

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Запорізька політехніка»

Факультет соціальних наук
(повне найменування факультету)

Психологія
(повне найменування кафедри)

Пояснювальна записка

до дипломного проекту (роботи)

магістр
(ступінь вищої освіти)

на тему: «Вплив психогенних факторів на перебіг артеріальної гіпертензії у

жінок»
(назва теми)

Виконав(ла): студент(ка) 2 курсу,
групи СНз-114м

Спеціальності 053 Психологія
(код і найменування спеціальності)

Освітня програма (спеціалізація)

Психологія

САПРОНОВА Ж.Е.

(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)

Керівник КОВАЛЬ В.О.

(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)

Рецензент КУРИЛО В.О.

(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Запорізька політехніка»
(повне найменування закладу вищої освіти)

Факультет соціальних наук
Кафедра «Психологія»
Ступінь вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
(код і найменування)
Освітня програма (спеціалізація) Психологія
(назва освітньої програми (спеціалізації))

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

« 29 » серпня 2025 року

ЗАВДАННЯ

НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЄКТ (РОБОТУ) СТУДЕНТА(КИ)

САПРОНОВА Жанна Едуардівна

(ПРИЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

1. Тема проєкту (роботи) Вплив психогенних факторів на перебіг артеріальної гіпертензії у жінок
керівник проєкту (роботи) к.пед.н., доцент КОВАЛЬ Владислав Олександрович,
(науковий ступінь, вчене звання, ПРИЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)
затверджені наказом закладу вищої освіти від «01» вересня 2025 року № 388.
2. Строк подання студентом проєкту (роботи) 15 грудня 2025 року
3. Вихідні дані до проєкту (роботи) 74 сторінок, 70 джерел, 8 рисунків, 6 формул, 4 додатки.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) було реалізовано ряд завдань: здійснено теоретико-методологічний аналіз психофізіологічного механізму емоційного реагування, поняття «стрес»; розкрито психологічний зміст поняття «внутрішньої картини хвороби»; проведено емпіричне дослідження; зроблено аналіз результатів дослідження; розроблені практичні рекомендації для лікарів-кардіологів та сімейних лікарів.
5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень):
рис. 2.1. Порівняння систолічного та діастолічного артеріального тиску в контрольній групі, групі досліджуваних та нормальних показників за наказом МОЗ України 1581 від 12.09.2024 р; рис. 2.2. Порівняння рівня тривоги та депресії у пацієнтів контрольної групи з досліджуваними пацієнтами, за госпітальною шкалою тривоги і депресії; рис. 2.3. Порівняння порушення когнітивних функцій при депресії у жінок хворих на артеріальну гіпертензію;

рис. 3.1. Порівняння впливу на рівень артеріального тиску двох тактик лікування з додаванням психокорекції на тлі базового медикаментозного лікування та без психокорекції; рис. 3.2. Порівняння ефективності впливу на рівень депресії та тривоги у двох група за даними шкали «Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)»; рис. 3.3. Динаміка показників когнітивних функцій у контрольній групі до та після 4 тижнів лікування; рис. 3.4. Динаміка показників когнітивних функцій у контрольній групі до та після 4 тижнів лікування; рис. 3.5. Зміни когнітивних функцій через 4 тижні лікування у респондентів досліджуваної групи порівняно з контрольною групою.

6. Консультанти розділів проекту (роботи)

Розділ	ПРИЗВИЩЕ, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	прийняв виконане завдання
1	КОВАЛЬ В.О., в.о.зав.кафедри	23.09.2025	05.10.2025
2	КОВАЛЬ В.О., в.о.зав.кафедри	07.10.2025	26.10.2025
3	КОВАЛЬ В.О., в.о.зав.кафедри	21.10.2025	26.11.2025
Нормок-ь	КУЗЬМІН В.В., доцент	04.12.2025	10.12.2025

7. Дата видачі завдання «29» серпня 2025 року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проекту (роботи)	Строк виконання етапів проекту (роботи)	Примітка
1	Узгодження теми та затвердження завдання на дипломний проект(роботу)	29.08.2025	
2	Затвердження тем	01.09.2025	
3	Збір матеріалу та вивчення літературних джерел на дипломний проект (роботу)	04.09.2025	
4	Складання змісту	05.09.2025	
5	Виконання першого розділу	05.10.2025	
6	Виконання другого розділу	26.10.2025	
7	Виконання третього розділу	26.11.2025	
8	Формування висновків	28.11.2025	
9	Перевірка роботи керівником	01.12.2025	
10	Оформлення дипломного проекту(роботи)	04.12.2025	
11	Нормоконтроль та перевірка на запозичення	10.12.2025	
12	Попередній захист дипломного проекту(роботи)	12.12.2025	
13	Подання роботи на кафедру	15.12.2025	

14	Одержання відгуку та рецензії	18.12.2025	
15	Захист дипломної роботи	23.12.2025	

Студент(ка) _____ Жанна САПРОНОВА
(підпис)

Керівник проєкту (роботи) _____ Владислав КОВАЛЬ
(підпис) (Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 74 сторінки, 69 джерело, 8 рисунків, 6 формул, 4 додатки.

Об'єкт дослідження: психогенні фактори у жінок з артеріальною гіпертензією.

Предмет дослідження: вплив психогенних факторів на перебіг артеріальної гіпертензії у жінок.

Гіпотеза дослідження: психогенні фактори (зокрема, хронічний стрес, тривожність, депресивні стани) мають негативний вплив на перебіг артеріальної гіпертензії у жінок, спричиняючи погіршення контролю артеріального тиску.

Мета дослідження: дослідити взаємозв'язок між психогенними факторами та перебігом артеріальної гіпертензії у жінок. З'ясування можливості впливу на перебіг хвороби за допомогою психокорекції. Розробити рекомендації з психокорекції для жінок з артеріальною гіпертензією.

Методи дослідження. Теоретичні методи – опрацювання даних, представлених у науковій літературі, їх аналіз та узагальнення. Емпіричні методи – спостереження та тестування за допомогою шкал: «Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)», «Опитувальник Морискі-Гріна для оцінки прихильності до лікування», «Шкала оцінки когнітивних функцій при депресії (PDQ-5)». Клінічні методи – 24-годинне амбулаторне моніторування артеріального тиску. Математико-статистичні: кількісна обробка даних, кореляційний аналіз.

В роботі проведено аналіз впливу психогенних факторів на перебіг артеріальної гіпертензії у жінок, проведено експериментальне дослідження, в якому вивчали два напрямки лікування: перший – медикаментозна терапія артеріальної гіпертензії без психокорекції, другий – медикаментозна терапія в поєднанні з психокорекцією. В дослідженні приймали участь жінки зі встановленим діагнозом: гіпертонічна хвороба II стадії, 2-го ступеня,

гіпертрофія лівого шлуночка, ризик ІІ (помірний), СН стадії В, ХСН 0 та контрольна група. Сформовано висновки та рекомендації.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження опубліковано в матеріалах І Міжнародної науково-практичної конференції «EUROPEAN SCIENCE AND INNOVATION CONGRESS» 2025 року, Барселона, Іспанія.

За підтримки ГО «Українська Жіноча Варта» підготовлено цикл лекцій «Психосоматичні захворювання. Що треба знати про себе», який стартував 28.11.2025 року.

Практична значимість даної роботи полягає в тому, що отримані результати можна використовувати в практиці лікарів-кардіологів, сімейних лікарів.

АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ, ПСИХОГЕННІ ФАКТОРИ, СТРЕС,
ПРОГРАМА ПСИХОКОРЕКЦІЇ

ЗМІСТ

ВСТУП.....	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ ПСИХОГЕННИХ ФАКТОРІВ НА ПЕРЕБІГ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ЖІНОК.....	12
1.1. Теорії та методології у психосоматиці	12
1.2. Психофізіологічні механізми емоційного реагування.....	16
Висновки до розділу 1.....	21
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОГЕННИХ ФАКТОРІВ НА ПЕРЕБІГ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ.....	22
2.1. Організація та планування дослідження.....	22
2.2. Методи дослідження та їх обґрунтування	24
2.3. Аналіз результатів дослідження.....	27
Висновки до розділу 2.....	31
РОЗДІЛ 3. ПСИХОКОРЕКЦІЙНА СКЛАДОВА РОБОТИ.....	32
3.1. Програма психокорекції.....	32
3.2. Математико-статистичний аналіз даних дослідження	47
3.3. Рекомендації	53
Висновки до розділу 3.....	58
ВИСНОВКИ.....	59
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	62
ДОДАТКИ.....	68

ВСТУП

Артеріальна гіпертензія набула неймовірно широкого поширення у світі, особливо в країнах з розвинутою економікою, де дуже мінливі умови побуту, праці, спілкування, і людина опиняється під сильним психологічним пресом. Це сприяє виникненню багатьох соматичних захворювань, які беруть свій початок від розладу психічної сфери. Одним з таких психосоматичних захворювань є артеріальна гіпертензія. Взагалі, психосоматичні розлади набули надзвичайного поширення, особливо у розвинених країнах. Тому дослідження психічної сфери мають велике значення для розуміння соматичної симптоматики та поведінкових факторів, що можуть впливати на розвиток хвороби, прихильність пацієнтів до її лікування, до здорового способу життя. З'являються нові реабілітаційні програми та програми профілактики стрес-асоційованих розладів.

За оцінками європейських дослідників, до 70% захворювань прямо чи опосередковано можна пов'язати із дією стресу. В Європі щорічно більше мільйона людей помирає від стресогенних порушень функції серцево-судинної системи, що призводять до розвитку гіпертонічної хвороби та її ускладнень: гіпертензивних кризів, інфарктів міокарда та інсультів [1; 2].

Проблема актуальна як для оцінки стану здоров'я в цілому, так і в зв'язку з погіршенням психічного здоров'я через кризовий стан та хронічний стрес в Україні. Зараз, в умовах війни в Україні, проблема зростання кількості хворих на гіпертонічну хворобу, особливо серед людей працездатного віку, надзвичайно актуальна [1; 9]. Зв'язок між стресом та артеріальною гіпертензією достовірно встановлено ще під час землетрусу в Італії у листопаді 1980 року [1; 8].

Артеріальна гіпертензія є найрозповсюдженішим захворюванням системи кровообігу. Майже 35% населення України мають підвищений АТ, що зумовлює високу частоту ускладнень з боку мозку, серця та нирок. Доведено, що перебіг артеріальної гіпертензії залежить від багатьох зовнішніх і

внутрішніх причин. Значно погіршується її перебіг за наявності негативного впливу подій військового часу через активацію симпато-адреналової та ренін-ангіотензинової систем [1; 2; 3].

Для вивчення впливу психогенних чинників на розвиток та перебіг розладів психосоматичного здоров'я населення внаслідок тривалого збройного конфлікту як військовослужбовців, так і мирних громадян, було проведено декілька досліджень в клініці ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України. Одним з висновків стало те, що корекція психічного здоров'я та психологічний супровід мають бути частиною комплексної кардіологічної допомоги [1].

Але, на жаль, у практичних лікарів немає чіткого розуміння, які методики більш дієві при проведенні психокорекції у пацієнтів з артеріальною гіпертензією.

У цій роботі ми зробили акцент на проблемі впливу психосоматичних факторів на перебіг артеріальної гіпертензії у жінок.

Об'єкт дослідження – психогенні фактори у жінок з артеріальною гіпертензією.

Предмет дослідження – вплив психогенних факторів на перебіг артеріальної гіпертензії у жінок.

Гіпотеза дослідження – психогенні фактори (зокрема, хронічний стрес, тривожність, депресивні стани) мають негативний вплив на перебіг артеріальної гіпертензії у жінок, спричиняючи погіршення контролю артеріального тиску.

Мета дослідження – вивчити взаємозв'язок між психогенними факторами та перебігом артеріальної гіпертензії у жінок. З'ясування можливості впливу за допомогою психокорекції. На підставі отриманих даних розробити рекомендації з психокорекції для жінок з артеріальною гіпертензією.

Для вирішення поставленої мети були сформульовані наступні завдання:

- 1) Проаналізувати наукову літературу щодо психогенних факторів, що впливають на розвиток і перебіг артеріальної гіпертензії.

2) Вивчити особливості перебігу артеріальної гіпертензії у жінок під впливом психогенних факторів (тривожність, депресія, хронічний стрес) за показниками 24-годинного амбулаторного моніторингу артеріального тиску (добове коливання артеріального тиску).

3) Підібрати та обґрунтувати методики дослідження за темою «Вплив психогенних факторів на перебіг артеріальної гіпертензії у жінок».

4) Провести експериментальне дослідження, порівнявши дві стратегії в лікуванні артеріальної гіпертензії у жінок. Перша стратегія – це стандартне медикаментозне лікування без проведення психокорекції, друга стратегія – поєднання стандартного медикаментозного лікування з психокорекцією.

5) Опрацювати отримані дані (дослідження) методами статистичної обробки.

6) Зробити висновки та розробити рекомендації щодо психоемоційної корекції у жінок з артеріальною гіпертензією як елемента комплексної терапії.

Методи дослідження:

– теоретичні методи – опрацювання даних з представлених у науковій літературі, їх аналіз та узагальнення.

– емпіричні методи – спостереження та тестування за допомогою шкал: «Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)», «Опитувальник Моріски-Гріна для оцінки прихильності до лікування», «Шкала оцінки когнітивних функцій при депресії (PDQ-5)».

– клінічні методи – 24-годинне амбулаторне моніторування артеріального тиску.

Емпірична база дослідження.

Дослідження проводилось на базі ФОП Гойденко Олена Олександрівна «Кардіо Nova», Ліцензія МОЗ від 15.05.2020 р. № 2029/Л-11.

Респондентами були жінки зі встановленим діагнозом: гіпертонічна хвороба II стадії, 2-го ступеня, гіпертрофія лівого шлуночка, ризик II (помірний), СН стадії B, ХСН 0.

Респонденти порівнянні за віком, статтю, діагнозом та базовим медикаментозним лікуванням. У дослідженні взяли участь жінки віком 40-45 років. Загальна кількість вибірки – 50 осіб.

Всі респонденти були проінформовані про участь у дослідженні, та отримано згоду.

Апробацію результатів дослідження. Результати дослідження опубліковано в матеріалах I Міжнародна науково-практичної конференції «EUROPEAN SCIENCE AND INNOVATION CONGRESS» 2025 року, Барселона, Іспанія.

За підтримки ГО «Українська Жіноча Варта» підготовлений цикл лекцій «Психосоматичні захворювання. Що треба знати про себе» яка стартувала 28.11.2025 року.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ ПСИХОГЕННИХ ФАКТОРІВ НА ПЕРЕБІГ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

1.1. Теорії та методології у психосоматиці

Термін «психосоматика» бере свій початок від грецьких *psyche* (душа) й *soma* (тіло) [1]. Ще за часів Сократа (469-399 рр. до н.е.) було описано, як душевні страждання, оспівані у давньогрецьких трагедіях, ставали чинником тілесної недуги [2]. Гіппократ (460-370 рр. до н. е.) вважав, що для розуміння хвороби важливіше знати «хто хворий», а не «на що хворий». Тобто, вже за часів Гіппократа з'явилася концепція ролі типу особистості у виникненні хвороби. Дехто вважає, що першовідкривачем психосоматичного підходу був Цицерон (римський оратор I ст. до н. е.). Він стверджував, що хвороби тіла провокуються стражданнями душі [3]. У II ст. н. е. Клавдій Гален (131-201) стверджував, що в основі всіх захворювань лежить дисгармонія життєвих соків: крові, слизу, жовтої жовчі й чорної жовчі. У XVII–XVIII ст. було сформовано самостійний розділ медицини, що мав постулат про єдність психіки і тіла. У 1578-1657 роках лікар W. Harvey зафіксував вплив емоцій на серцево-судинну та інші системи. У 1788 р. було видано роботу W. Falconer «Вплив пристрастей на тілесні страждання». У 1891 році L. Brocq й L. Jacquet встановили зв'язок між стресом та дерматозами. У 1818 році J.Ch. Heinroth запропонував термін «психосоматика», а в 1822 році Carl Jacobi запропонував термін «соматопсихічний», стверджуючи, що органічні розлади виникають перед психічними. Так продовжився розвиток двох основних напрямків у вивченні захворювань людського тіла. Перший – психосоматичний: соматичні хвороби зумовлені емоційною реакцією. Термін «психосоматичний» було введено у 1818 році Й. Гайнротом. Другий – соматопсихічний: психічні зміни вторинні та виникають на тлі соматичного захворювання. У 1922 році F. Deutsch ввів поняття «психосоматична медицина», у 1939 р. було видано перший журнал у

США «Psychosomatic medicine», а у 1942 році було створено «Американську психосоматичну спільноту» [1; 3; 5].

Першим психодинамічний підхід у психоаналізі показав З. Фройд. У подальшому Ф.Х. Данбар створив теорію особистісних профілів, Ф. Александер дослідив теорію психосоматичної специфічності, а Г. Аммон запропонував вчення про психосоматичне Его. До цієї групи психодинамічного підходу належать: К. Леонгард з доктриною акцентуованої особистості, П. Саймонс з дослідженням алекситимії, В. Єкскюль з теорією готовності до хвороби та ін [5].

Інший підхід, що намагається пояснити зв'язок хвороби та змісту конфлікту, був кортико-вісцеральний, теорія «умовних рефлексів» І. Павлова (1849-1936). Теорія Г. Вольфа «специфічності особистості відповідно до способу функціональної відповіді», робота А. Адлера «неповноцінності органу та її психічної компенсації», концепції стресу Г. Сельє та ін. [4; 5].

На теперішній час більше застосовують фізіологічні та нейропсихологічні підходи [6]. Спів з приводу того, що первинно: соматичне або психічне, базується на різному баченні зв'язку сом, мозку та психіки. Немає перемоги жодної концепції. Можливо, тому що поділ хвороби на суто соматичну або суто психічну неможливий.

Зараз все частіше звертають увагу на суб'єктивне переживання пацієнтом хвороби. З'явилися такі поняття як «внутрішня картина хвороби» й «внутрішня картина здоров'я». Як внутрішня картина здоров'я, так і внутрішня картина хвороби – це частина самосвідомості, емоційне уявлення людини про свій стан, «самопочуття». Самопочуття, на відміну від стану здоров'я, є суб'єктивним та не відображає об'єктивний стан здоров'я.

В цьому аспекті з'являється можливість свідомо або несвідомо використовувати хворобу для отримання певних привілеїв, так звана «вторинна вигода».

За класифікацією А.Є. Личко й Н.Я. Іванова у 1980 році існує 12 типів ставлення до хвороби: 1. Гармонійний – твереза оцінка стану; 2. Ергопатичний

– «втеча від хвороби у роботу»; 3. Анозогностичний – відкидання думок про хворобу та її наслідки; 4. Тривожний – думки про несприятливий перебіг хвороби та можливість ускладнень, небезпечність лікування, ця людина багато обстежується; 5. Іпохондричний – перебільшується значення суб'єктивних відчуттів та постійно всім оточуючим прагне поскаржитися; 6. Неврастенічний – стан «дратівливої слабкості», вони нездатні терпіти больові відчуття, нетерплячі при обстеженні й лікуванні; 7. Меланхолійний – притаманні пригніченість та песимістичний погляд на життя; 8. Апатичний – це байдужий до власної долі хворий; 9. Сенситивний – надмірно вразливі пацієнти та чутливі до думки оточуючих; 10. Егоцентричний – шукає вигоду від недуги; 11. Паранояльний – впевнений, що хвороба виникла завдяки сторонньому впливу або ускладнень лікування; 12. Дисфоричний – озлоблений настрої, ненависть до здорових людей [7].

Реакція на хворобу залежить від багатьох факторів: больові відчуття та їх інтенсивність, емоційний стан хворого, інтелектуальний рівень хворого, мотиваційний фактор та стратегії подолання і пристосування пацієнта (копінг-стратегія). Копінг (від англ. Coping – долати) – персональна когнітивна, емоційна та поведінкова стратегія подолання стресу [8].

Якщо розглядати медицину через призму історії, вона завжди була психосоматичною. Простежується вплив психічних факторів на соматичні захворювання і, навпаки, соматичні захворювання посилюють прояви психологічних проблем. Цей психофізичний дуалізм ми взяли за основну концепцію нашого дослідження. У дослідженні «Вплив психогенних факторів на перебіг артеріальної гіпертензії у жінок» ми спиралися на роботи Рене Декарта (1596–1650), який був основоположником дуалізму, сформулював теорію взаємодії між тілесним і душею. Ми спиралися на роботи фізіолога і психофізіолога Волтера Бредфорда Кеннона, який відкрив, що стресові ситуації готують організм до боротьби або втечі – концепція «бий або біжи». Основною концепцією, на яку ми спиралися, була теорія стресу Сельє (1946–1959). Також в роботі ми спиралися на праці наших сучасників:

Наугольника Л.Б., він вивчає психологічний стрес та професійний стрес, нейрофізіолога Роберта Сапольські, який вивчає гормони стресової реакції [6; 9]. В наших дослідженнях ми неодноразово посилаємося на праці наших співвітчизників Чабан О.С. та Хаустова О.О. [10; 11].

Теоретичний аналіз сучасних підходів до психосоматичних розладів дає можливість сформулювати цілісне уявлення про механізми взаємодії психологічних, фізіологічних та соціокультурних факторів, що впливають на серцево-судинну систему, а також окреслити методологічні засади подальшого дослідження. Саме тому даний розділ присвячений аналізу провідних теорій та моделей психосоматики, які пояснюють роль психогенних впливів у розвитку й прогресуванні хвороби, а в нашому випадку артеріальної гіпертензії.

Роблячи висновки, ми можемо зауважити, що існує багатофакторний вплив на виникнення захворювання. Велике розмаїття підходів до вивчення свідчить про те, наскільки нагальна ця проблема. Також наявність такої кількості теорій доводить суперечність теоретичних позицій, методів дослідження та висвітлення результатів. Відповідно, наше подальше вивчення вимагає визначення методологічних підходів, що дозволили б належно оцінити вплив психогенних факторів на перебіг артеріальної гіпертензії, та запропонувати відповідні настанови щодо визначення психокорекції та створення пацієнтами власної копінг-стратегії боротьби зі стресом.

Нині психосоматика сприймається як міждисциплінарний напрям у науці, котрий поєднує у собі психологію, медицину, нейронауки та соціальні науки, досліджуючи взаємозв'язки психічних процесів та соматичних змін.

1.2. Психофізіологічні механізми емоційного реагування

На сьогодні найбільш значущим фактором у розвитку психосоматичної патології вважаються емоції. Вони є невід'ємною частиною нашого життя, допомагають нам жити, але водночас можуть завдати шкоди людині. Емоції починають шкодити, коли ми їх пригнічуємо, або коли вони дуже потужні на тлі стресу. Стрес запускає зовнішній прояв емоцій. Емоційне реагування у кожного дуже індивідуальне та залежить від багатьох факторів. Вперше термін «стрес» було запропоновано у 1932 р. американським фізіологом Волтером Кенноном (Walter Cannon, 1841-1945). У своїх роботах він трактував людину як систему в стані балансу впливу ендокринної та нервової систем [12].

Поняття «стрес» активно почали застосовувати лише завдяки Гансу Сельє (Hans Selye, 1907-1982). Г. Сельє – автор 1700 наукових праць, присвячених стресу. Він розробив цілісну теорію стресу, вивчав механізми загальної адаптації, заснував науково-дослідний інститут експериментальної медицини та хірургії при Монреальському університеті Канади та Інститут стресу [13; 14]. Зараз інститути стресу є у багатьох країнах: Канада, США, Бразилія, Іспанія. Наразі створена Міжнародна Асоціація Керування Стресом (ISMA), яка влаштовує міжнародні наукові конференції з питань механізмів, діагностики та лікування стресів.

Завдяки Г. Сельє, який довів в експериментах на щурах, що під впливом будь-якого подразника виникав однотипний синдром, названий стресом, він довів, що якість та прояви стресу не залежали від специфіки впливу. Він експериментально довів, що ця реакція проходить стадійно (тривога – резистентність – виснаження) та має типові зміни нейроендокринної системи, що впливає на перебіг соматичної хвороби [15; 16; 17; 19].

Стрес, за енциклопедичним визначенням (від англ. stress – тиск, навантаження, напруження, натиск, гніт) – це адаптаційна реакція організму. Стрес еволюційно виконував захисну функцію у ситуаціях, коли необхідна швидка мобілізація всіх сил організму [20].

За тривалістю впливу стрес поділяють на гострий та хронічний. Тривалість періоду перебування організму в стані незадовільної адаптації – стадії виснаження, може відбуватись чи продовжуватись навіть після дії стресору. Критерієм диференціації гострого та хронічного стресу може бути рівень кортизолу в крові, який підвищується за умов гострого та зменшується при хронічному стресі [21; 22; 23; 24].

Існують два поняття: стрес і стресова ситуація. Ці поняття різні [26]. Стрес – це внутрішня психічна та фізична реакція організму на стресову ситуацію. Стресова ситуація – це зовнішній чинник (подія, обставина, стресор), який викликає реакцію. Стресова ситуація може бути для всіх однаковою (іспит, конфлікт, війна), але реакція різна. Це залежить від типу нервового реагування. У 1950 році кардіологи Мейер Фрідман і Рей Роземан вперше описали поведінку «особистості типу А». Цей тип особистості був описаний як фактор ризику серцево-судинної патології. В даний час «особистість типу А» концептуалізована як модель поведінки типу А [27; 12]. У 1996 році Фрідман описав поведінку типу А – це ворожість, яка може бути викликана навіть незначними інцидентами, терміновість і нетерплячість, які викликають роздратування і невдоволення, прагнення до конкуренції, яке викликає стрес. Особистості типу А пов'язані з вищими показниками серцево-судинних захворювань, вищими показниками загальної захворюваності [28].

Особистості з моделлю поведінки типу В більш терпимі, вони живуть в умовах більш низького рівня стресу. Працюють стабільно й отримують задоволення від досягнень. Особистості типу В менш схильні до серцево-судинних захворювань [29]. Тому в описі складної ситуації слід використовувати термін «стресова ситуація», а не «стрес». Стрес може проявлятися у фізичних симптомах: прискорене серцебиття, підвищення артеріального тиску, пітливість, м'язова напруга, втома, головний біль. Стрес викликає емоційні реакції: тривогу, гнів, дратівливість, проблеми з концентрацією уваги, оніміння. Він також може виявлятися у поведінкових змінах: порушення сну, зміни апетиту, втрата інтересу до звичайних занять,

соціальна ізоляція. Тривалий стрес може призвести до соматичної хвороби [30]. Коли стресова ситуація стає надмірною або патологічною, то виникає «дистрес» [31].

Таке поняття, як «стрес», має вживатися для означення відгуку організму на певні чинники [10]. Стан фізіологічної чи психологічної напруги, спричинений факторами, зазвичай розглядається як загальний адаптаційний синдром (ЗАС) – це сукупність неспецифічних адаптаційних відгуків на дію будь-яких несприятливих стресорів. Як ми зауважили раніше, залежно від потужності, дози та тривалості впливу стресорів, ЗАС у своєму розвитку може проходити три послідовні фази: 1) тривоги; 2) резистентності; 3) виснаження. На стадії виснаження ЗАС набуває вигляду руйнівного дистресу. У ХХ столітті багато вчених займалися проблемою стресу та психосоматичних захворювань. 1900 рік: Оскар Фогт вивчав гіпноз. 1932 рік: Волтер Кеннон вивчав реакцію "боротьби чи втечі". 1938 рік: Едмунд Якобсон вивчав вплив прогресивної релаксації. У 1946 році Г. Сельє ввів поняття «дистрес». 1953 рік: Йоганнес Шульц вивчав вплив автогенного тренування. 1953 рік: Стюард Вульф та Гарольд Вульф вивчали зв'язок стресу з головними болями. 1955 рік: Георг Енгель вивчав роль стресу у формуванні виразкового коліту. 1956 рік: Ганс Сельє вивчав фізіологічну реакцію на стрес. 1961 рік: А.Т.У. Сімеоне описав еволюцію психосоматичних захворювань. У 1965 році Стюард Вульф вивчав вплив стресу на систему травлення. 1966 рік: Лоуренс Ле Шан займався проблемою впливу стресу на вірогідність раку. 1966 рік: Річард Лазарус, зоною його інтересів був стрес і копінг. Томас Холмс та Річард Рає у 1967 році займалися проблемами зв'язку стресу, змін утті людини та хвороб. Вони з'ясували, що чим значніші зміни в житті людини, тим вища ймовірність її захворювання [5; 26]. Багато вчених займалися і займаються до теперішнього часу проблемами впливу стресу на виникнення захворювань.

Сельє вперше описав «Тріаду змін» в організмі під впливом стресу: зменшення тимуса, збільшення кори надниркових залоз, поява крововиливів та навіть виразок у слизовій шлунково-кишкового тракту [1; 6; 68].

Коли організм стикається зі стресовою ситуацією, він запускає складний каскад реакцій. Нейрофізіологічна система і стрес взаємодіють за принципом «бий або біжи». Гіпоталамус (частина головного мозку, що контролює гормональний баланс) активує симпатичну нервову систему і наднирники, які виділяють два життєво важливих гормони для реакції на стрес:

- 1) Кортизол – гормон стресу, що впливає на метаболізм і імунітет;
- 2) Адреналін – гормон, що готує тіло до активних дій.

У момент стресу відбуваються швидкі зміни в організмі: підвищується частота серцевих скорочень, збільшується артеріальний тиск, прискорюється дихання, напружуються м'язи, розширюються зіниці для кращого огляду. Гормон кортизол підвищує рівень глюкози в крові, забезпечуючи м'язи і мозок швидкою енергією, при цьому тимчасово пригнічуючи імунну і травну системи. Ці зміни відбуваються на стадії тривоги. Коли під впливом стресової ситуації запускається стрес, відбувається активація симпатичної нервової системи, яка, в свою чергу, мобілізує резерви організму для боротьби [32; 41]. Тривога – це емоційний стан та відповідь на потенційну загрозу. Мозок однаково реагує як на справжню, так і на надуману загрозу. У відповідь на стрес активується гіпоталамус (hypothalamus), який має як нервову, так і ендокринну функції. Рілізінг-гормони, які виробляються гіпоталамусом під впливом стресу, стимулюють передню частку гіпофіза (аденогіпофіз). Гіпоталамус у відповідь на сигнал секретує: гонадотропін-рілізінг-гормон, кортикотропін-рілізінг-гормон, тиреотропін-рілізінг-гормон, соматокринін. Під впливом рілізінг-гормонів аденогіпофіз секретує сім гормонів: гормон росту (соматотропін), тиреотропний гормон, адренкортикотропний гормон, фолікулостимулюючий гормон, лютеїнізуючий гормон, бета-ендорфін та пролактин [48]. Гормон росту (соматотропін) виконує анаболічну функцію, регулює клітинну реплікацію, синтез білка та зростання організму. Може стимулювати діабетогенний ефект через розщеплення в печінці глікогену до глюкози. Під впливом тиреотропін-рілізінг гормону вивільняється тиреотропний гормон (ТТГ) – він регулює діяльність щитоподібної залози. Пролактин-рілізінг гормон стимулює

секрецію пролактину. Через активацію глюкокортикоїдів на першій стадії виникає зменшення розмірів виличкової залози, селезінки, лімфатичних вузлів.

На адаптаційній стадії стресу розвивається гіперактивація гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи. Продовжує збільшуватися секреція кортикостероїдів і адреналіну. Для цього відбувається гіпертрофія кори надниркових залоз. Збільшується артеріальний тиск, збільшується об'єм циркулюючої крові, збільшується синтез печінкового глікогену. Підвищується розумова діяльність, збільшується м'язова активність. На цій стадії всі зміни є оборотними, якщо припиниться вплив стресу.

Третя стадія – виснаження. На тлі хронічного стресу, коли організм не може більше протидіяти стресу, на цій стадії виникають хвороби. Клінічні прояви можуть бути з боку емоційної, когнітивної або соматичної сфери. Рівень адреналіну на цій стадії підвищений, рівень норадреналіну, кортизолу, альдостерону та дофаміну знижений. Коли стресовий стан затягується, у людини починаються проблеми зі здоров'ям. Виникає порушення балансу нейромедіаторів (хімічних речовин, що передають сигнали між нейронами). Пошкоджується гіпокамп – центр пам'яті та навчання. Виникають порушення когнітивної функції. Збільшується мигдалеподібне тіло – центр емоцій і страху. Це сприяє розвитку алекситимії. Людина починає відчувати труднощі з розпізнаванням, розумінням і описом своїх емоцій, а також почуттів інших людей. Зменшується префронтальна кора, яка відповідає за прийняття рішень. Вплив стресу не обмежується тільки нервовою системою він викликає каскад реакцій, зачіпаючи всі органи і системи. Найбільший вплив стрес має на серцево-судинну систему. Підвищений рівень адреналіну і кортизолу призводить до звуження судин. Це призводить до підвищення артеріального тиску, що, в свою чергу, призводить до гіпертонічної хвороби. Збільшується ризик аритмії та ішемічної хвороби серця. Підвищується ризик серцево-судинної патології на 45% [26]. Поступово знижується імунітет, зростає ризик розвитку ракових клітин. Порушується функція щитовидної залози

(розвивається гіпо- або гіпертиреоз). Зростає ризик розвитку цукрового діабету 2 типу, порушується репродуктивне здоров'я [27].

Висновки до розділу 1

У першому розділі роботи було здійснено комплексний аналіз теоретичних підходів до проблеми артеріальної гіпертензії у жінок, її взаємозв'язку з психогенними факторами, насамперед хронічним стресом.

Встановлено, що хронічний стрес є складним багаторівневим фактором, який поєднує емоційні, когнітивні, поведінкові та фізіологічні компоненти. Він може проявлятися як ситуативна реакція на загрозу (стресову ситуацію) або як особистісна риса, що відображає схильність до занепокоєння. Стрес є станом, який погіршує якість життя людини, викликає ряд захворювань, що можуть загрожувати самому життю.

Узагальнення сучасних теоретичних і емпіричних досліджень дозволяє зробити висновок, що підхід до лікування жінок з артеріальною гіпертензією повинен бути комплексним: медикаментозне лікування в поєднанні з психокорекцією. Тому основним завданням на даний момент стає розробка ефективного психотерапевтичного комплексу для зменшення впливу психогенних факторів на перебіг артеріальної гіпертензії у жінок та навчити людину самотійно справлятися зі стресом.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОГЕННИХ ФАКТОРІВ НА ПЕРЕБІГ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

2.1. Організація та планування дослідження

Дослідження впливу психогенних факторів на перебіг артеріальної гіпертензії у жінок проводилося на базі ФОП Гойденко Олена Олександрівна «Кардіо Nova», Україна, м. Запоріжжя. Ліцензія МОЗ від 15.05.2020 р. №2029/Л-П.

Для дослідження нами була сформована вибірка з 50 осіб. Респондентами були жінки.

Критеріями включення були:

- 1) У дослідженні взяли участь жінки віком 40–45 років;
- 2) З доведеним діагнозом: гіпертонічна хвороба II стадії, 2-го ступеня, гіпертрофія лівого шлуночка. Ризик II (помірний). СН стадія В, ХСН 0.
- 3) Всі респонденти – жінки, які працюють;
- 4) На момент дослідження – мешканки Запоріжжя;
- 5) Одержання добровільної згоди на анонімну участь у дослідженні після надання повної інформації про дослідження.

Критеріями виключення з дослідження були:

- 1) Наявність серцевої недостатності;
- 2) Хронічне захворювання нирок;
- 3) Інсульт або інфаркт в анамнезі;
- 4) Зловживання алкоголем;
- 5) Прийом антидепресантів.

Дослідження складалося з трьох етапів:

Перший етап – дослідження, проводимо констатувальний експеримент. На цьому етапі ми провели клінічні дослідження всім 50 жінкам, не розділяючи

їх на групи. Було проведено 24-годинне амбулаторне моніторування артеріального тиску.

Також проведено дослідження рівня тривоги і депресії. Для цієї цілі ми використовували «Госпітальну шкалу тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)». Ця шкала має високу валідність відразу до двох показників: тривоги й депресії. Нами було проведено анкетування пацієнтів про стан їхнього здоров'я. Для цього ми використовували «Анкету (опитувальник) пацієнта про стан здоров'я – PHQ-9». Ця шкала була обрана, оскільки у кожного пацієнта своя внутрішня картинка хвороби, і вона якнайкраще характеризує це бачення пацієнта [33; 34; 57].

Однією з основних проблем для досягнення стабільного зниження АТ, незважаючи на існування безлічі схем лікування і величезної кількості сучасних лікарських препаратів, залишається низька прихильність пацієнтів до лікування [2; 4; 59].

Для визначення та подальшого вирішення цієї проблеми ми використовували «Опитувальник Моріски-Гріна для оцінки прихильності до лікування».

За результатами даного етапу експерименту були зроблені вихідні розрахунки, на підставі яких ми зробили висновки про наявність впливу психогенних факторів на перебіг артеріальної гіпертензії у жінок. Респондентів розділено на дві групи. Групи порівнянні за показниками вихідних досліджень і віком. Група «К» – контрольна, 25 осіб, група «У» – досліджувана, 25 осіб.

Другий етап – формуюча частина експерименту.

На даному етапі всім учасникам обох груп дослідження було призначено базову медикаментозну терапію артеріальної гіпертензії відповідно до уніфікованого стандарту діагностики та лікування артеріальної гіпертензії, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України № 1581 від 12.09.2024 р. [1].

Відповідно до стандартів, 50 жінкам було призначено подвійну комбіновану антигіпертензивну терапію: інгібітори ангіотензин-

перетворювального ферменту (ІАПФ), тіазидоподібні діуретики та статини. Була розроблена програма занять з психокорекції, розрахована на чотири тижні. Програма спрямована на зменшення впливу психогенних факторів на перебіг артеріальної гіпертензії у жінок, на покращення психоемоційного стану та формування у жінок навичок саморегуляції, прихильності до лікування та створення власної копінг-стратегії з подолання складних життєвих ситуацій.

Третій етап – контрольний експеримент після чотирьох тижнів терапії та статистична обробка результатів.

На цьому етапі ми використовували той же комплекс дослідження, що й на початку експерименту: 1) 24-годинне амбулаторне моніторування артеріального тиску; 2) «Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)»; 3) «Шкала оцінки когнітивних функцій при депресії – PDQ-5»; 4) «Опитувальник Моріски-Гріна для оцінки прихильності до лікування».

Нами було проведено порівняння результатів у кожній групі до і після експерименту. Також ми дослідили та порівняли результати впливу двох стратегій лікування: перша – медикаментозна без психокорекції, друга – медикаментозна в поєднанні з розробленою нами програмою психокорекції. Результати статистично опрацювали.

На підставі отриманих даних було зроблено висновки та сформульовано практичні рекомендації.

2.2. Обґрунтування методів дослідження

У нашому дослідженні було висунуто гіпотезу: «Психогенні фактори мають вплив на перебіг артеріальної гіпертензії у жінок».

Для з'ясування цієї гіпотези всім 50 учасникам дослідження до початку експерименту було проведено клінічне дослідження – 24-годинне амбулаторне вимірювання артеріального тиску. Це дослідження дозволило перевірити нашу гіпотезу, оскільки вплив психогенних факторів саме на показник артеріального

тиску ми будемо вивчати. За допомогою цього дослідження ми можемо отримати достовірні дані про коливання тиску впродовж доби, та оцінка успішності терапії буде більш переконливою, бо буде виключена помилка вимірювання через людський фактор. Потім ми провели дослідження за допомогою наступних шкал:

1) Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS).

2) Опитувальник Моріски-Гріна для оцінки прихильності до лікування;

3) Шкала оцінки когнітивних функцій при депресії (PDQ-5).

Перша шкала – це «Госпітальна шкала тривоги і депресії» (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Ця шкала розроблена у 1983 р. (Zigmond A.S., Snaith R.P.)

Чому саме цю шкалу ми використали першою? Тому що в теперішній час, на тлі хронічного стресу, у багатьох пацієнтів з гіпертонічною хворобою часто спостерігаються тривожні розлади та депресії [35].

Вона дуже проста для розуміння пацієнтів (котрі повинні заповнювати її самі), через це шкала швидко заповнюється та має високу валідність [36].

Шкала видається хворому для самостійного заповнення, вона містить 14 суджень, які складаються з 2 опитувальників. До опитувальника Т (тривога) відносяться питання 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13. До опитувальника D (депресія) відносяться питання 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14. Кожне судження має чотири варіанти відповіді, що відповідають силі прояву симптомів від 0 до 4 балів, де 0 балів – це відсутність ознак, 4 бали – це максимальний прояв симптомів.

Оцінка за кожною частиною опитувальника ведеться окремо. Максимальна оцінка становить 21 бал – для депресії, 21 бал для тривоги.

Критерії оцінювання:

1) 0-7 балів – норма;

2) 8-10 балів – зона ризику, або легкий ступінь тяжкості;

3) 11 та більше балів – ймовірна наявність розладу настрою;

4) 11-15 балів – помірний ступінь,

5) 16-21 – важкий ступінь.

На заповнення опитувальника пацієнту дається 20 хвилин. Інтерпретація результатів опитування робиться окремо для депресії та тривоги: 0-7 балів – норма; 8-10 балів – субклінічна тривога/депресія; 11 балів та більше – клінічно виражена тривога/депресія.

Наступна шкала, яку ми використовували, – це шкала оцінки когнітивних функцій при депресії (PDQ-5). Цю шкалу ми вибрали тому, що під впливом стресу виникають когнітивні порушення, прояв яких може збільшитися на тлі порушення ауторегуляції мозкового кровообігу на тлі гіпертонічної хвороби та навіть розвитком псевдодеменції [37; 47; 67]. Тому так важливо, перш ніж вводити пацієнта до експерименту, з'ясувати, наскільки його стан дозволить виконувати завдання.

У цьому опитувальнику п'ять питань, на які пацієнт повинен відповісти самостійно. На заповнення виділяється 3 хвилини.

Пацієнт самостійно оцінює свій стан за шкалою від 0 до 4 балів. Загальна оцінка – це сума балів від 0 до 20. Чим вища оцінка, тим гірший стан когнітивної функції.

Однією з причин несприятливого перебігу артеріальної гіпертензії може бути низька прихильність до лікування. Ця ж причина може обумовлювати низьку ефективність антигіпертензивних ліків [20]. Тому для з'ясування впливу цього фактору на перебіг артеріальної гіпертензії у наших пацієнтів ми використали опитувальник Моріски-Гріна для оцінки прихильності до лікування. Для досягнення валідності необхідно, щоб пацієнти заповнювали опитувальник самостійно.

Критерії оцінювання опитувальника: НІ – 1 бал, ТАК – 0 балів.

Оцінка прихильності:

- 1) висока – 3-4 бали;
- 2) середня – 1-2 бали;
- 3) низька – 0 балів.

Для з'ясування впливу психогенних факторів на перебіг артеріальної гіпертензії у жінок, усі дослідження були проведені двічі: до та після розробленої нами програми психокорекції.

2.3. Аналіз результатів дослідження

Для виконання поставленої цілі, а саме з'ясування впливу психогенних факторів на перебіг артеріальної гіпертензії у жінок, ми провели дослідження артеріального тиску за методом «Добового холтерівського моніторингу артеріального тиску» та дослідження за допомогою шкал: «Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)», «Опитувальник Моріскі-Гріна для оцінки прихильності до лікування», «Шкала оцінки когнітивних функцій при депресії (PDQ-5)».

До початку програми психокорекції ми провели аналіз результатів дослідження. Для цього ми розраховували наступні показники в обох групах, спочатку розраховували середнє арифметичне для кожної групи окремо: група досліджуваних – Y (ГҮ) та контрольна група – X (ГК) за формулою 2.1.

$$\mu = \frac{\sum X_1 + \dots + X_n}{n-1} \quad \text{Формула 2.1.}$$

Де μ – середнє арифметичне, Σ – означає «сума», X – це значення з вибірки, n – кількість досліджень.

Потім знаходимо відхилення (α) від кожного значення вибірки (X), не враховуючи знаки, за формулою 2.2.

$$\alpha_1 = \pm X_1 - \mu, \dots, \alpha_n = \pm X_n - \mu_n. \quad \text{Формула 2.2.}$$

Де n – кількість досліджень.

Знаходимо суму квадратів відхилень за формулою 2.3.

$$\sum \alpha^2 = \sum (\alpha_1 + \alpha_2 + \dots + \alpha_n)^2 \quad \text{Формула 2.3}$$

Де n – кількість досліджень, α – відхилення від кожного значення.

Потім знаходимо середньоквадратичне відхилення за формулою 2.4.

$$\sigma = \pm \sqrt{\frac{\sum \alpha^2}{n-1}} \quad \text{Формула 2.4.}$$

Де n – кількість досліджень, σ – середньоквадратичне відхилення.

Після цих розрахунків знаходимо ми вираховуємо середню похибку (m) за формулою 2.5.

$$m = \pm \frac{\sigma}{\sqrt{n-1}} \text{ Формула 2.5.}$$

Де m – середня похибка, n – кількість досліджень, σ – середньоквадратичне відхилення.

Після цього визначаємо показник існуючої різниці (t) за формулою 2.6.

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}} \text{ Формула 2.6.}$$

Де t – показник існуючої різниці, M – середня арифметична, m – середню похибка, потім за таблицею знаходили рівень значущості.

За останніми даними, нормальним артеріальним тиском вважається, коли цифри систолічного артеріального тиску (САТ) 120-129 мм рт. ст., а діастолічного артеріального тиску (ДАТ) 80-84 мм рт. ст., згідно з Уніфікованим клінічним протоколом первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гіпертонічна хвороба (Артеріальна гіпертензія)», затвердженим наказом МОЗ № 1581 від 12.09.2024 р. [4]. Проаналізувавши показники 24-годинного амбулаторного вимірювання артеріального тиску, ми з'ясували, що САТ у контрольній групі перевищив нормальні показники на 70,58%, різниця досягла статистичної достовірності ($p < 0,05$). У групі досліджуваних також показники систолічного артеріального тиску перевищили нормальні показники на 70,46%, що досягло статистичної достовірності ($p < 0,05$). Різниця між показниками діастолічного тиску у пацієнтів та нормальними показниками також досягла статистичної достовірності. У контрольній групі він перевищив нормальний показник на 76,92%, ($p < 0,05$), у групі досліджуваних діастолічний тиск перевищив показник норми на 77,67%, що також є достовірним ($p < 0,05$). Також ми визначили недостатнє зниження артеріального тиску в нічний час (менше 20% від вихідного) як систолічного, так і діастолічного, що є несприятливою ознакою. У всіх пацієнтів була зафіксована висока частота серцевих скорочень. Для контрольної групи він склав $99,4 \pm 2,8$ уд./хв., для

групи досліджуваних жінок $99,8 \pm 2,47$ уд./хв., різниця не достовірна ($p > 0,05$). Це свідчить про гіпертонічну хворобу II ступеня, дані наведено на рис. 2.1.

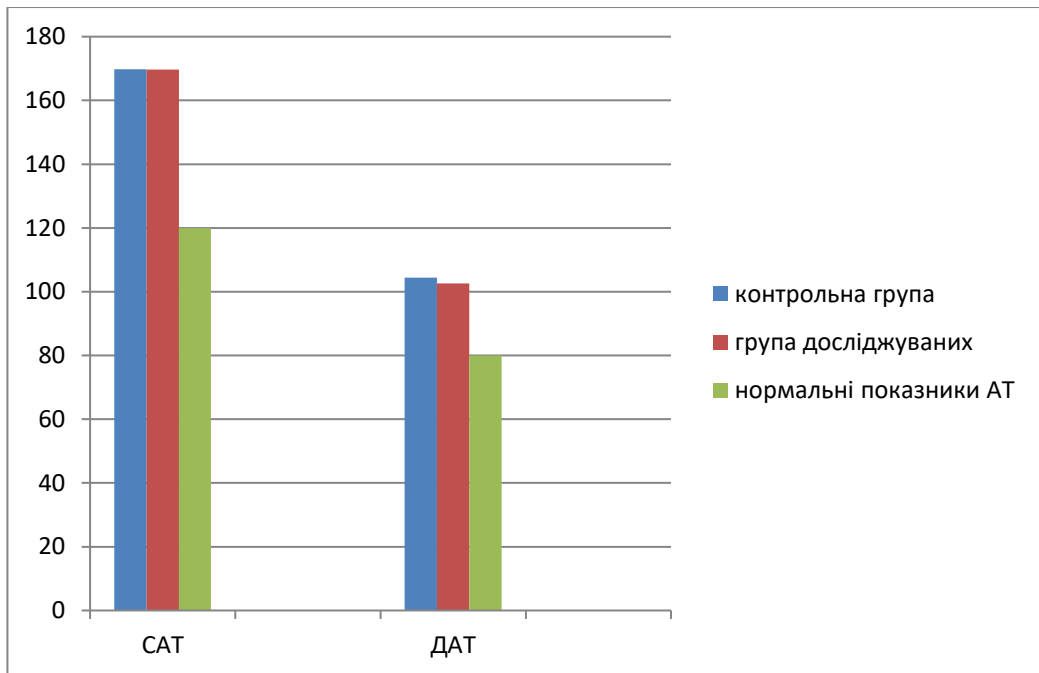


Рисунок 2.1. Порівняння систолічного та діастолічного артеріального тиску в контрольній групі, групі досліджуваних та нормальних показників за наказом МОЗ України 1581 від 12.09.2024 р.

Виконавши статистичний аналіз, ми з'ясували, що за даними холтерівського моніторингу артеріального тиску, середні значення вибірок не відрізняються. У контрольній групі середній добовий систолічний тиск склав $169,67 \pm 2,42$ мм рт. ст., для досліджуваної групи середній добовий систолічний тиск склав $169,78 \pm 2,29$ мм рт. ст., різниця між групами не достовірна ($p > 0,05$). Різниця середньодобового діастолічного тиску не достовірна за t-критерієм Стьюдента ($p > 0,05$). Середньодобовий діастолічний тиск в групі контролю $104,44 \pm 2,42$ мм рт. ст., в досліджуваній групі $102,56 \pm 2,28$ мм рт. ст.

Виконавши статистичний аналіз, ми з'ясували, що за даними холтерівського моніторингу артеріального тиску середні значення вибірок не відрізняються. У контрольній групі середній добовий систолічний тиск склав $169,67 \pm 2,42$ мм рт. ст., для досліджуваної групи середній добовий систолічний тиск склав $169,78 \pm 2,29$ мм рт. ст., різниця між групами не достовірна ($p > 0,05$). Різниця середньодобового діастолічного тиску не достовірна за t-

критерієм Стьюдента ($p > 0,05$). Середньодобовий діастолічний тиск в групі контролю $104,44 \pm 2,42$ мм рт. ст., в досліджуваній групі $102,56 \pm 2,28$ мм рт. ст.

Після 24-годинного амбулаторного вимірювання АТ нами було проведено анкетування за госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS). Шкала складається з 14 тверджень, які поділяються на твердження для діагностики тривоги – шкала Т, це твердження 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, та на твердження для діагностики депресії, це питання 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Після обробки даних нами було встановлено, що у хворих на гіпертонічну хворобу II ступеня найчастіше спостерігається субклінічно виражений такий показник, як депресія, а саме середня арифметична сума балів у контрольній групі $10,90 \pm 1,42$, у досліджуваній групі $10,18 \pm 1,19$, різниця між групами не достовірна ($p > 0,05$). За даними частини шкали, що відповідає за показник тривоги, нами встановлено, що на тлі гіпертонічної хвороби II ступеня у пацієнтів середня арифметична сума балів у контрольній групі складала $15,50 \pm 1,95$, у досліджуваній групі $15,20 \pm 0,95$, що відповідає показникам клінічно вираженої тривоги. Різниця між групами за цим показником не досягає статистичної достовірності ($p > 0,05$). Дані розрахунки наведено у рис. 2.2.

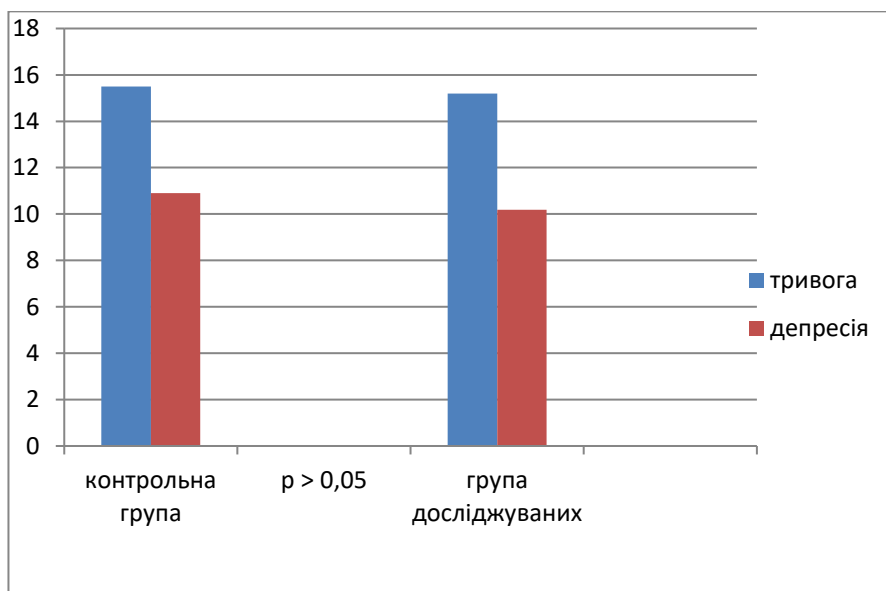


Рисунок 2.2. Порівняння рівня тривоги та депресії у пацієнтів контрольної групи з досліджуваними пацієнтами, за госпітальною шкалою тривоги і депресії

Наступна шкала, за якою ми проводили дослідження, це опитувальник Моріски-Гріна для оцінки прихильності до лікування.

Виконуючи статистичну обробку цієї шкали, ми з'ясували, що у хворих на гіпертонічну хворобу дуже низька прихильність до лікування. Середній показник у контрольній групі $0,6 \pm 0,17$ бала, у досліджуваній групі $0,50 \pm 0,18$ бала, різниця між групами не досягає достовірної величини ($p > 0,05$). Дані наведено на рис. 2.3.

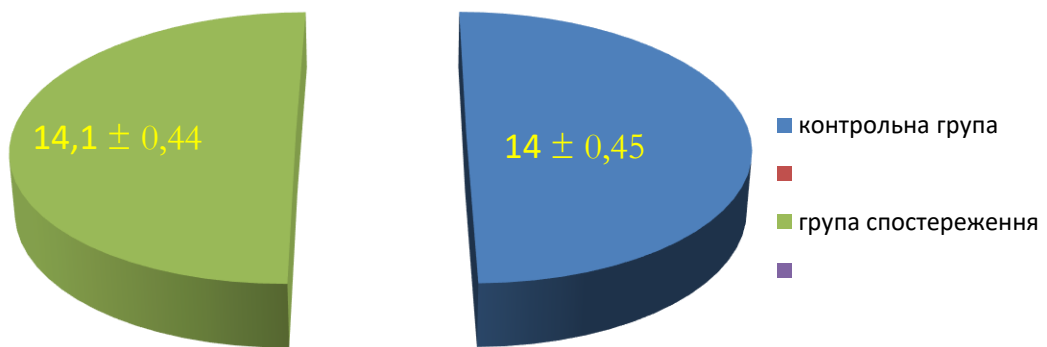


Рисунок 2.3. Порівняння порушення когнітивних функцій при депресії у жінок хворих на артеріальну гіпертензію.

Висновки до розділу 2

Підбиваючи підсумки отриманих статистичних даних, ми можемо зробити висновок, що у пацієнтів з артеріальною гіпертензією присутні психогенні розлади. Наш наступний висновок – групи, які ми сформували, є порівнянними за даними попереднього дослідження, і це робить результати експерименту більш достовірними.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОКОРЕКЦІЙНА СКЛАДОВА РОБОТИ

3.1. Програма психокорекції

Результати нашого теоретичного та емпіричного дослідження дали нам можливість зробити висновок, що артеріальна гіпертензія є психосоматичним відгуком на події. Ми з'ясували, що існує дві парадигми у підході до вивчення ролі психогенних розладів при артеріальній гіпертензії. На початковій стадії артеріальної гіпертензії парадигма спрямована від «психічного» компонента хвороби до «соматичного» – психосоматичні розлади на тлі емоційного реагування. Інша парадигма – це коли сформована соматична патологія відіграє ключову роль у формуванні емоційних переживань. Так формується замкнене коло, коли хронічний стрес запускає каскад реакцій, що проявляється психосоматичними розладами, на тлі яких формується соматична патологія, а та, своєю чергою, потенціює подальше прогресування вже вторинних психосоматичних порушень, які погіршують перебіг соматичної хвороби.

Враховуючи ці дві парадигми, ми зробили висновок, що підхід до психокорекції у жінок з артеріальною гіпертензією повинен бути комплексним, спрямованим як на тіло, так і на психіку. Такий підхід у терапії рекомендують О.С. Чабан [37], Р.І. Ісаков [38], Б.В. Михайлов [39].

«Я-концепцію» вперше ввів американський психолог Вільям Джеймс на межі XIX-XX століть. "Я-концепція" – внутрішня картина себе, те, що відомо індивіду про себе, яким він бачить, відчуває і уявляє себе сам. Це образ Я – уявлення людини про саму себе: про свій розум, тіло, здібності, риси характеру. Він першим запропонував цю ідею, а згодом поняття розвивалося завдяки Карлу Роджерсу та Абрахаму Маслоу, цілісності особистості та прагненню до самоактуалізації. Роберт Бернс визначав «Я-концепцію» як сукупність установок щодо себе, яка включає «Я-реальне», «Я-дзеркальне» та «Я-ідеальне».

Згодом це дозволило створити концепцію внутрішньої картини хвороби, яку запропонував Л.Р. Лурія у 1930, яка відображала психологічну реакцію особистості, суб'єктивне ставлення на сам факт захворювання і його наслідки [40].

Було розроблено цикл занять з психокорекції, який розрахований на чотири тижні, основна ідея спрямована на зменшення впливу психогенних факторів на перебіг артеріальної гіпертензії у жінок. Ми допомагали пацієнтам виробити власну копінг-стратегію подолання стресу (набір навичок саморегуляції та самодопомоги), яка допоможе їм у подальшому самостійно справлятися зі стресом, тим самим відновлюючи душевну і фізичну рівновагу, що поліпшить якість життя і знизить ризик ускладнень гіпертонічної хвороби, таких як інфаркт та інсульт.

Для досягнення поставлених цілей ми застосували комплексний підхід, який включав: техніку психоедукації (психоосвіту), рекомендації з харчування, психокорекцію, помірні фізичні навантаження, модифікацію способу життя.

Психоосвіта (техніка психоедукації) — це дуже важливий компонент в психотерапії, вона дозволяє надати пацієнтам інформацію про те, які психогенні фактори впливають на перебіг їхньої хвороби, зокрема артеріальної гіпертензії, причини їх виникнення, механізми розвитку та методи боротьби з ними. Це допомагає пацієнту краще розуміти свій стан та активніше брати участь у власному лікуванні.

Одним з ключових аспектів нашого терапевтичного підходу стало ведення щоденника. Щоденник дозволяє пацієнтам висловлювати та екстерналізувати свої думки, почуття та потреби, які зазвичай призначені для приватної сфери. Ведення щоденника стає терапевтичною технікою, коли ці записи приносяться на сесії консультування та відкрито обговорюються з консультантом. Ведення щоденника допомагає людині зосередитися на цілях консультування, навіть коли вони не беруть участі в консультаційних сесіях.

Пацієнти роблять записи в щоденнику між сесіями, щодня, діляться роздумами під час наступної сесії. Пацієнт веде щоденник як домашнє

завдання: контролює артеріальний тиск вранці і ввечері, частоту серцевих скорочень вранці і ввечері, записує своє самопочуття, фіксує, які емоції відчуває, якщо були підйоми тиску, з чим він їх пов'язує, також пацієнт може писати про що завгодно. Будь-який підхід до ведення щоденника допомагає розвивати більш повне розуміння особистих думок, почуттів і поведінки [29].

Теоретичні витоки когнітивних або ментальних щоденників, перш за все, в раціонально-емоційній поведінковій терапії, яка припускала, що спотворені, ірраціональні думки і переконання впливають на почуття і поведінку людини, що часто призводить до дистресу. Модель ABCDEF, розроблена Еллісом, слугує корисною моделлю для аналізу клієнтом ірраціональних думок і переконань (B-beliefs), що виникають в результаті активуючих подій (A-activating events) і призводять до емоційних наслідків (C-consequences). Пацієнти можуть практикуватися в аналізі динаміки, що лежить в основі їх тривожних переконань, і в кінцевому підсумку позбавлятися від них шляхом активної участі (Dryden, David & Ellis, 2010) [40].

Карл Роджерс, засновник особистісно-орієнтованої теорії, виявив, що ведення щоденника відіграє важливу роль у процесі консультування. На відміну від директивного підходу когнітивно-поведінкових практиків, Карл Роджерс вважав, що клієнтам потрібно дуже мало вказівок, щоб розвинути та інтегрувати розуміння в справжню особистість, збільшуючи ймовірність поліпшення навичок вирішення проблем при роботі з майбутніми питаннями та проблемами. Ведення щоденника можна використовувати з метою саморефлексії, самопізнання, зростання і самореалізації, спрямовуючи почуття і емоції через творче самовираження і письмові процеси [44].

Ми вибрали недирективну техніку ведення щоденника. Інструкції були простими: «Пишіть що завгодно не менше п'яти хвилин щодня» або «Записуйте обставини кожного разу, коли у вас піднімається тиск, з'являються тривожні думки».

Як приклад ведення щоденника, було запропоновано простий, але ефективний метод когнітивного ведення щоденника, який запропонували

Кеттлер і Чен (Kottler & Chen, 2011). Пацієнт ділить сторінку на три стовпці або розділи, перший з яких називається «Ситуація», другий – «Почуття», а третій – «Супутні думки».

Ведення щоденника – недорогий і ефективний терапевтичний метод, який широко використовується для підтримки мотивації та концентрації пацієнтів між сесіями консультування. Він також допомагає пацієнтам з алекситимією, у яких на тлі стресу виникають труднощі з визначенням і поясненням того, що саме вони відчувають. Щоденник допомагає згадати важливі події та приклади, які відбуваються протягом тижня, дозволяючи професійному консультанту отримати доступ до критичних подій та інформації, що не стосується сесії консультування. Ведення щоденника має міжкультурне застосування для багатьох різних груп клієнтів і може розширювати можливості клієнтів.

За даними Кернера і Фіцпатріка (Kerner & Fitzpatrick, 2007), ведення щоденника призвело до різних терапевтичних результатів, включаючи зниження соматичних захворювань, поліпшення робочої пам'яті і стимулювання позитивного зростання. Утлі та Гарза (Utley & Garza, 2011) виявили, що ведення щоденника ефективно знижує травматичні симптоми. У рандомізованому контрольованому дослідженні (Smyth, Kockemeyer, & Tulloch, 2008) досліджувалося використання ведення щоденника про травматичний досвід, результати показали, що в учасників спостерігалось значне підвищення настрою і зниження рівня кортизолу [42].

Ведення щоденника покращує настрій і змінює переконання або мисленнєві структури. У дослідженні (McManus, Van Door & Yiend, 2012) були виявлені значні зміни переконань при використанні «запису думок» у порівнянні з контрольною групою. Чан і Хорнефер (Chan & Homeffer, 2006) провели рандомізоване дослідження, в якому порівнювали учасників, які 15 хвилин на день вели щоденник, 15 хвилин малювали або взагалі не отримували лікування. Вони виявили, що ведення щоденника призвело до більшого зниження психологічних симптомів і стресу, ніж у будь-якій з двох інших груп. Кілінг і Бермудес (Keeling & Bermudez, 2006) використовували ведення

щоденника і моделювання в ході чотиритижневого консультативного втручання і виявили, що втручання допомогло учасникам виразити емоції, підвищило їх обізнаність [19].

Програма розрахована на чотири заняття. Заняття проводилися індивідуально, з учасницями експериментальної групи (25 жінок), 1 раз на тиждень, сеанс триває 55-65 хв., між заняттями пацієнтки виконували домашнє завдання: ведення щоденника, фізична активність, дихальні вправи.

Заняття 1. Вступ.

1) Вступне слово.

2) Психоосвіта (техніка психоедукації): що таке стрес; як він впливає на перебіг артеріальної гіпертензії; яка роль симпатичної нервової системи, кортизолу, м'язового напруження в розвитку гіпертонічної хвороби та її кризового перебігу. Роль фізичних навантажень у подоланні стресу. Чому потрібно вести щоденник.

3) Опанування методики дихання за «квадратом», кожній з учасниць було надано пам'ятку «Дихання за квадратом».

4) Домашнє завдання: ведення щоденника, 5 хв щоденної практики дихання за «квадратом» вранці та ввечері; обов'язково 40-45 хвилин фізичних навантажень (тренування). Заняття 2. Як я відчуваю власне тіло.

1) Аналіз домашнього завдання.

2) Обговорення щоденника (за бажанням пацієнтки).

3) Психоосвіта (техніка психоедукації): що таке внутрішня картина здоров'я та внутрішня картина хвороби.

4) Опанування прогресивної м'язової релаксації за Джекобсоном.

5) Домашнє завдання: ведення щоденника, 5 хв щоденної практики дихання за «квадратом» вранці та ввечері; 5 хв щоденно прогресивна м'язова релаксація за Джекобсоном, обов'язково 40-45 хвилин фізичних навантажень (тренування).

Заняття 3. Усвідомлення взаємозв'язку між тілом та розумом.

1) Аналіз домашнього завдання.

2) Обговорення щоденника (за бажанням пацієнтки).

3) Психоосвіта (техніка психоедукації): як треба харчуватися для того, щоб зменшити стрес.

4) Практика роботи з типовими переконаннями: («Я повинна все контролювати»; «Якщо я хвилююся — значить, небезпечно»; «У мене всі хворіють на гіпертонічну хворобу, тому в мене...»; «У мене мама померла від інсульту, тому...»).

5) Дихання за «квадратом».

6) Домашнє завдання: продовження ведення щоденника, 5 хв щоденної практики дихання за «квадратом» вранці та ввечері; 5 хв щоденно прогресивна м'язова релаксація за Джекобсоном, обов'язково 40-45 хвилин фізичних навантажень (тренування).

Заняття 4. Підсумкове.

1) Аналіз домашнього завдання.

2) Обговорення щоденника (за бажанням пацієнтки).

3) Проведення підсумкових тестів.

4) Заключна бесіда.

Заняття 1.

Мета заняття – знайомство та встановлення емоційного контакту.

Вступне слово спрямовано на створення атмосфери довіри, відвертості та відчуття безпеки, що налаштує на адекватне ставлення до психотерапії. Також треба пояснити пацієнтці, для чого потрібне поєднання психотерапії та лікарських засобів. На першому занятті обов'язково необхідно пояснити пацієнтці, чому не можна припиняти прийом ліків, які призначив кардіолог. Створення альянсу з пацієнткою для боротьби зі стресом та подолання хвороби.

Техніка психоедукації.

Для того, щоб боротися зі стресом, треба розуміти, що таке стрес. Стрес – це адаптаційна реакція організму. Стрес виникає у відповідь на дію стресового фактора. Відповідь на стресовий фактор завжди індивідуальна, на один і той самий стресор реакція у різних людей буде різна, тобто рівень стресу, як

відповідь на стресор, буде індивідуальним для кожної людини. Кожен учасник отримує пам'ятку, яку ми розробили для цих занять: «Типи реакції на стрес». Тип реакції залежить від багатьох зовнішніх та внутрішніх факторів. Зовнішні фактори можуть бути фізичними: освітлення, звуки, температура; хімічні: склад повітря й їжі; соціальні: суспільні, релігійні, освітні тощо [38]. Внутрішні фактори – це наявність хвороби, в нашому випадку це артеріальна гіпертензія [39; 40]. Коли стрес стає хронічним, він має три стадії: стадію тривоги, на цій стадії активується гіпоталамо-гіпофізарно-адренкортикоїдальна вісь. Гіпоталамус – це частина мозку, яка контролює гормональний баланс людини, активує симпатичну нервову систему та наднирники. В кров виділяється кортизол та адреналін. На цій стадії збільшується частота серцевих скорочень, звужуються судини, підвищується артеріальний тиск, прискорюється дихання, виникають головокружіння та запаморочення, головний біль, напружуються м'язи, збільшуються зіниці. Під впливом кортизолу підвищується рівень цукру. Пошкоджується центр пам'яті й навчання, також пошкоджується центр емоцій та страху, у людини з'являється проблема з прийняттям рішень.

Пригнічуються всі системи, робота яких не потрібна для реакції «Бій або біжи». Виникають дисфункції статевих залоз (може виникнути аменорея, статева дисфункція), пригнічення або збільшення функції щитоподібної залози, пригнічується імунна система. Виникає затримка рідини в організмі, що призводить до набряків, з'являється рідина у плевральних порожнинах та черевній порожнині (ексудат), зменшується м'язовий тонус. У периферійній крові з'являється лейкоцитоз, лімфопенія та анеозинофілія [39, 40]. Саме ця стадія готує наш організм до реакції «бій або біжи». Саме тому на цій стадії нам потрібні фізичні навантаження, для зменшення рівня стресу та покращення гормонального балансу. Тому вам потрібно займатися спортом, оскільки надлишок глюкози поглинається м'язами, тому це не тільки стабілізує артеріальний тиск, але й попереджує розвиток цукрового діабету. Заняття повинні бути регулярні, 3-4 рази на тиждень та тривати від 40 до 45 хв. Завдяки фізичним навантаженням покращується мозковий кровообіг, кровообіг у всіх

органах та системах, завдяки цьому покращується пам'ять, підвищується творчий потенціал, покращується самопочуття та стійкість до стресу. Окрім цих навантажень потрібні щоденні ранкові вправи 10-15 хвилин для профілактики судинних порушень та підготовки тіла та мозку до тривалого дня.

Коли стадія тривоги закінчується, а стрес залишається, настає стадія резистентності. На цій стадії збільшуються надниркові залози, зменшуються статеві залози, збільшується щитоподібна залоза.

Після цієї стадії настає виснаження. Відбувається пригнічення секреції гормонів. На цьому етапі виникають хвороби, які індуковані стресом: артеріальна гіпертензія, злоякісні пухлини, депресії, часті інфекційні хвороби, порушення репродуктивного здоров'я, з'являються панічні атаки, схильність до депресії. Порушується здатність до концентрації уваги, порушується пам'ять, зменшується творчий потенціал. Для профілактики та покращення цих функцій нам потрібно буде вести щоденник. Ви в ньому будете фіксувати усі події дня, які емоції ви відчували, який тиск у вас був вранці та ввечері, якщо була гіпертонічна криза, то з чим ви її пов'язуєте. Щоденник ви ведете у будь-який спосіб, який вам буде зручний. На наступній консультації ми обговоримо події попереднього тижня. На цій стадії можуть виникати залежності: алкогольна, наркотична, ніотинова (хімічні); ігрова, комп'ютерна, харчова, шопоголізм, трудоголізм, сексуальна (поведінкові). Також на цій стадії часто виникають емоційні залежності, з'являються постійні нав'язливі думки про об'єкт залежності [41].

Техніка дихання за «квадратом».

А зараз Ви опануєте методику дихання за «квадратом».

Дихання за квадратом (Box Breathing, 4-4-4-4) – це проста техніка релаксації, що допомагає заспокоїтись, знизити стрес і покращити концентрацію, виконуючи чотири рівні фази дихання: 4 секунди вдих, 4 секунди пауза, 4 секунди видих, 4 секунди пауза, що візуально нагадує рух по сторонах уявного квадрата.

Для чого ця методика виконується: таке дихання активує парасимпатичну нервову систему через збудження блукаючого нерва (*nervus vagus*) – це найдовший і розгалужений в організмі нерв, що з'єднує мозок з органами шії, грудної та черевної порожнин, регулюючи серцебиття, травлення, дихання, імунну відповідь та настрій. Він відповідає за роботу серця, легенів, шлунково-кишкового тракту.

Пояснення послідовності техніки дихання за «квадратом»:

- 1) займіть зручну позу: сядьте зручно, можна заплющити очі;
- 2) повільно робіть вдих носом, рахуючи до чотирьох;
- 3) затримайте дихання, рахуючи до чотирьох;
- 4) робіть повільний видих через рот, знову рахуючи до чотирьох;
- 5) затримайте дихання з порожніми легенями, рахуючи до чотирьох;

Повторюйте вправу 4-6 разів, поки не відчуєте спокій.

Заняття 2. Як я відчуваю власне тіло.

Мета заняття – досягнення позитивного емоційного стану, збільшення довіри до консультанта та корекція масштабу переживання хвороби через психоосвіту.

Аналіз домашнього завдання.

Просимо пацієнта похвалити себе за те, що йому вдалося досягти за тиждень. Обговорення, що було найважче, чому. Пройшов тиждень: «Як Ви себе почуваєте?»; «Які скарги залишилися?»; «Що, на Вашу думку, покращилося?». Обговорення того, що пацієнт планує робити наступного тижня.

Обговорення щоденника (за бажанням пацієнта).

Техніка психоедукації.

Тема: Що таке внутрішня картина здоров'я та внутрішня картина хвороби.

На першій зустрічі ми обговорювали, що ж таке поняття як «стрес» і «стресова ситуація» та в чому їх відмінності. Стресова ситуація – це реально існуючі обставини, на відміну від стресу, який є відображенням нашої

емоційної реакції на події. З'ясували, що реакція в однієї людини може бути різною, і це залежить від багатьох обставин, як зовнішніх, так і внутрішніх. Зокрема, підвищений тиск сприяє зменшенню пам'яті, уваги та гнучкості мислення. Підвищений тиск може викликати невмотивовану дратівливість, головний біль, погіршення сну, прискорення серцебиття, порушення працездатності та вразливість. Все це погіршує не тільки стан здоров'я, але й якість життя. Тому так важливо боротися зі стресом, тому що він є тим психогенним фактором, який не тільки сприяє виникненню артеріальної гіпертензії, але й впливає на її прогресування, перебіг та появу ускладнень.

Сьогодні ми обговоримо ще одну складову, яка заважає боротися зі стресом, посилює його вплив та погіршує стан здоров'я. Це внутрішня картина здоров'я та внутрішня картина хвороби. Обидва поняття є частиною самосвідомості та відображенням нашого емоційного сприйняття нашої тілесної сутності. Тому в яких барвах ми малюємо свій стан, таким його сприймає наш мозок. Якщо ми схильні до катастрофізації – це коли людина схильна перебільшувати негативні наслідки, у нашому випадку хвороби, уявляти найгірший сценарій розвитку подій. Наприклад: «У мене завжди 2-3 рази на тиждень гіпертонічна криза», «У мене буде інсульт, тому що всі жінки по материнській лінії помирили від інсульту», «Мені взагалі неможливо підібрати ліки, бо через місяць будь-які ліки перестають діяти» і т. д. Ці переконання заважають вдалому лікуванню артеріальної гіпертензії та посилюють стрес. Тому нам з вами треба змінити своє ставлення до хвороби. Вона вам не ворог, вона Вас попереджує, що у вас є якісь невирішені емоційні проблеми, такі як неспроможність показувати свої емоції, нестача любові, перевантаження на роботі і т. д. Наша з вами ціль – змінити ставлення до хвороби. За перший тиждень нашої роботи Ви побачили, що тиск поступово зменшується, неконтрольованих стрибків тиску не було. Тобто Вашу хворобу можна контролювати, рівень напруги знизився. Те, що у ваших родичів були інсульти та інфаркти, то ми не знаємо, чи приймали вони ліки, чи були ліки дієвими саме для них, чи боролися вони зі стресом, і якщо боролися, то яка це

була боротьба (ліки, алкоголь тощо). У вашому випадку Ви знаходитеся під контролем двох фахівців: лікаря-кардіолога та психолога, Ви займаєтесь спортом, регулярно п'єте ліки, контролюєте свій тиск, дуже вдало боретесь зі стресом. Враховуючи всі ці складові, можна зробити висновок, що Ваш випадок приємно відрізняється від випадків Ваших родичів, і Ваше здоров'я знаходиться в надійних руках, і ці руки – ваші. А ми (лікар-кардіолог та психолог) тільки допомагаємо Вам знайти свій шлях до здоров'я та душевної рівноваги.

Техніка прогресивної м'язової релаксації за Джекобсоном.

А зараз Ви опануєте ще одну техніку подолання стресу – це прогресивна м'язова релаксація за Джекобсоном. Для чого ця методика виконується: для зменшення м'язової напруги, яка виникає під час стресу, для зменшення рівня тривоги через релаксацію м'язів, покращення сну, зменшення головного болю.

Техніка прогресивної м'язової релаксації за Джекобсоном – це проста техніка релаксації, що допомагає заспокоїтись, знизити стрес і покращити концентрацію. Після сильного напруження м'язи автоматично сильніше розслабляються. Послідовно напружуйте певні м'язи на 5-10 секунд, а потім різко розслабляйте їх, концентруючись на відчутті релаксації протягом 15-20 секунд.

Пояснення послідовності техніки прогресивної м'язової релаксації за Джекобсоном:

1) Займіть зручне положення, сядьте зручно, можна заплющити очі, руки покладіть вздовж тіла або на коліна. Ви дихайте повільно;

2) Зараз сконцентруйтеся на ваших ступнях і ногах. Напружте м'язи гомілок та стоп на обох ногах на 5-10 секунд, а потім різко розслабте їх, концентруючись на відчутті релаксації протягом 15-20 секунд. Повторіть цю вправу 2-3 рази;

3) Наступна група м'язів – стегна. Напружте м'язи стегон на обох ногах на 5-10 секунд, а потім різко розслабте їх, концентруючись на відчутті релаксації протягом 15-20 секунд. Повторіть цю вправу 2-3 рази;

4) Наступна група м'язів – це тазова мускулатура. Напружте м'язи таза на 5-10 секунд, а потім різко розслабте їх, концентруючись на відчутті релаксації протягом 15-20 секунд. Повторіть цю вправу 2-3 рази;

5) Наступні м'язи – це живіт. Спочатку максимально видуйте живіт, після чого максимально втягніть живіт на 5-10 секунд, а потім різко розслабте м'язи живота, концентруючись на відчутті релаксації протягом 15-20 секунд. Повторіть цю вправу 2-3 рази;

6) Наступні м'язи – це м'язи спини, повільно відхиліться назад на 5-10 секунд, а потім різко розслабте м'язи спини, концентруючись на відчутті релаксації протягом 15-20 секунд. Повторіть цю вправу 2-3 рази;

7) Наступна вправа для м'язів грудної клітини. Зробіть глибокий вдих через ніс. Затримайте дихання на 5-10 секунд, а потім різко розслабте м'язи та зробіть видих, концентруючись на відчутті релаксації протягом 15-20 секунд. Повторіть цю вправу 2-3 рази;

8) Зараз сконцентруйтеся на плечах. Напружте м'язи плечей, повільно піднімаючи їх все вище, відведіть плечі вперед, потім назад на 5-10 секунд, а потім різко розслабте їх, концентруючись на відчутті релаксації протягом 15-20 секунд. Повторіть цю вправу 2-3 рази;

9) Зараз черга шиї та м'язів щелепи. Дуже обережно нахиліть голову назад та повертайте її вправо та вліво, затримуючись у кожному положенні на 5-10 секунд, а потім різко розслабте їх, концентруючись на відчутті релаксації протягом 15-20 секунд. Повторіть цю вправу 2-3 рази;

10) Наступні м'язи – лицеві. Щільно заплющте очі, стисніть щелепи, нахмурте лоба, зберігайте напругу м'язів 5-10 секунд, а потім різко розслабте їх, концентруючись на відчутті релаксації протягом 15-20 секунд. Повторіть цю вправу 2-3 рази;

11) Останніми ми напружуємо м'язи рук. Витягніть руки вперед, розчепірте пальці, зберігайте напругу м'язів 5-10 секунд, а потім різко розслабте їх, концентруючись на відчутті релаксації протягом 15-20 секунд. Повторіть цю вправу 2-3 рази;

12) Якщо потрібно, повторюйте вправу 4-6 разів, поки не відчуєте спокій.
Методика прогресивної м'язової релаксації за Джекобсоном.

Заняття 3. Усвідомлення взаємозв'язку між тілом та розумом

Просимо пацієнта похвалити себе за те, чого він досяг за два тижні.
Обговорення, що було найважче, чому. Пройшло два тижні. «Як Ви себе відчуваєте?», «Які скарги залишилися?», «Що, на Вашу думку, покращилося?». Обговорення, що пацієнт планує робити на наступному тижні.

Обговорення щоденника (за бажанням пацієнта).

Техніка психоедукації.

Тема: Як харчування може посилити або зменшити рівень стресу.

На першій зустрічі ми обговорювали, що під впливом стресу мозок виробляє кортизол та адреналін, які, в свою чергу, стимулюють тіло до активних дій: прискорюється серцебиття, підвищується артеріальний тиск, з'являється збільшена кількість глюкози у крові. Існує безліч харчових продуктів, які здатні імітувати вплив стресу на організм. Це всі продукти, що містять цукор, він підвищує дратівливість, може сприяти немотивованій агресії, за даними нейрофізіолога Роберта Сапольскі, тому наша звичка їсти щось солоденьке, коли нам погано або у нас стрес, це призводить тільки до погіршення самопочуття та збільшення напруги і стресу. Кофеїн збільшує частоту серцевих скорочень та посилює тривогу, навіть може сприяти виникненню панічних атак. Алкоголь порушує когнітивні здібності та координацію. Довготривале вживання призводить до атрофії мозку та алкогольної деменції. Алкоголь може посилювати тривогу, депресію, підвищувати артеріальний тиск, викликати аритмії і навіть кардіоміопатію та інсульт. Вживання алкоголю порушує водно-електролітний баланс та збільшує ризик ниркової недостатності [6; 68].

Бажано вживати продукти, які містять фолієву кислоту, що міститься в телячій печінці й броколі, адже вона потрібна для синтезу дофаміну. Дофамін, який ще називають «гормоном щастя», – це нейромедіатор, він передає сигнали між нервовими клітинами. Також потрібно вживати продукти, які містять

магній – грейпфрут (він, до речі, сприяє зменшенню холестерину та цукру), морква, горіхи, гречка, горох та вівсянка. В індичці, яйцях, спаржі, устрицях багато цинку.

Робота з типовими переконаннями:

- 1) «Я повинна все контролювати»;
- 2) «Якщо я хвилююся — значить небезпечно»;
- 3) «В мене всі хворіють на гіпертонічну хворобу, тому в мене...»;
- 4) «В мене мама померла від інсульту, тому...».

На попередніх зустрічах ми обговорювали, що наші думки можуть сприяти стресу та підвищенню артеріального тиску. Але, як тепер ми знаємо, ці переконання не завжди відображають дійсність, а є відображенням наших емоцій і наших уявлень про навколишній світ. Виберіть твердження, яке про вас, або запропонуйте своє. Давайте його розглянемо та проаналізуємо. Чому, на вашу думку, воно може бути вірним? Чому, на вашу думку, воно може бути хибним? Все контролювати неможливо: дощ, вітер, думки та вчинки інших людей. Ми тепер знаємо, що якщо ви хвилюєтесь, то або вам треба на тренування, або рівень цукру в крові зріс, або у вас з'явилися думки, які викликають відчуття тривоги.

Практикуємо техніку дихання за «квадратом».

Пояснення послідовності техніки дихання за «квадратом»:

- 1) займіть зручну позу: сядьте зручно, можна заплющити очі;
- 2) повільно робіть вдих носом, рахуючи до чотирьох;
- 3) затримайте дихання, рахуючи до чотирьох;
- 4) робіть повільний видих через рот, знову рахуючи до чотирьох;
- 5) затримайте дихання з порожніми легеньми, рахуючи до чотирьох;
- 6) повторюйте вправу 4-6 разів, поки не відчуєте спокій.

Домашнє завдання: продовження ведення щоденника; 5 хв щоденної практики дихання за «квадратом» вранці та ввечері; 5 хв щоденно прогресивна м'язова релаксація за Джекобсоном; обов'язково 40-45 хвилин фізичних навантажень (тренування). Заняття 4. Підсумкове

Аналіз домашнього завдання.

Просимо пацієнта похвалити себе за те, що йому вдалося досягти за тиждень. Обговорення, що було найважче, чому. Пройшов тиждень. «Як Ви себе почуваєте?», «Які скарги залишилися?», «Що, на Вашу думку, покращилося?». Обговорення, що пацієнт планує робити на наступному тижні.

Проводимо підсумок чотирьох тижнів занять. Пацієнт розповідає про те, чого він досяг за чотири тижні, які емоції відчував раніше та які зараз. Який настрій після терапії та які думки зараз у пацієнта з приводу своєї хвороби. Що сподобалося в наших зустрічах, а що хотілося б змінити в майбутньому. Обговорення, що було найважче та чому. Як змінилося самопочуття за чотири терапії? Які успіхи в боротьбі зі стресом? Чи були гіпертонічні кризи за ці чотири тижні? Які скарги залишилися? Обговорення того, що пацієнт планує робити в майбутньому.

Пацієнту повідомляється, що в майбутньому планується проводити групові заняття. Якщо він бажає, то може приєднатися до групових зустрічей в будь-який час.

Обговорення щоденника (за бажанням пацієнта).

Проведення підсумкових тестів.

1) «Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)»;

2) «Опитувальник Моріски-Грін для оцінки прихильності до лікування».

3) Рівень чутливості до негативного впливу стресу

4) Шкала оцінки когнітивних функцій при депресії (PDQ)

Заключна бесіда. Обговорення результатів анкетування до початку терапії та після. Обговорення досягнень пацієнта, його успіхів та перемог у боротьбі зі стресом та власними переконаннями про неминучість хвороби.

Лікар висловлює подяку пацієнту за приємну співпрацю та якісне виконання рекомендацій.

3.2. Математично-статистичний аналіз результатів дослідження

Для виконання поставленої цілі, а саме з'ясування впливу психогенних факторів на перебіг артеріальної гіпертензії у жінок та можливості психокорекції у цих хворих, ми провели дослідження артеріального тиску за методом 24-годинного амбулаторного моніторингу артеріального тиску та провели опитування за допомогою шкал: «Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)», «Опитувальник Моріскі-Гріна для оцінки прихильності до лікування», «Шкала оцінки когнітивних функцій при депресії (PDQ-5)».

Ці дослідження були проведені двічі: до та після 4 тижнів спостереження. Перша група контрольна (ГК) отримувала базову медикаментозну терапію. Друга досліджувана група (ГҮ) отримувала базову медикаментозну терапію і поєднувала з програмою психокорекції, яка включала: техніки психоедукації (психоосвіти), рекомендації з харчування, ведення щоденника, помірні фізичні навантаження, методики дихання за «квадратом», прогресивна м'язова релаксація за Джекобсоном.

Статистична обробка результатів дослідження виконувалася за описаними раніше формулами.

При порівняльному аналізі даних, отриманих до початку медикаментозної терапії та через 4 тижні, за методом 24-годинного амбулаторного моніторингу артеріального тиску в групі ГК, ми отримали наступні результати: зменшення середньодобового САТ склало $147,50 \pm 3,51$, що на 13,12% менше від вихідного рівня, але не досягло статистичної достовірності ($p > 0,05$). Зміни середнього ДАТ також були не достовірні, тиск зменшився на 15,07% ($p > 0,05$).

При порівнянні результатів до початку комбінованої терапії (медикаментозної і психокорекції) та через 4 тижні, за методом 24-годинного амбулаторного моніторингу артеріального тиску в групі ГҮ, ми отримали наступні результати: зменшення середньодобового САТ до $121,10 \pm 4,32$, що на 28,62% менше від вихідного рівня та досягло статистичної достовірності ($p <$

0,05), ДАТ зменшився на 21,6%, що є достовірним результатом ($p < 0,05$).
Результати наведено на рис. 3.1.

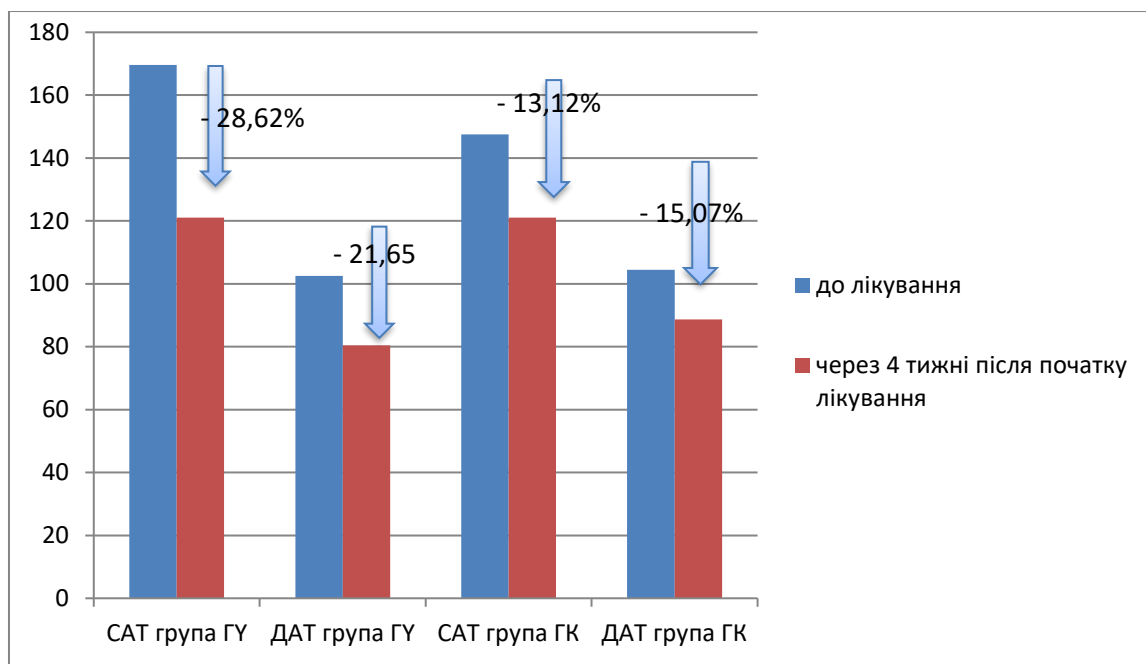


Рисунок 3.1. Порівняння впливу на рівень артеріального тиску двох тактик лікування з додаванням психокорекції на тлі базового медикаментозного лікування та без психокорекції.

Також у 19 жінок досліджуваної групи за 4 тижні було досягнуто цільових показників артеріального тиску 120-130/70-80 мм рт. ст., що складає 76%. Цей результат є достовірним ($p > 0,05$).

Наступними ми опрацювали результати шкали «Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)».

Рівень тривоги у досліджуваної групи зменшився з клінічно вираженого рівня $15,20 \pm 0,95$ балів до субклінічного рівня $9,91 \pm 1,16$ балів, зменшення рівня тривоги у групі на 65,21% ($p < 0,05$).

При розрахунку рівня депресії ми не отримали достовірних даних в жодній із груп. В контрольній групі до лікування рівень депресії складав $10,90 \pm 1,42$ бали, що відповідає клінічно вираженій депресії, через 4 тижні рівень депресії склав $10,10 \pm 0,84$ бали, зменшився на 7,34%, результат не досяг статистичної достовірності ($p > 0,05$). У групі досліджуваних жінок також не

було статистично значущого результату, зменшення прояву депресії на 10,61% ($p > 0,05$), до початку лікування рівень депресії складав $10,18 \pm 1,19$ балів, після лікування $9,10 \pm 1,16$ балів. Дані аналізу результатів наведено на рис. 3.2.

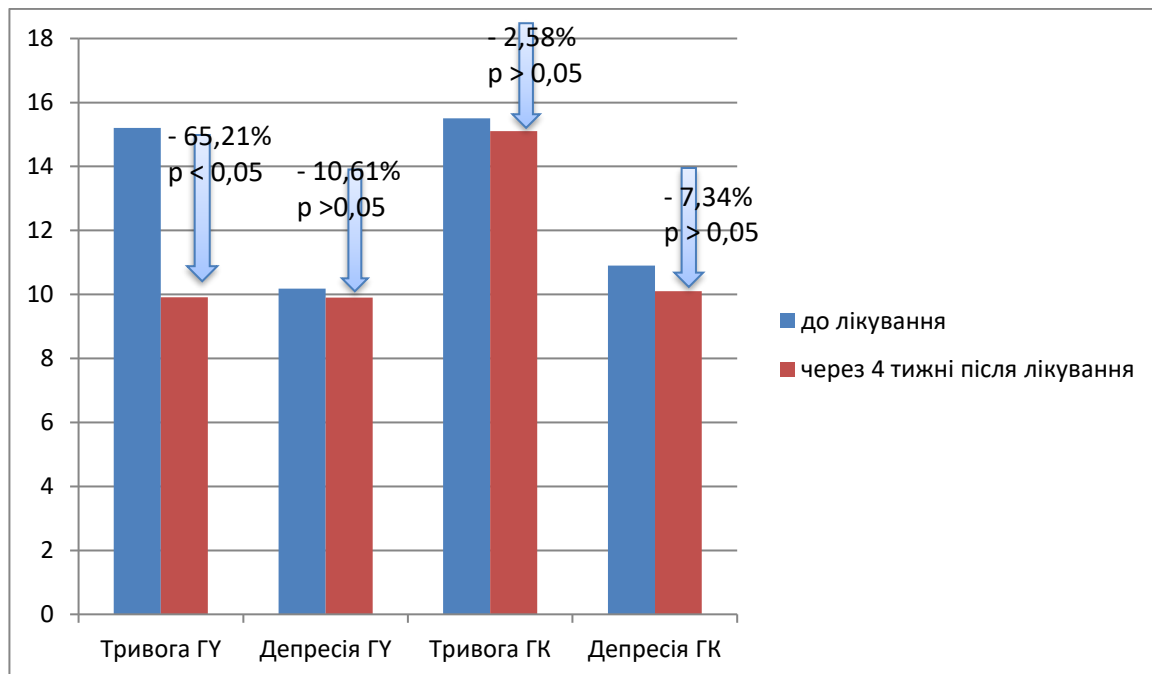


Рисунок 3.2. Порівняння ефективності впливу на рівень депресії та тривоги у двох група за даними шкали «Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)».

Аналізуючи отримані результати за шкалою «Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)», ми можемо зробити висновок, що зменшити рівень тривоги, навіть клінічно вираженої, у жінок з артеріальною гіпертензією за 4 тижні за допомогою психокорекції ми можемо, а при депресії потрібна більш тривала психологічна корекція з призначенням психофармакотерапії. Це питання потребує подальшого вивчення.

За даними літератури, артеріальна гіпертензія може викликати прогресуючі когнітивні порушення, що передують органічно обумовленим порушенням пам'яті, у хворих може спостерігатися навіть псевдодеменція [6; 57]. Тому наступним нашим кроком була оцінка рівня когнітивних порушень у

жінок з артеріальною гіпертензією за допомогою «Шкали оцінки когнітивних функцій при депресії (PDQ-5)» та з'ясування можливості впливу на них за допомогою розробленої нами програми психокорекції.

За даними цього дослідження, нам вдалося з'ясувати, що розроблена нами програма психокорекції дуже добре впливає на когнітивні функції жінок, хворих на артеріальну гіпертензію. До початку лікування рівень когнітивної функції в контрольній групі складав $14,00 \pm 0,44$ балів, ці показники були порівняні з показниками досліджуваної групи $14,10 \pm 0,45$ балів, різниця склала 0,71%, що не є достовірною різницею ($p > 0,05$). Після лікування ця різниця значно збільшилася за рахунок покращення показників у досліджуваній групі, рівень когнітивної функції склав $4,55 \pm 0,50$ балів, що на 32,27% краще, ніж попередній результат та є достовірним ($p < 0,005$).

Ми можемо констатувати той факт, що психокорекція у пацієнтів з артеріальною гіпертензією значно покращує когнітивні здібності, як за рахунок зниження рівня стресу, так і за рахунок стабілізації артеріального тиску. На комбінованій терапії значно вирівнюється циркадний ритм артеріального тиску, нічне зниження як систолічного, так і діастолічного тиску більш як на 20%, завдяки чому налагоджується сон. Динаміку показників когнітивних функцій в контрольній групі показано на рисунку 3.3.

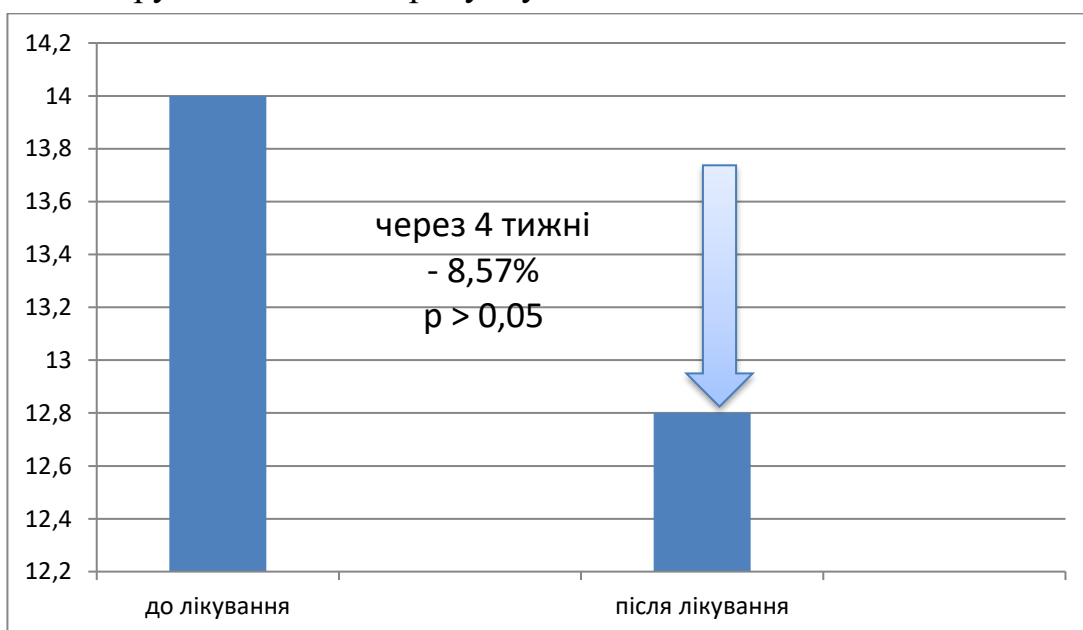


Рисунок 3.3. Динаміка показників когнітивних функцій у контрольній групі до та після 4 тижнів лікування.

Результати аналізу динаміки показників у досліджуваній групі наведено на рисунку 3.4.

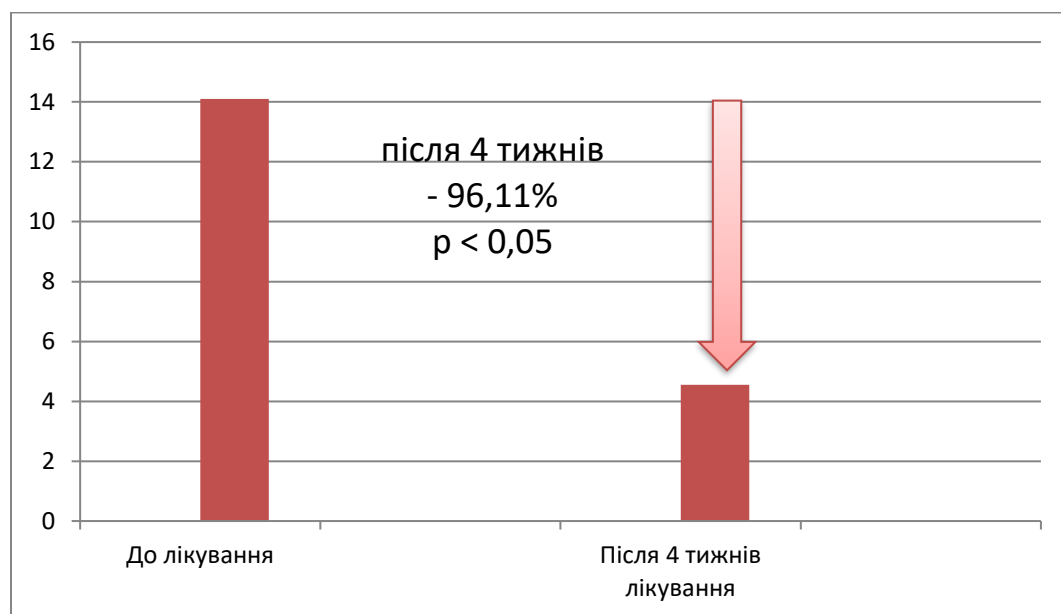


Рисунок 3.4. Динаміка показників когнітивних функцій у контрольній групі до та після 4 тижнів лікування.

100% респондентів з досліджуваної групи відмітили позитивний ефект від ведення щоденника: зникнення труднощів з плануванням справ відзначили 98%, покращилася концентрація на тому, що читаєш, у 68%, яке сьогодні число більше не забувають 82%, з'явилися думки (зник стан, коли ні про що не думаєте) у 79%, про розмови по телефону перестали забувати 63%. Дані порівняння змін когнітивних функцій через 4 тижні лікування у респондентів досліджуваної групи з контрольною групою наведено на рис. 3.5.

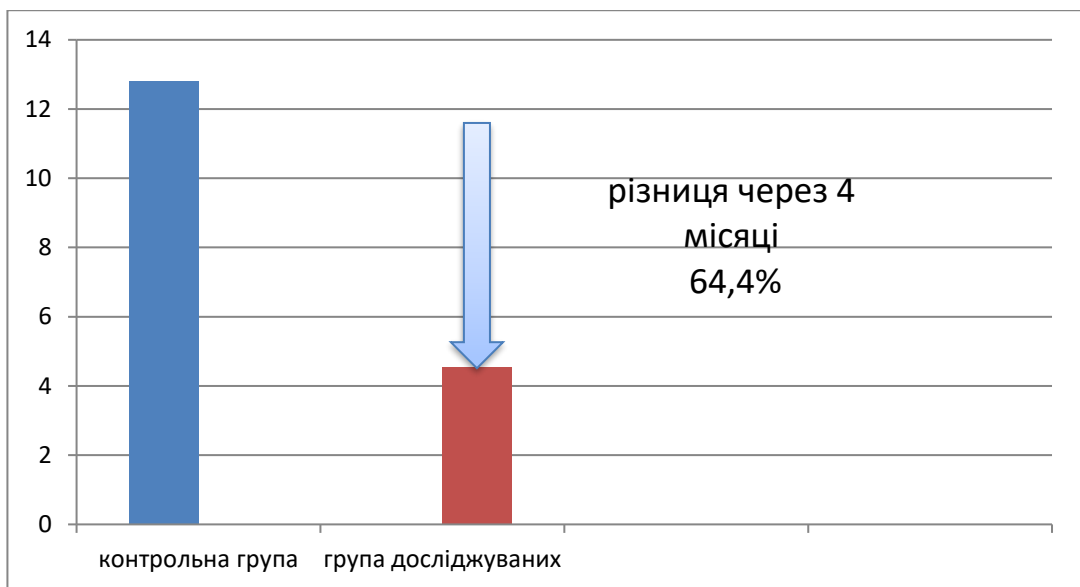


Рисунок 3.5. Зміни когнітивних функцій через 4 тижні лікування у респондентів досліджуваної групи порівняно з контрольною групою

З цих даних ми можемо зробити висновок, що наша методика, яку ми запропонували у комплексній терапії хворих на гіпертонічну хворобу, а саме ведення щоденника, дуже гарно впливає на когнітивну функцію у жінок, хворих на артеріальну гіпертензію.

Наступним нашим дослідженням було з'ясування можливості впливу на прихильність до лікування жінок з артеріальною гіпертензією, тому що це дуже важлива проблема теперішнього часу. Нерегулярне або епізодичне вживання ліків може викликати такі ускладнення, як інсульт та інфаркт [42]. Для цього ми використали опитувальник Моріски – Гріна, який складається з 4 питань та є дуже інформативним.

Ми отримали наступні результати. У респондентів досліджуваної групи спостерігалось 100% покращення, що є достовірним ($p < 0,05$).

Висновки до розділу 3.

З даних дослідження ми можемо зробити висновок, що поєднання медикаментозного лікування артеріальної гіпертензії з програмою психокорекції прискорює процес стабілізації артеріального тиску, знижує

рівень тривоги, допомагає боротися з порушеннями когнітивних функцій та дозволяє подолати такий показник, як низька прихильність до лікування.

3.3. Рекомендації

Рекомендації для лікарів-кардіологів та сімейних лікарів.

Відомо, що пацієнти, схильні до серцево-судинних захворювань, особливо гіпертонічної хвороби, – це пацієнти типу «А».

Цей тип людей має напружений самоконтроль, вони агресивні та нетерпимі. Вже на етапі очікування прийому в лікаря під дверима пацієнт відчуває наростаючий стрес, через що виникає підвищення артеріального тиску. Тому доречно буде проводити анкетування за допомогою Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) до прийому в лікаря-кардіолога, коли пацієнт перебуває в очікуванні під дверима. Це відверне пацієнта від негативних думок і знизить рівень стресу від очікування. Заходячи на прийом, пацієнт має заповнену анкету, що дозволяє лікарю-кардіологу оцінити рівень тривоги і депресії до початку прийому та сформувавши план лікування. Такий підхід дозволить створити довірчу обстановку і аргументувати пацієнту необхідність спостереження у психолога або психотерапевта.

У жінок з артеріальною гіпертензією доцільно систематично проводити скринінг рівня тривоги та депресії із застосуванням Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS), оскільки тривожно-депресивні прояви істотно впливають на емоційну регуляцію, когнітивне сприйняття хвороби та поведінкові стратегії подолання стресу, що, у свою чергу, відображається на перебігу артеріальної гіпертензії. Виявлення підвищеного рівня тривоги та депресії є підставою для впровадження психоосвітніх і психокорекційних втручань, спрямованих на формування усвідомленого ставлення до захворювання та активної участі пацієнток у процесі лікування.

Рекомендації для жінок, хворих на гіпертонічну хворобу.

Жінки з артеріальною гіпертензією схильні до тривоги та депресії, гіпертонічна хвороба посилює ці прояви, тому доцільним є впровадження психоосвітніх та психокорекційних заходів. Емоційне напруження сприяє формуванню дезадаптивних копінг-стратегій, що, у свою чергу, асоціюється з нестабільністю артеріального тиску. Психоосвіта є надзвичайно важливою в лікуванні артеріальної гіпертензії, оскільки це ключовий інструмент впливу на перебіг захворювання, особливо за наявності тривожно-депресивних і когнітивних чинників.

По-перше, психоосвіта допомагає усвідомити психосоматичну природу артеріальної гіпертензії, зокрема роль хронічного стресу, тривоги та емоційного напруження у підвищенні артеріального тиску. Розуміння причинно-наслідкових зв'язків між психоемоційним станом і соматичними проявами знижує рівень тривоги, пов'язаної з хворобою, та формує більш адаптивне ставлення до діагнозу.

По-друге, психоосвіта сприяє підвищенню прихильності до лікування, що є критично важливим для контролю артеріального тиску. Інформування про механізми дії медикаментів, наслідки нерегулярного прийому і роль немедикаментозних методів лікування зменшує поведінкові бар'єри.

По-третє, за наявності когнітивних труднощів психоосвіта виконує структуруючу та компенсаторну функції.

По-четверте, психоосвіта формує навички саморегуляції та відповідальності за власне здоров'я, навчаючи пацієнтів технікам зниження стресу (дихальні вправи, релаксація, фізична активність, ведення щоденника). Це знижує рівень тривоги та емоційного напруження, що позитивно впливає на стабільність артеріального тиску.

Таким чином, психоосвіта є необхідною складовою комплексного лікування артеріальної гіпертензії, оскільки вона не лише доповнює медикаментозну терапію, а й сприяє психологічній адаптації пацієнтів, підвищенню ефективності лікування та покращенню якості життя.

З метою зниження рівня тривоги, яка визначається за шкалою HADS у кожної жінки з артеріальною гіпертензією, доцільно застосовувати дихальні техніки, зокрема «дихання за квадратом», яке сприяє зниженню фізіологічного збудження, нормалізації вегетативного балансу та формуванню відчуття контролю над власним емоційним станом у стресових ситуаціях.

Активація парасимпатичної системи має прямий і доволі потужний вплив на блукаючий нерв, який є ключовою частиною парасимпатичної нервової системи. Повільне, контрольоване дихання стимулює блукаючий нерв, що знижує частоту серцевих скорочень і зменшує рівень кортизолу. Покращення варіабельності серцевого ритму – це ознака підвищення стійкості до стресу, усунення надмірної тривоги. Через затримки дихання між фазами у мозок надається сигнал безпеки, що зменшує активність мигдалеподібного тіла, покращується регуляція роботи внутрішніх органів, які цей нерв іннервує: серце, легені, шлунково-кишковий тракт. Чому саме “квадрат”, а не просто повільне дихання? Тому що ритм та передбачуваність надають відчуття контролю. Це особливо ефективно при: панічних атаках, стресі, підвищеній збудливості нервової системи та артеріальній гіпертензії.

Результати дослідження за шкалою оцінки когнітивних функцій при депресії (PDQ-5), які вказують на суб’єктивні труднощі концентрації уваги, пам’яті та організації повсякденної діяльності, обґрунтовують доцільність застосування психоосвіти в поєднанні з веденням щоденника самопостережень. Ведення щоденника сприяє структуризації інформації, підвищенню усвідомленості власного стану та компенсації когнітивних труднощів, а також полегшує дотримання медичних рекомендацій.

Ведення щоденника сприяє усвідомленню інформації про власний емоційний стан, самопочуття, підвищенню рівня усвідомленості власних психофізіологічних реакцій і зменшенню впливу когнітивних труднощів на повсякденне функціонування. Крім того, щоденник виступає зовнішньою когнітивною опорою, що компенсує зниження здатності до утримання, обробки та відтворення інформації, які виникають на тлі стресу.

З психологічної точки зору, щоденник сприяє розвитку рефлексії, що призводить до розуміння формування причинно-наслідкових зв'язків між стресовими чинниками і змінами самопочуття.

Крім того, регулярне ведення щоденника підсилює відчуття контролю над перебігом захворювання, знижує рівень безпорадності та тривоги і позитивно впливає на мотивацію до лікування. Таким чином, щоденник є доступним і ефективним інструментом, який одночасно виконує когнітивно-компенсаторну, регулятивну та мотиваційну функції.

Для поглибленої роботи з хронічною тривогою та соматичними проявами стресу доцільно використовувати прогресивну м'язову релаксацію за Джекобсоном, яка спрямована на усвідомлення свого тіла та зниження м'язового напруження, відновлення балансу між процесами напруження і розслаблення та розвиток навичок саморегуляції психоемоційного стану.

Важлива роль у лікуванні артеріальної гіпертензії відводиться фізичним навантаженням, вони знижують артеріальний тиск через судинорозширювальний ефект, зменшення нейрогуморальної активації, покращення метаболізму та зниження маси тіла, що робить їх обов'язковою складовою лікування артеріальної гіпертензії.

Регулярні дозовані фізичні навантаження рекомендуються як психологічний та психосоматичний ресурс, оскільки вони сприяють редукції емоційної напруги, покращенню настрою, підвищенню толерантності до стресу та формуванню позитивного образу власного тіла, що опосередковано впливає на стабілізацію артеріального тиску.

Застосування зазначених психоосвітніх і психокорекційних методів у комплексі з медикаментозною терапією сприяє зниженню рівня тривоги та депресії, підвищенню прихильності до лікування та покращенню загального психологічного благополуччя у жінок з артеріальною гіпертензією.

Невеликі повторювані дії на початку і наприкінці дня – вечірнє заповнення щоденника, хвилина дихання за «квадратом» вранці та перед сном, прогресивна м'язова релаксація за Джейкобсоном, регулярні помірні фізичні

навантаження в один і той же час – працюють як ритуали стабілізації, які допомагають нервовій системі перемикатися між станами активності й відпочинку та сприяють зниженню рівня стресу та стабілізації артеріального тиску.

ВИСНОВКИ

У процесі виконання дослідження було здійснено комплексний теоретичний та емпіричний аналіз впливу психогенних факторів на перебіг артеріальної гіпертензії у жінок, що дозволило всебічно розкрити природу цих факторів та визначити закономірності взаємозв'язку артеріального тиску зі стресом. У сучасній вітчизняній та зарубіжній науковій літературі обґрунтовано концепцію стресу, що відіграє суттєву роль у розвитку та перебігу артеріальної гіпертензії. До найбільш значущих психологічних чинників належить хронічний стрес, який сприяє виникненню тривоги, депресивних розладів, емоційного перенапруження та когнітивних порушень. Значною мірою на рівень стресу впливають особливості пацієнта, зокрема високий рівень нейротизму, схильність до пригнічення емоцій та тип поведінки А.

Проаналізовані джерела свідчать, що тривалий вплив психоемоційних навантажень сприяє активації симпато-адреналової системи та порушенню регуляції гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, що, у свою чергу, призводить до стійкого підвищення артеріального тиску та погіршення перебігу захворювання. Окрім цього, психогенні фактори негативно впливають на прихильність пацієнтів до лікування через когнітивні порушення.

Таким чином, узагальнення наукових даних підтверджує доцільність комплексного підходу до лікування артеріальної гіпертензії з урахуванням психологічних чинників, що відкриває перспективи для впровадження психоосвіти, психопрофілактичних та психокорекційних заходів у систему медичної допомоги пацієнтам з даною патологією.

Теоретичний огляд наукових джерел дав змогу систематизувати основні підходи до розуміння стресової ситуації, стресу та внутрішньої картини хвороби. Сучасні психологічні концепції трактують стрес як багатовимірне явище, що включає когнітивні, емоційні та соматичні компоненти й здатне суттєво впливати на перебіг соматичної патології, зокрема артеріальної гіпертензії.

Емпірична частина дослідження дозволила ґрунтовно оцінити рівень тривоги, депресії, оцінити когнітивні функції та прихильність до лікування жінок з артеріальною гіпертензією. Для цього ми використовували шкали: «Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)»; «Опитувальник Моріскі-Гріна для оцінки прихильності до лікування»; «Шкала оцінки когнітивних функцій при депресії (PDQ - 5)». Ці тестування дали змогу виявити значний рівень тривоги, депресії, порушення когнітивної функції та майже відсутню прихильність до лікування у жінок з артеріальною гіпертензією. А клінічні методи –.

Поєднання психодіагностичних і 24-годинне амбулаторне моніторування артеріального тиску дало змогу виявити взаємозв'язки між психоемоційним станом жінок та особливостями добового профілю артеріального тиску, що узгоджується з теоретичними даними про вплив хронічного стресу на перебіг гіпертонічної хвороби.

Отримані нами дані підтверджують доцільність використання обраного методичного підходу. Таким чином, підібрані методики є обґрунтованими, науково доцільними та відповідають меті й завданням магістерського дослідження.

У ході дослідження було проаналізовано динаміку показників артеріального тиску та рівнів психоемоційних факторів у жінок з артеріальною гіпертензією залежно від обраної стратегії лікування. Отримані результати дозволили встановити наявність взаємозв'язків між психогенними чинниками та особливостями перебігу захворювання, а також підтвердити ефективність комбінованого підходу до лікування. Жінки, що отримували комбіновану терапію (медикаментозну та психокорекцію), значно краще реагували на терапію, швидше досягли бажаного рівня артеріального тиску, знизився рівень тривоги, покращилися когнітивні функції та збільшилася прихильність до терапії.

Таким чином, проведена статистична обробка даних підтвердила валідність отриманих результатів та забезпечила наукове обґрунтування зроблених висновків, що відповідає меті та завданням магістерського дослідження.

Кореляційний аналіз продемонстрував наявність виражених взаємозв'язків між тривожністю, увагою та навчальною успішністю. Чим вищим був рівень тривожності – шкільної, ситуативної чи особистісної – тим нижчими виявлялися показники довільної уваги та середній бал за основними навчальними предметами. Встановлено, що учні з високою тривожністю частіше демонструють труднощі з концентрацією, швидше виснажуються, гірше справляються з завданнями, що потребують тривалої розумової активності. Аналіз вікових особливостей показав, що найбільш уразливою виявилася група 7-9 класів, де рівень стресу поєднується з віковою емоційною нестабільністю та збільшенням навчального навантаження. Учні 5-6 класів демонстрували більш гнучкі механізми відновлення, але сильніше реагували на безпосередні страхи та ситуативні стресори.

Отримані дані підтверджують значний вплив воєнних факторів на динаміку когнітивних і емоційних показників школярів. Хронічний стрес підвищує тривожність, знижує довільну увагу, ускладнює навчальне навантаження, погіршує мотивацію та може призводити до відставання в засвоєнні навчального матеріалу. Встановлені ризики свідчать про необхідність цілеспрямованої психологічної підтримки дітей середнього шкільного віку, зокрема тих, хто має високі показники тривожності або демонструє різке зниження уваги й успішності.

На основі отриманих результатів були розроблені рекомендації з психокорекції для лікарів-кардіологів та сімейних лікарів, спрямовані на зменшення негативного впливу стресу на перебіг артеріальної гіпертензії у жінок. Рекомендації включають запровадження поєднання психоосвіти з помірними фізичними вправами та техніками дихання за «Квадратом», прогресивна м'язова релаксація за Джейкобсоном та ведення щоденника. Таким

чином, теоретичні й емпіричні дані, отримані в ході дослідження, підтвердили гіпотезу про суттєвий вплив психогенних факторів на перебіг гіпертонічної хвороби у жінок.

Через це інтеграція психоемоційної корекції в комплексне лікування артеріальної гіпертензії у жінок є необхідністю, яка науково обґрунтована та клінічно доведена та дозволяє оптимізувати терапевтичні результати та покращити якість життя пацієнток.

Дане дослідження підкреслює необхідність комплексної роботи медичних і психологічних служб, спрямованої на збереження психічного здоров'я жінок з артеріальною гіпертензією.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Практична психосоматика: тривога. Навчальний посібник / За заг. ред. О.О. Чабана, О.О. Хаустової, К.: Видавничий дім Медкнига, 2022. 144 с.
2. Анатомія стресу. Ганс Сельє та послідовники. Збірник. Упорядник Євгенія Скіндер-Влас. К.: Видавничий дім Медкнига, 2024. 148 с.
5. Радченко О. М. Теорія стресу та філософські погляди Ганса Сельє: значення для сучасної медицини. *Здоров'я України*. 2022. С.15-16.
6. Радченко О.М. Адаптаційні реакції в клініці внутрішніх хвороб. Львів: Ліга-прес. 2004: 24 с.
7. Анатомія стресу. Ганс Сельє та послідовники. Збірник. Упорядник Євгенія Скіндер-Вас. К.: Видавничий дім Медкнига, 2024. 148 с.
8. Практична психосоматика: тривога. Навчальний посібник / за заг. Ред. О.С. Чабана, О.О. Хаустової. К.: Видавничий дім Медкнига, 2022. 144 с.
9. Коваленко В.М., Корнацький В.М., Манойленко Т.С. Стан здоров'я народу України в умовах війни / Посібник. Київ: СПД ФО «Коломіцин В.Ю.» 2022. 218 с.
10. Боярчук О. Д. Біохімія стресу. Луганськ: Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2013. 177 с.
11. Психосоматична патологія : монографія / Р.І. Ісаков. К.: ВСВ «Медицина», 2023. 167 с.
12. Наталія Сабліна Psychosomatika. Код тіла: емоції, хвороба, зцілення: навчально-терапевтичний посібник. / Укл. Н. Сабліна. Вінниця: ТВОРИ, 2025. 220 с.
13. Бурчинський С.Г. Біль, депресія і тривога: чи є світло в кінці тунелю? // *Ліки України*. 2021. №3 (249). С.14-18.
14. Артеріальна гіпертензія. Оновлена та адаптована клінічна настанова, заснована на доказах / Робоча група з артеріальної гіпертензії Української асоціації кардіологів // *Артеріальна гіпертензія*, 2012. № 1 (21). С. 96-152.

15. Біловол О.М. Медико-психологічні фактори в прогнозуванні серцево-судинного ризику / *Укр. ж-л екстремальної медицини ім. Г.О. Можасєва*. 2016. Т. 18. № 4. С. 10-16.
16. Бурчинский С.Г. Новые подходы к фармакотерапии когнитивных и депрессивных расстройств при психосоматической патологии / С.Г. Бурчинский // *Міжнар. невролог, ж-л*. 2010. № 3 (33). С. 129-131.
17. Гоженко А.І. Теорія хвороби: сучасний стан та актуальні проблеми / А. І. Гоженко // *Ж-л НАМ І України*. 2012. № 4 (18). С. 411-417.
18. Діагностика та лікування розладів психіки: довідник лікаря сімейної медицини—загальної практики та лікаря-невролога / авт. кол. : В.Д. Мішиєв та ін.; уклад. В.Д. Мішиєв; за ред. В.Д. Мішиєва. К. : Професійні видання. Україна, 2020. 74 с.
19. Настанова та клінічний протокол надання медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія». Наказ МОЗ України № 384 від 24.05.2012. Київ, 2012. 95-107 с.
20. Візнюк І.М. Психосоматичні кореляти в аспекті розвитку іпохондричної поведінки особистості // *Психологічний часопис*. 2019. 8(7), С 174-188. doi:31108/1.2019.5.8.11
21. Волошин П.В., Марута Н.О. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика: колективна монографія / за ред. проф. П.В. Волошина, проф. Н.О. Марути. Х.: Видавець Строков Д.В., 2016. 335 с.
22. Герасименко Л.О. Психогенні психічні розлади : навч.-метод, посіб. / Л.О. Герасименко, А.М. Скрипніков, Р.І. Ісаков. К.: ВСВ «Медицина», 2021. 208 с.
23. Герасименко Л.О. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: навч.-метод, посіб. / Л.О. Герасименко, А.М. Скрипніков, Р.І. Ісаков. К.: ВСВ «Медицина», 2023. 120 с.
24. Герасименко Л.О. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі) // *Український вісник психоневрології*. 2018. № 1. С. 62—65.

25. Дідковська Л.І. Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії: навч. посіб. / Л.І. Дідковська. Л.: Вид. центр ЛНУ імені Івана Франка, 2010. 264 с.
26. Друзь О. В. Охорона ментального здоров'я: медико-психологічна реабілітація військовослужбовців в умовах гібридної війни: теорія і практика. К.: ВСВ «Медицина», 2021. 256 с.
27. Іванова Т. Тривога як психологічний феномен // *Вісник Львів, ун-ту. Сер. «Психологічні науки»*. 2020. Вип. 6. С. 72—78.
28. Ісаков Р.І. Психосоціальна дезадаптація у жінок із депресивними розладами різної генези: особливості діагностики, вираженості і структури /Р.І. Ісаков // *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2018. № 9. С. 82-92.
29. Катеренчук І.П., Жадан В.М., Катеренчук О.І. Депресія як незалежний фактор кардіоваскулярного ризику та її значення на різних етапах серцево-судинного континууму // *Практикуючий лікар*. К. 2013. №2. С. 52-57.
30. Марута Н. О. Довідник сімейного лікаря з питань психосоматики / за ред. І.С. Вітенка. К.: Здоров'я, 2012. 384 с.
31. Максименко С.Д. Психологічна допомога тяжким соматичним хворим: навч. посіб. / С.Д. Максименко, Н.Ф. Шевченко. Київ; Ніжин: Міланік, 2007. 115 с.
32. Скрипніков А.М. Лікар і пацієнт у діагностичному процесі (психологічні аспекти) // *Практикуючий лікар*. 2021. Т. 10. № 1. С. 73-77.
33. Скрипніков А.М. Особливості континууму соціально-психологічної адаптації — дезадаптації у жінок з різними генезом депресії та вираженістю проблем у психосоціальному функціонуванні // *Архів психіатрії*. 2019. № 1. С. 56-62.
34. Хаустова О.О. Метаболічний синдром Х (психосоматичний аспект) / К.: Медкнига, 2009. 126 с.

35. Хаустова О.О. Тревожные расстройства: причины, симптомы, диагностика, лечение // *Укр. неврол. ж-л.* 2012. 3(24). С. 79-87.
36. Хомуленко Т.Б. Комунікативні особливості особистості з психосоматикою парних органів // *Вісн. ХНПУ ім. Г.С. Сковороди. Психологія.* Вип. 18. Х.: ХНПУ, 2006. С. 181-191.
37. Чабан О.С., Хаустова О.О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування) / К.: ДСГ Лтд, 2004. 96 с.
38. Чабан О.С., Хаустова О.О. Практична психосоматика: діагностичні шкали / К.: Видавничий дім Медкнига. 2021. 200 с.
39. Охорона психічного здоров'я [Ел. ресурс]: підручник для лікарів / за заг. ред. проф. Л.М. Юр'євої, проф. Н.О. Марути. Х.: Строков Д.В., 2022. 327 с.
40. American Psychiatric Association (2022) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>).2022. P. 992.
41. Asanova A., Khaustova O. Типові складні ситуації у взаємодії лікар-пацієнт у залежності від особистісних особливостей і психічного стану реагування пацієнта. *Psychosom. Med. Gen. Pract.*, 2018., 3(3), P. 235-240.
42. Chaban O.S., Khaustova O.O. Psychosomatic comorbidity and quality of life in elderly patients // *Tavr. zhurn. psikhiatr.*, 2015., 19(3), P.13—21.
43. Dhimole A., Bhasin N., Pandya D., Dwivedi N., Nagarajappa A.K. Psychosomatic Disorders Affecting the Mouth: A Critical Review. *Br J Med Med Res.* 2016;14(5), P. 1-9.
44. Dunbar, F.. Emotions and bodily changes // *American Journal of Psychiatry*, 1935., 93(3), P. 749.
45. Cosci F., Sonino N. Current Psychosomatic Practice. // *Psychother. Psychosom.*, 2017., 86: P.13—30.
46. Kessler, R.C., Petukhova, M., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M.,. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States // *International Journal of Methods in Psychiatric Research.* 2021, P. 169— 184. <https://doi.org/10.1002/mpr.1359>

47. Huang Y, Mai W, Cai X, et al. The effect of zolpidem on sleep quality, stress status, and nondipping hypertension. *Sleep Med.* 2012. № 13., P. 263—268.
48. Li Y, Yang Y, Li Q, et al. The impact of the improvement of insomnia on blood pressure in hypertensive patients. *J Sleep Res.* 2017. № 26, P. 105-114.
49. Rozansky A. Psychosocial risk factors and cardiovascular disease: epidemiology, screening, and treatment considerations. *Cardiovasc. Innov. Applications*, 2016. № 1, P. 417-431.
50. Vaccarino V., Goldberg J., Rooks C., et al. Post-traumatic stress disorder and incidence of coronary heart disease: a twin study. *J Am Coll Cardiol* 2013. № 62, P. 970-978
51. Visseren F.L.J., Mach F., Smulders Y.M. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 2021: 00, 1-111 <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>
52. Doughan A. K., Harrison D. G., Dikalov S. I. Molecular mechanisms of angiotensin II mediated mitochondrial dysfunction. Linking mitochondrial oxidative damage and vascular endothelial dysfunction. *Circ.Res.* 2008. P. 488-496.
53. Elmarakby A. A., Loomis E. D., Pollock J. S., Pollock D. M. NAD(P)H oxidase inhibition attenuates oxidative stress but not hypertension produced by chronic ET-1. *Hypertens.* 2005,45: P. 283-287.
54. Endtmann C., Ebrahimian T., Czech T. Angiotensin II Impairs Endothelial Progenitor Cell Number and Function In Vitro and In Vivo Implications for Vascular Regeneration. *Hypertens.* 2011; 58: P.394-403.
55. Giacchetti G., Sechi L.A., Rilli S., Carey R.M. The renin-angiotensin-aldosterone system, glucose metabolism and diabetes. *Trends Endocrinol. Metab.* 2005; 16: P. 120-125.
57. Girod J.P, Brotman D.J. Does altered glucocorticoid homeostasis increase cardiovascular risk. *Cardiovasc Res.* 2004. № 64., P. 217-226.
58. Guzik T. J., Hoch N. E., Brown K. A. et al. Role of the T cell in the genesis of angiotensin II induced hypertension and vascular dysfunction. *J. Exp. Med.* 2007. № 204. P. 2449-2460.

59. Harrison D. G., Guzik T. J., Lob H. E. et al. Inflammation, immunity, and hypertension. *Hypertens.* 2011. № 57. P.132-140.
60. Heidt T, Sager HB, Courties G, Dutta P, Iwamoto Y, Zaltsman A, von Zur Muhlen C, Bode C, Fricchione GL, Denninger J, et al.. Chronic variable stress activates hematopoietic stem cells. *Nat Med.* 2014. № 20. P:754-758.
61. Hilgers K. F., Stumpf C. Angiotensin II, the endothelium and superoxide anions. *J. Hypertens.* 2002. № 20. P.1271-1273.
62. Hingtgen SD, Tian X, Yang J. et al. Nox2-containing NADPH oxidase and Akt activation play a key role in angiotensin II-induced cardiomyocyte hypertrophy. *Physiol.Genomics.* 2006. № 26. P.180-191.
63. Kimura S, Zhang G-X, Nishiyama A. et al. Role of NADPH oxidase- and mitochondria-derived reactive oxygen species in cardioprotection of ischemic reperfusion injury by angiotensin II. *Hypertens.*2005. № 5. P. 860-866.
64. Lassegue B., Griendling K. K.. NADPH oxidases: functions and pathologies in the vasculature. *Arterioscler.Thromb.Vasc.Biol.* 2010. №30.P. 653-661.
65. Choi, S. I. Prevalence of resistant hypertension and associated factors for Hood pressure control status with optimal medical therapy using Korean enbulatory blood pressure monitoring registry data // *Clin Hypertens.* 2016. Vol. 22. P. 8.
66. Haddad C, Courand PY, Berge C, Harbaoui B, Lantelme P. Impact of cortisol on blood pressure and hypertension-mediated organ damage in hypertensive patients. *J Hypertens.* 2021. №39. P. 1412—1420.
67. .Mancia G. White-coat hypertension: growing evidence in favour of its to erse prognostic significance. *J Hypertens.* 2017. №35(4). P. 710—712.
68. Pan, L. Xiaomei Xie, Dayue Liu [et al.] Obstructive sleep apnoea and rsk s of all-cause mortality: preliminary evidence from prospective cohortc:es // *Sleep and Breathing.* 2016. Vol. 20. No. 81. P. 345-353.
69. Selye H. The evolution of the stress concept. *Amer. Scientist.* 1973. №62(6). P. 642 – 649

ДОДАТКИ

Додаток А

Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

Ця анкета розроблена для того, щоб допомогти Вашому лікарю зрозуміти, як Ви себе почуваєте. Прочитайте уважно кожне твердження і виберіть ту відповідь, яка найбільше відповідає тому, як Ви почували себе на минулому тижні. Відмітьте кружечок, що знаходиться перед відповіддю, що ви вибрали. Не думайте надто довго щодо кожного твердження, оскільки Ваша перша реакція буде завжди найвірнішою.

Т Я відчуваю напруженість, мені не по собі

3 О Увесь час

2 О Часто

1 О Час від часу, іноді

0 О Зовсім не відчуваю

Д Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає в мене таке ж відчуття

0 О Це так

1 О Напевно, це так

2 О В дуже малій мірі це так

3 О Це зовсім не так

Т Я відчуваю страх, здається, що ось-ось щось жахливе може статись

3 О Це так, та страх дуже сильний

2 О Да, це так, але страх не дуже сильний

1 О Іноді, але це мене не турбує

0 О Зовсім не відчуваю

Д Я здатний розсміятися та углядіти у тій чи іншій події смішне

0 0 Це так

1 0 Напевно, це так

2 0 В дуже малій мірі це так

3 0 Це зовсім не так

Т Мені швидко думки крутяться у мене в голові

3 0 Постійно

2 0 Більшу частину часу

1 0 Час від часу і це не так часто

0 0 Тільки іноді

Д Я відчуваю бадьорість

3 0 Зовсім не відчуваю

2 0 Дуже рідко

1 0 Іноді

0 0 Практично весь час

Т Я можу легко сісти та розслабитись

0 0 Це так

1 0 Напевно, це так

2 0 Зрідка це так

3 0 Зовсім не можу

Д Мені здається, що я став робити все дуже повільно

3 0 Практично весь час

2 0 Часто

1 0 Іноді

0 0 Зовсім ні

Т Я відчуваю внутрішню напругу чи тремтіння

0 0 Зовсім не відчуваю

1 0 Іноді

2 0 Часто

3 0 Дуже часто

Д Я не слідкую за своєю зовнішністю

3 О Це так

2 О Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно

1 О Мені здається, я став менше приділяти цьому уваги

0 О Я слідкую за собою так, як і раніше

Т Я відчуваю непосидючість, мені постійно треба рухатись

3 О Це так

2 О Напевно, це так

1 О В деякій мірі це так

0 О Зовсім не відчуваю

Д Я вважаю, що мої справи (заняття, хоббі) можуть принести мені відчуття задоволення

0 О Точно так, як і звичайно

1 О Так, але не в тій мірі, як раніше

2 О Значно менше, ніж звичайно

3 О Зовсім так не вважаю

Т У мене буває раптове відчуття паніки

3 О Дуже часто

2 О Досить часто

1 О Не так і часто

0 О Зовсім не буває

Д Я можу отримати задоволення від цікавої книги, радіо- чи телепрограми

0 О Часто

1 О Іноді

2 О Зрідка

3 О Дуже рідко

Якщо пацієнт пропустив окремі пункти, перервав заповнення шкали на значний термін (кілька годин) або не вклався у відведений час, рекомендується провести повторне тестування з використанням нового бланку.

Шкала складається з 14 тверджень, які поділяються на дві шкали: «тривога» (непарні пункти -1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) і «депресія» (парні пункти -2, 4, 6, 8, 10, 12,

14). Кожному твердженню відповідають чотири варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна вираженість). Обробка результатів полягає в підрахунку сумарного показника за кожною шкалою.

Інтерпретація результатів

0-7–норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії);

8-10–субклінічно виражена тривога/депресія;

11 і вище–клінічно виражена тривога/депресія.

Опитувальник Моріски-Гріна для оцінки прихильності до лікування

Опитувальник Моріски-Гріна	ТАК/НІ
1. Чи забували Ви колись прийняти ангігіпертензивні препарати?	
2. Чи ставитесь Ви іноді не уважно до часу прийому препаратів?	
3. Чи пропускаєте Ви іноді наступний прийом препаратів, коли відчуваєте себе краще?	
4. Іноді, коли Ви відчуваєте себе гірше після прийому препаратів, чи пропускаєте Ви їх наступний прийом?	
СУМА БАЛІВ	

НІ-1 БАЛІВ

ТАК-0 БАЛ

Прихильність: Висока-3-4 бали

Середня -1-2 бали

Низька-0 балів

Рівень чутливості до негативного впливу стресу

Запитання	Майже ніколи 1	Іноді 2	Часто 3	Майже завжди 4
Чи буває у Вас втрата апетиту?				
Чи нервуєте Ви, коли доводиться на щось чекати?				
Чи реагуєте Ви на зміну погоди?				
Чи буває Вам важко заснути?				
Чи часто Ви барабаните пальцями по столу, а сидячи – похитуєте ногою?				
Чи дотримуєтеся Ви дієти?				
Чи дратує Вас шум?				
Чи спізнюєтеся Ви на роботу, на побачення?				
Чи буває у Вас прискорене серцебиття?				
Чи сняться Вам кошмари?				
Чи бентежить Вас увага оточуючих?				
Чи страждаєте Ви від перевантажень на роботі, вдома?				

Результати:

Менше 20 балів. Людина врівноважена.

20-40 балів. Людина досить спокійна людина, але серйозні неприємності часом виводять із рівноваги.

Понад 40 балів. Людина дуже чутлива до стресу.

Шкала оцінки когнітивних функцій при депресії (PDQ-5)

Як часто протягом останніх 7 днів	Ніколи за останні 7 днів	Зрідка (один раз або рідше)	Інколи (від 3 до 5 разів)	Часто (приблизно раз на)	Дуже часто (більше ніж раз на)
У Вас були труднощі з плануванням справ (важко вирішити, які саме справи та в якому порядку виконувати)?	0	1	2	3	4
Чи було у Вас важко сконцентруватися на тому, що Ви читаєте?	0	1	2	3	4
Ви забували, яке сьогодні число, поки перевірили це?	0	1	2	3	4
Після розмови по телефону Ви забували, про що розмовляли?	0	1	2	3	4
Ви раптом помічали, що ні про що не думаєте?	0	1	2	3	4
Підсумок балів в кожному стовпчику					
Загальний бал					

Загальна оцінка складається із суми балів за 5 пунктами в межах від 0 до 20 балів.