/dc23-Sint>.
 64. European Society of Cardiology (ESC). 2021 ESC guidelines for the management of cardiovascular diseases // European Heart Journal. 2021. T. 42(34), 3227–3337. URL: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>.
 65. Fava M., Kendler K. S. Major depressive disorder // Neuron. 2000. T. 28(1), 335–341.
 66. Fergusson D. M., Boden J. M., Horwood L. J. Cannabis use and other illicit drug use: Testing the cannabis gateway hypothesis // Addiction. 2006. T. 101(4), 556–569. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01322.x>.
 67. Fredrickson B. L. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions // American Psychologist. 2001. T. 56(3), 218–226. URL: <https://doi.org/10.1037//0003-066x.56.3.218>.
 68. Geisser M. E., Roth R. S., Theisen M. E. The Relationship Between Symptoms of Depression and Pain: A Study of Patients With Chronic Pain // Pain. 2000. T. 84(2–3), 221–227. DOI: 10.1097/00002508-200006000-00004.

69. Glassman A. H., Shapiro P. A. Depression and the course of coronary artery disease // *American Journal of Psychiatry*. 1998. T. 155(1), 4–11.
70. Go A. S., Chertow G. M., Fan D., McCulloch C. E., Hsu C. Y. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization // *New England Journal of Medicine*. 2004. T. 351(13), 1296–1305. URL: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa041031>.
71. Goodwin F. K., Jamison K. R. Manic-depressive illness: Bipolar disorders and recurrent depression. Oxford University Press, 2007.
72. Golden S. H., Lazo M., Carnethon M., et al. Depressive symptoms and the risk of type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis // *Journal of the American Medical Association*. 2008. T. 300(20), 2379–2388. URL: <https://doi.org/10.2337/diacare.27.2.429>.
73. Hamilton M. A rating scale for depression // *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. 1960. T. 23(1), 56–62.
74. Hawkey L. C. Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults // *Psychology and Aging*. 2010. T. 25(1), 150–159. URL: <https://doi.org/10.1037/a0017805>.
75. Helliwell J. F., Putnam R. D. The social context of well-being // *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*. 2004. T. 359(1449), 1435–1446. URL: <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1522>.
76. Herrera P. A., Campos-Romero S., Szabo W., Martínez P., Guajardo V., Rojas G. Understanding the relationship between depression and chronic diseases such as diabetes and hypertension. 2021.
77. Hirschfeld R. M. A. The comorbidity of major depression and anxiety disorders: Recognition and management in primary care // *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*. 2001. T. 3(6), 244–254. URL: <https://doi.org/10.4088/pcc.v03n0609>.
78. Hofmann S. G., Sawyer A. T., Witt A. A., Oh D. The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review // *Journal of*

- Consulting and Clinical Psychology. 2010. T. 78, 169–183. URL: <https://doi.org/10.1037/a0018555>.
79. House J. S., Landis K. R., Umberson D. Social relationships and health // Science. 1988. T. 241(4865), 540–545. URL: <https://doi.org/10.1126/science.3399889>.
80. Jahoda Marie. Current concepts of positive mental health [Электронный ресурс] // Journal of Occupational Medicine. 1959. Режим доступа: https://journals.lww.com/joem/Citation/1959/10000/Current_Concepts_of_Positive_Mental_Health.12.aspx.
81. Judd L. L., Akiskal H. S., Maser J. D., Zeller P. J., Endicott J., Coryell W., Paulus M. P., Keller M. B. A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders // Archives of General Psychiatry. 2000. T. 57(4), 375–380. URL: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.4.375>.
82. Katon W. J. The Comorbidity of Diabetes Mellitus and Depression // American Journal of Medicine. 2008. URL: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2008.09.008>.
83. Katon W. J., Lin E. H. B., Kroenke K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness // General Hospital Psychiatry. 2007. T. 29(2), 147–155. URL: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2006.11.005>.
84. Kendler K. S. Genetic Epidemiology of Major Depression // American Journal of Psychiatry. 2006.
85. Kessler R. C., Walters E. E. The National Comorbidity Survey // Depression and Anxiety. 2002. T. 13(3), 85–93. URL: <https://doi.org/10.1002/da.10035>.
86. Klein D. N., Shankman S. A., Rose S. Chronic depression: Diagnosis and classification // Journal of Clinical Psychology. 2008. T. 64(5), 403–418. URL: <https://doi.org/10.1007/s11920-008-0074-6>.
87. Koenig H. G. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications // ISRN Psychiatry. 2012. Article ID 278730. URL: <https://doi.org/10.5402/2012/278730>.

- 88.Kredlow M. A., Capozzoli M. C., Hearon B. A., Calkins A. W., Otto M. W. The Effects of Physical Activity on Sleep: A Meta-Analytic Review // *Journal of Behavioral Medicine*. 2015. T. 38(3), 427–449. DOI: 10.1007/s10865-015-9617-6.
- 89.Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? // *The Lancet Psychiatry*. 2017. T. 4(2), 146–158.
- 90.Lazarus R. S., Folkman S. Stress, appraisal, and coping. Springer Publishing Company, 1984.
- 91.LeRoith D., Olefsky J. M., Taylor S. I. (ред.). Diabetes mellitus: A fundamental and clinical text. Lippincott-Raven, 1996.
- 92.Levine G. N. Cardiology: Principles and practice. 6-е вид. McGraw-Hill Education, 2022.
- 93.Levey A. S., Eckardt K. U., Tsukamoto Y., Levin A., Coresh J., Rossert J., Eknoyan G. Definition and classification of chronic kidney disease: A position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) // *Kidney International*. 2005. T. 67(6), 2089–2100. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1523-1755.2005.00365.x>.
- 94.Lichtman J. H., Bigger J. T., Blumenthal J. A., Frasure-Smith N., Kaufmann P. G., Lespérance F., et al. Depression and coronary heart disease: Recommendations for screening, referral, and treatment // *Circulation*. 2008. T. 118(20), 2508–2533. URL: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.190769>.
- 95.Lichtenauer D. Diabetes mellitus: A fundamental and clinical text. 4-е вид. Lippincott Williams & Wilkins, 2021.
- 96.Luppino F. S., de Wit L. M., Bouvy P. F., Stijnen T., Cuijpers P., Penninx B. W., Zitman F. G. Overweight, obesity, and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies // *Archives of General Psychiatry*. 2010. T. 67(3), 220–229. URL: <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.2>.
- 97.Mann D. L., Zipes D. P., Libby P., Bonow R. O., Braunwald E. (ред.). Braunwald's heart disease: A textbook of cardiovascular medicine. 12-е вид. Elsevier, 2020.
- 98.Mann J. J. Neurobiology of suicidal behaviour // *Nature Reviews Neuroscience*. 2003. T. 4(10), 819–828. URL: <https://doi.org/10.1038/nrn1220>.

99. Mann J. J., Apter A., Bertolote J., Beautrais A., Currier D., Haas A., Hendin H. Suicide prevention strategies: A systematic review // JAMA. 2005. T. 294(16), 2064–2074. URL: <https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>.
100. McAuley E., Blissmer B. Self-efficacy determinants and consequences of physical activity // Exercise and Sport Sciences Reviews. 2000. T. 28(2), 85–88.
101. Monroe S. M., Reid M. W. Life stress and major depression // Current Directions in Psychological Science. 2009. T. 18(2), 68–72.
102. Moussavi S., Chatterji S., Verdes E., Tandon A., Patel V., Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the World Health Surveys // The Lancet. 2007. T. 370(9590), 851–858. URL: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61415-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61415-9).
103. Nemeroff C. B., Owens M. J. Treatment of mood disorders // Nature Neuroscience. 2002. T. 5(Supplement), 1068–1070. URL: <https://doi.org/10.1038/nn943>.
104. O'Hara M. W., McCabe J. E. Postpartum depression: Current status and future directions // Annual Review of Clinical Psychology. 2013. T. 9, 379–407. URL: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>.
105. Oparil S., Acelajado M. C., Bakris G. L., Berlowitz D. R., Cífková R., Dominiczak A. F., Mancia G. Hypertension // Nature Reviews Disease Primers. 2018. T. 4(1), 18014. URL: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.14>.
106. Ownby R. L., Crocco E., Acevedo A., John V., Loewenstein D. Depression and risk for nonadherence in a geriatric population // American Journal of Geriatric Psychiatry. 2006. T. 14(6), 530–536. URL: <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000205702.63525.25>.
107. Pan A., Sun Q., Okereke O. I., Hu F. B., Beiser A. Bidirectional association between depression and metabolic syndrome: A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies // Diabetes Care. 2012. T. 35(5), 1171–1180. URL: <https://doi.org/10.2337/dc11-2055>.

108. Pano Espínola O., Martínez-Lapiscina E. H., Sayon-Orea C. Healthy diet, depression and quality of life: A narrative review of biological mechanisms and primary prevention opportunities // *World Journal of Psychiatry*. 2021. T. 11(11), 997–1015. URL: <https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i11.997>.
109. Parker G., Hadzi-Pavlovic D. *Melancholia: A disorder of movement and mood*. Cambridge University Press, 1996.
110. Pariante C. M., Lightman S. L. The HPA axis in major depression: Classical theories and new developments // *Trends in Neurosciences*. 2008. T. 31(9), 464–468. URL: <https://doi.org/10.1016/j.tins.2008.06.006>.
111. Penedo F. J., Dahn J. R. Exercise and well-being: A review of mental and physical health benefits associated with physical activity // *Current Opinion in Psychiatry*. 2005. T. 18(2), 189–193. URL: <https://doi.org/10.1097/00001504-200503000-00013>.
112. Rejeski W. J., Mihalko S. L. Physical activity and quality of life in older adults // *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2001. T. 56(2), M23–M35. URL: <https://doi.org/10.1093/gerona/56.2.M23>.
113. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes // *Journal of Abnormal Psychology*. 1991. T. 100(4), 569–582. URL: <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.569>.
114. Rock P. L., Roiser J. P., Riedel W. J., Blackwell A. D. Cognitive impairment in depression: A systematic review and meta-analysis // *Psychological Medicine*. 2014. T. 44(10), 2029–2040. URL: <https://doi.org/10.1017/S0033291713002535>.
115. Rosenthal N. E., Sack D. A., Gillin J. C., Lewy A. J., Goodwin F. K., Davenport Y., Wehr T. A. Seasonal affective disorder: A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy // *Archives of General Psychiatry*. 1984. T. 41(1), 72–80. URL: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1984.01790120076010>.

116. Rutter M. Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms // American Journal of Orthopsychiatry. 1987. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>.
117. Smolen J. S., Aletaha D., McInnes I. B. Rheumatoid arthritis // Lancet. 2016. T. 388(10055), 2023–2038. URL: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30173-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30173-8).
118. Taylor M. A., Fink M. Melancholia: The diagnosis, pathophysiology, and treatment of depressive illness. Cambridge University Press, 2003.
119. Thoits P. A. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health // Journal of Health and Social Behavior. 2011. T. 52(2), 145–161. URL: <https://doi.org/10.1177/0022146510395592>.
120. Thoits P. A., Hewitt L. N. Volunteer work and well-being // Journal of Health and Social Behavior. 2001. T. 42(2), 115–131. URL: <https://doi.org/10.2307/3090173>.
121. Treadway M. T., Zald D. H. Reconsidering anhedonia in depression: Lessons from translational neuroscience // Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2011. T. 35(3), 537–555. URL: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.06.006>.
122. Tsuno N., Besset A., Ritchie K. Sleep and depression // Journal of Clinical Psychiatry. 2005. T. 66(10), 1254–1269. URL: <https://doi.org/10.4088/jcp.v66n1008>.
123. Tylee A., Gandhi P. The importance of somatic symptoms in depression in primary care // Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry. 2005. T. 7(4), 167–176. URL: <https://doi.org/10.4088/pcc.v07n0405>.
124. Unützer J., Katon W., Callahan C. M., et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: A randomized controlled trial // Journal of the American Medical Association. 2002. T. 288(22), 2836–2845. URL: <https://doi.org/10.1001/jama.288.22.2836>.
125. Werner E. E., Smith R. S. Overcoming the Odds: High Risk Children from Birth to Adulthood. 1992. URL: <https://psycnet.apa.org/record/1992-97370-000>.
126. Ybarra O., Burnstein E., Winkielman P., Keller M. C., Manis M., Chan E., Rodriguez J. Mental exercising through simple socializing: Social interaction

promotes general cognitive functioning // Personality and Social Psychology
Bulletin. 2008. T. 34(2), 248–259. URL:
<https://doi.org/10.1177/0146167207310454>.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала депресії (Т. Балашова)

Вік досліджуваного: з 14 років.

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з наведених тверджень (див. бланк для відповідей) і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як ви почуваєтеся останнім часом. Над запитаннями довго не задумуйтеся, тільки правильних чи неправильних відповідей немає.

№	Твердження	Відповіді			
		Ніко л и	Іноді	Часто	Завжд и
1	Я почуваю пригніченість	1	2	3	4
2	Вранці я почуваюся найкраще	1	2	3	4
3	У мене бувають періоди плачу чи майже сліз	1	2	3	4
4	У мене поганий нічний сон	1	2	3	4
5	Апетит у мене не гірший, ніж звичайно	1	2	3	4
6	Мені приємно дивитися на привабливих дівчат (хлопців), розмовляти з ними, перебувати поруч	1	2	3	4
7	Я помічаю, що втрачаю вагу	1	2	3	4
8	Мене непокоять запори	1	2	3	4
9	Серце б'ється швидше, ніж звичайно	1	2	3	4
10	Я втомлююся без певних причин	1	2	3	4
11	Я думаю так само чітко, як завжди	1	2	3	4
12	Мені легко робити те, що я вмію	1	2	3	4

13	Почуваю занепокоєння і не можу всидіти на місці	1	2	3	4
14	У мене є надії на майбутнє	1	2	3	4
15	Я більш дратівливий (-а), ніж звичайно	1	2	3	4
16	Мені легко приймати рішення	1	2	3	4
17	Я відчуваю, що корисний(а) і необхідний(а)	1	2	3	4
18	Я живу достатньо повним життям	1	2	3	4
19	Я відчуваю, що іншим людям стане краще, якщо я помру	1	2	3	4
20	Мене зараз радує те, що радувало завжди	1	2	3	4

Обробка та інтерпретація результатів

Рівень депресії (РД) визначається сумою "прямого" і "зворотного" підрахунку.

Приклад зворотного підрахунку: у висловлюванні № 2 закреслена цифра 1, ми ставимо 4 бали; у твердженні № 5 закреслена відповідь 2 - ставимо 3 бали; у № 6 - відповідь 3 - ставимо 2 бали; у № 11 - відповідь 4 - ставимо 1 бал тощо.

"Прямий" підрахунок - твердження 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19.

"Зворотний" підрахунок - твердження 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

У сумі одержуємо рівень депресії, що коливається в діапазоні 20-80 балів:

20-50 балів – депресія відсутня;

50-59 балів – легка ситуативна чи стресова депресія;

60-69 балів – субдепресивний стан;

70-80 балів – високий рівень депресії.

- Опис методів дослідження
- Таблиці з результатами
- Додаткова інформація про використані інструменти

Додаток Б

PHQ9-Анкета (опитувальник) пацієнтів про стан здоров'я

Опитувальник пацієнтів про стан здоров'я – шкала самооцінки депресії з дев'яти пунктів, ефективна в діагностиці ВДР, так само як і для вибору методу/засобу лікування та моніторингу результатів.

ПІП _____ Дата _____					
Як часто за два тижні вас турбували наступні прояви?(свою відповідь позначте)		Не турбували взагалі	Протягом декількох днів	Більше половини цього часу	Майже кожного дня
1	Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити)	0	1	2	3
2	Поганий настрій, пригніченість, або відчуття безпорадності	0	1	2	3
3	Труднощі з засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон	0	1	2	3
4	Почуття втоми або знесилення (занепад сил)	0	1	2	3
5	Поганий апетит чи навпаки – переїдання	0	1	2	3
6	Погані (негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе	0	1	2	3

	невдахою або розчаровані в собі, або вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини				
7	Труднощі концентрації уваги (наприклад, зосередитися на читанні газети чи перегляді телепередач)	0	1	2	3
8	Ваші рухи або мова були настільки повільними, що оточуючі могли помітити. Або навпаки, ви були настільки метушливі або збуджені, що рухалися більше, ніж звичайно	0	1	2	3
9	Думки про те, що вам краще було б померти або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином.	0	1	2	3
Сума					
Загальний бал					
У випадку наявності у вас наведених вище проблем – наскільки вони ускладнили виконання вами службових обов'язків, домашніх справ або ж спілкування із іншими людьми				Зовсім не ускладнили	
				Дещо ускладнили	
				Дуже ускладнили	
				Надзвичайно ускладнили	

Критерії оцінки результатів PHQ9

Загальний бал	Тяжкість депресії
0-4	Депресія відсутня
5-9	Легка «субклінічна» депресія
10-14	Помірної тяжкості депресія
15-19	Середньої тяжкості депресія
20-27	Тяжка депресія

Бал >10 є інформативним в значенні ВДР з чутливістю та специфічністю 83%

Методика діагностики показників і форм агресії
А. Басса та А. Дарки (адаптація А.К. Осницького)

Прочитуючи чи прослуховуючи твердження, приміряйте, наскільки вони відповідають вашому стилю поведінки, вашому образу життя і одним з чотирьох можливих відповідей: "так", "можливо, так", "можливо, ні", "ні".

1. Іноді не можу справитися з бажанням нашкодити кому-небудь.
2. Іноколи можу розповсюджувати плітки про людей, яких не люблю.
3. Легко виходжу з себе, проте легко й заспокоююсь.
4. Якщо до мене не звернутись по-доброму, прохання не виконаю.
5. Не завжди отримую те, що мені належить.
6. Знаю, що люди говорять про мене за мою спиною.
7. Якщо не схвалюю вчинки інших людей, даю їм це відчути.
8. Якщо трапляється обманути когось, відчуваю докори сумління.
9. Мені здається, що я не здатен вдарити людину.
10. Ніколи не роздратовуюсь настільки, щоб розкидати речі.
11. Завжди поблажливий до чужих недоліків.
12. Коли встановлене правило не подобається мені, хочеться його порушити.
13. Інші майже завжди вміють скористатися за сприятливих умов.
14. Мене насторожують люди, які відносяться до мене більш дружньо, ніж я очікував.
15. Часто буваю не згоден з людьми.
16. Іноді в голову приходять думки, за які мені соромно.
17. Якщо хто-небудь вдарить мене, я не відповім тим же.
18. При роздратуванні грюкаю дверима.
19. Я більш роздратований, ніж здається зі сторони.
20. Якщо хтось корчить з себе начальника, я роблю йому наперекір.
21. Мене трохи засмучує моя доля.

22. Думаю, багато людей не люблять мене.
23. Не можу втриматись від суперечки, якщо люди не згодні зі мною.
24. Ті, хто уникають роботи, повинні мати відчуття провини.
25. Хто ображає мене чи мою сім'ю, наражається на бійку.
26. Я не здатен на грубі жарти.
27. Мене охоплює злість, коли наді мною насміхаються.
28. Коли люди вдають із себе начальників, я роблю все, щоб вони не зазнавались.
29. Майже щотижня бачу кого-небудь з тих, хто мені не подобається.
30. Досить багато людей заздять мені.
31. Вимагаю, щоб люди поважали мої права.
32. Мене засмучує, що я мало роблю для своїх батьків.
33. Люди, які постійно "дістають" нас, заслуговують на те, щоб їм дали щигля по носі.
34. Від злості інколи буваю похмурий.
35. Якщо до мене відносяться гірше, ніж я на те заслуговую, я не засмучуюсь.
36. Якщо хтось намагається вивести мене із себе, я не звертаю уваги.
37. Хоч я і не показую того, іноді мене мучить заздрість.
38. Інколи мені здається, що наді мною сміються.
39. Навіть якщо злюся, не використовую грубих висловів.
40. Хочеться, щоб всі мої гріхи були прощені.
41. Рідко даю здачі, навіть коли хто-небудь вдарить мене.
42. Ображаюсь, коли іноді виходить не по-моєму.
43. Інколи люди роздратовують мене своєю присутністю.
44. Нема людей, яких би я по-справжньому ненавидів.
45. Мій принцип: "ніколи не довіряй чужакам".
46. Якщо хтось дратує мене, готовий сказати йому все, що про нього думаю.
47. Роблю багато такого, про що потім жалкую.
48. Якщо рознервуюсь, можу вдарить кого-небудь.
49. З десяти років у мене не було вибухів гніву.

50. Часто відчуваю себе як порохова бочка, готова вибухнути.
51. Якби всі знали, що я відчуваю, мене б вважали людиною, з якою нелегко дійти згоди.
52. Завжди думаю про те, що за таємні причини примушують людей робити щось приємне мені.
53. Коли кричать на мене, кричу у відповідь.
54. Невдачі засмучують мене.
55. Б'юся не рідше і не частіше інших.
56. Можу згадати випадки, коли був настільки злим, що хапав першу річ під рукою та ламав її.
57. Інколи відчуваю, що готовий першим почати бійку.
58. Інколи відчуваю, що життя зі мною обходиться несправедливо.
59. Раніше думав, що більшість людей говорить правду, але тепер в це не вірю.
60. Сварюся тільки від злості.
61. Коли вчиняю неправильно, відчуваю докори сумління.
62. Якщо для захисту своїх прав потрібно застосувати фізичну силу, я застосую її.
63. Інколи виражаю свою злість тим, що стукаю по столу.
64. Буваю грубим по відношенню до людей, котрі мені не подобаються.
65. У мене немає ворогів, які б не хотіли мені нашкодити.
66. Не вмію поставити людину на місце, навіть коли вона на це заслуговує.
67. Часто думаю, що живу неправильно.
68. Знаю людей, які можуть довести мене до бійки. * 69. Не сумую із-за дрібниць.
70. Мені рідко приходить в голову думка про те, що люди намагаються розізлити чи образити мене.
71. Часто просто погрожую людям, не збираючись виконувати свої погрози.
72. Останнім часом я став занудою.
73. У суперечці часто підвищую голос.
74. Намагаюся приховати погане відношення до людей.

75. Краще погоджуся з чимось, аніж стану сперечатися.

При обробці даних в звичайних умовах відповіді "ТАК" і "МОЖЛИВО, ТАК" об'єднуються (сумуються як відповіді "ТАК"), так же як і відповіді "НІ" і "МОЖЛИВО, НІ" (сумуються як відповіді "НІ").

КЛЮЧ 1

для обробки результатів випробування по опитувальнику

"1". ФІЗИЧНА АГРЕСІЯ (К=11):

1+, 9-, 17-, 25+, 33+, 41+, 48+, 55+, 62+, 68+. "2". ВЕРБАЛЬНА АГРЕСІЯ (К=8):

7+, 15+, 23+, 31+, 39-, 46+, 53+, 60+, 66-, 71+, 73+, 74-, 75-. "3й.

ОПОСЕРЕДКОВАНА АГРЕСІЯ (К=13):

2+, 10+, 18+, 26-, 34+, 42+, 49-, 56+, 63+. "4". НЕГАТИВІЗМ (К=20):

4+, 12+, 20+, 28+, 36-. "5". РОЗДРАТУВАННЯ (К=9):

6+, 11-, 19+, 27+, 35-, 43+, 50+, 57+, 64+, 69-, 72+. "6". ПІДОЗРЛИВІСТЬ

(К=11):

6+, 14+, 22+, 30+, 38+, 45+, 52+, 59+, 65-, 70-. "7". ОБРАЗА (К=13):

5+, 13+, 21+, 29+, 37+, 44+, 51+, 58+. "8". ВІДЧУТТЯ ПРОВІНИ (К=11):

8+, 16+, 24+, 32+, 40+, 47+, 54+, 61+, 7+.

Номери питань зі знаком "-" потребують і реєстрації відповіді з протилежним знаком: якщо була відповідь "ТАК", то ми його реєструємо як відповідь "НІ", якщо була відповідь "НІ", реєструємо як відповідь "ТАК".

КЛЮЧ 2 з бланком для аналізу результатів.

"1"	"3"	"5"	"4"	"7"	"6"	"2"	"8"
1+	2+	3+	4+	5+	6+	7+	8+
9-	10+	11-	12+	13+	14+	15+	16+
17-	18+	19+	20+	21+	22+	23+	24+
25+	26-	27+	28+	29+	30+	31+	32+
33+	34+	35-	36-	37+	38+	39-	40+
41+	42+	43+		44+	45+	46+	47+
48+	49-	50+		51+	52+	53+	54+
55+	56+	57+		58+	59+	60+	61+
62+	63+	64+			65-	66-	67+
68+		69-			70-	71+	
		72+				73+	
						74-	
						75-	
11	13	9	20	13	11	8	

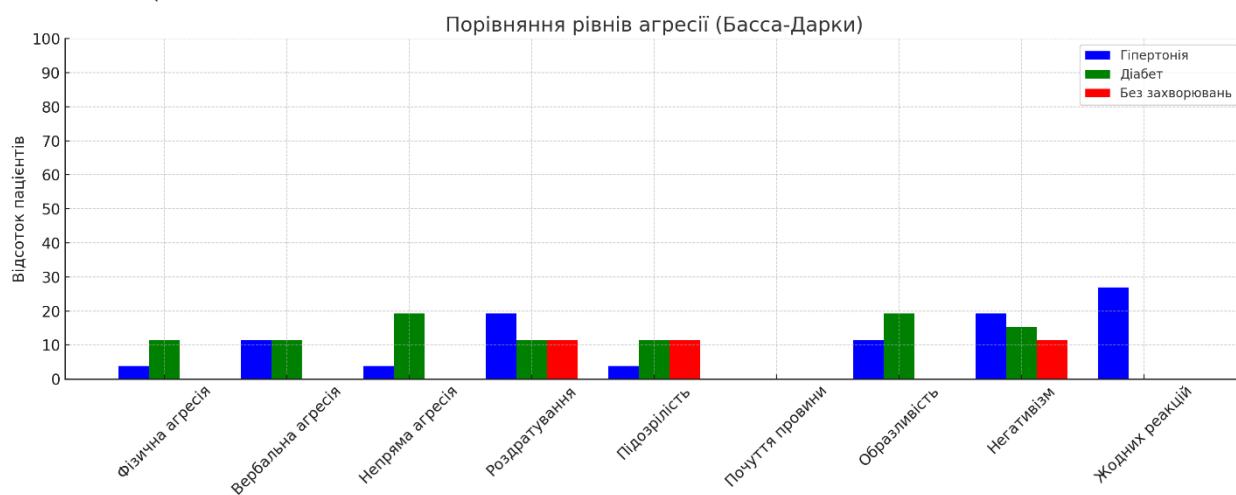
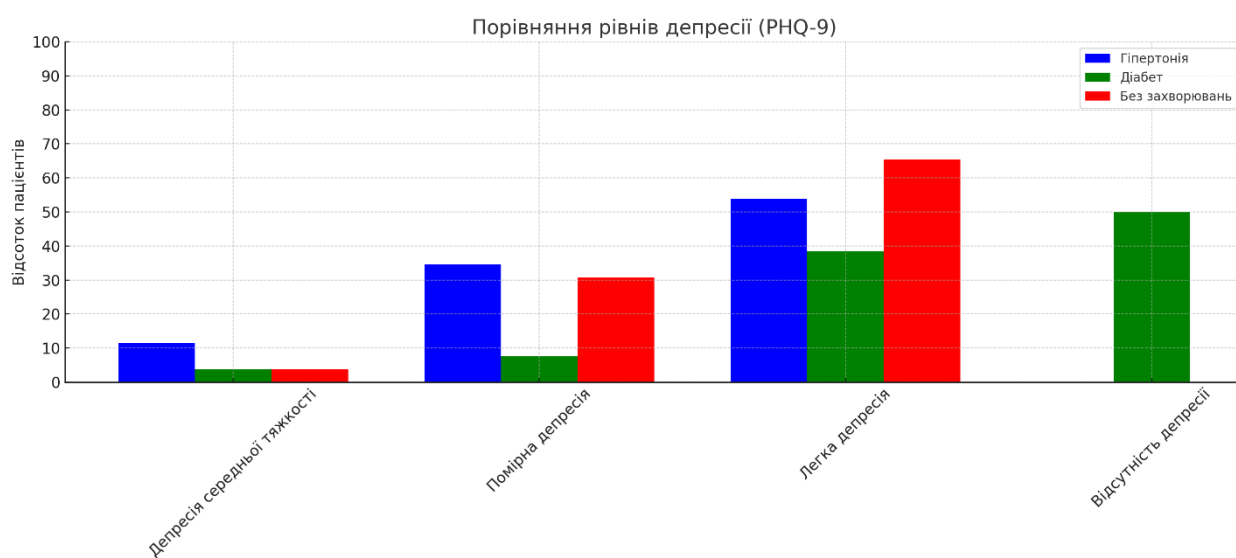
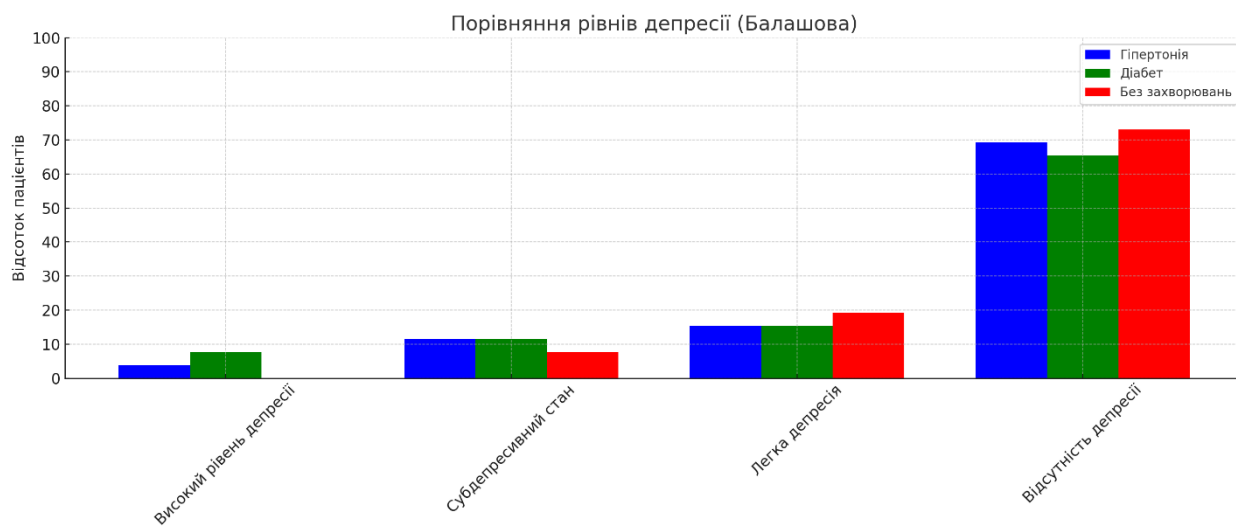
Сума балів, помножена на коефіцієнт, вказаний в дужках при кожному з параметрів агресивності, дозволяє отримати зручні для зіставлення - нормовані - показники, які характеризують індивідуальні та групові результати (нульові значення не прораховуються).

Сумарні показники:

$(\text{"1"} + \text{"2"} + \text{"3"}) : 3 = \text{ІА}$ - індекс агресивності;

$(\text{"6"} + \text{"7"}) : 2 = \text{ІВ}$ - індекс ворожості.

Додаток Г



Рекомендації для клінічної практики та систем охорони здоров'я

1. Раннє виявлення та діагностика депресії у пацієнтів з хронічними захворюваннями

- **Впровадження регулярного скринінгу** (систематичний скринінг на депресію для всіх пацієнтів із хронічними захворюваннями на первинному рівні медичної допомоги за допомогою стандартизованих інструментів, таких як опитувальник PHQ-9 або шкала депресії Т. Балашова. Скринінг повинен бути частиною регулярних медичних оглядів);
- **Підготовка медичного персоналу** (навчання лікарів та медсестер щодо виявлення депресивних симптомів у пацієнтів із хронічними захворюваннями);
- **Розробка протоколів раннього виявлення**(протоколи для раннього виявлення депресивних симптомів у пацієнтів з хронічними захворюваннями, що включають алгоритми дій медичних працівників у разі виявлення підозрілих симптомів).

2. Інтеграція психічного здоров'я в лікування хронічних захворювань

- **Мультидисциплінарний підхід** (мультидисциплінарні команди, до складу яких входять фахівці з різних галузей медицини, зокрема лікарі загальної практики, кардіологи, ендокринологи, психіатри, психологи та соціальні працівники);
- **Психологічна підтримка** (ключення психологічну підтримку в стандарт лікування хронічних захворювань, що передбачає доступ до психолога або психотерапевта для регулярних консультацій);
- **Індивідуалізація лікування** (індивідуальні плани лікування для пацієнтів із хронічними захворюваннями, які включають оцінку психічного стану та відповідні інтервенції — поєднання медикаментозного лікування та психотерапії, залежно від ступеня вираженості депресивних симптомів);

3. Підтримка психосоціального благополуччя пацієнтів

- **Психоосвіта** (застосування програм психоосвіти для пацієнтів із хронічними захворюваннями та їхніх родин);
- **Групи підтримки** (організувати групи підтримки для пацієнтів із хронічними захворюваннями, де вони можуть обмінюватися досвідом і отримувати емоційну підтримку);
- **Соціальні служби** (доступ до соціальних послуг для пацієнтів із хронічними захворюваннями, які потребують допомоги в повсякденному житті або підтримки в управлінні своїм захворюванням. Це може допомогти соціального працівника або домашні відвідування медичних сестер.

4. Розробка політики та системних змін

- **Інтеграція психічного здоров'я в національні програми охорони здоров'я** (включити питання психічного здоров'я пацієнтів із хронічними захворюваннями в національні стратегії та програми охорони здоров'я);
- **Фінансування та ресурси** (належне фінансування та виділення ресурсів на лікування депресії у пацієнтів із хронічними захворюваннями);
- **Моніторинг та оцінка ефективності** (впровадити системи моніторингу та оцінки ефективності програм з лікування депресії у пацієнтів із хронічними захворюваннями).

5. Підвищення обізнаності та дестигматизація

- **Кампанії з підвищення обізнаності:** Проводити інформаційні кампанії для підвищення обізнаності про взаємозв'язок між хронічними захворюваннями та депресією серед населення. Це допоможе знизити рівень стигми щодо психічного здоров'я та заохотити пацієнтів звертатися за допомогою.
- **Навчальні програми для медичних працівників:** Проводити освітні програми для медичного персоналу щодо важливості психічного здоров'я та методів виявлення і лікування депресії у пацієнтів із хронічними захворюваннями. Це допоможе лікарям та медсестрам краще підтримувати своїх пацієнтів і покращити результати лікування.

Додаток Д

Як не допустити розвитку депресивних симптомів у пацієнтів з хронічними захворюваннями.

1. Профілактика та раннє виявлення

- **Регулярний скринінг на депресію** (скринінг на депресивні симптоми у пацієнтів із хронічними захворюваннями під час кожного візиту до лікаря, використання коротких опитувальників, таких як PHQ-2 або PHQ-9);
- **Освіта пацієнтів** (інформування пацієнтів про можливі ризики розвитку депресії у зв'язку з хронічними захворюваннями та навчати їх розпізнавати ранні симптоми, такі як постійна втома, зміни настрою, зниження інтересу до повсякденних справ);
- **Підготовка медичного персоналу** (навчання медичних працівників щодо методів виявлення депресивних симптомів і ефективних стратегій їхньої профілактики).

2. Психосоціальна підтримка

- **Психоосвіта** (впровадити програми психоосвіти для пацієнтів із хронічними захворюваннями, спрямовані на підвищення обізнаності про важливість психічного здоров'я та методи управління стресом);
- **Групи підтримки** (заохочувати участь у групах підтримки, де пацієнти можуть ділитися своїм досвідом і отримувати емоційну підтримку від інших людей із подібними проблемами);
- **Соціальні зв'язки** (підтримка міцних соціальних зв'язків із родиною, друзями та спільнотою може значно знизити ризик депресії).

3. Здоровий спосіб життя

- **Фізична активність** (щоденні вправи або інша форма активності, таку як ходьба, йога або плавання, у рутину пацієнтів);
- **Здорове харчування** (збалансоване харчування, багате на овочі, фрукти, цільнозернові продукти та білок, може позитивно вплинути на психічне

здоров'я, рекомендується уникати надмірного споживання цукру, кофеїну та алкоголю, які можуть негативно впливати на настрій);

- **Розпорядок дня** (стабільний розпорядку дня з регулярним сном і часом для відпочинку).

4. Емоційне благополуччя та управління стресом

- **Стратегії управління стресом** (навчити пацієнтів ефективним методам управління стресом, таким як медитація, глибоке дихання, прогресивна м'язова релаксація або майндфулнес);
- **Задоволення потреб в емоційному здоров'ї** (пацієнтам варто виділяти час на заняття, які приносять задоволення і допомагають розслабитися, такі як хобі, творчість або час на природі);
- **Підтримка самовпевненості** (сприяти розвитку самовпевненості у пацієнтів, допомагаючи їм ставити реалістичні цілі та досягати їх).

5. Медичне супроводження

- **Рання інтервенція**(у разі виявлення ознак депресії важливо негайно розпочати відповідне лікування – психотерапія, медикаментозне лікування або їх поєднання, залежно від тяжкості симптомів);
- **Моніторинг і супровід** (регулярне спостереження за психічним станом пацієнтів з хронічними захворюваннями дозволить своєчасно виявляти будь-які зміни і коригувати план лікування).

Як жити з хронічним захворюванням та депресивними симптомами

1. Прийняття та розуміння свого стану

- **Прийняття реальності** (прийняти, що у вас є хронічне захворювання, яке потребує постійного контролю);
- **Знання про своє захворювання** (збирайте інформацію про своє захворювання та депресію, щоб краще розуміти, що відбувається у вашому організмі);
- **Спілкування з лікарем** (консультуйтеся зі своїм лікарем і не бійтеся задавати питання).

2. Побудова здорового способу життя

- **Фізична активність** (регулярна фізична активність допоможе покращити ваш настрій, зменшити стрес і підтримувати фізичне здоров'я);
- **Збалансоване харчування** (дотримуйтеся здорової дієти, багатої на овочі, фрукти, білок і цільнозернові продукти);
- **Регулярний режим сну** (дотримуйтеся регулярного розпорядку сну, що включає достатню кількість годин відпочинку).

3. Психологічна підтримка

- **Психотерапія** (участі в психотерапії, такій як когнітивно-поведінкова терапія, або інша, яка може допомогти вам навчитися ефективно справлятися зі стресом і депресією);
- **Групи підтримки** (приєднуйтеся до груп підтримки, де ви можете обмінюватися досвідом із людьми, які проходять через подібні труднощі);
- **Соціальні зв'язки** (підтримуйте зв'язок із родиною та друзями, що допомагає у боротьбі з депресією і зберігати позитивний настрій).

4. Управління стресом і емоціями

- **Техніки релаксації** (глибоке дихання, медитація, йога, майндфулнес та ін.);

- **Ведення щоденника** (записуйте свої думки та почуття у щоденник, що допоможе вам зрозуміти, що саме викликає у вас тривогу або депресивні симптоми, і знайти способи справлятися з ними);
- **Пошук радості** (займайтеся тим, що приносить вам задоволення і допомагає відволіктися від негативних думок. Це можуть бути хобі, творчість, час, проведений із близькими або на природі).

5. Планування та організація

- **Розробка плану дій** (створіть план дій на випадок, якщо депресивні симптоми загостряться. Це може включати звернення до лікаря, спілкування з близькими або виконання певних заходів для зниження стресу);
- **Поставте реалістичні цілі** (ставте перед собою досяжні цілі, які допоможуть вам відчувати прогрес і не перевантажувати себе, бо маленькі кроки можуть призвести до значних змін);
- **Організація часу** (навчіться керувати своїм часом так, щоб знайти баланс між роботою, лікуванням і відпочинком. Організований підхід допоможе знизити стрес і зробить ваше життя більш передбачуваним і контрольованим).

6. Прийняття допомоги

- **Не бійтеся звертатися за допомогою** (не соромтеся звертатися за допомогою до лікарів, психологів, друзів або родичів, тому що допомога інших людей може бути ключем до покращення вашого стану);
- **Розвиток самопідтримки** (працуйте над розвитком навичок самопідтримки, які допоможуть вам краще справлятися з емоціями і підтримувати позитивний настрій. Це може включати розмову із самим собою в підтримуючому тоні, вміння прощати собі помилки і приймати свої слабкі сторони).

Рекомендації для пацієнтів з хронічними захворюваннями (артеріальна гіпертензія) , які можуть допомогти їм почуватися краще.

1. Збалансоване харчування

- **Дотримуйтесь дієти DASH:** Вона включає багато фруктів, овочів, цільнозернових продуктів і обмежує споживання солі та насичених жирів.
- **Контролюйте споживання солі:** Зменшіть кількість солі у вашому раціоні, адже надмір солі підвищує артеріальний тиск. Нормою для дорослої людини є не більше 5 грамів солі на добу.
- **Включайте в раціон магній та калій:** Ці мікроелементи допомагають стабілізувати тиск. Додайте в раціон банани, шпинат, горіхи, насіння.

2. Сон та відпочинок

- **Регулярний сон:** Лягайте спати і прокидайтесь в один і той же час, спіть не менше 7-8 годин. Недостатність сну може підвищувати кров'яний тиск.
- **Техніки релаксації перед сном:** Робіть легкі дихальні вправи або медитацію, щоб заспокоїтися і краще підготуватися до сну.

3. Контроль стресу

- **Медитація та релаксація:** Виділіть щодня 10–15 хвилин для медитації або релаксаційних вправ. Можна використовувати просту техніку: заплющте очі, зосередьтеся на диханні і подумки повторюйте заспокійливі слова чи фрази, наприклад, «я спокійний/а», «я в безпеці».
- **Практика усвідомленості:** Вчіться концентруватися на теперішньому моменті, відпускаючи негативні думки. Це знижує рівень стресу, що позитивно впливає на кров'яний тиск.
- **Практикуйте техніку прогресивного м'язового розслаблення.** Почергово напружуйте та розслабляйте м'язи від стоп до голови.

4. Робота з емоційним станом

- **Ведення щоденника емоцій:** Записуйте свої думки, переживання, досягнення, це допомагає звільнити емоційний тягар і знизити стрес.

- **Позитивні афірмації:** Щодня повторюйте позитивні установки, наприклад, «я можу контролювати свій стан», «моє здоров'я покращується з кожним днем».

5. Регулярна фізична активність

- **Щоденні прогулянки:** Ходіть пішки не менше 30 хвилин щодня. Це допоможе знизити тиск і покращити настрій.
- **Дихальна гімнастика:** Практикуйте глибоке дихання — вдихайте через ніс на 4 рахунки, затримуйте дихання на 2 рахунки, а потім видихайте через рот на 6 рахунків. Це сприяє розслабленню та нормалізації тиску.

6. Вправи для покращення загального самопочуття

А) Легкий нахил вперед сидячи

- Сядьте на стілець, ноги на ширині плечей, ступні на підлозі.
- Повільно нахиліться вперед, розслабивши плечі і дозволяючи верхній частині тіла нахилитися до колін.
- Опустіть голову вниз, руки покладіть на коліна або опустіть до підлоги (наскільки комфортно).
- Залишайтеся в такому положенні 10-15 секунд, дихайте глибоко.
- Поверніться у вихідне положення і повторіть 3-5 разів.

Б) Вправа "Випрямлення ніг" з опорою на стіну

- Ляжте на ліжко або м'яку поверхню, підніміть ноги і обіпріть їх об стіну.
- Ноги повинні бути злегка зігнуті в колінах, руки розслаблені вздовж тіла.
- Залишайтеся в цьому положенні 3-5 хвилин, дихайте повільно і глибоко.
- Це положення сприяє відтоку крові від ніг і поліпшує кровообіг.

В) Повороти тулуба сидячи

- Сядьте на стілець з прямою спиною, ноги на підлозі.
- Повільно поверніть верхню частину тіла вліво, тримаючи руки на колінах або вздовж тіла.
- Утримуйте положення на 10-15 секунд, потім поверніться у вихідне положення і повторіть вправу в інший бік.
- Виконуйте по 3 повороти в кожную сторону, зберігаючи дихання рівним.

Г) Підняття ніг сидячи

- Сядьте на стілець, тримайте спину прямо.
- Підніміть одну ногу і випряміть її, утримуючи положення протягом 5-10 секунд, а потім поверніть ногу в початкове положення.
- Повторіть з іншою ногою. Виконуйте по 5-7 разів для кожної ноги.
- Ця вправа покращує кровообіг і допомагає зняти напруження в ногах.

Г) Легкий нахил голови

- Сядьте з прямою спиною, розслабте плечі.
- Повільно нахиліть голову вперед, торкаючись підборіддям грудної клітки (наскільки це комфортно), залишаючись в такому положенні 5-10 секунд.
- Поверніться у вихідне положення і повторіть вправу 3-5 разів.
- Це допомагає зняти напруження в шії і плечах, що позитивно впливає на загальне самопочуття.

Прогресивна м'язова релаксація за Джейкобсоном

Закрийте очі, декілька секунд посидіть спокійно і зосередьтесь на диханні (Пауза 10 секунд). Зверніть увагу на те, як відчуває себе ваше тіло. Ви можете керувати собою, завдяки диханню - почніть дихати повільніше, спокійніше та глибше. (Пауза 5 секунд).

1. Стисніть кулаки обох рук і відчуйте напругу, що сковує ваші передпліччя, кисті, пальці. Утримуйте напругу. (Пауза 5 секунд).

Тепер змініть напругу і дайте своїм рукам розслабитись. Зосередьтесь на відчуттях у тілі, важкості і розслабленості в своїх кистях і відмітьте різницю з напруженням. (Пауза 10 секунд).

2. Зігніть руки і притисніть лікті до тіла. Стискаючи лікті, також напружте м'язи рук. Утримуйте напругу. (Пауза 5 секунд).

Розслабте руки і дайте їм вільно опуститись вздовж тіла. (Пауза 10 секунд).

3. Перейдіть до нижньої частини ніг і загніть ступні на себе, намагаючись дотягнутися пальцями ніг до носа. Утримуйте напругу. (Пауза 5 секунд).

Розслабте нижню частину ніг і зосередьтесь на відчутті комфорту по мірі поступового розслаблення ніг. (Пауза 10 секунд).

4. Напружуйте верхню частину ніг, стискаючи разом коліна, відриваючи ноги від стільця.

Сфокусуйтеся на напруженні в стегнах та відчуттях натягнутості в них (Пауза 5 секунд). Ослабте напругу та дайте ногам повільно опуститися на стілець. Сфокусуйтеся на повному звільненні від напруги, ніг, рук, плечей. (Пауза 10 секунд).

5. Підтягніть живіть до хребта. Відмітьте напругу, що виникла в животі. (Пауза 5 секунд).

Дайте животу вільно розслабитися. (Пауза 10 секунд).

6. Зробіть дуже глибокий вдих та затримайте подих. (Пауза 15 секунд, поки не з'явиться деякий дискомфорт). Відмітьте напругу в розширеній грудній клітині.

Тепер повільно випустіть повітря та відчуйте, як напруга поступово зникає. (Пауза 10 секунд).

7. Уявіть собі, що ваші плечі прив'язані до мотузки і їх тягнуть нагору, до ваших вух. Відчуйте напругу, що виникає в плечах, верхній частині шиї та спини. Утримуйте цю напругу. (Пауза 5 секунд). Випустіть напругу. Дайте плечам розслабитись. Дайте їм опуститись якомога нижче. (Пауза 10 секунд).

8. Нахиліть підборіддя і спробуйте ним дотягнутись до грудей. Відмітьте розтяжку та напругу в задній частині шиї. (Пауза 5 секунд).

Відпустіть напругу, що виникла в шиї. Зосередьтесь на розслабленні м'язів шиї. (Пауза 10 секунд).

9. Стисніть зуби та зосередьтесь на напрузі у щелепі. Відчуйте відчуття сильної стиснутості. (Пауза 5 секунд).

Розслабтесь. Дайте роту відкритися і розслабте м'язи обличчя, в тому числі навколо рота. (Пауза 10 секунд).

10. Напружте лоб, змушуючи себе хмуритися. Спробуйте зсунути брови. Сконцентруйтеся на напрузі лоба. (Пауза 5 секунд).

Тепер розслабтесь. Розгладьте всі зморшки і розслабте лоб. (Пауза 10 секунд).

11. На цьому етапі дайте всьому тілу розслабитися і відчути його тяжкість. Дихайте глибоко і ритмічно, природно розслабте руки, ноги, живіт, плечі і м'язи обличчя. Ви турбуєтесь про себе і розслабляєте свої м'язи. З кожним подихом про себе скажіть «Розслабся», і уявіть, що ви видихаєте всю напругу зі свого тіла.

П'ять разів зробіть глибокий вдих та видих, сказавши собі слово «Розслабся», і дайте зникнути напрузі, відпустивши її. Просто викиньте все із голови і розслабтесь

Рекомендації для ефективного виконання техніки:

1. Виділяйте 15-20 хвилин щодня для практики в один і той самий час, наприклад, перед сном. Обирайте для цього тихе, затишне місце.
2. Вимикайте телефон, щоб уникнути можливих перешкод та відволікань.
3. Дихайте вільно і глибоко, уникайте затримки дихання – це може підвищити напругу. Вдихайте глибоко під час напруження м'язів і повністю видихайте при розслабленні.
4. Виконуйте вправи у зручному для вас порядку: починайте з голови і поступово переходьте до нижніх частин тіла або навпаки.
5. Обирайте комфортний, вільний одяг перед початком практики.
6. Регулярно практикуйте техніку навіть у стані спокою, особливо на початку, щоб швидше сформувати звичку.
7. Використовуйте запис інструкції, щоб не тримати у пам'яті послідовність кроків під час виконання вправ.

Додаток З

Рекомендації для пацієнтів з хронічними захворюваннями (цукровий діабет) , які можуть допомогти їм почуватися краще.

1. Контроль за харчуванням

- **Слідкуйте за розміром порцій:** Намагайтеся їсти невеликими порціями кілька разів на день, щоб уникнути різких коливань рівня цукру в крові.
- **Вибирайте продукти з низьким глікемічним індексом:** Це овочі, цільнозернові продукти, бобові та деякі фрукти. Вони повільніше підвищують рівень цукру в крові.
- **Зменшіть споживання цукру та солодоців:** Обмежте цукровмісні продукти та солодкі напої, замініть їх фруктами з низьким вмістом цукру (наприклад, яблука, ягоди).
- **Збалансуйте білки та вуглеводи:** Включайте в кожен прийом їжі білки (м'ясо, риба, яйця, бобові) та здорові жири (горіхи, авокадо, оливкова олія), які допомагають підтримувати стабільний рівень цукру.

2. Регулярний моніторинг рівня цукру

- **Перевіряйте рівень цукру в крові** відповідно до рекомендацій лікаря. Це допомагає швидко реагувати на зміни та коригувати режим харчування чи фізичної активності.
- **Записуйте показники** у спеціальний журнал, щоб відстежувати, як харчування, активність та інші фактори впливають на рівень цукру в крові.

3. Контроль ваги

- **Підтримуйте здорову вагу:** Навіть незначне зменшення ваги може покращити чутливість до інсуліну. Дотримання збалансованого харчування та активний спосіб життя допоможуть у цьому.
- **Уникайте радикальних дієт:** Намагайтеся дотримуватися помірною підходу, уникаючи суворих обмежень, що можуть спричинити коливання рівня цукру.

4. Здоровий режим сну

- **Спіть 7-8 годин на добу:** Недосипання може негативно впливати на рівень цукру в крові та призводити до стресу, що порушує баланс інсуліну.
- **Розробіть стабільний режим сну:** Лягайте спати та прокидайтеся в один і той же час. Це стабілізує обмін речовин та покращує загальне самопочуття.

5. Стрес-менеджмент

- **Практикуйте релаксаційні техніки:** Медитація, дихальні вправи та інші методи розслаблення можуть допомогти зменшити рівень стресу, який може впливати на рівень цукру.
- **Спілкуйтеся з близькими або підтримуйте контакт із групою підтримки:** Розмова з іншими людьми може зменшити емоційне напруження і покращити настрій.
- **Практикуйте техніку прогресивного м'язового розслаблення.** Почергово напружуйте та розслабляйте м'язи від стоп до голови.

6. Регулярні обстеження та консультації з лікарем

- **Регулярно відвідуйте лікаря** для перевірки стану здоров'я, особливо рівня глікованого гемоглобіну, артеріального тиску, функції нирок та стану очей.
- **Дотримуйтеся рекомендацій щодо прийому медикаментів:** Приймайте ліки або інсулін у точний час, згідно з призначенням лікаря, щоб уникнути різких коливань цукру.

7. Регулярна фізична активність

- **Щоденні прогулянки:** Ходіть пішки 20-30 хвилин на день. Це покращує чутливість клітин до інсуліну та сприяє нормалізації рівня цукру в крові.
- **Починайте з невеликого навантаження:** Розпочніть з 10-15 хвилин на день і поступово збільшуйте час до 30 хвилин, якщо це дозволяє ваше здоров'я.
- **Займайтеся кілька разів на тиждень:** Прагніть до 3-5 разів на тиждень, чергуючи активні та відпочинкові дні.
- **Виконуйте вправи повільно і контролюйте дихання:** Уникайте швидких рухів і зосереджуйтесь на диханні, особливо при нахилах або підйомах.
- **Не перевантажуйте себе:** Слухайте своє тіло і зупиняйтесь, якщо відчуваєте запаморочення, біль або дискомфорт.

- **Слідкуйте за пульсом і самопочуттям:** Ваша активність не повинна спричиняти значного підвищення пульсу. Регулярно перевіряйте тиск, якщо у вас є гіпертонія.

1. Підйоми на носках

- **Виконання:** Станьте прямо, тримаючись за стіну або спинку стільця для опори. Підніміться на носки, затримайтесь на 2-3 секунди, потім поверніться у вихідне положення.

- **Повторення:** 10-15 разів.

- **Переваги:** Зміцнює м'язи ніг, покращує рівновагу і кровообіг.

2. Підйоми колін сидячи

- **Виконання:** Сядьте на стілець, тримаючи спину прямо. Підніміть одне коліно, затримайтесь на кілька секунд, опустіть. Повторіть з іншою ногою.

- **Повторення:** 10 разів для кожної ноги.

- **Переваги:** Зміцнює м'язи ніг і стегон, покращує рухливість суглобів

3. Розтяжка плечей і рук

- **Виконання:** Сидячи або стоячи, підніміть одну руку над головою і потягніться вбік, тримаючи іншу руку на поясі або стільці для опори.

- **Повторення:** По 5 разів на кожен сторону.

- **Переваги:** Розслабляє м'язи плечей, покращує рухливість та знімає напруження у верхній частині тіла

4. Кругові рухи стопами сидячи

- **Виконання:** Сядьте на стілець, витягніть одну ногу вперед і повільно робіть кругові рухи стопою за годинниковою стрілкою, а потім проти неї.

- **Повторення:** 10 обертів для кожної ноги.

- **Переваги:** Покращує кровообіг у ногах, знімає напруження і зменшує набряки

5. Легкі нахили вперед

- **Виконання:** Сядьте на стілець, тримаючи ноги на ширині плечей. Повільно нахиліться вперед, спина пряма, і торкніться руками колін або гомілок (наскільки це зручно).

- **Затримка:** Утримуйте положення 5 секунд, поверніться у вихідне положення.

- **Повторення:** 5 разів.
 - **Переваги:** Розслабляє спину, покращує гнучкість і сприяє гарному кровообігу
6. Кругові рухи руками
- **Виконання:** Сидячи або стоячи, витягніть руки вбік і повільно робіть кругові рухи спочатку вперед, потім назад.
 - **Повторення:** 10 кругів у кожному напрямку.
 - **Переваги:** Знімає напруження у плечах, покращує рухливість і стимулює кровообіг.

Анкета про прийом ліків для людей із гіпертонією та/або цукровим діабетом, які мають депресивні ознаки

Мета анкети: Вивчити, як часто та наскільки регулярно люди з гіпертонією та цукровим діабетом дотримуються призначеного лікування та які чинники ускладнюють його.

Інструкція: Відповідайте чесно на всі запитання. Усі відповіді залишаються анонімними.

1. Загальна інформація

Ваш вік:

- ☐ до 40 років
- ☐ 41–50 років
- ☐ 51–60 років
- ☐ 61–70 років
- ☐ 71 і старші

Ваш діагноз:

- ☐ Гіпертонія
- ☐ Цукровий діабет
- ☐ Інші захворювання

2. Прийом ліків

Як часто ви приймаєте призначені ліки?

- ☐ Завжди, відповідно до рекомендацій лікаря

- ☐ Майже завжди, іноді пропускаю
- ☐ Рідко дотримуюсь рекомендацій
- ☐ Не приймаю ліки

Як часто ви пропускаєте прийом ліків від гіпертонії/діабету?

- ☐ Ніколи
- ☐ 1–2 рази на місяць
- ☐ 1–2 рази на тиждень
- ☐ Частіше, ніж 2 рази на тиждень

Чому ви пропускаєте прийом ліків? (виберіть усі відповідні варіанти)

- ☐ Забуваю
- ☐ Відчуваю побічні ефекти
- ☐ Не бачу користі від ліків
- ☐ Ліки занадто дорогі
- ☐ Почуваюся занадто втомленим/втомленою або пригніченим/пригніченою, щоб їх приймати
- ☐ Інше (вказіть): _____

3. Вплив депресивних ознак на прийом ліків

Як часто депресивні ознаки заважають вам дотримуватись лікування?

- ☐ Майже ніколи
- ☐ Іноколи
- ☐ Часто
- ☐ Постійно

Чи впливає ваш настрій на бажання приймати ліки?

- ☐ Так, дуже сильно
- ☐ Помірно
- ☐ Практично не впливає
- ☐ Взагалі не впливає

Чи відчуваєте ви додатковий стрес або втому, коли приймаєте ліки?

- ☐ Так, завжди
- ☐ Іноколи
- ☐ Рідко
- ☐ Ніколи

4. Ставлення до лікування та підтримка**Ваше ставлення до постійного прийому ліків:**

- ☐ Приймаю та розумію необхідність
- ☐ Ставлюсь нейтрально, але виконую рекомендації
- ☐ Маю певні сумніви щодо користі ліків
- ☐ Негативне ставлення, намагаюся уникати прийому

Чи отримуєте ви підтримку з боку сім'ї або друзів у дотриманні лікування?

- ☐ Так, повністю
- ☐ Частково
- ☐ Ні, не отримую підтримки

5. Мотивація та бар'єри

Що б допомогло вам краще дотримуватись призначеного лікування?

- ☐ Регулярні консультації з лікарем
- ☐ Доступ до дешевших або зручніших ліків
- ☐ Підтримка близьких у лікуванні
- ☐ Консультації психолога чи психотерапевта
- ☐ Інше (вказіть): _____

Що, на вашу думку, найбільше заважає вам дотримуватись лікування? (вільне поле для відповіді)

- Вільна відповідь: _____