

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ
І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Швачко Ірина Романівна

На правах рукопису

УДК:

Кваліфікаційна робота

**ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ
АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ У ВІЙСЬКОВИЙ ЧАС: ПОГЛЯД НА
ПРОБЛЕМУ ОЧИМА МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ**

Спеціальність 223 Медсестринство

Науковий керівник:
кандидат медичних наук, доцент кафедри
внутрішньої медицини №1
Тернопільського національного медичного
університету ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України
Савченко І.П.

Тернопіль – 2023

АНОТАЦІЯ

Швачко Ірина Романівна «Організація надання медичної допомоги хворим артеріальну гіпертензію у військовий час: погляд на проблему очима медичної сестри» магістерська робота. – Тернопіль, 2023. 64 с.

Науковий керівник: доцент Савченко Ірина Петрівна

В кваліфікаційній роботі висвітлено проблему окремих аспектів надання медичної допомоги хворим із артеріальною гіпертензією в умовах сьогодення нашої країни з позиції втручання медичної сестри в лікувально-діагностичний процес. Артеріальна гіпертензія (АГ), особливо ускладнена, залишається однією з найбільших проблем сучасної медицини, оскільки їй притаманна висока поширеність, певні труднощі у діагностиці та профілактиці на ранніх стадіях у молодих людей, низька прихильність до лікування, побічні ефекти антигіпертензивної фармакотерапії, та потенційно небезпечні зовнішні фактори, серед яких важливе місце займає хронічний стрес [1]. Встановлено, що стрес у його різних варіантах може призводити до транзиторного підвищення АГ [2].

Особливого значення набула проблема АГ в період війни в Україні, коли до традиційних факторів ризику додався надпотужний стресорний фактор. Кожен наш мешканець переживає стрес через війну - і військові на фронті, і цивільні, які знаходяться у районі бойових дій або віддалено до фронту [2].

АГ та стрес є взаємопов'язаними факторами ризику, які потенціюють негативний вплив один одного на цереброваскулярну систему [3, 5]. Як наслідок, за місяці війни в Україні зросла захворюваність інсультами, значно збільшилась кількість інсультів у молодих осіб та людей середнього віку [2, 3]. Разом з тривожними та депресивними розладами невпинно росте кількість пацієнтів з когнітивною дисфункцією через гострий та хронічний стрес, нехтування станом здоров'я (відмова від лікування та контролю факторів ризику), недоступність медичних препаратів та незадовільний

рівнем медичної допомоги у тимчасово окупованих регіонах та в зоні бойових дій України, зловживання алкоголю та паління.

Існують дві стратегії зниження артеріального тиску (АТ): модифікація способу життя (МСЖ) та медикаментозне лікування [4]. МСЖ сприяє зниженню як АТ, так і кардіоваскулярного ризику (КВР), але більшість пацієнтів із АГ все ж потребують медикаментозного лікування, заснованого на доказах рандомізованих контрольованих досліджень у клінічній медицині. Поєднання когнітивно-поведінкової та медикаментозної терапії оптимізує результати лікування.

Враховуючи вищенаведені дані, метою даної кваліфікаційної роботи було вивчення ролі середнього медичного персоналу в оптимізації ведення особливої когорти хворих на легку та помірну АГ – внутрішньо переміщених осіб, у військовий час та з врахуванням їх психоемоційних та поведінкових реакцій.

Обстежено хворих на есенціальну АГ 1 та 2 ступенів, які були вимушені мігрувати з місць проживання та арили, близької до бойових дій в більш безпечні місця. АГ встановлювали на підставі анамнезу захворювання та скарг пацієнтів, даних медичної документації. Проводили вимірювання артеріального тиску, електрокардіографію, визначення маси тіла, анкетування (у формі самозвіту) для вивчення психологічного стану та особливостей комунікації між медичним працівником і пацієнтом в умовах війни; а також для вивчення «досвіду перебування в зоні бойових дій», для доклінічної оцінки змін поведінки та соціального функціонування в умовах війни. Комплексне обстеження хворих проводилось у перші дні їх перебування в госпіталі. При розподілі хворих за різними схемами лікування – з додатковим включенням в план лікування психотерапевтичних методик та лише з базовою медикаментозною терапією – визначили дві групи спостереження. Базову терапію проводили відповідно до чинних рекомендацій [4].

В результаті проведеного дослідження виявлено, що стресовий вплив подій військового часу на перебіг АГ призводив до дестабілізації АТ та зниженого контролю над проявами емоцій у внутрішньо переміщених осіб і потребував модифікації лікування додатковими заходами корекції виявлених розладів. Встановлено, що пацієнти із АГ 1 ступеня більш схильні до втрати пізніх соматичних симптомів та ступорозного емоційного стану після міграції зі своєї домівки до вимушених місць локації, аніж пацієнти із АГ 2 ступеня, що свідчить про збереження адаптаційних можливостей організму при нижчому рівні АТ. Встановлено, що внутрішньо переміщені пацієнти з АГ 1-2 ступ. були схильні до конфлікту з людьми з найближчого оточення – в сім'ї та з друзями, і в найменшій мірі з колегами по новій роботі.

Таким чином, запропоновані методики мали позитивний ефект на психоемоційний стан обстежуваних пацієнтів з АГ 1-2 ступенів; найбільш ефективною виявилася методика майндфулнесу, оскільки сприяла відновленню соціальних запитів та функціонування у стосунках пацієнтів з АГ 1-2 ступеня у вигляді зниження конфліктогенності з членами сім'ї та родини, з друзями, з колегами. Рівень соціалізації з набуттям нових навичок і функцій зріс на 20%. Тому рекомендовано одночасно з медикаментозним антигіпертензивним лікуванням за активної участі медичних сестер приєднувати до діагностично-лікувального процесу застосування простих і легкодоступних психотерапевтичних методик, з метою усунення стресового чинника в якості модифікованого фактора ризику серцево-судинних подій.

Ключові слова: сестринська допомога, посттравматичний стресовий розлад, внутрішньо переміщені особи, артеріальна гіпертензія, психоемоційне здоров'я, поведінкові реакції.

1. Артеріальна гіпертензія. Стандарти надання медичної допомоги лікарями первинної ланки (за матеріалами Настанови Європейського товариства з артеріальної гіпертензії/Європейського товариства кардіологів (ESC/ESH) 2018 р. з лікування артеріальної гіпертензії Укр. мед. часопис, 5 (127), Т. 1 – IX/X 2018 с. 2-10.
2. Стрес і серцево-судинні захворювання в умовах воєнного стану За редакцією В. М. Коваленка Київ 2022. С. 39-63.
3. Дослідження STEPS: поширеність факторів ризику неінфекційних захворювань в Україні у 2019 році. Копенгаген Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2020. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. (2020) International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension, 75(6): 1334–1357. doi: 10.1161/HYPERTENSION.AHA.120.15026.
5. 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

ABSTRACT

Shvachko Iryna Romanivna "Organization of medical care for patients with arterial hypertension in wartime: a view of the problem through the eyes of a nurse" master's thesis. – Ternopil, 2023. 64 p.

Academic supervisor: Associate Professor Iryna Petrivna Savchenko

In the qualification work, the problem of certain aspects of providing medical care to patients with arterial hypertension in the current conditions of our country is highlighted from the point of view of the nurse's intervention in the medical and diagnostic process. Arterial hypertension (AH), especially complicated, will remain one of the biggest problems of modern medicine, as it is characterized by high prevalence, certain difficulties in diagnosis and prevention in early stages in young people, low adherence to treatment, side effects of antihypertensive pharmacotherapy, and potentially dangerous external factors, among which chronic stress takes an important place [1]. It has been established that stress in its various variants can lead to a transient increase in blood pressure [2].

The problem of hypertension gained special importance during the war in Ukraine, when a powerful stressor factor was added to the traditional risk factors. Each of our residents experiences stress due to the war - both military personnel at the front and civilians who are in the area of hostilities or far from the front [2].

Hypertension and stress are interrelated risk factors that potentiate each other's negative impact on the cerebrovascular system [3, 5]. As a result, during the months of the war in Ukraine, the incidence of strokes increased, the number of strokes among young people and middle-aged people increased significantly [2, 3]. Along with anxiety and depressive disorders, the number of patients with cognitive dysfunction due to acute and chronic stress, neglect of health (refusal of treatment and control of risk factors), unavailability of medical drugs and unsatisfactory level of medical care in temporarily occupied regions and in the

combat zone is constantly growing actions of Ukraine, abuse of alcohol and smoking.

There are two strategies for lowering blood pressure (BP): lifestyle modification (LMH) and drug treatment [4]. MSH reduces both BP and cardiovascular risk (CVR), but most patients with hypertension still require medical treatment, based on evidence from randomized controlled trials in clinical medicine. A combination of cognitive-behavioral and drug therapy optimizes treatment results.

Taking into account the above data, the purpose of this qualification work was to study the role of secondary medical personnel in optimizing the management of a special cohort of patients with mild and moderate hypertension - internally displaced persons, during wartime and taking into account their psycho-emotional and behavioral reactions.

Patients with essential hypertension of the 1st and 2nd degree who were forced to migrate from their places of residence and the arena close to hostilities to safer places were examined. Hypertension was established on the basis of anamnesis of the disease and complaints of patients, given in the medical documentation. Measurements of blood pressure, electrocardiography, determination of body weight, questionnaires (in the form of a questionnaire) were carried out to study the psychological state and peculiarities of communication between a medical worker and a patient in war conditions; as well as for the study of "the experience of being in a combat zone", for the preclinical evaluation of changes in behavior and social functioning in war conditions. Comprehensive examination of patients was carried out in the first days of their stay in the hospital. When dividing patients according to different treatment schemes - with the additional inclusion of psychotherapeutic methods in the treatment plan and with only basic drug therapy - two observation groups were determined. Basic therapy was carried out in accordance with current recommendations [4].

As a result of the research, it was found that the stressful impact of wartime events on the course of hypertension led to destabilization of blood pressure and

reduced control over the manifestations of emotions in internally displaced persons and required modification of treatment with additional measures to correct the identified disorders. It was established that patients with hypertension of the 1st degree are more prone to the loss of late somatic symptoms and a stuporous emotional state after migration from their home to forced locations than patients with hypertension of the 2nd degree, which indicates the preservation of adaptive capabilities of the body at a lower level of BP. It was established that internally displaced patients with hypertension 1-2 stage. were prone to conflict with people from the immediate environment - in the family and with friends, and to the least extent with colleagues at a new job.

Thus, the proposed methods had a positive effect on the psycho-emotional state of the examined patients with hypertension of 1-2 degrees; the mindfulness technique proved to be the most effective, as it contributed to the restoration of social requests and functioning in the relationships of patients with 1-2 degree hypertension in the form of a decrease in conflict-genicity with family members, friends, and colleagues. The level of socialization with the acquisition of new skills and functions increased by 20%. Therefore, it is recommended simultaneously with drug antihypertensive treatment, with the active participation of nurses, to add to the diagnostic and treatment process the use of simple and easily accessible psychotherapeutic methods, in order to eliminate the stress factor as a modified risk factor for cardiovascular events.

Key words: nursing care, post-traumatic stress disorder, internally displaced persons, arterial hypertension, psycho-emotional health, behavioral reactions.

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ	2
ЗМІСТ	3
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	4
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1 Особливості перебігу та лікування артеріальної гіпертензії у внутрішньо переміщених осіб в стресових умовах військового часу (огляд літератури)	8
1.1. Медичний простір і психологічний супровід українців під час війни	//
1.2. Особливості перебігу та ведення пацієнтів з артеріальною гіпертензією в стресовому періоді	//
1.3. Особливості психологічних та поведінкових розладів під впливом стресу у мирного населення у військовий час	//
1.4. Виявлення палітри ознак «українського синдрому» у внутрішньо переміщених осіб	//
РОЗДІЛ 2 Методи і об'єкт дослідження	//
РОЗДІЛ 3 Результати власних досліджень та їх обговорення	//
3.1. Оцінка факторів ризику та особливості перебігу артеріальної гіпертензії у вимушених переселенців	//
3.2. Особливості психоемоційного стану в пацієнтів внутрішньо переміщених осіб із артеріальною гіпертензією 1-2 ступенів	//
3.3. Динаміка самооцінки пацієнтами психологічних та поведінкових реакцій під впливом психотерапевтичних методів корекції	//
ВИСНОВКИ	//
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	//
ДОДАТКИ	//

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АГ	артеріальна гіпертензія
АТ	артеріальний тиск
ССЗ	серцево-судинні захворювання
ВПО	внутрішньо переміщені особи
ПТСР	посттравматичний стресовий розлад

ВСТУП

Актуальність теми. Негативний вплив подій військового часу на перебіг таких поширених хронічних захворювань, як АГ та ішемічна хвороба серця (ІХС) погіршують прогноз пацієнтів, збільшуючи смертність серед осіб з АГ та ІХС в 4–7 разів порівняно з особами, які цих захворювань не мають. Під час воєнних дій відійшли на другий план профілактичні медичні огляди, консультації сімейного лікаря, скринінгові програми. Приблизно 80% цього негативного впливу на пацієнтів можна вирішити за рахунок самовиявлення, самодіагностики і самопомоги для того, щоб розлади психоемоційного стану не вплинули в подальшому на прогресування хвороб, які пов'язані з психічним здоров'ям, а також фізичних хвороб, спровокованих змінами психологічного стану.

Вплив атак на заклади та інфраструктуру охорони здоров'я спричиняють пряму шкоду та їх руйнування, проте мають й ширший вплив на здоров'я цивільного населення: від обмеження доступу до критично важливих ліків аж до суворо обмеженого доступу до охорони здоров'я. За даними Міжнародної організації з міграції, внутрішньо переміщені особи в Україні найчастіше повідомляли про припинення прийому ліків від гіпертонії та серцево-судинних захворювань. ВООЗ повідомила, що респонденти найчастіше називали ліками, які важко отримати, ліки від високого кров'яного тиску та серцево-судинних захворювань (по 49%).

З початком війни в Україні ведення пацієнтів з АГ стало неабиякою проблемою. У перший місяць війни виникла нестача антигіпертензивних препаратів внаслідок логістичних проблем, в масштабах усієї країни. В цей період у багатьох пацієнтів з АГ значно погіршився контроль АТ [1]. І хоча впродовж місяця на підконтрольних Україні територіях вдалося повністю відновити адекватне забезпечення пацієнтів лікарськими засобами, зокрема антигіпертензивними, однак на перший план вийшов негативний вплив стресу на перебіг АГ та ІХС.

В сучасних настановах стрес розглядається як модифікатор ризику серцево-судинних захворювань (ССЗ) і може перекваліфікувати особу в категорію більш високого ризику. Саме тому первинна діагностика депресивних, тривожних, посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у загальній терапевтичній практиці сьогодні є надзвичайно актуальною та акцентує увагу на відновленні адекватної комплексної терапії пацієнтів з АГ в умовах стресу під час війни. Психічні розлади, які пов'язані зі стресом під час військових дій, можуть стати одним з основних внутрішніх бар'єрів в подальшій адаптації людини до післявоєнного життя. Тому на даному етапі необхідний пошук ефективних психологічних моделей і методів консультування, психокорекції та психотерапії ПТСР, створення в Україні спеціальних центрів для надання психологічної допомоги постраждалим, а також прискорена спеціальна підготовка достатньої кількості фахівців для психологічної допомоги учасникам бойових дій (військовослужбовцям і мирному населенню), у яких уже спостерігається або буде спостерігатися ПТСР. Вчасне виявлення та ефективний контроль факторів ризику, застосування прогностомодифікуючих препаратів та діагностика і лікування тривожних і депресивних розладів сприятимуть покращенню прогнозу коморбідних пацієнтів з АГ.

Мета роботи. Визначення ролі середнього медичного персоналу в оптимізації ведення особливої когорти хворих на легку та помірну артеріальну гіпертензію – внутрішньо переміщених осіб, у військовий час та з врахуванням їх психоемоційних та поведінкових реакцій.

Завдання дослідження:

1. проаналізувати особливості перебігу та ведення пацієнтів з артеріальною гіпертензією в стресовому періоді у військовий час;
2. визначити основні напрямки сестринської допомоги у виявленні ознак «українського синдрому» у внутрішньо переміщених осіб;
3. виявити вплив окремих методів психокорекції на зміну самооцінки пацієнтами психологічних та поведінкових реакцій та прогноз

перебігу артеріальної гіпертензії у них завдяки модифікуванню окремих факторів ризику серцево-судинних захворювань.

Об'єкт дослідження – сестринська допомога вимушено переміщеним пацієнтам з легкою та помірною артеріальною гіпертензією.

Предмет дослідження – психоемоційні розлади та поведінкові реакції у пацієнтів з артеріальною гіпертензією у військовий час.

Методи дослідження: вимірювання артеріального тиску, електрокардіографія, визначення маси тіла, анкетування (у формі самозвіту) для вивчення:

- психологічного стану та особливостей комунікації в розрізі медичний працівник-пацієнт в умовах війни;
- «досвіду перебування в зоні бойових дій»
- для доклінічної оцінки змін поведінки та соціального функціонування в умовах війни; а також статистичний математичний аналіз.

Наукова новизна отриманих результатів. Вивчено роль середнього медичного персоналу в оптимізації ведення хворих-внутрішньо переміщених осіб із легкою та помірною артеріальною гіпертензією, –у військовий час та з врахуванням їх психоемоційних та поведінкових реакцій. Продемонстровано важливість застосування різних технік психотерапевтичної корекції, доступних для виконання медичною сестрою, для усунення стресового фактору в прогресуванні артеріальної гіпертензії.

Практичне значення одержаних результатів. Використання простих та легкодоступних опитувальників в роботі медичної сестри дозволить виявити неблагоприємні аспекти психологічних та поведінкових реакцій у внутрішньо переміщених осіб–хворих на артеріальну гіпертензію і застосувати найпростіші та водночас дієві методи психотерапевтичної корекції для оптимізація ведення цих пацієнтів.

Особистий внесок здобувача. Автор кваліфікаційної роботи є основним розробником усіх викладених у роботі положень. За безпосередньою участю автора було проведено анкетування пацієнтів на

артеріальну гіпертензію у обласному госпіталі ветеранів війни Івано-Франківської обласної ради, здійснено дослідну частину, виконано математичний аналіз і узагальнення результатів дослідження.

Публікації. За матеріалами магістерської роботи опубліковано 2 наукові роботи – у фахових виданнях за спеціальністю «Медсестринство» та у збірнику тез:

- Медсестринство
- Збірник тез

Обсяг та структура магістерської роботи. Магістерська робота викладена на 71 сторінках і складається із вступу, огляду літератури, матеріалів і методів дослідження, 1 розділу власних досліджень, аналізу результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаної літератури, який включає 56 джерел.

РОЗДІЛ 1

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ В СТРЕСОВИХ УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО ЧАСУ

1.1. Медичний простір і психологічний супровід українців під час війни

Війна має як прямий, так і опосередкований негативний вплив на стан здоров'я і життя українців. Останній пов'язаний, зокрема з руйнацією медичної інфраструктури, руйнуванням інфраструктури в цілому, впливом на логістичні питання всередині країни, і це змінює усталений ритм життя кожного громадянина України, ускладнює практично всі повсякденні справи. Під час воєнних дій відійшли на другий план профілактичні медичні огляди, консультації сімейного лікаря, скринінгові програми, а до цього ще два роки на це впливала пандемія коронавірусної хвороби.

Щодня українці піддаються ризикам, які негативно впливають на умови життя кожного з нас. Адже коли постійні тривоги та обстріли - людина не думає про те, чи не пропустить скринінговий візит, черговий візит до свого сімейного лікаря, чи вчасно зробить профілактичні щеплення. Все це в комплексі призводить до того, що ті хвороби, які медики виявляли на ранніх стадіях, будуть виявлятися потім вже на запущених стадіях. Як наслідок - лікування може бути довготривалішим, дороговартіснішим, а інколи й неефективним через те, що досить пізно виявляються ті чи інші хвороби. А проблеми з доступністю лікарських засобів в певних регіонах, зокрема, до програми «Доступні ліки», через ті ж причини та інші опосередковані фактори призводило до того, що люди не вживали профілактичних лікарських засобів, зокрема, для зниження артеріального тиску. Це, в свою чергу, призводитить до гіпертонічних кризів, інфарктів, інсультів. Отже, медики будуть зіштовхуватися з подібними проблемами після перемоги ще

не один рік, і навіть десятків років. До того ж ще є вплив війни і стресових факторів на психоемоційний стан кожної людини. Тому стає важливим, чи держава справиться з проблемами впливу на психічне здоров'я; наскільки вчасно та якісно реалізовуватиметься національна програма психологічної підтримки і психосоціального супроводу. Приблизно 80% цього негативного впливу на пацієнтів можна вирішити за рахунок самовиявлення, самодіагностики і самопомоги для того, щоб розлади психоемоційного стану не вплинули в подальшому на прогресування хвороб, які пов'язані з психічним здоров'ям, а також фізичних хвороб, спровокованих змінами психологічного стану.

Коли відбулося повномасштабне вторгнення російської федерації на територію України, запустили єдиний медичний простір, який поєднував військову медичну систему і цивільну медичну систему в одну. Завдяки цьому запрацювала система по евакуаційних маршрутах, щоб надавати допомогу всім, хто її потребує, з пріоритетом на допомогу пораненим військовим.

Медичні працівники, які 24 лютого вийшли на роботу, своєю мужністю проявили такий героїзм, яким сьогодні пишається весь світ. Адже медична система - це сфера, яка не працюватиме без людського фактору, і ухвалені рішення все рівно повинні реалізовуватися людьми – лікарями, медичними сестрами, санітарками. З перших днів війни всі вони були на роботі. На чергування бригад екстреної медичної допомоги вийшло, напевно, більше людей, ніж зазвичай виходить. Це надихає. Разом з тим, виявлялися проблеми, напевно, в кожному куточку нашої країни.

За даними Міжнародної організації з міграції, внутрішньо переміщені особи в Україні найчастіше повідомляли про припинення прийому ліків від гіпертонії та серцево-судинних захворювань. ВООЗ повідомила, що респонденти найчастіше називали ліками, які важко отримати, ліки від високого кров'яного тиску та серцево-судинних захворювань (по 49%).

Вторгнення Росії спричинило значне зростання психологічної шкоди та страждань для всіх верств населення України. Розлади психічного здоров'я, включаючи високу поширеність депресії, розлади, пов'язані з вживанням алкоголю, і самогубства, вже були другою основною причиною інвалідності в країні, вражаючи до 30 відсотків населення. Зараз майже 10 мільйонів людей потенційно можуть бути під загрозою таких психічних розладів, як гострий стрес, тривога, депресія, вживання психоактивних речовин або посттравматичний стресовий розлад. Примітно, що ця цифра виключає зростання ветеранського населення України: станом на травень 2022 року майбутня кількість ветеранів оцінювалася у п'ять мільйонів, що більш ніж у п'ять разів більше, ніж довоєнний рівень. ^[51] Ветерани відчують розлади психічного здоров'я, посттравматичний стрес та інші проблеми зі здоров'ям, у значно непропорційній мірі порівняно з цивільним населенням.

1.2 Особливості перебігу та ведення пацієнтів з артеріальною гіпертензією в стресовому періоді

Практично третина населення України мають підвищений артеріальний тиск (АТ) та інші класичні фактори серцево-судинного ризику, що обумовлює високу частоту ускладнень з боку серця, мозку, нирок. Перебіг артеріальної гіпертензії (АГ) залежить від багатьох зовнішніх і внутрішніх причин, значно погіршуючись за наявності коморбідної патології. Незаперечним є негативний вплив подій військового часу на перебіг таких поширених неінфекційних хронічних захворювань, як АГ та ішемічна хвороба серця (ІХС). Така грізна комбінація патологій і в мирний час чинить дуже негативний вплив на прогноз пацієнтів, збільшуючи смертність серед осіб з АГ та ІХС в 4–7 разів порівняно з особами, які цих захворювань не мають. Слід відзначити, що в сучасних настановах [16] стрес розглядається як модифікуючий компонент в розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ). Це означає, що у разі

сумнівів щодо визначення категорії ризику ССЗ наявність стресорних факторів може перекваліфікувати особу в категорію більш високого ризику. Для оцінки серцево-судинного ризику у пацієнтів з АГ враховується ступінь підвищення АТ, наявність факторів ризику та ураження органів-мішеней, а також, як і в загальній популяції, наявність атеросклеротичних ССЗ. Депресія та тривога асоційовані зі зростанням ризику виникнення інфаркту міокарда, інсульту й випадків раптової коронарної смерті. Недостатньо ефективний контроль АТ є провідним чинником прогресування інших хронічних захворювань. Досягнення та збереження цільового АТ є важливою умовою покращення прогнозу пацієнтів з АГ, а в поєднанні з іншими хронічними захворюваннями це набуває особливої актуальності.

В європейських настановах критерієм зниження АТ в межах 120–130/70–80 мм рт.ст. є вік до 70 років, тоді як в американських — ступінь ризику ССЗ: такого рівня АТ рекомендовано прагнути, якщо ризик високий і дуже високий. Щодо старту лікування, європейські настанови рекомендують комбіновану терапію, американські пропонують починати з монотерапії, якщо АТ знаходиться в межах 130–150/80–90 мм рт.ст.

З початком війни в Україні ведення пацієнтів з АГ стало неабиякою проблемою. У перший місяць війни виникла нестача антигіпертензивних препаратів внаслідок логістичних проблем, в масштабах усієї країни. В цей період у багатьох пацієнтів з АГ значно погіршився контроль АТ [1]. Втрата контролю над важливими факторами СС-ризiku - АТ, глюкоза крові, холестерин ліпопротеїнів низької щільності, з великою ймовірністю матиме як короткострокові, так і віддалені наслідки щодо розвитку СС-катастроф.

І хоча впродовж місяця на підконтрольних Україні територіях вдалося повністю відновити адекватне забезпечення пацієнтів лікарськими засобами, зокрема антигіпертензивними, однак на перший план вийшов негативний вплив стресу на перебіг АГ та ІХС.

Загалом в умовах воєнного конфлікту у пацієнтів із АГ, особливо у внутрішньо переміщених осіб, виникає ціла низка проблем:

- кардинальна зміна способу життя та необхідність швидкої адаптації до нових умов;
- зміна звичок: зниження рівня фізичної активності, яка обмежена через часткове зменшення простору пересування та погіршення безпеки;
- відновлення паління та збільшення споживання алкоголю;
- обмежений доступ до харчування з ризиком гіпоглікемій;
- монотонні будні та щоденні труднощі також можуть призвести до втрати здатності реально оцінювати рівень безпеки та стан свого здоров'я;
- негативний вплив стресу на контроль АТ, ХС ЛПНЩ;
- несвоєчасна діагностика, яка збільшує ризик розвитку тяжких кардіальних, мозкових та ниркових ускладнень АГ.

Враховуючи вплив дистресу в умовах військового стану на перебіг та прогноз пацієнтів з АГ, потрібно забезпечити вчасну діагностику та лікування тривожних і депресивних розладів. В науковій літературі наведено дані, які вказують на те, що серед пацієнтів з резистентною АГ, клінічно значущі симптоми депресії були діагностовані у 21 %, а тривоги — у 17 % [11]. Крім того, більш старший вік та жіноча стать є факторами ризику розвитку депресії та посттравматичного стресового розладу, які є незалежними чинниками ССЗ [15]. Депресія та тривога асоційовані зі зростанням ризику виникнення інфаркту міокарда, стенокардії й випадків серцево-судинної смерті. Так, у пацієнтів, які не мали в анамнезі атеросклеротичних ССЗ, наявність депресії підвищує частоту розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС) у 1,3–1,5 раза, а тривога асоціюється з підвищенням ризику розвитку ІХС на 26–41 % та інших ССЗ — на 52 % [6]. При цьому не тільки патофізіологічні механізми прогресування атеросклерозу, а й поведінкові особливості (зниження прихильності до лікування або повна відмова від нього) сприяють зростанню ризику ССЗ [8].

Крім того, у дослідженні в пацієнтів з неконтрольованою АГ ПТСП було визначено як фактор ризику неприхильності до лікування [3]. При цьому встановлено чіткий лінійний зв'язок між тяжкістю ПТСП та ступенем неприхильності до антигіпертензивної терапії. Саме тому первинна діагностика депресивних, тривожних, посттравматичних стресових розладів у загальній терапевтичній практиці є сьогодні вельми актуальною.

Оскільки фактор, що викликав стрес, може діяти довго, то й надмірне споживання їжі може спостерігатися протягом тривалого періоду, що далі може призвести до зміни маси тіла та підвищення ступеня АГ з критичними наслідками.

Т.Г. Вознесенська описує можливі відхилення харчової поведінки [4]. Екстернальна харчова поведінка, на її думку, пов'язана з підвищеною чутливістю до зовнішніх стимулів споживання їжі: люди з такою поведінкою їдять не у відповідь на внутрішні стимули (рівень глюкози й вільних жирних кислот у крові, порожній шлунок і т.д.), а на зовнішні: вітрина продуктового магазину, гарно накрытий стіл, вигляд людини, яка їсть, реклама харчових продуктів тощо. Емоціогенна харчова поведінка характеризується тим, що стимулом до приймання їжі є не голод, а емоційний дискомфорт. Продукти харчування для людей з емоціогенною харчовою поведінкою є своєрідними ліками, оскільки дійсно дають їм не тільки насичення, але й заспокоєння, задоволення, релаксацію, знімають емоційне напруження, підвищують настрій. Емоціогенна харчова поведінка може проявлятися як компульсивне переїдання та як синдром нічної їжі. Компульсивна харчова поведінка проявляється як короткі повторювані напади переїдання, що тривають не більше двох годин. Під час такого нападу людина їсть набагато більше й значно швидше звичайного. Синдром нічної їжі відмічається рідше й спостерігається в людей з ожирінням. Він супроводжується трьома симптомами: відсутністю апетиту вранці, підвищенням апетиту та переїданням ввечері та вночі, а також

порушенням сну. Обмежувальна харчова поведінка полягає в харчовому самообмеженні, дотриманні суворої дієти. Такої дієти неможливо дотримуватися тривалий час, і зазвичай їй на зміну приходять періоди вираженого переїдання. Отже, такі види харчової поведінки, як екстернальна, емоціогенна та обмежувальна, слід відносити до категорії «порушення харчової поведінки» [13].

В підсумку слід зазначити про необхідність акцентувати увагу на відновленні адекватної комплексної терапії пацієнтів з АГ в умовах стресу під час війни. Вчасне виявлення та ефективний контроль факторів ризику, застосування прогноз-модифікуючих препаратів та діагностика і лікування ПТСР, тривожних і депресивних розладів сприятимуть покращенню прогнозу коморбідних пацієнтів з АГ.

1.3 Особливості психологічних та поведінкових розладів під впливом стресу у мирного населення у військовий час

Вільну чи мимовільну участь у військових діях можна розглядати як стресову подію виняткового характеру, яка може викликати загальний дистрес практично у будь-якої людини. Причому, на відміну від багатьох інших стресових ситуацій, участь у війні формує психічні травми з віддаленими наслідками [1].

Перебування на війні і безпосередня участь у бойових діях супроводжується комплексним впливом наступних чинників:

- ясно усвідомлюване почуття загрози для життя, так званий “біологічний страх смерті”, а також страхи поранення, болі, інвалідизації;
- ні з чим не порівнянний стрес, що виникає у безпосереднього учасника бою; психоемоційний стрес, пов’язаний із загибеллю товаришів по зброї;
- психоемоційний стрес, пов’язаний з необхідністю вбивати інших людей;
- вплив специфічних чинників бойової обстановки (дефіцит часу, прискорення темпу дій, раптовість, невизначеність, новизна);

- негаразди і обмеження в умовах бойових дій (нерідко відсутність повноцінного сну, дефіцит води та харчування);
- іноді незвичайний для учасника війни клімат і рельєф місцевості (гіпоксія, спека, підвищена інсоляція та ін.) [11].

Психічні розлади, які пов'язані зі стресом під час військових дій, стають надалі одним з головних внутрішніх бар'єрів на шляху подальшої адаптації до повоєнного життя. При цьому після повернення до мирної обстановки на посттравматичні стресові розлади (ПТСР), які пов'язані з попередньою участю в бойових діях, нашаровуються нові психічні розлади, які обумовлені вже тривалою соціальною дезадаптацією учасників бойових дій після повернення з війни. Останні, як правило, стикаються з нерозумінням, засудженням, складнощами в спілкуванні і професійному самовизначенні, з проблемами у сфері фінансів, освіти, створення або збереження сім'ї, сексуального життя тощо [8].

З урахуванням того, що в Україні до 2014 року у мирного населення та переважної кількості військовослужбовців не було практики участі в масованих бойових діях, то, відповідно, у багатьох українських фахівців з психологічної допомоги також був відсутній практичний досвід як психологічної діагностики, так і психологічного консультування, психокорекції, психотерапії, фармакотерапії при ПТСР. [12].

Для постановки діагнозу посттравматичного стресового розладу необхідно виявити не менше трьох з перерахованих симптомів. З симптомів підвищеної активації (інсомнія, дратівливість, підвищена збудливість, посилений стартл-рефлекс) мають бути присутні принаймні два. Діагноз посттравматичного стресового розладу встановлюється тільки в тому випадку, якщо відмічені симптоми зберігаються не менше місяця. [10].

До поведінкових особливостей постраждалих відносяться конфліктність в сім'ї, з родичами, колегами по роботі, спалахи гніву, зловживання алкоголем і наркотиками. Крім того, зазначаються: нестійкість психіки, при якій навіть самі незначні втрати, труднощі штовхають людину на

самогубство; боязнь нападу ззаду; почуття провини за те, що залишився живий; ідентифікація себе з убитими. [8].

До інших психічних явищ, які спостерігаються у ВПО, відносяться: стан песимізму; відчуття занедбаності; недовіра; нездатність говорити про війну; втрата сенсу життя; невпевненість у своїх силах; відчуття нереальності того, що відбувалося на війні; почуття, що “я загинув на війні”; відчуття неможливості впливати на актуальний хід подій; нездатність бути відкритим у спілкуванні з іншими людьми; тривожність; потреба мати при собі зброю; неприйняття ветеранів інших війн; негативне ставлення до представників влади; бажання зігнати на кому-небудь злість за те, що був посланий на війну, і за все, що там відбувалося; ставлення до жінок тільки як до об’єкта задоволення сексуальних потреб; схильність брати участь у небезпечних “пригодах”; спроба знайти відповідь на питання, чому загинули твої друзі, а не ти [13; 14].

Таким чином, психічні розлади, які пов’язані зі стресом під час військових дій, стають надалі одним з головних внутрішніх бар’єрів на шляху подальшої адаптації людини до повоєнного життя. Тому на даному етапі необхідний пошук ефективних психологічних моделей і методів консультування, психокорекції та психотерапії ПТСР, створення в Україні спеціальних центрів для надання психологічної допомоги постраждалим, а також прискорена спеціальна підготовка достатньої кількості фахівців для психологічної допомоги учасникам бойових дій (військовослужбовцям і мирному населенню), у яких уже спостерігається або буде спостерігатися ПТСР.

1.4 Виявлення палітри ознак «українського синдрому» у внутрішньо переміщених осіб

Останні десятки років побутує «в’єтнамський синдром», який об’єднував людей, на чію психіку вплинули події війни у В’єтнамі. За аналогією – «афганський синдром», «чеченський синдром»... А зараз у

психологічному середовищі з'явився термін «український синдром». У жовтні 2022 року в м. Рівне відбулася V Міжнародна науково-практична конференція «2022 — World Mental Health Day», яку було присвячено проблематиці медико-психологічної реабілітації та соціальної адаптації учасників бойових дій і вимушених переселенців в Україні. Там вперше прозвучало поняття «Феномен «українського синдрому» в контексті медико-психологічної реабілітації та соціальної адаптації учасників бойових дій і вимушених переселенців в Україні та розглядалися питання соціально-поведінкового та клініко-психологічного дослідження вимушених переселенців та мігрантів.

Насправді «український синдром» є результатом будь-якої психічної травми: війни, стихійного лиха, нещасного випадку, каліцтва, насильства (сексуального чи побутового). Український синдром – це певний поведінковий патерн адаптації та індивідуальна позиція українця щодо російсько-української війни [24]. Травматичний досвід війни серед цивільного населення варіюється від ув'язнення в таборах, переміщення, примусового розлучення з сім'єю, включно з розлученням батьків з дітьми, фізичних тортур і свідків надзвичайного насильства [1].

У той час як діючий військовий персонал зазвичай проходить напружений процес відбору та навчання стійкості, цивільні особи в зоні бойових дій або як біженці та шукачі притулку піддаються більшому ризику несприятливих наслідків для психічного здоров'я [14].

Відомо, що у біженців і ветеранів війни часто розвиваються нервово-психічні захворювання, включаючи депресію, ПТСР і тривожні розлади, які, як правило, залишають тривалий шрам і впливають на систему емоційної реакції. Стрес зсуву, травму та психічний зрив через нічне переміщення, розлуку сім'ї та вбивство друзів і сімей неможливо описати достатньо. Жертвам часто потрібні роки підтримки психічного здоров'я, оскільки вони борються з проблемами сну, повторюваними спогадами, тривогою, горем і гнівом. Кожен розвиває свій механізм подолання, який

може включати залежність чи тривалу залежність від алкоголю, наркотиків, насильства або азартних ігор. Висока поширеність психічних розладів під час війни та після неї вказує на беззаперечну необхідність обстеження тих, хто потребує лікування. Для медичних працівників надзвичайно важливо визначити такі вразливі групи, які схильні до розвитку нервово-психічних захворювань і пов'язаних з ними факторів ризику. Чотирнадцять факторів ризику (згрупованих у 4 основні категорії), що стосуються розвитку психіатричних розладів у дорослих біженців війни, були визначені в попередніх дослідженнях. Вкрай важливо розробити та впровадити ефективні та доступні міжгалузеві моделі спільної допомоги та терапії, що в першу чергу залежить від сімейних лікарів та лікарів первинної медичної допомоги в зонах конфлікту.

Для біженців і внутрішньо переміщених осіб, які змогли втекти з регіонів, охоплених війною, загальною рисою є недостатня обізнаність щодо послуг психічного здоров'я, дискримінація, маргіналізація, відмінності в підходах до охорони здоров'я, мовні та інтерпретаційні бар'єри, а також погляди батьків або родичів на західну діагностику. Ці парадигми залишаються важливими проблемами, які потребують вирішення. Фінансові та матеріально-технічні питання також залишаються невирішеними. Переважна більшість (90%) цих біженців – жінки з дітьми, адже на захист України покликані чоловіки віком від 18 до 60 років. Кількість біженців (10% від загальної чисельності населення країни) супроводжується ще більшою часткою внутрішньо переміщених осіб (6,5 млн осіб за даними УВКБ ООН на середину березня 2022 р.) [24]. Загалом ми говоримо про понад одинадцять мільйонів людей (тобто понад чверть усього населення), які були змушені терміново залишити свої домівки, щоб уникнути ризиків війни, протягом одного місяця.

Ймовірно, ще серйознішим є питання виявлення, оцінки та догляду за психологічно травмованими людьми, які залишилися на території України. Незалежно від того, чи є вони учасниками бойових дій, чи вимушеними

переселенцями [11], [12], [17], вітчизняне психологічне співтовариство має мобілізувати себе, для надання їм адекватної психологічної допомоги.

Медичні працівники теж перебувають у стресових умовах, переживаючи всі негативні наслідки війни. Але їхня роль ще складніша, оскільки вони мають усвідомити власні емоції, взяти їх під контроль і надавати допомогу своїм пацієнтам. Це дуже нелегко - залишатися зібраним/ою у такій непростій ситуації, щоб допомагати людям, які цього потребують. Існують прості правила, які роблять комунікацію із пацієнтом продуктивною і пов'язані вони з емпатією. Емпатія – це здатність людини розуміти почуття іншої людини та вміти про це повідомити і підтримати свого співрозмовника.

Люди, які вимушені були залишити свої домівки, можуть бути більш схильними до необґрунтованих проявів власних емоцій чи навіть вдаватися до вчинків, які є невластивими для них за нормальних умов. Це може позначатись на взаємодії із представниками сфери охорони здоров'я, до яких переміщені особи звертаються за медичною допомогою, та навіть спричиняти напруженість у відносинах між ними.

Спільні зусилля з налагодження комунікації допоможуть відновити довіру людей один до одного. Війна багатьом українцям дає як досвід болю, так і піклування. Медичні працівники своїми зусиллями навряд чи зможуть зупинити отримання больового досвіду, проте здатні навчати, як з ним справлятися, тим самим примножуючи піклування і турботу.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Загальна характеристика обстежених

Робота виконана на кафедрі внутрішньої медицини №1 Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України та грунтувалася на проведенні комплексного, клінічного та психологічного обстеження 45 хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію (АГ) 1 та 2 ступенів. Пацієнти перебували на діагностиці, лікуванні та реабілітації в КНП "Обласний госпіталь ветеранів війни Івано-Франківської обласної ради". Комплексне обстеження хворих проводилось у перші 5 днів їх перебування в терапевтичному відділенні, і/або при зверненні на прийом до терапевта, невропатолога, психолога в поліклінічному відділенні, і/або в реабілітаційному відділенні. Набір пацієнтів проводився з березня 2022 року по березень 2023 року. Включені в дослідження пацієнти – це внутрішньо переміщені особи (переселенці), повнолітні (віком від 18 років) громадяни України, які до 24 лютого 2022 року проживали на території України, контрольованої владою України (з Чернігівської, Донецької, Харківської, Київської, Луганської, Миколаївської, Сумської, Вінницької, Запорізької та Житомирської областей); до вибірки не увійшли жителі територій, які до 24 лютого 2022 року тимчасово не контролювались владою України (АР Крим, м. Севастополь, окремі райони Донецької та Луганської областей), і громадяни, які виїхали з країни після 24 лютого 2022 року.

АГ встановлювали на підставі анамнезу захворювання та скарг пацієнтів, даних медичної документації - згідно критеріїв оновлених клінічних рекомендацій Міжнародного товариства гіпертензії (International

Society of Hypertension — ISH, 2020), клінічної настанови 2018 Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension [398] і клінічної настанови Державного Експертного Центру Міністерства Охорони Здоров'я України та Асоціації Кардіологів України «Артеріальна гіпертензія», затвердженої в 2017 році [4].

В дослідження увійшли пацієнти із верифікованим діагнозом первинної АГ (критерій включення), за умови відсутності заздалегідь відомих ендокринних захворювань, порушень функції нирок, хронічного обструктивного захворювання легень. Діагноз ГХ був встановлений на основі скарг хворих, даних анамнезу, фізикального обстеження, лабораторних та інструментальних методів дослідження, згідно з наказом МОЗ України від № 384 від 24.05.2012 [46], з урахуванням доповнень Української Асоціації кардіологів із профілактики та лікування АГ (2017) [4].

У дослідження не включали пацієнтів із вираженими ознаками серцевої недостатності, використовуючи пробу з шестихвилинною ходьбою в індивідуальному режимі (відповідно до рекомендацій Української асоціації кардіологів (2014) для виключення хворих із серцевою недостатністю).

З метою оцінки якості життя виявляли такі фактори ризику: паління, зловживання алкогольних напоїв, малорухомий спосіб життя, надлишкова вага та ожиріння, вживання надмірної (>3,5 г на добу) кількості солі, наявність обтяженої спадковості за АГ.

Ступінь підвищення АТ був встановлений на основі інструментальних методів дослідження згідно з рекомендаціями Асоціації кардіологів України (2017). За рекомендаціями чинної Клінічної настанови «Артеріальна гіпертензія» (2017), рекомендованої Асоціацією кардіологів України [4], межі офісного артеріального тиску рекомендовано вважати наступними (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Визначення та класифікація офісних показників артеріального тиску(мм рт.ст.)

Категорія	Систолічний		Діастолічний
Оптимальний	<120	і	<80
Нормальний	<130	і/чи	<85
Високий нормальний	130–139	і/чи	85–89
АГ 1 ступеня	140–159	і/чи	90–99
АГ 2 ступеня	160–179	і/чи	100–109
АГ 3 ступеня	≥180	і/чи	110
Ізольована систолічна АГ	≥140	і	<90

Примітка: категорія артеріального тиску (АТ) визначається за найвищим значенням, або систолічного або діастолічного.

Також для визначення артеріальної гіпертензії користувались наступними критеріями підвищення АТ (табл. 2.2), рекомендованими Асоціацією кардіологів України (2017) та представленими в Клінічній настанові «Артеріальна гіпертензія» [4].

Таблиця 2.2

Визначення артеріальної гіпертензії за офісним та позаофісним значенням артеріального тиску (мм.рт.ст.)

Категорія	Систолічний АТ		Діастолічний АТ
Офісний АТ	≥140	та/чи	≥90
Амбулаторний АТ			
- денний	≥135	та/чи	≥85
- нічний (сон)	≥120	та/чи	≥70
Добовий	≥130	та/чи	≥80
Домашній АТ	≥135	та/чи	≥85

Усім хворим запропоновано базову терапію відповідно до рекомендацій уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія» [66] та Української асоціації кардіологів щодо профілактики та лікування АГ [4].

Серед осіб, включених у дослідження, чоловіків було 19 (48,9 %), жінок – 26 (51,1 %). Переважання серед обстежених хворих з АГ 2 ступеня в гендерній структурі жінок в ході дослідження обумовлено не лише більшим поширенням АГ серед осіб жіночої статі, а й мобілізацією чоловіків з початком війни.

Залежно від ступеня АГ усі пацієнти були розподілені за ступенем підвищення АТ: із АГ 1-го ступеня було 22 особи, з АГ 2-го ступеня 23 особи (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

**Розподіл хворих на артеріальну гіпертензію 1-2 ступенів
залежно від статі пацієнтів**

Стадія АГ	АГ 1-го ступеня (n=22)		АГ 2-го ступеня (n=23)	
	п	%	п	%
Чоловіки	13	59,1	9	39,1
Жінки	9	40,9	14	60,9
Усього	22	100	23	100

За даними таблиці 2.3 у дослідженні діагностована АГ 1 ступ. частіше у чоловіків, ніж у жінок (59,1 % та 40,9 %), із АГ 2 ступ. навпаки: було більше жінок (60,9 %), проте така гендерна різниця була недостовірною ($p > 0,05$).

Вік хворих коливався від 29 до 68 років і в середньому складав у пацієнтів з АГ 1 ст (42,5±1,33) року, у пацієнтів з АГ 2 ст – (51,3±1,96) року (табл. 2.4).

Згідно рекомендацій Комітету експертів ВООЗ (2015) хворих розподілили на вікові групи: молодий вік (25-44 роки), середній вік (45-60 років), похилий вік (60-75 років). Серед обстежених пацієнтів молодий вік (25-44 років) спостерігався у 14 (31,2 %) осіб; середній вік (44-60 років) спостерігався у 27 (60 %) осіб і похилий вік у 4 (8,8 %) [405].

За даними табл. 2.4, АГ 1 ступ. діагностувалася у 36,3 % пацієнтів молодого віку та 26,1 % пацієнтів середнього віку, натомість у пацієнтів із АГ 2 ступ., відповідно у 63,7% та 56,5 % випадків, і також в 17,4 % пацієнтів похилого віку. Отже, АГ 1 і 2 ступ. достовірно частіше трапляється в пацієнтів середнього віку, тоді як в похилому віці діагностується виключно АГ 2 ступ.

Такі статистичні виклади засвідчують, що АГ 1 і 2 ступеня є проблемою в осіб працездатного віку, що впливає не тільки на стан здоров'я, але й є соціальною проблемою.

Тривалість АГ 1 ступеня в середньому складала (4,36±0,35) років; АГ 2 ступеня – (7,89±0,92) років.

Таблиця 2.4

Розподіл хворих на артеріальну гіпертензію 1 та 2 ступенів залежно від віку пацієнтів, %

Стать вік, роки	АГ 1 ступеня, n=22 (100 %)				АГ 2 ступеня, n=23 (100 %)			
	чоловіки		жінки		чоловіки		жінки	
	n	%	n	%	n	%	n	%
25-44	5	22,7	3	13,6	2	8,7	4	17,4
45-60	8	36,4	6	27,3	5	21,7	8	34,8
60-75					2	8,7	2	8,7

За даними, представленими у табл. 2.5, простежено розподіл хворих на АГ 1-2 ступ. залежно від тривалості захворювання.

Тривалість захворювання за даними медичної документації в межах 1-5 років мала місце в 68,2 % хворих із АГ 1 ступ. та 17,4 % пацієнтів із АГ 2 ступ. У майже четвертій частини пацієнтів 1 ступ. (22,8 %) та в майже половини пацієнтів 2 ступ. (47,8%) артеріальна гіпертензія фіксувалась від 5 до 7 років. Лише у 9,1 % пацієнтів довше 7 років утримувалась АГ 1 ступ. Отже, із подовженням анамнезу захворювання довше 5-ти років достовірно частіше виявляли прогресування АГ до 2 ступ. ($p < 0,05$).

Таблиця 2.5

Розподіл обстежених хворих залежно від тривалості АГ, %

АГ	АГ 1 ступеня n=22		АГ 2 ступеня, n=23		Усього, n=45	
	n	%	n	%	n	%
тривалість						
1-5 років	15	68,2	4	17,4	19	42,2
5-7 років	5	22,8	11	47,8	16	35,6
>7 років	2	9	8	34,8	10	22,2

Групу порівняння склали 20 пацієнтів на АГ 1-2 ступеня без супутньої іншої серцевої патології, надлишкової маси тіла, та які в подальшому не отримували додаткового психологічного тренінгу в якості немедикаментозного лікування АГ. Серед яких було 9 (45,00 %) чоловіків та 11 (55,00 %) жінок віком від 30 до 60 років. Середній вік пацієнтів склав $(42,58 \pm 3,45)$ роки, серед них було 8 (40 %) пацієнтів молодого і 12 (60 %) – середнього віку. Контрольна група за статтю, віковими характеристиками була репрезентативною щодо основної дослідної групи.

Методи дослідження

При обстеженні пацієнтів використовувались традиційні клінічні методи, якими володіє медична сестра в тому числі: вивчення скарг, анамнезу хвороби та анамнезу життя, загальноприйняте фізикальне обстеження, електрокардіографія. Вивчали також частоту серцевих скорочень (ЧСС), рівні систолічного (САТ) та діастолічного (ДАТ) артеріального тиску. Вимірювання АТ здійснювали за традиційною методикою [86, 379].

Для виконання кваліфікаційної роботи використовувалися прості та загальнодоступні методи, що не вимагають надмірного зусилля:

- анкетування (згідно розробленого і запропонованого автором дослідження) опитувальника для вивчення психологічного стану та особливостей комунікації в розрізі медичний працівник-пацієнт в умовах війни (у формі самозвіту згідно проекту USAID за Підтримки реформи охорони здоров'я) (таб. 2.6);

- анкетування «досвіду перебування в зоні бойових дій» (таб. 2.7, таб. 2.8), розробленого Віталієм Луновим [];

- анкетування для проведення доклінічної оцінки змін поведінки та соціального функціонування в умовах війни (таб. 2.9, таб. 2.10).

Таблиця 2.6

Опитувальник для вивчення психологічного стану та особливостей комунікації медичного працівника і пацієнта

ПЕРЕЖИВАННЯ (ВІДЧУТТЯ) ЛЮДИНИ, яка вимушена була залишити свою домівку						
Ознака	Характеристика ознаки	Оцінка за шкалою, бали				
		-1	0	1	2	3
Негаразди в родині	діти стали агресивними та неслухняними; погіршились стосунки із					

	партнером					
Переживання за близьких	що наразі боронять країну, або перебувають в зоні активних бойових дій чи на тимчасово окупованих територіях					
Страх втрати	власного житла через війну					
Нав'язливі спогади та сновидіння	про пережиті життєві труднощі, досвід фізичного та/або психологічного насилля, якого зазнала сама особа, чи стала його свідком					
Відсутність навичок	необхідних для пристосування до незвичних умов					
Брак інформації	щодо подій, які відбуваються у місці проживання, яке довелося покинути					
Відсутність розуміння	стосовно того, що буде у майбутньому/ негативне сприйняття власного майбутнього					
Дефіцит спілкування						
Побутова невлаштованість	погане харчування, незадовільні умови					

ь	проживання тощо					
Неоптимальна організація вільного часу і відпочинку	порушений сон, неможливість зайнятися улюбленою справою					
Недоступність медичної, психологічної та інших видів допомоги	або відсутність інформації про те, як їх отримати					
Поведінкові реакції						
Дратівливість						
Агресія						
Тривожність						
Байдужість						
Відчуженість/ відстороненість						
Пригніченість, сум						
Знижений контроль над проявами емоцій (зриви на крик тощо)						

Примітка: бал «-1» означає, що ця ознака була раніше мені притаманна, а зараз зникла, або не турбує). я; «0» – я її практично не відчуваю, або вона відсутня; «1» – певні ознаки є, але вони істотно не впливають на життя і самопочуття; «2» – прояв цієї ознаки сильний; «3» – я відчуваю себе виснаженим і неорганізованим.

Таблиця 2.7

Опитувальник досвіду перебування в зоні бойових дій

ЗАПИТАННЯ	ТАК	НІ
<i>«Чи були Ви в зоні бойових дій через війну Росії в Україні (станом на 24.02.2022)?»</i>		
<i>«Чи були Ви раніше в зоні бойових дій (до 24.02.2022)?»</i>		
<i>«Чи стикалися Ви з руйнуванням житла, майна тощо?»</i>		
<i>«Чи стикалися Ваші родичі та члени родини з руйнуванням житла, майна тощо?»</i>		
<i>«Чи стикалися люди з вашого найближчого оточення з руйнуванням житла, майна тощо?»</i>		
<i>«Чи отримували Ви внаслідок бойових дій інвалідність, тілесні ушкодження, тілесні ушкодження тощо?»</i>		
<i>«Чи отримали Ваші рідні та близькі внаслідок бойових дій інваліди, тілесні ушкодження, тілесні ушкодження тощо?»</i>		
<i>«Чи мали люди з вашого близького оточення інвалідність, тілесні ушкодження, тілесні ушкодження тощо внаслідок бойових дій?»</i>		

Таблиця 2.8

Щодо внутрішнього вимушеного переміщення та міграції			
<i>Запитання обстежуваному</i>	Змушені залишити свої домівки	Спочатку пішли з дому, але спланували повернення додому	Постійно переїжджають з одного міста в інше
<i>«Чи були ви змушені покинути свій дім у пошуках безпечного місця проживання?»</i>			
<i>«Чи виїхали члени вашої родини за кордон?»</i>			

Самооцінка пацієнтами психологічних та поведінкових змін, які вони пережили під впливом російсько-української війни в період повномасштабного російського вторгнення з 24 лютого 2022 р.

Таблиця 2.9

Шкала доклінічної оцінки змін поведінки та соціального функціонування					
<i>Запитання обстежуваному</i>	Оцінка за шкалою, бали				
	-1	0	1	2	3
<i>«У мене з'явилися нові соматичні (фізичні) симптоми»</i>					

<i>«Мої пізні соматичні (фізичні) симптоми посилилися»</i>					
<i>«Мої пізні соматичні (фізичні) симптоми зникли»</i>					
<i>«Нав'язливість думок, звивистість».</i>					
<i>«Ступор »</i>					
<i>«Вимушеність дій і вчинків»</i>					
<i>«Фобія»</i>					
<i>«Тривога»</i>					
<i>«Депресивний стан»</i>					
<i>«Безсоння»</i>					
<i>«Проблем із засипанням»</i>					
<i>«Проблеми зі стабільністю сну»</i>					
<i>«Кошмари»</i>					
<i>«Проблеми з пробудженням від сну»</i>					

Таблиця 2.10

Соціальні навички та функціонування обстежених у стосунках					
Запитання обстежуваному	Оцінка за шкалою, бали				
	-1	0	1	2	3
<i>«Я втратив свої соціальні навички та функції»</i>					
<i>«Я набув нових соціальних</i>					

<i>навичок і функцій»</i>					
<i>«Конфлікти з членами сім'ї»</i>					
<i>«Конфлікти з друзями»</i>					
<i>«Конфлікти з колегами»</i>					

Шкала доклінічної оцінки змін поведінки та соціального функціонування (оцінка за шкалою: «-1» означає, що ця ознака мені притаманна раніше, а зараз зникла, або не турбує). я; «0» – я його практично не відчуваю, або він відсутній; «1» – певні ознаки є, але вони істотно не впливають на життя і самопочуття; «2» – прояв цієї ознаки сильний; «3» – я відчуваю себе виснаженим і неорганізованість).

Статистична обробка отриманих результатів проводилась з допомогою комп'ютерної програми STATISTIKA-8 та пакету статистичних функцій програми "Microsoft Excel" на персональному комп'ютері, застосовуючи статистичний метод аналізу. Вираховували середню арифметичну величину M , середню помилку середньої арифметичної m , число варіант (n), вірогідність різниці двох середніх арифметичних « r ». Двобічні величини $p < 0,05$ оцінювали достовірними.

Розподілення вибірки обстежених пацієнтів і схеми застосування лікувальних комплексів

В якості базової терапії АГ обстеженим пацієнтам було запропоновано схеми лікування, співзвучні основним рекомендаціям ESC/ESH з артеріальної гіпертензії 2018 року: призначали комбінацію інгібіторів АПФ або блокаторів рецепторів ангіотензину (БРА) в поєднанні з блокаторами кальцієвих каналів і/або тiazидними або тiazидоподібними сечогінними препаратами. Вказані схеми антигіпертензивної терапії відповідали прийнятим положенням клінічної настанови Державного Експертного Центру Міністерства Охорони Здоров'я України та Асоціації

Кардіологів України «Артеріальна гіпертензія», затвердженої в 2017 році [4].

Також згідно вищенаведених директивних документів щодо ведення пацієнтів із АГ проводилася стратифікація ризику, корекція способу життя, дієта, гіполіпідемічна терапія. Пацієнтам була рекомендована DASH дієта, їх також детально проінформували про необхідні дії щодо зниження ризику кардіоваскулярних ускладнень – про шкоду тютюнопаління, надмірного вживання алкоголю, малоактивного способу життя, тощо.

Залежно від отриманого лікування пацієнти були розподілені на підгрупи: I підгрупа (n=20) – пацієнти з АГ 1-2 ступ., які отримували базову терапію згідно з рекомендаціями по АГ. II група (n=25) – пацієнти з АГ 1-2 ступ., які отримували на фоні базової терапії психологічний тренінг і професійну консультацію психоневролога із застосуванням психотерапевтичних технік у трьох форматах: методика заземлення, заняття улюбленою справою в поєднанні з класичною спокійною музикою та техніка «Майндфулнесу» (Mindfulness – «тут і зараз»). Тривалість терапії – 10-14 днів.

Матеріали розділу опубліковані:

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

3.1. Оцінка факторів ризику та особливості перебігу артеріальної гіпертензії 1-2 ступеня у вимушених переселенців

Серцево-судинні катастрофи можуть бути спричинені різними кардіологічними проблемами, але одна з найбільш частих – це артеріальна гіпертензія (АГ), яка в поєднанні з класичними чинниками серцево-судинного ризику (спадковість, вік, ожиріння, цукровий діабет, дисліпідемія тощо) може мати ускладнений перебіг захворювання та гірший прогноз [398].

Згідно даних, представлених в табл. 3.1, пацієнти із АГ 2 ступеня (АГ 2 ст.) достовірно частіше палили порівняно із пацієнтами із АГ 1 ступ. ($p<0,05$), мали спадковий гіпертензивний анамнез ($p<0,05$), частіше вказували на вживання калорійної, жирної й надмірно солоної їжі ($p<0,05$), мали надмірну масу тіла ($p<0,05$).

Таблиця 3.1

Анамнестичні та поведінкові особливості у ВПО, хворих на артеріальну гіпертензію 1-2 ступенів

Групи	АГ 1 ступ., n=22, 100 %		АГ 2 ступ., n=23, 100 %	
	n	%	n	%
Паління	3	13,7	8	34,8
Часте вживання алкоголю	9	40,9	10	43,5
Обтяжений спадковий анамнез	4	18,2	12	52,2
Ожиріння	10	45,5	17	73,9
Нераціональне харчування	7	31,8	13	56,5
Недостатня фізична активність	3	13,7	4	17,4

Проте хворі обох ступенів підвищення артеріального тиску практично рівнозначно мали неналежну фізичну активність ($p>0,05$) та з однаковою частотою не заперечували вживання алкоголю ($p>0,05$).

Основними клінічними ознаками у хворих на АГ 2 ступ. були біль голови різної локалізації та інтенсивності, порушення сну, запаморочення, загальна слабкість, швидка втомлюваність, задишка, серцебиття, біль в ділянці серця, метеозалежність (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

**Основні скарги у хворих ВПО на
артеріальну гіпертензію 1-2 ступенів**

Скарги	АГ 1 ступ. n=22, 100 %		АГ 2 ступ. n=23, 100 %	
	n	%	n	%
Головний біль різної локалізації	20	90,9	22	95,7
Виражена загальна слабкість	11	50	19	83,6
Швидка втомлюваність	13	59,1	17	73,9
Запаморочення	8	36,4	19	83,6
Задишка при звичайному фізичному навантаженні	4	18,2	13	56,5
Порушення сну	9	40,1	20	86,9
Серцебиття	4	18,2	11	47,8

Основними скаргами у пацієнтів із АГ 1 ступ. були головний біль різноманітної локалізації (90,9 %), частіше стискаючого характеру (як обруч), зниження працездатності та невмотивована швидка втомлюваність (59,1 %). Біля третини пацієнтів вказували на головокружіння та відчуття запаморочення (36,4 %) і порушення сну (40,1 %).

Для пацієнтів із АГ 2 ступ. були притаманні: загальна слабкість – 83,6 % ($p<0,05$), головокружіння та запаморочення – 83,6 % ($p<0,05$). Достовірно частіше пацієнти цієї групи мали порушення сну – у 86,9 % ($p<0,05$), відчували серцебиття – 47,8 % ($p<0,05$) та скаржились на задишку при незначному фізичному навантаженні – 56,5 % ($p<0,05$).

При вивченні клініко анамнестичних даних і результатів аналізу амбулаторної документації у пацієнтів, внутрішньо переміщених осіб (ВПО) зі східних, північних, центральних і південних регіонів нашої країни було встановлено, що серед пацієнтів із легкою АГ 1 ступеня переважали пацієнти з II-ю стадією ГХ (68,2 %) і відсутністю пацієнтів з ускладненнями з боку органів-мішеней, тоді як серед пацієнтів з помірною АГ 2 ступеня виявлено невелику частину хворих з ГХ першої стадії (8,7 %), а ускладнення її у вигляді перенесеного раніше інфаркту міокарда чи ішемічного інсульту спостерігалися у третини хворих (34,8 %) (рис. 3.1).

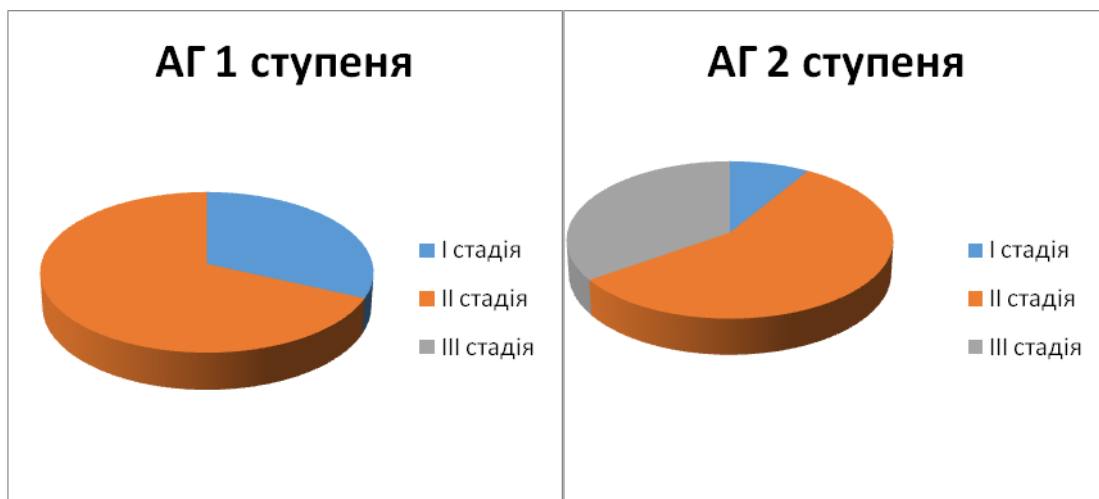


Рис. 3.1 Розподіл пацієнтів першого і другого ступенів залежно від стадії АГ.

У хворих на АГ 1 ступ. перша стадія стійкого підвищення АТ зустрічалася у 31,8 % випадків, тоді як у пацієнтів другого ступеня основна частка пацієнтів мала діагностовану II стадію АГ (56,5 %). Водночас I стадія помірної АГ у пацієнтів-ВПО була притаманна лише 8,7 % обстежених.

Один з вагомих факторів ризику розвитку і прогресування АГ – це надмірна вага і супроводжуючі її поведінкові атрибути. Розрізняють такі порушення харчової поведінки як екстернальний, емоційний, компульсивний та обмежувальний.

У пацієнтів обох ступенів АГ із нормальною масою тіла ($25,0 > \text{ІМТ} > 18,5$) за шкалою емоційної харчової поведінки встановлено наступні рівні: для 1 ступ. ($43,15 \pm 1,88$) бала та для 2 ступ. ($44,21 \pm 1,05$) бала, що підтверджують контрольованість у прийомі їжі та відсутність значущої залежності від об'єму та характеру їжі (табл. 3.3). У пацієнтів із $\text{ІМТ} > 30,0$ проблеми з надлишковою масою тіла супроводжувались емоційною амбівалентністю, про що свідчать достовірно нижчі показники для 1 ступ. – ($22,45 \pm 1,18$) бала ($p < 0,05$) та для 2 ступ. – ($11,52 \pm 0,83$) бала ($p < 0,05$).

Натомість у пацієнтів із надмірною масою тіла та ожирінням і АГ обох ступенів встановлено достовірно вищі показники за шкалами екстернальної та обмежувальної харчової поведінки, відповідно при 1 ступ. – ($31,59 \pm 1,19$) бала, ($p < 0,05$) і ($44,35 \pm 1,85$) бала, ($p < 0,05$) та при 2 ступ. – ($36,18 \pm 1,71$) бала, ($p < 0,05$) і ($45,19 \pm 1,44$) бала, ($p < 0,05$).

Таблиця 3.3

Стан харчової поведінки у хворих на артеріальну гіпертензію 1-2 ступенів, бали ($M \pm m$)

Групи хворих Шкали, бали	АГ 1 ступ., n=22		АГ 2 ступ., n=23	
	$25,0 > \text{ІМТ} > 18,5$	$\text{ІМТ} > 25,0$	$25,0 > \text{ІМТ} > 18,5$	$\text{ІМТ} > 25,0$
Шкала емоційної харчової поведінки	$43,15 \pm 1,88$	$22,45 \pm 1,18$	$44,21 \pm 1,05$	$11,52 \pm 0,83^*$
Шкала екстернальної харчової поведінки	$16,32 \pm 0,78$	$31,59 \pm 1,19$	$17,36 \pm 1,13$	$36,18 \pm 1,71^*$
Шкала обмежувальної харчової поведінки	$15,45 \pm 1,19$	$44,35 \pm 1,85$	$16,13 \pm 1,24$	$45,19 \pm 1,44^*$

Примітка: * – $p < 0,05$ – статистично достовірна відмінність показників для 1 та 2 ступенів АГ

Таким чином, порушення харчової поведінки необхідно розглядати як комплексну проблему, що поєднує в собі як психологічні, так і фізіологічні фактори. Наявність емоційної складової в поведінці обстежених пацієнтів підтвердила необхідність детального вивчення психологічного статусу у них. Порушення харчової поведінки перешкоджають повноцінному функціонуванню організму через надмірне споживання їжі, що призводить до надмірної ваги та, впливає на характер перебігу захворювання і підбір схеми лікування.

Особливості кардіогемодинаміки у пацієнтів ВПО із артеріальною гіпертензією 1-2 ступенів

У хворих на АГ 1 ступ. спостерігалися (табл. 3.4) наступні порушення серцевого ритму: у 4 (18,2 %) пацієнтів спостерігалися суправентрикулярні екстрасистоли, у 2 (9,1 %) шлуночкові екстрасистоли та у 2 (9,1 %) хворих була зареєстрована атріовентрикулярна блокада I ст., ще в 2 (9,1 %) пацієнтів – блокада правої ніжки пучка Гіса. У решти обстежених кількість як надшлуночкових, так і шлуночкових екстрасистол виявилась меншою за статистичну норму відповідно до віку.

На відміну від пацієнтів з АГ 1 ступ., у пацієнтів з АГ 2 ступ. порушення ритму були виявлені достовірно частіше: у 13 хворих (56,5 %) суправентрикулярна екстрасистола, шлуночкова екстрасистола у 5 пацієнтів (21,7 %) та пароксизми фібриляції передсердь у 5 хворих (21,7 %).

Таблиця 3.4

Порушення серцевого ритму й провідності у хворих на артеріальну гіпертензію 1-2 ступенів, (n, %)

Тип порушення	Здорові (n=20)	АГ 1 ступ.	АГ 2 ступ.
серцевого ритму або провідності			

			n=22		n=23	
	n	%	n	%	n	%
Суправентрикулярні екстрасистоли	3	15,00	4	18,2	13	56,5
Шлуночкові екстрасистоли	1	5,00	2	9,1	5	21,7
Епізоди фібриляції передсердь	-	-	-	-	5	21,7
Атріовентрикулярна блокада I ст.	-	-	2	9,1	4	17,4
Блокада правої ніжки пучка Гіса	-	-	2	9,1	4	17,4

Серед порушень функції провідності у хворих на АГ 1 ступ. у 2 хворих виявлена атріовентрикулярна блокада I ст. При цьому один пацієнт з даним типом блокади серця був віком від 45 до 60 років, інший – молодшого віку. Серед обстежених з АГ 2 ступ. було виявлено по 4 випадки атріовентрикулярної блокади I ст. у віці 45-60 років із АГ III стадії, та блокади правої ніжки пучка Гіса.

Кількісний аналіз структури порушень серцевого ритму (див.табл. 3.4) було проведено тільки в осіб з клінічно значущими аритміями. За надшлуночковими аритміями пацієнти з АГ 2 ступ. переважали таких з АГ 1 ступ. на 38,3 % ($p < 0,05$), а у здорових – у 3,8 раза ($p < 0,05$). Кількість шлуночкових екстрасистол у пацієнтів з АГ 2 ступ. статистично значуще переважали аналогічний показник у пацієнтів з АГ 1 ступ. у 2,4 рази ($p < 0,05$).

У 5 пацієнтів (21,7 %) з АГ 2 ступ. (з них у 4 хворих похилого віку жіночої статі, і 1 обстеженого – молодшого віку чоловічої статі) спостерігалось по одному пароксизму ФП, тоді як дане порушення ритму у пацієнтів з АГ 1 ступ. не було зареєстровано. При цьому 3 хворих мали АГ II стадії, решта – АГ III стадії.

Таким чином, пацієнти із АГ 2 ступ. в порівнянні з пацієнтами з АГ 1 ступ. достовірно частіше палили, мали ускладнений спадковий гіпертензивний анамнез, порушену харчову поведінку та надмірну масу тіла. Проте пацієнти обидвох стадій практично з однаковою частотою не заперечували вживання алкоголю та мали неналежну фізичну активність. Із прогресуванням АГ пацієнти частіше скаржились на посилення болю голови різної локалізації та інтенсивності, запаморочення, серцебиття, біль в ділянці серця, задишку, порушення сну, загальну слабкість та зниження працездатності, швидку втомлюваність, метеозалежність.

Достовірність частоти таких модифікованих факторів ризику АГ як порушення харчової поведінки, надмірна маса тіла, паління, недостатня фізична активність та неналежний сон узгоджувалась із прогресуванням АГ 1-2 ступеня.

3.2. Особливості психоемоційного стану в пацієнтів внутрішньо переміщених осіб із артеріальною гіпертензією 1-2 ступенів

У всіх хворих на АГ, включених в дослідження, проводили цілеспрямоване опитування з метою вивчення можливих стресових ситуацій і провокуючих психоемоційних чинників. Стресові ситуації умовно можна поділити на короткотривалі, але надзвичайно сильні (найчастіше пацієнти називали аварійні ситуації, втрату близьких для них людей, іспити при працевлаштуванні, критичні ситуації, що вимагали негайного вирішення), а також на тривалодіючі психотравми (непевність у майбутньому, відсутність або обмеження засобів до існування, неможливість здійснити власну життєву програму, хронічні недуги близьких тощо).

Вивчаючи рівень освіченості серед обстежених чоловіків і жінок, хворих на АГ 1 і 2 ступенів, звернули увагу на значний відсоток осіб із вищою і середньою спеціальною освітою (40,69 %), які внаслідок вимушеного внутрішнього переміщення не працювали за фахом чи виконували низькокваліфіковану роботу. Така ситуація розцінювалась як

соціальна дезадаптація та дезінтегрованість у суспільстві. Окрім того, вони в більшості випадків не могли змінити стан речей протягом тривалого часу (табл.3.5).

Таблиця 3.5

Характеристика психоемоційних чинників залежно від статі у хворих на артеріальну гіпертензію 1-2 ступенів, (n,%)

Психоемоційні чинники	АГ 1 ступ.		АГ II ст.	
	n=22		n=23	
	чоловіки (n=13)	жінки (n=9)	чоловіки (n=9)	жінки (n=14)
Непевність у майбутньому	3	1	2	1
Втрата роботи	3	-	2	2
Неможливість самореалізації	3	2	2	3
Негаразди в сім'ї	-	3	-	3
Хвороби близьких людей	-	2	-	4
Короткочасні сильнодіючі стреси	4	1	3	1

Згідно таблиці 3.5, психотравмуюча ситуація, яка зазвичай, була невідвладною для вирішення, полягала в неможливості самореалізації у однакової частки жінок та чоловіків та незалежно від ступеня АГ; у проблемних внутрішньосімейних стосунках - переважно у жінок і незалежно від ступеня АГ; у хворобах близьких і рідних – втричі частіше у жінок, хворих на АГ, особливо 2 ступеня. У той же час, у чоловіків із АГ провідний психотравмуючий фактор локалізувався у виробничій сфері: втрата роботи, нездатність забезпечити родину матеріально – 27,3 %, невпевненість в

особистому майбутньому та майбутньому оточуючих – 22,7%. У 31,8 % чоловіків, хворих на АГ 1- 2 ступенів, останньому загостренню хвороби передували короткочасні, але надмірні стресові ситуації ($p<0,05$).

У результаті порівняння психоемоційних чинників, що передували погіршенню стану хворих залежно від ступеня АГ, зауважили, що суттєвих відмінностей між АГ 1 ступ. та АГ 2 ступ. не виявлено. Це свідчить про близьку спорідненість стресового чинника як умову дестабілізації АГ на різних етапах розвитку прогресування недуги.

З метою комплексної оцінки психоемоційного статусу у хворих на АГ 1-2 ступеня в умовах війни досліджували (табл. 3.6) психологічний стан та особливості комунікації в площині медичний працівник/пацієнт через опитування, проведене у формі самозвіту згідно проєкту USAID за Підтримки реформи охорони здоров'я.

Згідно результатів анкетування у пацієнтів обох градацій підвищеного АГ в однаковій мірі були високо і в однаковій мірі репрезентовані такі психоемоційні чинники як переживання за близьких, що наразі боронять країну, або перебувають в зоні активних бойових дій чи на тимчасово окупованих територіях (відповідно 45,5 % і 47,8 %), причому така ж частка хворих в обох підгрупах відчувала через це виснаженість і дезорганізованість. Подібну вираженість емоцій викликав страх втрати власного житла через війну (відповідно 45,5 % і 43,5 %), що спричинювало дестабілізацію не лише морального характеру, а й призводило до зниження комплайєнсу у цих хворих.

Таблиця 3.6

Особливості психологічного стану у обстежуваних пацієнтів

Психоемоційні чинники	АГ 1 ступеня					АГ 2 ступеня				
	n=22					n=23				
	Оцінка за шкалою, бали					Оцінка за шкалою, бали				
	-1	0	1	2	3	-1	0	1	2	3

Негаразди в родині	2	-	6	9	5	2	-	4	10	7
Переживання за близьких	-	-	2	10	10	-	-	2	11	10
Страх втрати	-	-	3	10	9	-	-	4	10	9
Нав'язливі спогади та сновидіння	-	-	6	7	9	-	-	5	10	8
Відсутність навичок	12	2	3	4	3	13	3	2	3	2
Брак інформації	1	-	5	12	4	3	-	4	12	4
Відсутність розуміння	-	-	5	10	7	1	1	4	9	8
Дефіцит спілкування	-	2	3	10	7	-	1	5	12	5
Побутова невлаштованість	-	3	8	7	4	-	4	9	6	4
Неоптимальна організація вільного часу і відпочинку	-	1	6	7	8	-	2	4	9	8
Недоступність медичної, психологічної та інших видів допомоги	1	9	10	1	1	-	10	11	1	1

Примітка: бал «-1» означає, що ця ознака була раніше мені притаманна, а зараз зникла, або не турбує); «0» – я її практично не відчуваю, або вона відсутня; «1» – певні ознаки є, але вони істотно не

впливають на життя і самопочуття; «2» – прояв цієї ознаки сильний; «3» – я відчуваю себе виснаженим і неорганізованим.

Звертає на себе увагу показник «Відсутність навичок, необхідних для пристосування до незвичних умов»: в обох підгрупах більшість пацієнтів, незалежно від тяжкості захворювання і рівня підвищення АТ відмітили, що через військову агресію росії і початок війни не втратили здатність до адаптації в такому катаклізмі, хоч це і вимагало застосування більших резервних можливостей (54,5 % хворих з АГ 1 ступ. і 56,5 % - з АГ 2 ступ.), тоді як лише 18,2 % і 17,4 % обстежуваних відповідно стверджували, що відсутність необхідних навичок має сильний прояв.

Неоптимальна організація вільного часу і відпочинку внаслідок порушеного сну та неможливості зайнятися улюбленою справою турбувала пацієнтів обох ступенів підвищення АТ в рівній мірі (рис. 3.2, рис. 3.3).

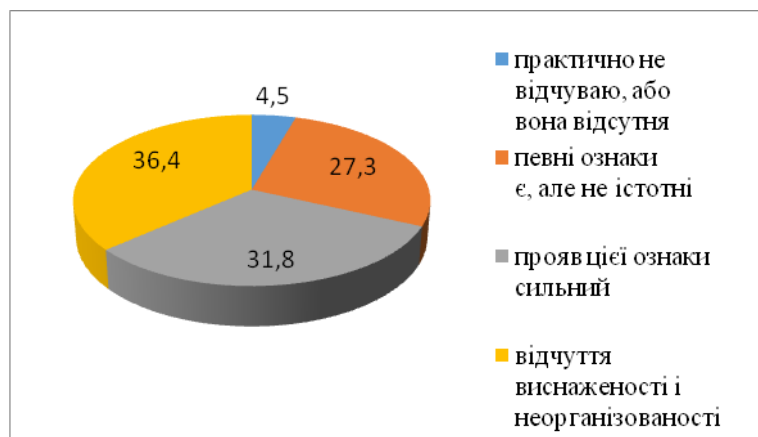


Рис. 3.2 Неоптимальна організація вільного часу і відпочинку у пацієнтів на АГ 1 ступеня

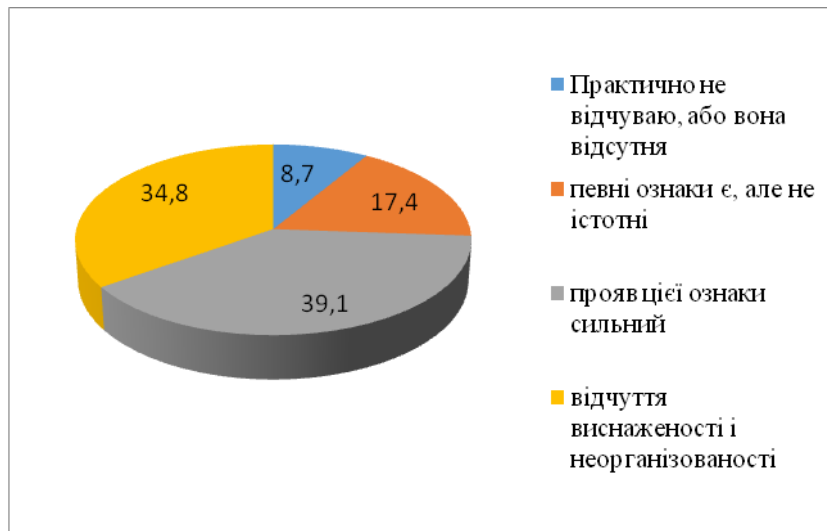


Рис. 3.3 Неоптимальна організація вільного часу і відпочинку у пацієнтів на АГ 2 ступеня

Недоступність медичної, психологічної та інших видів допомоги або відсутність інформації про те, як їх отримати пацієнти з АГ 1 і 2 ступенів практично не відчували (40,1 % і 43,5 %), або це турбувало їх в незначній мірі (45,5 і 47,8 %).

З 24 лютого в Україні медична галузь перейшла на єдиний медичний простір. До цього відбувалася комунікація з командуванням медичних сил Збройних Сил України, прийняті певні правові акти, які дозволили запуснути системну відповідь на загрози, викликані воєнним конфліктом. Коли відбулося повномасштабне вторгнення російської федерації на територію України, відразу запустили єдиний медичний простір, який поєднував військову медичну систему і цивільну медичну систему в одну []. Фактично вдалося на підставі цього втримати і медичну систему, і сформувати систему евакуаційних маршрутів, щоб надавати допомогу всім, хто її потребує, з пріоритетом на допомогу пораненим військовим. Зараз, напевно, немає жодної цивільної лікарні, в якій не лікуються військовослужбовці, і так само продовжують лікувати цивільних. Вже сформована мережа реабілітаційних центрів, в тому числі Міноборони, Мінсоцполітики задля допомоги і військовим, і мирним жителям, які змушені були покинути власні домівки через проведення бойових дій та задля безпеки сімей. Тому обстежувані пацієнти, що перебували на діагностиці і лікування в КНП "Обласний

госпіталь ветеранів війни Івано-Франківської обласної ради", не відчули істотного погіршення в об'ємі наданої медичної допомоги.

В зв'язку з вищенаведеними даними проведено опитування обстежених осіб про досвід перебування в зоні бойових дій (таб. 3.7), з метою вивчення в подальшому спектру поведінкових реакцій, що стали притаманними їм з початком війни з росією.

Таблиця 3.7

Оцінка досвіду перебування в зоні бойових дій

ЗАПИТАННЯ	АГ 1 ст. (n=22)		АГ 2 ст. (n=23)	
	ТАК	НІ	ТАК	НІ
<i>«Чи були Ви в зоні бойових дій через війну росії в Україні (станом на 24.02.2022)?»</i>	5	17	4	19
<i>«Чи були Ви раніше в зоні бойових дій (до 24.02.2022)?»</i>	0	22	0	23
<i>«Чи стикалися Ви з руйнуванням житла, майна тощо?»</i>	15	7	17	6
<i>«Чи стикалися Ваші родичі та члени родини з руйнуванням житла, майна тощо?»</i>	14	8	17	6
<i>«Чи стикалися люди з вашого найближчого оточення з руйнуванням житла, майна тощо?»</i>	16	6	14	9
<i>«Чи отримували Ви внаслідок бойових дій інвалідність, тілесні ушкодження, психічні травми тощо?»</i>	3	19	4	19
<i>«Чи отримали Ваші рідні та близькі внаслідок бойових дій інвалідність,</i>	4	18	4	19

<i>тілесні ушкодження, психічні травми тощо?</i>				
<i>Чи мали люди з вашого близького оточення інвалідність, тілесні ушкодження, психічні травми тощо внаслідок бойових дій?»</i>	8	14	7	16

Щодо питання «*Чи були Ви в зоні бойових дій через війну росії в Україні?*» пацієнти зазначили (рис. 3.4), що 22,7% з АГ 1 ступ. і 17,4 % з АГ 2 ступ. перебували в зоні бойових дій, а 77,3 % і 82,6% хворих відповідної когорти - не були, при цьому ні один з обстежених раніше ніколи не мав такого досвіду.

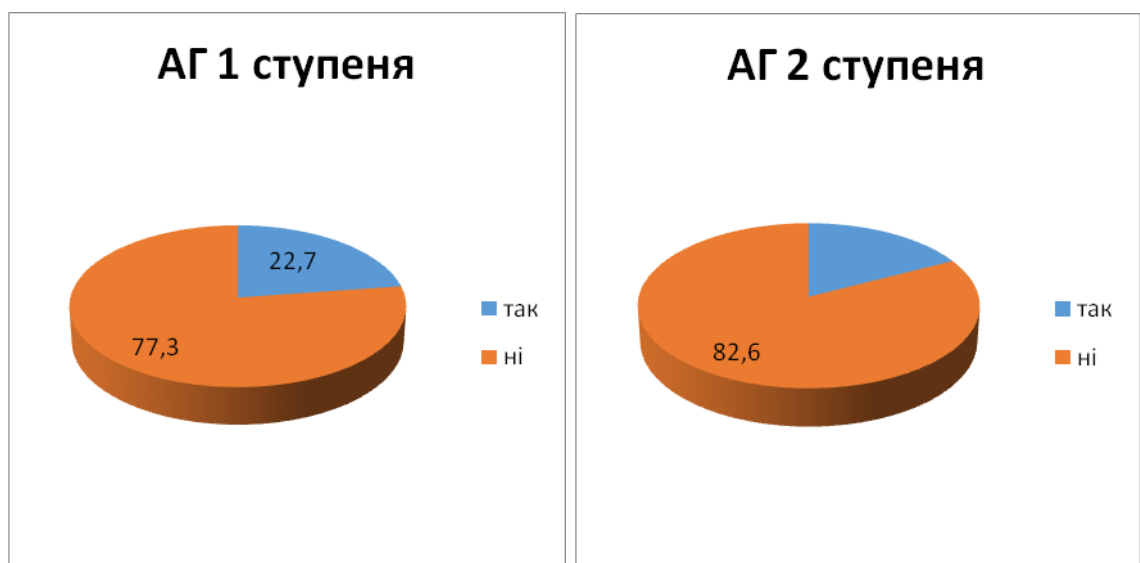


Рисунок 3.4 Перебування обстежуваних пацієнтів в зоні бойових дій станом на 24 лютого 2022 року

В той же час більшість пацієнтів, їхні члени родини та найближче оточення зазнали руйнування житла чи майна (рис. 3.5).

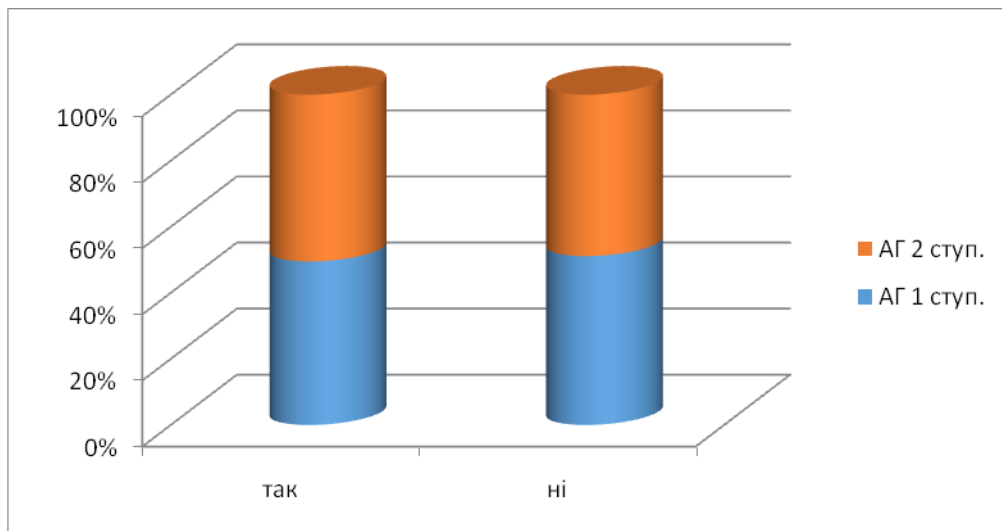


Рисунок 3.5 Досвід матеріальних втрат у обстежуваних пацієнтів обох підгруп внаслідок військової агресії росії

Зізналися в отриманні власне обстежуваними та/або їхніми рідними і близькими тілесних ушкоджень, психічних травм внаслідок бойових дій третина всіх пацієнтів (рис. 3.6). Це та проблематика, з якою медичні працівники зіштовхуються і будуть зіштовхуватися після перемоги ще не один рік, а можливо, і довше. Вплив війни, вплив стресових факторів на психоемоційний стан кожної людини впливає в подальшому на прогресування хвороб, які пов'язані з психічним здоров'ям, а також фізичних хвороб, спровокованих змінами психологічного стану.



Рисунок 3.6 Тілесні ушкодження і психологічні травми у обстежуваних пацієнтів з АГ 1 і 2 ступенів внаслідок війни

Особливості міжособистісної комунікації медичного працівника і пацієнта

При проведенні доклінічної оцінки змін поведінки та соціального функціонування обстежених хворих на АГ в умовах війни (таб. 3.8). встановлено, що такі поведінкові реакції як дратівливість, агресія, байдужість, були не тільки однаково виражені у пацієнтів незалежно від рівня підвищення АГ, а й свідчили про неістотний вплив на життя і самопочуття у них (від 36 до 72 % опитаних). Одночасно з цим поведінкові реакції – тривожність (50 % та 43,5 % відповідно), відстороненість (40,1 % та 47,8 % відповідно) були в значній мірі характерні для пацієнтів обох підгруп і мали сильний прояв, а пригніченість та сум вносили дезорієнтацію і призводили до відчуття виснаження у внутрішньо переміщених хворих на АГ 1 і 2 ступенів (45,5 % та 39,1 % відповідно). Що характерно – третина хворих на АГ 1 і 2 ступенів заперечили прояви агресії у себе (31,8 % і 26,1 %), а знижений контроль над проявами емоцій був притаманний внутрішньо переміщеним хворим з АГ 2 ступеня в більшій мірі, ніж у пацієнтів з АГ 1 ступеня (65,2 % проти 54,5 %).

Таблиця 3.8

Переживання (відчуття) людини, яка вимушена була залишити свою домівку					
Поведінкові реакції		Оцінка за шкалою, бали			
		0	1	2	3
Дратівливість	АГ 1 ст. (n=22)	1	11	8	2
	АГ 2 ст. (n=23)	2	11	9	1
Агресія	АГ 1 ст. (n=22)	7	8	3	4
	АГ 2 ст. (n=23)	6	9	4	4
Тривожність	АГ 1 ст. (n=22)	-	3	11	8
	АГ 2 ст. (n=23)	-	4	10	9

Байдужість	АГ 1 ст. (n=22)	-	16	3	3
	АГ 2 ст. (n=23)		17	4	2
Відчуженість/ відстороненість	АГ 1 ст. (n=22)	2	6	9	5
	АГ 2 ст. (n=23)	1	5	11	7
Пригніченість, сум	АГ 1 ст. (n=22)	-	-	12	10
	АГ 2 ст. (n=23)	-	-	14	9
Знижений контроль над проявами емоцій (зриви на крик тощо)	АГ 1 ст. (n=22)	2	8	8	4
	АГ 2 ст. (n=23)	2	6	10	5

Примітка: «0» – я емоцію практично не відчуваю, або вона відсутня; «1» – певні ознаки є, але вони істотно не впливають на життя і самопочуття; «2» – прояв цієї ознаки сильний; «3» – я відчуваю себе виснаженим і неорганізованим.

Повномасштабна війна в Україні принесла багато випробувань та горя: втрата домівки, загибель близьких, вимушена міграція та еміграція, інформаційні пастки. Ця політравматична подія призводить до масового переміщення населення. Країни, в яких приймають біженців, мають значну кількість психологів. Однак питання виявлення, оцінки та догляду за психологічно травмованими людьми, які залишилися на території України, мабуть, ще більш масштабне.

На запитання « Чи були ви змушені покинути свій дім у пошуках безпечного місця проживання? » 57,8% обстежених відповіли, що були змушені залишити свої домівки; 20% спочатку пішли з дому, але повернулися додому; і 22,2% постійно переїжджають з одного міста в інше (таб. 3.9).

Таблиця 3.9

Щодо внутрішнього вимушеного переміщення та міграції обстежуваних пацієнтів			
Запитання обстежуваному	Змушені залишити свої домівки (n=45)	Спочатку пішли з дому, але спланували повернення додому (n=45)	Постійно переїжджають з одного міста в інше (n=45)
<i>«Чи були ви змушені покинути свій дім у пошуках безпечного місця проживання?»</i>	26	9	10
<i>«Чи виїхали члени вашої родини за кордон?»</i>	22	14	9

У випадку родичів обстежених пацієнтів, які виїхали за кордон в зв'язку російською агресією, лише 31,1% з цих осіб спланували повернення в Україну (рис. 3.7).



Рисунок 3.7 Вимушена еміграція та її наслідки

Самооцінка пацієнтами психологічних та поведінкових змін, які вони пережили під впливом російсько-української війни в період повномасштабного російського вторгнення з 24 лютого 2022 р.

Останній військовий конфлікт росії з Україною розпочався ще в 2014 році. Відтоді в нашій країні щороку сотні вбитих і поранених бійців, тисячі біженців, страждання мирного населення в зоні бойових дій. 24 лютого 2022 року почалася справжня масштабна війна, яку за жорстокістю та кількістю використаної зброї можна порівняти хіба що з Другою світовою. От і сформувався «український синдром» як результат психічної травми: війни, нещасного випадку, каліцтва, насильства. Український синдром – це певний поведінковий патерн адаптації та індивідуальна позиція українця щодо російсько-української війни.

Можливість доклінічної оцінки змін поведінки та соціального функціонування у внутрішньо переміщених хворих з АГ 1 і 2 ступенів реалізувалася з допомогою анкетування. Вивчено самооцінку пацієнтами їхніх психологічних та поведінкових змін з метою прогнозування впливу виявлених особливостей на перебіг АГ (таб. 3.10).

Таблиця 3.10

Шкала доклінічної оцінки соціальних та соматичних змін функціонування										
<i>Запитання обстежуваному</i>	АГ 1 ст. (n=22)					АГ 2 ст. (n=23)				
	-1	0	1	2	3	-1	0	1	2	3
<i>«У мене з'явилися нові соматичні (фізичні) симптоми»</i>	5	4	7	4	2	6	4	6	4	3
<i>«Мої пізні соматичні»</i>	-	1	9	8	4	-	2	8	9	4

<i>(фізичні симптоми посилилися)</i>										
<i>«Мої пізні соматичні (фізичні) симптоми зникли»</i>	6	4	5	7	-	4	4	7	8	-
<i>«Нав'язливість думок, звивистість»</i>	-	3	6	8	5	-	-	7	9	7
<i>«Ступор »</i>	-	4	8	9	1	-	2	9	10	2
<i>«Вимушеність дій і вчинків»</i>	-	-	16	6	-	-	-	18	4	1
<i>«Фобія»</i>	-	-	15	5	2	-	-	15	4	4
<i>«Тривога»</i>	-	-	10	7	5	-	-	6	9	8
<i>«Депресивний стан»</i>	-	-	14	4	4	-	-	14	5	4

Примітка: бал «-1» означає, що ця ознака була раніше мені притаманна, а зараз зникла, або не турбує). я; «0» – я її практично не відчуваю, або вона відсутня; «1» – певні ознаки є, але вони істотно не впливають на життя і самопочуття; «2» – прояв цієї ознаки сильний; «3» – я відчуваю себе виснаженим і неорганізованим.

Достовірної різниці фізичного та психологічного дисбалансу у пацієнтів з різним ступенем АГ не виявлено, проте серед таких ознак як «Нав'язливість думок, звивистість» (30,4 % проти 22,7 %), «Фобія» (17,4 % проти 9,1 %) та «Тривога» (34,8 % проти 22,7 %) спостерігається більш значуща вираженість цих проявів у пацієнтів із АГ 2 ступеня, ніж у внутрішньо переміщених пацієнтів із АГ 1 ступеня.

Пацієнти із АГ 1 ступеня більш схильні до втрати пізніх соматичних симптомів та ступорозного емоційного стану після міграції зі своєї домівки до вимушених місць локації, аніж пацієнти із АГ 2 ступеня, що свідчить про збереження адаптаційних можливостей організму при нижчому рівні АГ на протигагу хворим із вищими показниками АГ.

Під час військового вторгнення росії в Україну в безпосередні військові дії були втягнуті не тільки військові та воєнізовані формування, а й цивільне населення багатьох районів та областей. Вільну чи мимовільну участь у військових діях можна розглядати як стресову подію виняткового характеру, яка може викликати загальний дистрес практично у будь-якої людини. Причому, на відміну від багатьох інших стресових ситуацій, участь у війні формує психічні травми з віддаленими наслідками [1].

Одним із трьох важливих і обов'язкових компонентів посттравматичного стресового розладу є симптом фізіологічної гіперактивації (збудливості), що проявляється розладами сну та труднощами при засинанні (страх заснути, нічні кошмари та видіння, у снах постійно відбивається травматична ситуація), дратівливістю, спалахами гніву, надпильністю, порушенням концентрації уваги і т.д.

Проведено до клінічну оцінку порушень сну з метою вивчення впливу стресових розладів на перебіг АГ у обстежених внутрішньо переміщених пацієнтів (таб. 3.11).

Таблиця 3.11

Шкала доклінічної оцінки поведінкових змін у пацієнтів з АГ						
Запитання обстежуваному		Оцінка за шкалою, бали				
		-1	0	1	2	3
«Безсоння»	АГ 1 ст. (n=22)	0	1	9	7	5
	АГ 2 ст. (n=23)	0	0	7	8	8
«Проблем із засинанням»	АГ 1 ст. (n=22)	0	0	6	8	8
	АГ 2 ст. (n=23)	0	0	6	8	9

«Проблеми зі стабільністю сну»	АГ 1 ст. (n=22)	0	1	6	10	5
	АГ 2 ст. (n=23)	0	0	7	11	6
«Кошмари»	АГ 1 ст. (n=22)	0	1	6	11	4
	АГ 2 ст. (n=23)	0	3	3	12	5
«Проблеми з пробудженням від сну»	АГ 1 ст. (n=22)	0	3	18	1	0
	АГ 2 ст. (n=23)	0	5	15	3	0

Примітка: бал «-1» означає, що ця ознака була раніше мені притаманна, а зараз зникла, або не турбує; «0» – я цього практично не відчуваю, або ознака відсутня; «1» – певні ознаки є, але вони істотно не впливають на життя і самопочуття; «2» – прояв цієї ознаки сильний; «3» – я відчуваю себе виснаженим і неорганізованим.

Встановлено, що найбільше пацієнти страждають від проблем із засинанням, безсонням та проблем зі стабільністю сну: сильні прояви їх спостерігаються у 47,8 % пацієнтів із АГ 2 ступеня і 36,4 % пацієнтів із АГ 1 ступеня, що вказує на істотну ознаку дисбалансу вегетативної регуляції АТ при вищих його показниках, які відповідають помірній АГ. В той же час проблеми із пробудженням менш значущі (рис. 3.8), що пояснюється надбаним за всі дні війни почуттям тривоги через звук сирени, сповіщення про чергову ракету, яка може впасти на місто, про боязнь виглянути у вікно і побачити там ворожий танк і солдатів, які захоплюють місто – і як наслідок – готовність в будь яку хвилину зуміти убезпечити себе.

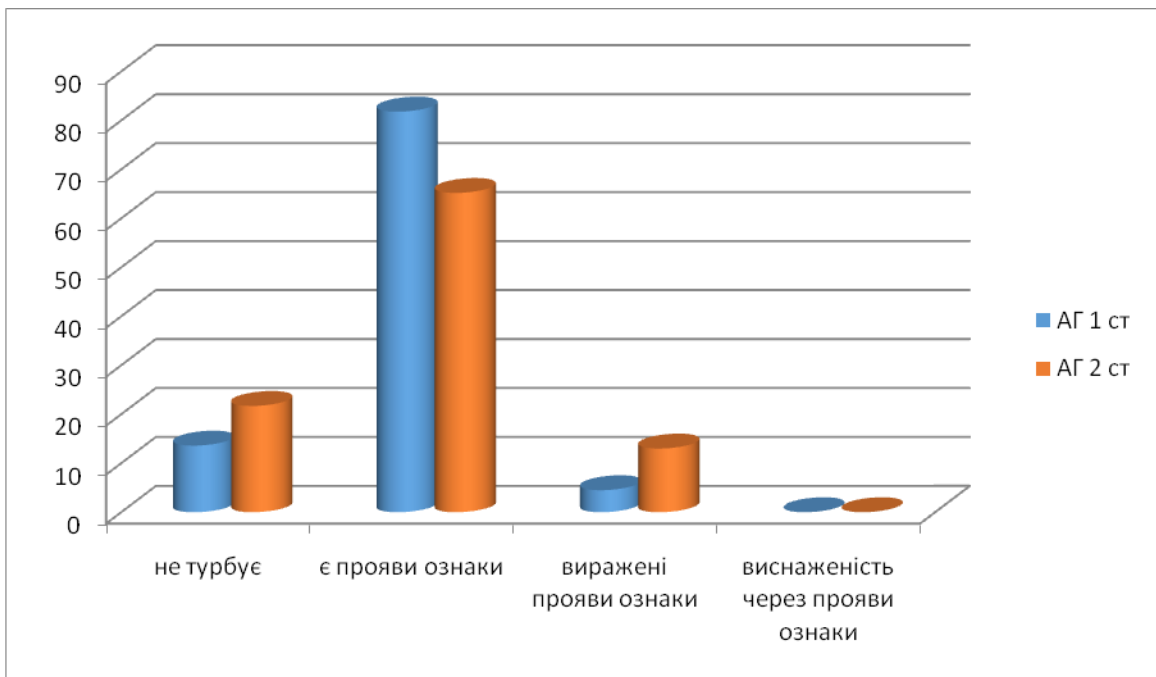


Рис. 3.8 Вираженість проблем із пробудженням від сну у внутрішньо переміщених хворих із АГ 1 і 2 ступенів

Багато хто відчуває спустошеність та апатію, але є люди, які відчувають гнів, злість та ненависть до ворога. Саме такі почуття лякають українців і наштовхують на думку про небезпеку втрати людяності під час війни. Це може призводити до постійних конфліктів із близькими та друзями. Вивчення подібних психоемоційних поведінкових патернів допоможе долати наслідки травматичних подій та навчить володіти собою в критичних ситуаціях.

Згідно проведеного анкетування встановлено, що внутрішньо переміщені обстежувані пацієнти з легкою та помірною АГ були схильні до конфлікту з людьми з найближчого оточення – в сім'ї та з друзями, і в найменшій мірі з колегами по новій роботі (таб. 3.12).

Таблиця 3.12

Соціальні навички та функціонування у стосунках пацієнтів з АГ 1/2 ступеня (n=22/n=23)				
Запитання обстежуваному	Оцінка за шкалою, бали			
	0	1	2	3

«Я втратив свої соціальні навички та функції»	4/2	8/7	6/8	4/6
«Я набув нових соціальних навичок і функцій»	2/2	3/11	14/7	3/3
«Конфлікти з членами сім'ї»	2/3	9/8	7/8	4/4
«Конфлікти з друзями»	5/3	5/6	7/8	5/6
«Конфлікти з колегами»	4/7	9/6	7/6	2/4

Примітка: «0» – соціалізація або функціонування практично не змінилися; «1» – певні ознаки змін є, але вони істотно не впливають на життя і самопочуття; «2» – прояв цієї ознаки сильний; «3» – я відчуваю себе виснаженим і неорганізованим через зміну соціалізації і/або функціонування.

3.3. Динаміка самооцінки пацієнтами психологічних та поведінкових реакцій під впливом психотерапевтичних методів корекції

В якості базової терапії АГ обстеженим пацієнтам було запропоновано схеми лікування, співзвучні основним рекомендаціям ESC/ESH з артеріальної гіпертензії 2018 року [4].

Залежно від отриманого лікування пацієнти були розподілені на групи: I група (n=20) – пацієнти з АГ 1-2 ступ., які отримували базову терапію згідно з рекомендаціями по АГ. II група (n=25) – пацієнти з АГ 1-2 ступ., які отримували на фоні базової терапії психологічний тренінг і професійну консультацію психоневролога із застосуванням окремих технік психокорекції. Тривалість терапії – 10-14 днів.

З метою вивчення впливу запропонованих лікувальних комплексів у хворих на АГ психологічне інтерв'ю проводили двічі, на початку та після завершення лікування (табл. 4.7).

Для психотерапії використано техніки:

- ❖ заземлення;

- ❖ заняття улюбленою справою, в поєднанні з класичною спокійною музикою;
- ❖ «Майндфулнес» («тут і зараз»).

Результати використання представлених технік (рис. 3.9):



Рис. 3.9 Успішність застосування психотерапевтичних методик

З даних, розміщених на рисунку 3.9, видно, що всі три запропоновані методики мали позитивний ефект на психоемоційний стан обстежуваних пацієнтів з АГ 1-2 ступенів, при цьому найбільш ефективною виявилася методика майндфулнесу (у 80% хворих), поряд з достатньо ефективною методикою залучення хворих-ВПО до занять улюбленою справою з

результативністю у 64%. В той же час методика заземлення продемонструвала недостатню ефективність (у 44 % обстежених) в подоланні стресових чинників на тлі підвищення артеріального тиску легкого та помірних ступенів.

З метою об'єктивізації отриманих результатів проведено повторне анкетування щодо клінічної оцінки порушень сну та вивчення негативного впливу стресових розладів в динаміці, після застосування немедикаментозних способів корекції психоемоційного стану, на перебіг АГ у обстежених внутрішньо переміщених пацієнтів (таб. 3.13).

Таблиця 3.13

Доклінічна оцінка поведінкових змін у пацієнтів з АГ в динаміці						
Запитання обстежуваному _(n=25)		Оцінка за шкалою, бали				
		-1	0	1	2	3
«Безсоння»	АГ 1-2 ст. до корекції	0	1	12	8	4
	АГ 1-2 ст. після корекції	8	7	6	4	0
«Проблем із засинанням»	АГ 1-2 ст. до корекції	0	0	7	10	8
	АГ 1-2 ст. після корекції	15	5	5	0	0
«Проблеми зі стабільністю сну»	АГ 1-2 ст. до корекції	0	1	6	10	5
	АГ 1-2 ст. після корекції	14	4	6	1	0
«Кошмари»	АГ 1-2 ст. до корекції	0	1	6	11	4
	АГ 1-2 ст. після корекції	15	2	8	0	0
«Проблеми з пробудженням від сну»	АГ 1-2 ст. до корекції	0	3	18	1	0
	АГ 1-2 ст. після корекції	13	3	8	1	0

Примітка: бал «-1» означає, що ця ознака була раніше мені притаманна, а зараз зникла, або не турбує; «0» – я цього практично не відчуваю, або ознака відсутня; «1» – певні ознаки є, але вони істотно не впливають на життя і самопочуття; «2» – прояв цієї ознаки сильний; «3» – я відчуваю себе виснаженим і неорганізованим.

Порівнюючи ефективність застосування психотерапевтичних технік у хворих-ВПО із АГ 1-2 ступенів в лікувальній програмі із традиційною схемою, встановлено позитивний вплив на певні поведінкові реакції. Зокрема, безсоння зникло чи перестало турбувати 60% обстежених, проблеми із засинанням мали позитивну динаміку у 80% хворих, сон стабілізувався у 72 % пацієнтів, що проявилось припиненням кошмарів уві сні у 68% обстежених. Також процес пробудження від сну у 64% внутрішньо переміщених обстежених нормалізувався.

Запропоновані методики психотерапевтичної корекції, особливо методика Mindfulness - сприяли відновленню соціальних запитів та функціонування у стосунках пацієнтів з АГ 1/2 ступеня (таб. 3.14), що проявилось зниженням конфліктогенності у обстежених осіб: з членами сім'ї та родини (з 88 % до 68%), з друзями (з 44 % до 12 %), з колегами (з 32 % до 12 %). Рівень соціалізації з набуттям нових навичок і функцій зріс на 20%.

Таблиця 3.14

Динаміка соціалізації та функціонування у стосунках пацієнтів з АГ 1-2 ступенів після проведеного психотерапевтичного лікування (n=25)					
Запитання обстежуваному		Оцінка за шкалою, бали			
		0	1	2	3
«Я втратив свої соціальні навички та функції»	АГ 1-2 ст. до корекції	5	8	8	4
	АГ 1-2 ст. після корекції	7	15	3	1
«Я набув нових соціальних навичок і функцій»	АГ 1-2 ст. до корекції	2	11	10	2
	АГ 1-2 ст. після корекції	0	6	15	4
«Конфлікти з членами сім'ї»	АГ 1-2 ст. до корекції	3	10	8	4
	АГ 1-2 ст. після корекції	8	15	2	0

«Конфлікти друзями»	3	АГ 1-2 ст. до корекції	3	5	11	6
		АГ 1-2 ст. після корекції	5	17	3	0
«Конфлікти колегами»	3	АГ 1-2 ст. до корекції	4	10	8	3
		АГ 1-2 ст. після корекції	4	18	3	0

Примітка: «0» – соціалізація або функціонування практично не змінилися; «1» – певні ознаки змін є, але вони істотно не впливають на життя і самопочуття; «2» – прояв цієї ознаки сильний; «3» – я відчуваю себе виснаженим і неорганізованим через зміну соціалізації і/або функціонування.

Таким чином, стає очевидним той факт, що порушення вегетативної нервової системи, психологічні компоненти та поведінкові реакції супроводжують артеріальну гіпертензію і є патогенетичною ланкою її прогресування, що співпадає з літературними даними з наукових джерел та досліджень. Тому поряд з медикаментозним антигіпертензивним лікуванням застосування простих і легкодоступних методик у використанні медичним персоналом середньої ланки дозволяє полегшити суб'єктивні відчуття і знизити показники підвищеного артеріального тиску завдяки усуненню модифікованих факторів ризику серцево-судинних подій.

ВИСНОВКИ

1. Оцінюючи вибірку обстежених осіб - вимушених переселенців, які покинули свою домівку і приїхали у Західну Україну для тимчасового проживання під час війни, встановлено, що серед обстежених хворих з АГ 2 ступеня в гендерній структурі переважали жінки. Це обумовлено не лише більшим поширенням АГ серед осіб жіночої статі, а й мобілізацією чоловіків з початком війни. Достовірної гендерної різниці у внутрішньо переміщених хворих з АГ 1 та 2 ступеня не виявлено. АГ 1 і 2 ступ. достовірно частіше трапляється в обстежених пацієнтів середнього віку, тоді як в похилому віці діагностується виключно АГ 2 ступ. Із подовженням анамнезу захворювання триваліше 5-ти років достовірно частіше виявляли прогресування АГ до 2 ступ.

2. Встановлено, що пацієнти із АГ 2 ступеня достовірно частіше палили у порівнянні з пацієнтами на АГ 1 ступ. ($p < 0,05$), мали спадковий гіпертензивний анамнез ($p < 0,05$), частіше вказували на вживання калорійної, жирної й надмірно солоної їжі ($p < 0,05$), мали надмірну масу тіла ($p < 0,05$). Проте хворі обох ступенів підвищення артеріального тиску практично рівнозначно мали неналежну фізичну активність ($p > 0,05$) та з однаковою частотою не заперечували вживання алкоголю ($p > 0,05$).

3. Виявлено достовірно вищі показники за шкалами екстернальної та обмежувальної харчової поведінки у пацієнтів із надмірною масою тіла/ожирінням і АГ обох ступенів. Це свідчить про комплексну проблему діагностованої АГ, що поєднує в собі як психологічні, так і фізіологічні фактори.

4. Суттєвих відмінностей при вивченні можливих стресових ситуацій і провокуючих психоемоційних чинників між АГ 1 ступ. та АГ 2 ступ. не виявлено, що свідчить про близьку спорідненість стресового чинника як умову дестабілізації АТ на різних етапах розвитку прогресування недуги. Обстежувані внутрішньо переміщені пацієнти із АГ 1-2 ступенів

знавали різного характеру психотравмуючих ситуацій (неможливість самореалізації, проблеми у внутрішньосімейних стосунках, втрата роботи, нездатність забезпечити родину матеріально, хвороби близьких і рідних) в недостовірно однаковій мірі як чоловіки, так і жінки, як з АГ 1 ступ., так і з АГ 2 ступеня.

5. Аналізуючи отримані результати проведеного анкетування серед вимушено переміщених пацієнтів із АГ 1-2 ступенів (у формі самозвіту, згідно проєкту USAID за Підтримки реформи охорони здоров'я), встановлено збереження у обстежуваних здатності до адаптації у воєнному катаклізмі, хоч це і вимагало застосування більших резервних можливостей організму. Пацієнти з АГ 1 і 2 ступенів практично не відчували стану недоступності медичної, психологічної та інших видів допомоги або відсутності інформації про те, як її отримати.

6. Поведінкові реакції – тривожність, відстороненість були в значній мірі характерні для пацієнтів обох підгруп і мали сильний прояв, а пригніченість та сум вносили дезорієнтацію і призводили до відчуття виснаження у внутрішньо переміщених хворих на АГ 1 і 2 ступенів; третина хворих на АГ 1 і 2 ступенів заперечили прояви агресії у себе, а знижений контроль над проявами емоцій був притаманний внутрішньо переміщеним хворим з АГ 2 ступеня в більшій мірі, ніж у пацієнтів з АГ 1 ступеня.

7. Достовірної різниці фізичного та психологічного дисбалансу у пацієнтів з різним ступенем АГ не виявлено, проте вираженість «нав'язливості думок», «фобії» та «тривоги» більш значуща у пацієнтів із АГ 2 ступеня, ніж у внутрішньо переміщених пацієнтів із АГ 1 ступеня. Встановлено, що пацієнти із АГ 1 ступеня більш схильні до втрати пізніх соматичних симптомів та ступорозного емоційного стану, що свідчить про збереження адаптаційних можливостей організму при нижчому рівні АТ на противагу хворим із вищими показниками АТ. Також характерною була схильність до конфлікту з людьми з найближчого оточення, і в найменшій мірі - з колегами по новій роботі.

8. Встановлено, що найбільше пацієнти страждають від проблем із засинанням, безсонням та проблем зі стабільністю сну, що вказує на істотну ознаку дисбалансу вегетативної регуляції АТ при вищих його показниках, які відповідають помірній АГ. Подібні характеристики психоемоційних розладів є однією із ознак ПТСР.

9. Запропоновані методики мали позитивний ефект на психоемоційний стан обстежуваних пацієнтів з АГ 1-2 ступенів; найбільш ефективною виявилася методика майндфулнесу (у 80% хворих), тому що сприяла відновленню соціальних запитів та функціонування у стосунках пацієнтів з АГ 1/2 ступеня у вигляді зниження конфліктогенності з членами сім'ї та родини, з друзями, з колегами. Рівень соціалізації з набуттям нових навичок і функцій зріс на 20%.

10. Рекомендовано за активної участі медичних сестер, поряд з медикаментозним антигіпертензивним лікуванням, застосування простих і легкодоступних психотерапевтичних методик з метою усунення стресового чинника в якості модифікованого фактора ризику серцево-судинних подій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ЛІТЕРАТУРИ

1.