

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І. І. МЕЧНИКОВА

Факультет психології та соціальної роботи

Кафедра практичної та клінічної психології

## Кваліфікаційна робота

на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

**«Порушення настрою в пацієнтів з постковідним синдромом»**

**“Mood disorders in patients with long COVID or Post-COVID syndrome”**

Виконала: здобувачка заочної форми навчання

Спеціальності 053 Психологія

Освітня програма «Психологія»

Климець Ганна Валеріївна

Керівник к.п.н., доцент Кантарьова Н. В.

Рецензент д.п.н. професор Кононенко О. І.

Рекомендовано до захисту:

Протокол засідання кафедри

№ \_\_\_ від \_\_\_\_\_ 2024 р.

Завідувач кафедри

\_\_\_\_\_ Псядло Е. М.

Захищено на засіданні ЕК № \_\_\_\_\_

протокол № \_\_ від \_\_\_\_\_ 2024 р.

Оцінка \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Голова ЕК

\_\_\_\_\_

Одеса 2024

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ВІДОБРАЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПОРУШЕННЯ НАСТРОЮ В ПАЦІЄНТІВ З ПОСТКОВІДНИМ СИНДРОМОМ У НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ.....</b>	<b>7</b>
1.1 Психологія емоцій, настроїв, види порушень настрою.....	7
1.2 Постковідний синдром та психічне здоров'я пацієнтів.....	15
1.3 Порушення настрою в пацієнтів з постковідним синдромом.....	19
1.4 Особливості порушення настрою в пацієнтів з постковідним синдромом серед уразливих груп населення.....	23
Висновки до I розділу.....	26
<b>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПОРУШЕННЯ НАСТРОЮ В ПАЦІЄНТІВ З ПОСТКОВІДНИМ СИНДРОМОМ.....</b>	<b>29</b>
2.1 Організація та методологія емпіричного дослідження.....	29
2.2 Аналіз рівня тривожності в пацієнтів з постковідним синдромом.....	34
2.3 Аналіз рівня депресії в пацієнтів з постковідним синдромом.....	37
2.4 Аналіз показника життєздатності, соціального функціонування, рольового функціонування, обумовленого емоційним станом та показника психічного здоров'я в пацієнтів з постковідним синдромом.....	39
Висновки до II розділу.....	46
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>50</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....</b>	<b>54</b>
<b>ДОДАТКИ</b>	

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Емоційне реагування - це одна з найдавніших психічних функцій у людини. Воно супроводжується вегетативними та соматичними проявами, пов'язано з мисленням та руховою активністю. Настрій - це загальний емоційний стан, який впливає на активність людини та характеризує її життєвий тонус. Цей стан не завжди пов'язаний з конкретними подіями. Розрізняють позитивні настрої, які виявляються у бадьорості, та негативні, які пригнічують та викликають пасивність. Причини настроїв можуть бути дуже різноманітними, і кожна людина має свою власну ступінь чутливості до них [1].

Серед усієї патології психіки афективні розлади (розлади настрою) займають друге місце [2]. Так за даними ВООЗ депресія діагностується у 264 мільйонів людей, а 7% населення всієї планети мали за своє життя хоча б один депресивний епізод [3]. У 15% пацієнтів з важкою депресією фіксуються суїциди, а лише один з десяти має відповідне лікування [2].

Коронавірусна хвороба (COVID-19) може викликати різноманітні патологічні прояви, включаючи вплив на функцію центральної нервової системи (ЦНС). Органічні зміни, що виникають у зв'язку з хворобою, а також стрес, спричинений навколишнім середовищем та перебуванням в палатах інтенсивної терапії, страх перед пандемією та соціальні обмеження, можуть сприяти розвитку різних нервово-психічних порушень, включаючи порушення настрою.

Тема впливу COVID-19 та пандемії на психологічний і психічний стан людей по всьому світу була і залишається предметом багатьох досліджень. Так, за даними вітчизняних і зарубіжних науковців, найчастіше в осіб, які перенесли COVID-19, спостерігається різного рівня вираженості тривожна та депресивна симптоматика, симптоми посттравматичного стресового розладу, психогенні порушення сну, порушення когнітивних функцій та ін [38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45]. Причини розвитку неврологічних та психічних порушень у

постковідному періоді ще продовжують вивчатись. Наявність вітчизняних літературних джерел поодинокі.

**Мета дослідження** - проаналізувати та емпірично дослідити порушення настрою асоційовані з постковідним синдромом на підставі аналізу доступних наукових джерел та власних даних.

**Завдання дослідження:**

- 1) Розглянути психологію емоцій, настрою, дослідити різноманітні порушення настрою.
- 2) Розглянути розвиток психічних порушень у пацієнтів у постковідному періоді.
- 3) Провести огляд наукових досліджень, присвячених порушенню настрою у пацієнтів з постковідним синдромом.
- 4) Проаналізувати результати власних спостережень 60 пацієнтів, що перехворіли на COVID-19 і мали постковідний синдром.

**Об'єкт дослідження** - порушення настрою.

**Предмет дослідження** - порушення настрою в пацієнтів з постковідним синдромом.

**Гіпотеза дослідження:** порушення настрою є поширеним ускладненням в пацієнтів з постковідним синдромом.

**Методи дослідження:**

- 1) теоретичні методи (аналіз наукових джерел, синтез, узагальнення)
- 2) емпіричні методи (опитування із використанням розробленої анкети і психодіагностичних методик, зокрема, опитувальник GAD-7 для швидкого оцінювання генералізованого тривожного розладу, опитувальник PHQ-9 для виявлення депресії; оцінка показника якості життя (SF-36 v2 Health survey);
- 3) методи математичної статистики, виконані у комп'ютерні програмі Statistica 8.0.

**Організація і база проведення емпіричної роботи.** Дослідженими стали пацієнти з постковідним синдромом. Група опитаних налічує 60 осіб (26

жінок і 34 чоловіка) дорослого віку (від 20 до 76 років, середній вік –  $42 \pm 12$  роки).

**Практичне значення роботи.** Пандемія COVID-19 сильно вплинула на психічне здоров'я населення. Крім загальних проблем із психічним здоров'ям, серед пацієнтів, які перенесли COVID-19, спостерігається підвищений рівень депресії, тривоги, посттравматичного стресу (ПТС), а також втома та порушення сну. Найуразливішими контингентами населення виявилися діти, підлітки, особи літнього віку та хворі з психіатричною патологією, які страждають не тільки від самої хвороби, а й від наслідків ізоляції, окремої уваги заслуговують медичні працівники.

Повномасштабна війна Росії проти України створила нові виклики для сфери охорони психічного здоров'я українського населення. Проблема емоційного стану людей під час війни є дуже серйозною. Наявність же психічних ускладнень які є наслідком COVID-19 погіршують ментальне здоров'я українців та роблять ситуацію з психічним здоров'ям ще більш критичною. Враховуючи усі ці фактори та можливість нових хвиль захворюваності на COVID-19, посилення карантинних обмежень, а також можливість виникнення нових епідемій у майбутньому, наразі вкрай важливо створити чіткі керівні принципи, які допоможуть пом'якшити наслідки пандемічної кризи і запобігти масовому погіршенню психічного здоров'я.

Отримані у дослідженні результати можуть бути використані у подальших наукових розробках на тему психологічного і психічного стану осіб з постковідним синдромом, а також для дослідження особливостей психологічної роботи з цією категорією клієнтів. Виявлені у процесі емпіричного дослідження результати доцільно враховувати при розробці програм психологічної роботи з особами, які перенесли COVID-19, в межах їх реабілітації після гострої фази хвороби. Зокрема з метою охорони психічного здоров'я рекомендується приділяти більшу увагу особам, що перенесли хворобу середнього та важкого ступеня важкості як більш схильним до емоційної нестабільності, тривоги та депресії.

**Структура роботи:** Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів (теоретичного й емпіричного), висновків, списку використаних джерел, який налічує 62 позиції (серед них 48 іншомовних джерела) і додатків. В основному тексті роботи використано 2 рисунки, 13 таблиць. Обсяг основної частини роботи – 53 сторінки.

## **РОЗДІЛ 1. ВІДОБРАЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПОРУШЕННЯ НАСТРОЮ В ПАЦІЄНТІВ З ПОСТКОВІДНИМ СИНДРОМОМ У НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ**

### **1.1. Психологія емоцій, настроїв, види порушень настрою**

Термін «емоція» походить від латинської мови і перекладається як «хвилювати», «збуджувати». Багато науковців розглядають емоції як психічні стани, що відображають наше ставлення до зовнішнього та внутрішнього середовища, і які ми усвідомлюємо та виражаємо у певних почуттях і настроях [2].

Емоційні стани та способи їх виявлення в значній мірі залежать від соціальних факторів, але важливо не забувати про природжені особливості людини у вивченні їх природи [1].

За тривалістю і силою емоції поділяють на: настроїв, пристрасть, афект. І якщо афекти - це короткочасні, але сильні стани, що швидко розвиваються, то почуття нерідко визначають як стійкі емоції, стани наших суб'єктивних переживань, що зберігаються годинами, днями, тижнями. Зачасту це описують як наш настроїв, який відображає рівень психічного, фізичного та соціального благополуччя, іншими словами, наше здоров'я [2].

Таким чином, настроїв - це загальний емоційний стан, що впливає на діяльність людини протягом певного періоду, відображає її життєвий тонус. Цей стан не завжди спрямований на конкретний об'єкт чи подію. Можна виділити позитивні настрої, що виявляються у бадьорості, та негативні, які пригнічують і викликають пасивність. Причини настроїв можуть бути дуже різноманітні: невідповідність до діяльності, страх перед очікуваною невдачею, неприємні події, хворобливі стани і так далі. Реакція на настрої може мати індивідуальний характер і залежить від багатьох факторів [1].

У більшості випадків ми перебуваємо у відносно гарному настрої, і цей позитивний настроїв має позитивні наслідки - спонукає нас робити те, що потрібно, і максимально використовувати можливості, що перед нами

відкриваються (Isen, 2003). Ми стаємо більш доброзичливими та корисними для інших, а також можемо мислити більш творчо. Позитивний настрій може сприяти підвищенню продуктивності та покращенню загального самопочуття (De Dreu, Baas, & Nijstad, 2008). З іншого боку, коли ми перебуваємо в поганому настрої, ми зазвичай віддаємо перевагу самотності, уникаємо взаємодії з іншими, і частіше зосереджуємося на негативних аспектах оточуючого середовища. Наша творча складова може страждати в таких умовах, оскільки негативні емоції можуть перешкоджати ясному мисленню і винахідливості.

Група афективних розладів включає різноманітні порушення, у яких провідним проявом є зміни в афективному стані або настрої, в бік погіршення або його покращення. Часто ці розлади мають рецидивний характер, а початок окремих епізодів може бути пов'язаний зі стресогенними ситуаціями. Афективні розлади завжди уявляють собою феноменологічно складні, багатомірні утворення. Вони охоплюють зміни у різних сферах психічної діяльності, таких як емоції, думки, поведінка, а також можуть впливати на соматичні функції, такі як сон, апетит та енергія.

Афективні розлади впливають на багато аспектів психічного і фізичного функціонування. Окрім настрою, який є доступним для суб'єктивної або об'єктивної оцінки, вони також зачіпають мотивацію до діяльності, потяги, здатність до довільного контролю над поведінкою, когнітивну діяльність (увагу, пам'ять, швидкість та обсяг асоціацій та їх змістовне вираження), загальний психічний і фізичний тонус, рухову активність, вегетативну регуляцію та різні соматичні функції. У розвитку цих процесів зміни настрою не завжди первинні, однак модальність афекту зазвичай прирівнюється до модальності домінуючої патологічної емоції. Наприклад, тужна та загальмована депресія пов'язана із домінуванням туги, ейфорійна гіпертимія – із ейфорійною непродуктивною манією [4].

Для зручності аналізу патології емоцій скористаємося класифікацією наведеною в таблиці А.1 (додаток А).

1) До видів патологічного посилення емоцій відносять:

**Гіпертимія** характеризується високим настроєм та енергією, з прекрасним фізичним самопочуттям та легкістю у вирішенні проблем. Цей стан супроводжується живою та змінною мімікою, яка відображає швидкі зміни в емоціях. Мімічні реакції часто перебільшені та надмірно яскраві. Поведінка також характеризується підвищеною активністю, прискоренням і швидкими змінами, іноді наближаючись до маніакального збудження [5].

**Ейфорія** - це один з проявів часткового посилення емоцій. Це неадекватне підвищення настрою, коли переважають благодушність, відчуття достатку та повного благополуччя. Ейфорія супроводжується життєрадісним настроєм та відчуттям фізичної і психологічної бадьорості, що призводить до оптимізму. Все навколишнє сприймається через «рожеві окуляри», а людина може буквально відчувати, ніби опинилася у світі розкішного щастя та витонченого задоволення. У ейфорії негативні емоції зазвичай швидко минають або взагалі відсутні. На відміну від маніакального стану, для ейфорії не характерне прискорення темпу мислення або збільшене бажання до діяльності. В ейфорії, яка виникає в розгорнутій маніакальній фазі маніакально-депресивного психозу, спостерігається як неадекватно підвищений настрій, так і збільшення рухової і психічної активності. Важливо враховувати, що при деяких серйозних захворюваннях, таких як туберкульоз, хвороби серця та інші, може виникати невідповідність між фізичним станом людини і її настроєм. Хворі можуть відчувати веселість, безтурботність та мають яскраві плани, навіть коли їхнє становище стає критичним. Ейфорія в таких ситуаціях, яка є симптоматичною або пов'язаною з інфекціями чи органічними ураженнями ЦНС (наприклад, прогресивний параліч, травми голови, пухлини тощо), характеризується підвищеною безтурботністю та пасивністю, відсутністю або зниженням мовної активності та критичного мислення [2, 6].

**Екстаз** – це найвищий ступінь захоплення та підвищення настрою, супроводжується захватом, самовдоволенням та відчуттям «здатності» розуміти те, що іншим людям здається недосяжним [2].

**Гіпотимії** - це розлади емоцій, які характеризуються зниженням настрою. Гіпотимія може виявлятися у вигляді емоційної монотонності, емоційної слабкості або лабільності, емоційного загрубіння, втрати емоційного резонансу, емоційної тупості та навіть емоційного параліча [2]. Увага фокусується тільки на негативних подіях життя, а минуле і майбутнє сприймаються виключно в похмурих тонах [5].

**Депресія** - це стан неадекватно зниженого настрою, який супроводжується пригніченням психічної діяльності та рухової активності. Знижений настрій виражається у відчутті туги, яка супроводжується важкими або надзвичайно болісними відчуттями в області грудей, душевним болем. Самооцінка у хворих може стати дуже негативною, проявляючи себе у формі виразного самоприниження, самозневаження або самозвинувачення. Часто спостерігаються суїцидальні думки та навіть спроби суїциду. Розумові процеси хворих уповільнені, ускладнені, відбуваються з труднощами, що значно обмежує їх повсякденне функціонування.

При нерізкому зниженні настрою (субдепресії) можуть домінувати скарги на слабкість, втомленість, лінь, відчуття пригніченості та втрату інтересу до роботи та відносин з близькими. Хворі можуть відчувати великі сумніви в своїх здібностях, сумніваються в правильності своїх вчинків та мають труднощі у прийнятті рішень. Також може спостерігатися погіршення фізичного стану, таке як втрата апетиту та смакових відчуттів, розлади шлунково-кишкового тракту (запори тощо), порушення сну, менструального циклу та зміни в колірі шкіри. Багато хворих не лише відчувають тугу, що пов'язана з переживанням минулих подій, але також тривогу. Ця тривога може мати різні ступені вираження, проявляючись внутрішнім хвилюванням, станом занепокоєння щодо майбутніх подій, відчуттям стиснення та напруги в грудях,

боязким очікуванням наближення нещастя та песимістичними очікуваннями щодо майбутнього [2, 7].

**Тривога** - це переживання внутрішнього занепокоєння та очікування неприємностей, лиха або катастрофи. Це відчуття може супроводжуватися руховою неспокоємністю та вегетативними реакціями, такими як підвищений пульс або потовиділення. Тривога може настільки зростати, що перетворюється у панічний стан, коли хворі втрачають контроль над собою, застигають у жаху та очікують негативних подій чи катастроф.

**Гнівливість** - це вищий рівень дратівливості, злостивості та незадоволення оточуючими, часто супроводжується схильністю до агресивних або руйнівних дій. Цей стан може бути складовою дисфорії, сутінкових станів свідомості або психоорганічного синдрому [5].

2) До видів патологічного ослаблення емоцій відносять:

**Емоційний параліч** виникає під впливом психотравмуючих ситуацій (аварії, землетрус та ін.). Настає блокада емоційних реакцій, емоції на якийсь час (години) повністю вимикаються.

**Апатія** - це ослаблення емоційного відгуку та байдужість до свого становища, що іноді може бути хворобливо вираженою. У хворих може спостерігатися відсутність інтересу до навколишнього середовища, відсутність бажання щось робити, а також байдуже ставлення до самих себе, родичів, близьких і т.д. Апатія зазвичай супроводжується вольовими розладами, такими як ослаблення спонукань, інтересів, бездіяльність та зниження вольової активності. Вона може виникати під впливом тривалого психотравмуючого фактора, такого як стрес, а також може бути пов'язана з хронічними інфекційними або соматичними захворюваннями, інтоксикаціями або органічними ураженнями головного мозку.

**Емоційне загрубіння (сплощення)** - це втрата вищих емоційних почуттів, що супроводжується втратою стриманості, делікатності, чемності, почуття такту та власної гідності. Хворі можуть стати цинічними, безцеремонними, зарозумілими та розгальмованими.

**Емоційна тупість** - це стан емоційного відчуження, душевної холодності та відсутності відчуттів радості чи печалі в реакції на відповідні подразники [7].

3) До видів порушень рухливості емоцій відносять:

**Лабільність емоцій** - це легка змінність емоцій, швидкий перехід від однієї емоції до іншої, часто супроводжується значним вираженням емоційних реакцій. Цей стан може виявлятися при деяких розладах особистості, наприклад, істеричному розладі, а також може бути спостережений у судинних хворих. У нормі лабільність емоцій може бути характерною для дітей і підлітків.

**Малорухомість (інертність, ригідність)** - це стан, для якого характерно тривале застрягання на одній емоції, причина для якої вже відсутня, часта в'язкість, обмежена рухливість, погана здатність переключення між емоціями, а також тривала затримка на будь-яких емоційних переживаннях, зазвичай негативних. Цей стан може бути спостережений при епілепсії, психоорганічному синдромі, а також при деяких розладах особистості, таких як obsесивно-компульсивний розлад або параноїдальний розлад.

**Слабкодухість, емоційна слабкість** - виявляється у підвищеній емоційній чутливості та реактивності, а також в емоційному виснаженні. Цей стан характеризується нестійкістю настрою і відсутністю контролю над емоціями, що призводить до легкості емоційної реакції на будь-які життєві події. Такі люди легко піддаються впливу емоцій, особливо трудно для них стримувати сльози в моменти розчулення. Під впливом незначного приводу можуть відбуватися коливання настрою - перехід від негативних до позитивних емоцій і навпаки, що свідчить про підвищену емоційну чутливість. Цей стан часто спостерігається при церебральному атеросклерозі, органічних ураженнях головного мозку, астеничних станах, а також під час одужання після соматичних хвороб.

**Експлозивність** проявляється у нетриманні афекту, характеризується сильними та неадекватними емоційними, а часом і руховими реакціями, неадекватними приво́ду, що їх спричинив [8].

4) До видів порушень адекватності емоцій відносять:

**Неадекватність емоцій** - це невідповідність емоційних реакцій зовнішнім ситуаціям або власним висловлюванням. Такий стан може виявлятися у парадоксальних емоціях, коли людина реагує на позитивну подію негативними емоціями, а на негативну - позитивними. Це явище найчастіше спостерігається у людей з шизофренією.

**Амбівалентність** - виникнення одночасно двох протилежних почуттів (наприклад, любові і ненависті) по відношенню до одного і того самого суб'єкта. Це явище часто спостерігається у людей з шизофренією.

**Патологічна тривога і страх.** Страх - переживання небезпеки, пов'язане з певними ситуаціями, особами, загрози життю, здоров'ю, благополуччю. Може бути страх генералізованим, проектуватися на все в навколишньому. Шкала страху коливається в широкому діапазоні: побоювання, боязкість, переляк, жах, панічні атаки.

**Дисфорії** це пароксизмально виникаючі розлади настрою з різними відтінками злобно-гнівливого афекту. Вона може виявлятися у класичному варіанті при епілепсії. При інших захворюваннях, таких як шизофренія, наслідки черепно-мозкової травми, органічні захворювання головного мозку, дисфорія супроводжується гіперестезією аж до гіперпатії і часто сенестопатіями.

**Дистімія** - «поганий настрій», характеризується хронічними непсихотичними проявами і симптомами зниженого настрою. Симптоми дистимії відповідають діагностичним критеріям, але не досягають того рівня тяжкості, що характеризує важкий депресивний розлад. У пацієнтів з дистимією можна спостерігати знижену самооцінку та інтровертованість. Цей розлад визначається темпераментом і є вродженою схильністю до поганого настрою. Він може тривати протягом тривалого періоду, включаючи хоча б два

з наступних порушень: зміни в апетиті, проблеми зі сном, відчуття втрати енергії і постійної втоми, почуття безсилля і зниження активної уваги [5].

5) До видів якісних порушень емоцій відносять:

**Паратимії** - відображають інверсію емоцій, де реакція людини на подразник протилежна очікуваній. Емоційна неадекватність - оточуючі веселяться або радіють, а хворий в цей час засмучується або плаче, навіть якщо сама ситуація є радісною або веселою. Емоційна амбівалентність - проявляється у співіснуванні протилежних почуттів в одну й ту ж саму мить. Вона часто спостерігається в пацієнтів з роздвоєнням особистості. Одна особистість може відчувати радість або задоволення, тоді як інша - сум або тривогу.

б) До кількісних порушень емоцій (таблиця 1.1) також відносять:

**Морія** - це легке збудження настрою, супроводжуване дитячістю, жартівливістю та схильністю до грубих жартів, при наявності інтелектуального зниження. У порівнянні з ейфорією, пацієнт більш активний, схильний до жартів та каверзів. Морія часто спостерігається після перенесення черепно-мозкової травми, при інтоксикаціях або пухлинах лобово-базальної локалізації. Іноді морія поєднується з легкими станами оглушення.

**Маніакальний стан** протилежний депресії. Він включає тріаду ознак: аномально високий настрій, неспіввіднесений з реальними обставинами, прискорення мислення і підвищену активність (гіпербулію).

Емоційні прояви маніакальних станів відзначаються радісним, піднесеним настроєм, надмірним оптимізмом, задоволеністю собою та іншими. Але іноді може спостерігатися підвищена гнівливість, що відома як гнівлива манія.

**Емоційна монотонність** - це відсутність природних коливань у настрої. Це стан, коли настрої залишається незмінним та нереактивним на зовнішні події. Радісні або сумні події не впливають на пацієнта, його міміка обмежена, мова суха і позбавлена емоційної насиченості.

**Утрата емоційного резонансу** - це болісна втрата чутливості до емоційних подій. Події, що призводять до радості або смутку в інших, не викликають реакції у хворого. Він спостерігає за всім як порожній спостерігач, не відчуваючи емоційної зв'язаності з навколишнім світом [2].

Таким чином, настрої - це загальний емоційний стан, який впливає на активність людини та характеризує її життєвий тонус. Цей стан не завжди пов'язаний з конкретними подіями і може бути позитивним, викликаючи бадьорість, або негативним, пригнічуючи та викликаючи пасивність. Причини настроїв можуть бути дуже різноманітними, і кожна людина має свою власну ступінь чутливості до них. Група афективних розладів включає різноманітні порушення, в яких головним проявом є зміна настрою у бік погіршення або покращення.

## **1.2. Постковідний синдром та психічне здоров'я пацієнтів**

11 березня 2020 року Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) оголосила пандемію нового небезпечного захворювання – COVID-19 (Coronavirus disease 2019). Міжнародний комітет з таксономії вірусів надав офіційну назву збудника захворювання – SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Related Coronavirus) [9]. Особливістю коронавірусу SARS-CoV-2 є його швидке поширення світом і висока контагіозність [10].

Пандемія COVID-19 принесла також серйозні наслідки для психічного здоров'я людей по всьому світі [11]. Новий коронавірус SARS-CoV-2 відрізняється від інших респіраторних вірусів вираженою нейротропною активністю та асоційований зі значною частотою психічних розладів [12, 13, 14], причому не тільки в період гострої коронавірусної інфекції, але і після одужання пацієнтів від COVID-19 [15].

Метааналіз, що охопив 15 досліджень та здійснений на основі даних 440 800 дорослих пацієнтів, показав, що приблизно 80% реконвалесцентів ще довго не почуваються повністю одужаючими, симптоми захворювання можуть

навіть посилюватися через кілька місяців після перенесеного захворювання та залишатися протягом тривалого періоду [16].

Терміни тривалий COVID або пост-COVID використовують для опису низки ознак і симптомів, що визначають після гострого COVID-19.

У грудні 2020 року Національним інститутом здоров'я Великої Британії (NICE) була запропонована класифікація ковідних станів:

- гострий COVID-19 - симптоми, що тривають до 4 тижнів;
- тривалий симптоматичний COVID-19 - симптоми, що тривають від 4 до 12 тижнів;
- постковідний синдром - симптоми, що тривають понад 12 тижнів, вони здатні змінюватися з часом, зникати й знову виникати, зачіпаючи багато систем організму [17].

Постковідний синдром внесений до Міжнародного класифікатора хвороб (МКХ-10) у формулюванні Post COVID-19 condition. У цей же час було запропоновано термін Post COVID long hauler. Ідеться про будь-яку людину, у якої діагностовано коронавірус, що викликав COVID-19, яка не повернулася до свого рівня здоров'я і функціонування через 12 тижнів після перенесеного захворювання.

Нещодавно ВООЗ визнала тривалий COVID міжнародною проблемою охорони здоров'я, визначено код МКХ для екстреного використання [18].

Постковідний синдром може бути спричинений різними механізмами: після інтенсивної терапії, вірусної астенії, незворотним пошкодженням органів тощо [19].

Американський Центр із контролю та профілактики захворювань навесні 2021 року провів дослідження і було виявлено, що принаймні третина тих, хто переніс COVID-19 у легкій формі, не могли повернутися до свого звичного здоров'я протягом двох-трьох тижнів після хвороби. У людей, що перехворіли у важкій формі, симптоми постковідного синдрому можуть тривати місяцями. Ризик постковідної симптоматики зростає з віком та наявністю хронічних захворювань [20].

Виявлено, що наявність постковідного синдрому не обов'язково залежить від ступеня тяжкості перебігу гострого етапу COVID-19. Попередньо вважалося, що тривалі наслідки COVID-19 спостерігалися переважно у хворих, які потрапляли до реанімаційних відділень, однак зараз більшість випадків описані навіть у пацієнтів, які не потребують госпіталізації або невідкладної медичної допомоги [21].

Італійськими лікарями був проведений аналіз 402 пацієнтів (середній вік 58 років) через один місяць після стаціонарного лікування. У 56% хворих був хоча б один неврологічний симптом. Часто у хворих виявлялись психічні порушення. Так, депресія була в 31% хворих, порушення сну - у 40%, тривога - у 42%, посттравматичні розлади - у 28% [22].

Дослідження, проведені через два місяці після лікування, показали, що тільки 13–15% пацієнтів були повністю безсимптомними. Близько 30% пацієнтів мали один або два залишкових симптоми. У 50% хворих було три або більше симптоми. У цілому у 2/3 пацієнтів спостерігались неврологічні порушення [23]. Найбільш частими симптомами після COVID-19 були втомлюваність, порушення пам'яті, уваги, нічного сну, емоційна нестабільність, задишка [24].

Постковідний синдром виявляється більш ніж у 30% пацієнтів, які перенесли COVID-19 [25]. Частота вперше встановленого діагнозу психічного розладу склала 6% в період від 2 тижнів до 3 місяців після SARS-CoV-2, причому домінували афективні та тривожні розлади [26]. У більш ніж 236 тис. пацієнтів продемонстровано, що через 6 місяців 12,84% пацієнтам, що перехворіли на COVID-19 вперше було поставлено психіатричний або неврологічний діагноз [27].

Причини розвитку неврологічних та психічних порушень у постковідному періоді ще продовжують вивчатись. Експериментальні й клінічні дослідження свідчать про те, що у хворих у постковідному періоді спостерігаються явища «тліючого» системного запалення (наслідки системної гіперімунної відповіді), ендотеліїту (генералізоване запальне ураження судин),

пульмоніту (пошкодження легень унаслідок ураження судин та альвеолоцитів вірусом і цитокінами), контрінсулярного ефекту дексаметазону (енергодефіцит та астенизація) та ін. [28-29].

Дослідження попередніх вірусних респіраторних епідемій свідчать про виникнення різноманітних психічних розладів як під час, так і після інфекції. Хоча даних щодо нервово-психічних ускладнень COVID-19 поки що обмаль, на основі результатів минулих епідемій респіраторних вірусів можна припустити збільшення частоти психічних патологій як наслідок цієї хвороби.

Дослідження показали, що люди з хронічними захворюваннями, зокрема онкологічними та цукровим діабетом, мають вищий ризик розвитку психічних порушень внаслідок COVID-19. Дослідження А. Varatharaj та його колег показали, що у тільки 9% випадків психічні розлади виникали як загострення вже наявної психіатричної патології, у більшості випадків розлади були виявлені вперше [30]. Також було встановлено, що факторами ризику ураження центральної нервової системи при COVID-19 є похилий вік, високе вірусне навантаження, слабкий імунітет, приймання глюкокортикостероїдів та вірусне ураження ЦНС в анамнезі [31].

Пошук патогенетичних механізмів, які пов'язують SARS-CoV-2 із гострими та довгостроковими психічними ускладненнями, триває, і дані постійно оновлюються [32].

Узагальнюючи, причини психічних розладів у хворих на коронавірусну хворобу можна поділити на три основні групи: церебральна гіпоксія, що виникає внаслідок дихальної недостатності і частіше проявляється у вигляді сплутаності свідомості; цитокінетичний шторм, спричинений гіперергічною імунною відповіддю і частіше проявляється у формі апатії та анорексії; енцефаліт, що є наслідком прямого вірусного ураження головного мозку і частіше проявляється у вигляді збудження і психозу [33].

Досвід перенесення потенційно смертельної або невиліковної форми COVID-19 може викликати значний дистрес, який, в свою чергу, може

призвести до довгострокових змін у поведінці або погіршити вже існуючі психічні захворювання [34].

Умови пандемії та введення суворих карантинних обмежень у всіх країнах, а також відсутність достатньої доказової бази щодо ефективності лікування та профілактики COVID-19, спричинили поширення психологічних проблем серед населення. Серед таких порушень психіки були паніка, тривожність та депресія [35].

До того ж соціальний стрес посилювався постійним потоком інформації у мас-медіа щодо кількості важко хворих та померлих від COVID-19, а також неможливістю провести прощальні обряди з померлими близькими. Зростаюча економічна криза та безробіття, особливо у країнах з низьким рівнем доходу, погіршували ситуацію. Такі стресові умови спричинили поширення неправильних методів подолання стресу, таких як зловживання алкоголем та наркотиками, онлайн- та азартні ігри, а також збільшення випадків домашнього насильства.

Обмеження, пов'язані з карантином, призводять до численних негативних наслідків, таких як гнів, занепокоєння, депресія, страх, виснаження емоцій, роздратованість, стрес, уникнення громадських місць та інших людей, зловживання алкоголем і переймання надмірною тривою щодо фізичних симптомів [36].

Отже порушення нервової системи, які розвинулись під час COVID-19, не минають безслідно, можуть тривати невизначено довгий час, що обумовлено структурними змінами головного мозку, які виникають внаслідок вірусу SARS-CoV-2. Серед основних наслідків COVID-19 розглядаються проблеми психічного здоров'я [37].

### **1.3. Порушення настрою в пацієнтів з постковідним синдромом**

Крім загальних проблем із психічним здоров'ям, серед пацієнтів, які перенесли COVID-19, спостерігається підвищений рівень депресії, тривоги, посттравматичного стресу (ПТС), а також втома та порушення сну.

**Депресія.** У різних дослідженнях, що оцінювали депресію, частота симптомів коливалася від 10,0% до 68,5%. Пацієнти після виписки з лікарні відчували високий рівень депресії як невдовзі після цього, так і протягом подальшого періоду. Протягом місяця після госпіталізації в багатьох пацієнтів відзначені субклінічні рівні депресії, а 10,0%–19,0% пацієнтів повідомили про помірну або тяжку депресію. Через 2–3 місяці після виписки показники середньої та тяжкої депресії коливалися від 10,0% до 42,0%.

Поширеність депресії в групі негоспіталізованих осіб, які пережили COVID-19, коливалася від 15,0% до 68,5%. Широкий діапазон поширеності відображає відмінності в методах оцінки (наприклад, опитувальники, клінічні інтерв'ю, опитування в Інтернеті, що подаються самостійно), які використовуються для фіксації симптомів депресії, відмінностей у термінах спостереження та різноманіття вибірок [38]. Факторами ризику депресії в пацієнтів із легким перебігом захворювання були жіноча стать, старший вік та зниження нюху [39].

**Тривога.** Оцінки клінічної тривожності, наведені у 25 дослідженнях, серед пацієнтів із COVID-19 широко коливалися (від 5,0% до 55,2%). Серед тих, хто вижив у лікарні, рівень тривожності після виписки коливався від 5,0% до 47,8%, тоді як деякі повідомляли лише про субклінічні симптоми тривоги. У вибірці з 402 осіб, які пережили COVID-19 в Італії, 32,3% раніше госпіталізованих пацієнтів відмітили тривожність від помірного до тяжкого ступеня, тоді як 44,2% пацієнтів, які ніколи не були госпіталізовані, мали подібні рівні через місяць після звернення до відділення невідкладної допомоги [38]. Інші автори підтверджують більший рівень тривожності серед ніколи не госпіталізованих пацієнтів найближчим часом після зараження [40].

Найтриваліше дослідження на сьогодні, яке проводилось через 6 місяців після виписки, показало, що 23,0% пацієнтів, які раніше перебували в лікарні, відчували тривогу або депресію. Від 14,0% до 55,2% пацієнтів, які ніколи не госпіталізувалися, відчували тривожність (від помірного до тяжкого ступеня) протягом чотирьох місяців з моменту початку симптомів. Фактори ризику

тривоги включають тяжкість захворювання, супутні захворювання, погіршення якості життя та стійку задишку. Молодший вік, наявність близьких родичів із COVID-19, попередній психіатричний анамнез та втрата чутливості до запахів також є факторами ризику [38].

Зважаючи на високу поширеність тривоги та депресії як серед хворих на COVID-19, так і серед здорових людей, які страждають від карантинних обмежень, інформаційного перенавантаження тощо, лікарі використовують в своїй практиці шкали для оцінювання рівня тривоги, як, наприклад, опитувальник GAD-7 (табл. Б.1, додаток Б), опитувальник FCV-19S (табл. В.1, додаток В), та депресії, наприклад, частина PHQ-9 (табл. Г.1, додаток Г), для того, щоб вчасно виявити початок розвитку зазначених психіатричних порушень та вчасно їх скоригувати.

**Гострий і посттравматичний стрес.** Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) проявляється різними способами, включаючи емоційну нестабільність, відчуття постійної тривоги та небезпеки, панічні атаки, депресивний настрій, важкість у виявленні емоцій, спалахи агресії та відчуття провини. Одинадцять досліджень повідомили про гостру стресову реакцію або симптоми ПТС при COVID-19. Показано, що серед дорослих, які перебували в карантинних установах у Китаї, поширеність гострих симптомів стресу становила 31,0%. Поширеність ПТС серед пацієнтів, які не перебували в карантинній установі, коливалася від 7,0% до 36,4%. У середньому 10,0%–28,0% пацієнтів, хто вижив, проявлялися симптоми, що відповідають гострій стресовій реакції. Факторами ризику більш серйозної реакції на стрес були історія психічних розладів, жіноча стать та зараження COVID-19 членом близької родини, тоді як пенсійний статус та старший вік були пов'язані з меншим психологічним стресом [38].

Серед досліджень, що оцінювали посттравматичний стресовий розлад, його поширеність через 6–8 тижнів після виписки коливалася від 10,0% до 36,4% [41, 42]. Через 3–4 місяці після госпіталізації 25,6% хворих, які вижили, мали симптоми, що відповідають легкій формі ПТСР, 11,3% - помірні

симптоми, 5,9% - тяжкі симптоми [43]. Серед ніколи не госпіталізованих пацієнтів із легким перебігом захворювання 7,0% відповідали критеріям клінічно значущого ПТСР, тоді як 10,0% мали симптоми гострого стресу [44].

**Втома.** Астенія або астеничний синдром – це тривала (понад місяць) або хронічна (понад півроку) втома. До проявів астенії відносять: постійне відчуття втоми, дратівливість, нервозність, раптові зміни настрою, підвищену емоційну чутливість.

У дослідженнях, проведених через 10–35 днів після госпіталізації, 88,6% пацієнтів відмітили втому, однак два інші дослідження повідомляють про значно нижчі показники (12,7%–16,7%) через 1 місяць після виписки [38]. Через шість тижнів після припинення симптомів або після виписки з лікарні 52,3% пацієнтів, які перенесли COVID-19, відчували втому, а 31,0% даних пацієнтів не повернулися на роботу, незважаючи на те, що вони були вільні від хвороби, спричиненої COVID-19 [45].

Через два-три місяці після виписки з лікарні 40,0%-69,0% осіб, які хворіли на COVID-19, страждали від постійної втоми, що перешкоджала повсякденному життю та знижувала якість життя [38].

63% осіб, які перенесли COVID-19, мали постійну втому або м'язову слабкість через шість місяців. Фактори ризику постійної втоми включали жіночу стать та попередню історію депресії чи тривоги. Загалом не було виявлено зв'язку між втомою та маркерами запалення або тяжкістю захворювання на COVID-19, проте в одному дослідженні повідомлялося, що пацієнти з помірною або тяжкою формою хвороби відчували сильнішу втому, ніж пацієнти з легкою формою захворювання [38].

**Порушення сну.** Якщо людина погано спить, вона може стати дратівливою, неуважною, погіршується її настрій та працездатність. Розлади сну загрожують фізичним та емоційним виснаженням, а також можуть призвести до розвитку депресії. Оцінки частоти порушень сну після COVID-19 у п'яти дослідженнях коливалися від 26,0% до 52,2%. Ті особи, у яких спостерігалось багато медичних супутніх захворювань, за чотири тижні після

виписки з лікарні частіше відчували порушення сну (41,3%), ніж ті, хто їх не мав (32,0%). Порушення сну було частіше в жінок і збільшувало ризик депресії. Крім того, порушення сну зберігалось у 26,0 % осіб, які вижили, через 6 місяців після виписки [38].

Таким чином, крім загальних проблем із психічним здоров'ям, серед пацієнтів, які перенесли COVID-19, спостерігається підвищений рівень депресії, тривоги, посттравматичного стресу (ПТС), а також втома та порушення сну, що супроводжуються різноманітними порушеннями настрою.

#### **1.4. Особливості порушення настрою в пацієнтів з постковідним синдромом серед уразливих груп населення**

Пандемія COVID-19, надзвичайно масштабна і тривала, справила потенційно значний вплив на психічне здоров'я всього населення. Групи населення, що особливо вразливі до впливу пандемії COVID-19, включають хворих з психіатричними захворюваннями, медичних працівників, людей похилого віку, дітей, осіб із складними життєвими обставинами та обмеженими матеріальними ресурсами.

Проблеми з психічним здоров'ям, і особливо вияви депресії, часто трапляються в осіб похилого віку. У зв'язку з переходом значної частини медичних послуг на телемедицину під час пандемії COVID-19, люди похилого віку, які не можуть скористатися смартфонами та інтернет-послугами, стали найбільш вразливими групами, оскільки мають обмежений доступ до медичної допомоги, зокрема психіатричної.

COVID-19 вважається хворобою, особливо небезпечною для людей похилого віку, що в свою чергу, призводить до виникнення негативних стереотипів та дискримінації за віком. Це може призвести до посилення ізоляції цієї вікової групи та порушення їхніх прав на здоров'я та життя порівняно з іншими, що спричиняє додаткові моральні страждання як для самих пацієнтів літнього віку, так і для їхніх родин [46].

Перенесена коронавірусна хвороба, особливо після лікування в відділенні інтенсивної терапії, негативно впливає на когнітивні здібності

літніх пацієнтів. Це може призвести до виникнення нових або погіршення існуючих психологічних і психічних розладів та неврологічних порушень. Це може бути пов'язане з тим, що масивна цитокінова відповідь, спричинена SARS-CoV-2, може опосередковано завдати шкоди нейронам головного мозку [47].

Результати попереднього дослідження SARS-CoV-1 свідчать про вищий рівень депресії через 1 місяць та через 1 рік після одужання пацієнтів. Це дозволяє припускати, що може відбутися зростання кількості випадків депресії після перенесеної інфекції COVID-19 у майбутньому [48].

Діти та підлітки також піддаються значному психологічному стресу внаслідок пандемії COVID-19. Вони зазнають вимушеної ізоляції від друзів та однолітків, переходять на дистанційне навчання та відчують хронічний стрес через карантинні обмеження та погіршення матеріального стану родин. Ці фактори можуть призводити до розвитку депресії та соціальної тривожності в цій вразливій групі [49]. Так, дослідження Х. Хіе та співавторів виявило, що діти, які перебували на карантині вдома протягом 34 днів, в 20% випадків повідомляли про виникнення тривожних і депресивних симптомів [50].

Під час спалаху COVID-19 медичні працівники стикалися з підвищеним ризиком негативних наслідків для свого психічного здоров'я. Надмірні робочі навантаження, недостатнє забезпечення засобами індивідуального захисту, неспроможність надати належну медичну допомогу в умовах надзвичайних ситуацій, тиск прийняття швидких рішень з питань, що загрожують життю пацієнтів, обмежені ресурси для лікування, складнощі у наданні емоційної підтримки через використання засобів захисту та фізичного дистанціювання, відчуття безпорадності та провини через невдачі у лікуванні, страх зараження і передачі інфекції близьким, а також смерть пацієнтів - все це призводить до високого рівня психічних розладів серед медичного персоналу.

За даними досліджень, серед медичних працівників найчастіше трапляються такі розлади психіатричного спектра: тривожність – 12-20%, депресія – 15-25%, безсоння – 8%, посттравматичний стресовий розлад – 35-

49%. При цьому щонайменше 47% з медичних працівників відзначали, що потребують щонайменше психологічної підтримки [51-52].

Були визначені фактори ризику розвитку психологічних і психічних порушень у медичних працівників, які працюють з хворими на COVID, найчастіший серед них - збільшення контактів з ураженими пацієнтами. Іншими факторами ризику були психічні розлади в анамнезі, соматична патологія, тривале перебування в карантині, відсутність організаційної підтримки і соціальна стигма [53].

Пацієнти, які вже мали психічні розлади, стають надзвичайно уразливими щодо загострення симптомів та рецидивів під час пандемії COVID-19, особливо у виявах тривоги, депресії, паніки, делірію, психозу і суїцидальності. Близько 21% психічно хворих, які перебувають на амбулаторному лікуванні, повідомляють, що з настанням пандемії COVID-19 їм стало тяжче контролювати своє захворювання [54].

У опитуванні, що проводилося онлайн серед пацієнтів з тривожними, депресивними та біполярними розладами, 23% відповіли, що їм стало тяжче контролювати свій стан. Більшість з них висловила хвилювання щодо можливих наслідків пандемії на їхнє психічне здоров'я, зокрема загострення захворювання (64%), неможливість отримання необхідного лікування (39%) та відсутність необхідних медикаментів (38%) [55].

Карантинні обмеження обмежують соціальні контакти пацієнтів із психічними захворюваннями і погіршують доступність медичної допомоги. Випускання пацієнтів зі стаціонарного лікування раніше, ніж це потрібно, може збільшити ризик рецидивів захворювання, суїцидальної поведінки, тривоги та депресії [56]. Попередні дослідження підтверджують, що під час попередніх вірусних епідемій спостерігалось збільшення кількості суїцидів, яке можна було пов'язати з карантинними заходами [57].

Пацієнтам з нетяжкими психологічними та психіатричними порушеннями рекомендується звертатися до психотерапевта та використовувати методи самопомоги. Ці методи можуть включати

обмеження перегляду новин про пандемію у ЗМІ, регулярний режим роботи та відпочинку, фізичні вправи, медитацію та підтримку від близьких [58].

Також психіатрам може доводитися консультувати пацієнтів, які отримують лікування від COVID-19. У цьому разі їм необхідно знати можливість побічних ефектів лікарських засобів, які використовуються для лікування коронавірусної хвороби. Наприклад, дексаметазон пов'язаний з такими побічними ефектами, як депресія, емоційна лабільність, ейфорія, безсоння та навіть зміни особистості і психоз. Також слід враховувати взаємодію препаратів [59].

Таким чином, досвід перенесення потенційно смертельного та невиліковного COVID-19 може викликати значний психологічний дистрес, який, в свою чергу, може призвести до довгострокових змін у поведінці або погіршення вже існуючих психічних захворювань. Умови пандемії та суворі карантинні обмеження у всіх країнах, а також відсутність переконливих доказів ефективності лікування та профілактики COVID-19 на початку пандемії, спричинили поширення різних психічних порушень, таких як паніка, тривожність та депресія, серед всього населення. До особливо вразливих груп можна віднести хворих з психіатричною патологією, медичних працівників, людей похилого віку, дітей, а також тих, хто зіткнувся з складними життєвими умовами та матеріальною нестабільністю.

### **Висновки до I розділу**

Настрій – це загальний емоційний стан, який своєрідно забарвлює на певний час діяльність людини, характеризує її життєвий тонус. Цей стан виразно не спрямований на щось конкретно. Він може бути позитивним, проявляючись у бадьорості, або негативним, спричиняючи пригніченість та пасивність. Причини настрою можуть бути дуже різноманітними, і кожна людина має свою власну міру схильності до змін настрою. Група афективних розладів включає порушення, у яких основним симптомом є зміна настрою в бік підвищення (бадьорість) або зниження (пригніченість).

Порушення нервової системи, які розвинулись під час COVID-19, не минають безслідно, можуть тривати невизначено довгий час, що обумовлено структурними змінами головного мозку, які виникають внаслідок вірусу SARS-CoV-2. Постковідний синдром виявляється більш ніж у 30% пацієнтів, які перенесли COVID-19. Так, третина тих, хто легко переніс COVID-19, протягом двох-трьох тижнів після хвороби не зміг повернутися до тієї норми здоров'я, яка була у них до інфекції. У людей, що перехворіли у важкій формі, прояви постковідного синдрому можуть спостерігатися набагато довше – місяцями. Відсоток людей із постковідним синдромом варіюється в залежності від вікової групи: чим старша людина, чим більше у неї проблем зі здоров'ям, наприклад, хронічних захворювань – тим вище ризик постковідної симптоматики. При цьому наявність постковідного синдрому не завжди залежить від ступеня тяжкості перебігу гострого періоду COVID-19. Раніше вважалося, що тривалий COVID-19 спостерігається переважно у пацієнтів, які потребують госпіталізації в реанімаційних відділеннях. Однак, останні дослідження показали, що більшість випадків тривалого COVID-19 описуються навіть у пацієнтів без потреби в госпіталізації або в зверненні за негайною медичною допомогою.

Серед основних наслідків COVID-19 розглядаються проблеми психічного здоров'я. Так, частота вперше встановленого діагнозу психічного розладу склала 6% в період від 2 тижнів до 3 місяців після SARS-CoV-2, причому домінували афективні та тривожні розлади. У більш ніж 236 тис. пацієнтів продемонстровано, що через 6 місяців 12,84% пацієнтам, що перехворіли на COVID-19 вперше було поставлено психіатричний або неврологічний діагноз.

Серед психічних та психологічних розладів, які спостерігаються після перенесеної коронавірусної хвороби, найчастіше трапляються: безсоння - 42%; зниження концентрації та уваги - 38%; тривожність - 36%; розлади пам'яті - 34%; депресія - 33%; сплутаність свідомості - 28%; інші розлади свідомості - 21%.

Пошук патогенетичних механізмів, які пов'язують SARS-CoV-2 із гострими та довгостроковими психічними ускладненнями, триває, і дані постійно оновлюються. У цілому причини психічних розладів у хворих на коронавірусну хворобу можна розділити на три великі групи: церебральна гіпоксія внаслідок дихальної недостатності (найчастіше — сплутаність свідомості), цитокиновий шторм через гіперергічну імунну відповідь (найчастіше — апатія та анорексія) і енцефаліт як результат прямого вірусного ураження головного мозку (найчастіше — збудження і психоз).

Перенесення потенційно смертельної або невиліковної форми COVID-19 може викликати серйозний дистрес, який впливає на психічне здоров'я. Цей дистрес може мати довгострокові наслідки, такі як зміни у поведінці або погіршення існуючих психічних захворювань.

Умови пандемії та введення суворих карантинних обмежень у всіх країнах, а також відсутність достатньої доказової бази щодо ефективності лікування та профілактики COVID-19, спричинили поширення психологічних проблем серед населення. Серед таких порушень психіки були паніка, тривожність та депресія. Деякі групи населення виявилися особливо уразливими. Серед них хворі із психіатричними захворюваннями, медичні працівники, люди похилого віку, діти, люди, які опинилися у складних життєвих обставинах, та ті, хто перебуває у скрутному матеріальному становищі. Ці групи потребують особливої уваги та підтримки для збереження психічного благополуччя під час пандемії.

## **РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПОРУШЕННЯ НАСТРОЮ В ПАЦІЄНТІВ З ПОСТКОВІДНИМ СИНДРОМОМ**

### **2.1. Організація та методологія емпіричного дослідження**

Мета - вивчення порушення настрою в пацієнтів з постковідним синдромом на підставі емпіричного дослідження.

Завдання дослідження: отримання експериментальних даних, що підтверджують порушення настрою в пацієнтів з постковідним синдромом.

Для вивчення порушення настрою в пацієнтів з постковідним синдромом було проведено емпіричне дослідження. Програма дослідження включала такі етапи:

1. На першому етапі, базуючись на даних проведеного теоретичного аналізу, було підбрано комплекс психодіагностичних методик (опитувальник GAD-7 для швидкого оцінювання генералізованого тривожного розладу, опитувальник PHQ-9 для виявлення депресії; оцінка показника якості життя (SF-36 v2 Health survey), розроблено анкету та обрано групу досліджуваних (60 осіб з постковідним синдромом).

2. На другому етапі проведено опитування досліджуваних із використанням обраних психодіагностичних методик і розробленої анкети.

3. Третій етап – етап обробки та статистичного аналізу даних, інтерпретації отриманих результатів дослідження та формулювання висновків за цими результатами. Статистичний аналіз було виконано у комп'ютерній програмі Statistica 8.0.

Кількісні показники оцінювалися для відповідності нормальному розподілу, використовувався критерій Колмогорова-Смирнова. Номінальні дані описувалися із зазначенням абсолютних значень та відсоткових часток. При порівнянні середніх величин нормально розподілених сукупностей кількісних даних розраховувався t-критерій Стьюдента. Використовували М-середнє арифметичне, SD-стандартне відхилення. Сукупності кількісних показників, розподіл яких відрізнявся від нормального, описувалися за

допомогою значень медіани (Me) та нижнього та верхнього квантилів (Q1-Q3). За відсутності нормального розподілу порівняння незалежних сукупностей використовувався U-критерій Манна-Уїтні.

Порівняння номінальних даних проводилося за допомогою критерію  $\chi^2$  Пірсона для значущості відмінностей між фактичною кількістю що потрапляють у кожену категорію, і теоретичною кількістю, яку можна очікувати в групах, що вивчаються при нульовій гіпотезі. При аналізі чотирьохпольних таблиць при значенні хоч у одному осередку таблиці менше 10, нами розраховувався критерій  $\chi^2$  з поправкою Йейтса. Для вивчення зв'язку між явищами використовувався непараметричний метод – розрахунок коефіцієнта рангової кореляції Спірмена. Рівень значущості відмінностей  $p \leq 0,05$  вважався значимим.

Охарактеризуємо більш детально методики, які було використано для дослідження (дод. Б, Г, І), та групу досліджуваних.

Розроблена анкета була спрямована на визначення:

- 1) загальних соціально-демографічних характеристик досліджуваних (стать та вік);
- 2) особливостей протікання у досліджуваних захворювання (їхній стан під час хвороби: легкий, середньоважкий, важкий)
- 3) самооцінки досліджуваними міри вияву у них на актуальний момент тривожних та депресивних станів, рівня рольового функціонування, зумовленого емоційним станом, соціального функціонування, рівня життєвої активності та психічного здоров'я.

Для проведення емпіричного дослідження були вибрані наступні психодіагностичні методики:

- 1) **Опитувальник GAD-7 для швидкого оцінювання генералізованого тривожного розладу**

Опитувальник для швидкого оцінювання генералізованого тривожного розладу GAD-7 - важливий інструмент оцінки рівня тривожності та скринінгу генералізованого тривожного розладу.

Використання опитувальника GAD-7 не лише дозволяє виявити загальний рівень тривожності, але й ідентифікувати конкретні форми тривожних розладів, що є ключовим фактором для подальшого індивідуального лікування та психологічної підтримки. Його універсальність і визнана ефективність роблять GAD-7 важливим інструментом для проведення різноманітних досліджень, що робить його цінним ресурсом для професійних лікарів і психотерапевтів у сфері психічного здоров'я [56].

Даний опитувальник не є підставою для встановлення діагнозу, але дозволяє попередньо запідозрити тривожний розлад та визначити рівень тривожності.

Інтерпретація даних анкетування:

- 0-4 бали - мінімальний рівень тривожності;
- 5-9 балів - помірний рівень тривожності;
- 10-14 балів - середній рівень тривожності;
- 15-21 бал - високий рівень тривожності.

## **2) Опитувальник PHQ-9 для виявлення депресії**

Опитувальник PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) - це стандартний інструмент для скринінгу, діагностики та моніторингу симптомів депресії. Цей опитувальник є адаптованою версією загального опитувальника PHQ, який включає в себе ряд питань для виявлення різних психічних розладів. PHQ-9 складається з 9 питань, які оцінюють ключові симптоми депресії протягом останніх двох тижнів.

Інтерпретація даних анкетування:

- 0-4: Відсутність депресії або мінімальні симптоми. Зазвичай не потребує лікування, але стеження може бути корисним.
- 5-9: Легка депресія. Слід консультуватися з лікарем для виявлення можливих причин симптомів та обговорення стратегії лікування.
- 10-14: Середня депресія. Лікар може рекомендувати антидепресанти або психотерапію, або обидва варіанти.

- 5-19: Виражена депресія. Зазвичай потребує медикаментозного лікування та психотерапії. Часто рекомендується консультація зі спеціалістом в області психічного здоров'я.

- 20-27: Важка депресія. Зазвичай потребує інтенсивного медикаментозного лікування, психотерапії, а можливо, і госпіталізації.

Ці результати не є кінцевою діагностикою, а лише інструментом для виявлення можливих симптомів депресії [61].

### **3) SF-36 - Коротка форма неспецифічного опитувальника для визначення якості життя (The 36-Item Short Form Health Survey)**

Опитувальник SF-36 (Short Form Health Survey) є одним з найбільш поширених і добре валідованих інструментів для вимірювання якості життя з точки зору пацієнта. Він оцінює різні аспекти фізичного та психічного здоров'я, такі як функціональні обмеження, біль, загальний стан здоров'я, емоційний благополуччя та соціальне функціонування. Опитувальник SF-36 використовується в клінічній практиці, дослідницьких роботах та епідеміологічних дослідженнях для оцінки ефективності лікування, порівняння різних груп пацієнтів та визначення впливу різних факторів на якість життя.

Оцінка якості життя за допомогою опитувальника SF-36 складається із 36 питань, об'єднаних у 8 шкал. Опитувальник заповнюється пацієнтами самостійно. Аналізуються шкали: фізичне функціонування, рольове функціонування, обумовлене фізичним станом, інтенсивність болю, загальний стан здоров'я, життєва активність, соціальне функціонування, рольове функціонування, обумовлене емоційним станом, психічне здоров'я. Показники за кожною зі шкал варіюються від 0% до 100% (100% представляє повне здоров'я). Чим вище значення показника, тим краща оцінка за вибраною шкалою. Вісім шкал групуються у два показники: фізичний та психологічний компоненти здоров'я.

Фізичний компонент здоров'я включає: фізичне функціонування, рольове функціонування, обумовлене фізичним станом, інтенсивність болю та загальний стан здоров'я.

Психічний компонент здоров'я включає: життєву активність (VT – Vitality), соціальне функціонування (SF – Social Functioning), рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (RE – Role Emotional) та психічне здоров'я (MH – Mental Health).

Показник життєздатності, життєвої активності - характеризує відчуття пацієнтом повноти сил і енергії або, навпаки, знесилення. Низькі бали вказують на стомленість пацієнта, зниження життєвої активності.

Показник соціального функціонування визначається ступенем, в якому фізичний або емоційний стани обмежують соціальну активність (спілкування). Низькі бали свідчать про значне обмеження соціальних контактів, зниження рівня спілкування у зв'язку з погіршенням фізичного та емоційного стану.

Показник рольового функціонування, обумовленого емоційним станом передбачає оцінку ступеня, в якому емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи великі витрати часу та зменшення обсягу роботи, зниження її якості тощо). Низькі показники за цією шкалою інтерпретуються як обмеження у виконанні повсякденної роботи, обумовлене погіршенням емоційного стану.

Показник психічного здоров'я характеризує настрій, наявність депресії, тривоги та є загальним показником позитивних емоцій. Низькі показники свідчать про наявність депресивних, тривожних переживань, психічне неблагополуччя [62].

У даній роботі досліджувався лише психічний компонент здоров'я пацієнтів з постковідним синдромом. Розрахування значень шкал здійснювалося за допомогою комп'ютерної програми Microsoft Excel за певними алгоритмами.

Як було зазначено вище, у дослідженні взяли участь 60 осіб з постковідним синдромом. Їх детальна характеристика представлена у таблиці 2.1.

Як видно, 48% досліджуваних перенесли хворобу у легкій формі, 42% мали середньоважкий, а 10% – важкий стан під час хвороби. Середній вік опитаних осіб –  $42 \pm 12$  роки. Групуючи респондентів за віком згідно с класифікацією ВООЗ, 65% досліджуваних було молодого віку, 17% - похилого, 15% - середнього і 3% - старечого віку. Більшість досліджуваних – це чоловіки (56,7%). Опитування проводилося онлайн із використанням Google Forms. Первинні емпіричні дані опитування досліджуваних представлені у таблиці (Додаток Д).

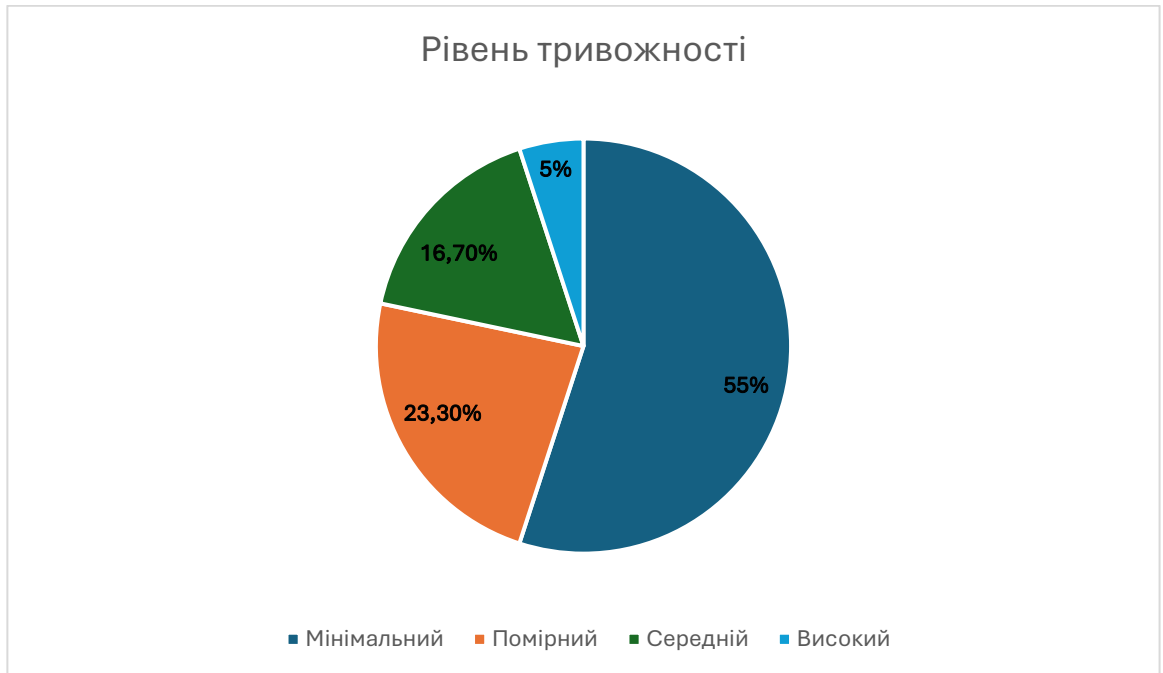
Таблиця 2.1

### Характеристика досліджуваної групи

Критерії		Кількість досліджуваних, (%)
Стать	Чоловіки	56,7%
	Жінки	43,3%
Вік	від 20 до 76 років, середній вік – $42 \pm 12$ роки	
Класифікація віку за ВООЗ	18-44 роки - молодий	65%
	44-60 років - середній	15%
	60-75 роки - похилий	17%
	75-90 років - старечий	3%
	після 90 років- довгожителі	0%
Тяжкість стану під час хвороби	Легкий	48%
	Середньоважкий	42%
	Важкий	10%

## 2.2. Аналіз рівня тривожності в пацієнтів з постковідним синдромом

Як показує аналіз даних первинного опитування, серед досліджуваних осіб з постковідним синдромом, 55% мали ознаки мінімального рівня тривожності, 23,3% - помірного, 16,7% - середнього рівня тривожності та 5% - високого рівня тривожності (рис. 2.1).



**Рис. 2.1 Відсотковий розподіл досліджуваних за рівнем вияву тривожності**

При розгляді рівня тривожності в осіб з постковідним синдромом виявлено прямий кореляційний зв'язок слабкої сили між рівнем тривожності та статтю обстежуваних осіб  $r=0,3$ ,  $p<0,05$ , а також між рівнем тривожності та ступенем тяжкості перенесеного COVID-19 -  $r=0,3$ ,  $p<0,05$ .

У середньому по всій групі спостережень рівень тривоги у чоловіків - 3 (1,0-6,0) балів,  $N = 34$ , а у жінок - 7 (2,0-11,0) балів,  $N = 26$ , що достовірно вище у 2,3 рази ( $p = 0,03$ ), ніж у чоловіків.

Таблиця 2.2

**Кількісний розподіл досліджуваних за рівнем вияву тривожності**

Стать (ч/ж)	мінімальний рівень	помірний рівень	середній рівень	високий рівень
ч	23	8	3	0
ж	10	6	7	3

Примітка: ч – чоловік, ж – жінка

При аналізі розподілу рівня тривоги (таблиця 2.2) виявлено, що середній та високий рівень тривоги більш характерний для жінок. Зокрема, у чоловіків такий рівень тривоги зустрічався у 3 випадках, а у жінок частіше у 3,2 рази ( $\chi^2=5,98$ ;  $p=0,01$ ) – у 10 випадках.

При розподілі за ступенем тяжкості захворювання COVID-19, виявилось, що за легкого ступеня тяжкості середній рівень тривожності у чоловіків по медіані дорівнював 1 (0-3) бала, а у жінок в 4 рази ( $p = 0,03$ ) вище - 4 (2,0-10,5) бали (таблиця 2.3).

Таблиця 2.3

**Розподіл показника рівня тривоги (бали) за ступенем тяжкості та статтю обстежуваних осіб з постковідним синдромом**

Ступінь тяжкості перенесеного COVID-19	Стать (ч/ж)	Рівень тривоги Me (Q1-Q3) N	p-рівень значущості відмінностей
Легкий	ч	1 (0-3) 17	$P_{ч-ж}=0,03$
	ж	4 (2,0-10,5) 12	
Середній	ч	5,5 (4,0-9,0) 14	$P_{ч-ж}=0,07$
	ж	10 (8,0-12,0) 11	
p-рівень значущості відмінностей	$p_{ч-ж}=0,03$ $p_{ж-ч}=0,2$		

Примітка: N – кількість осіб, Me – медіана, Q – 25% квантиль, Q3 - 75% квантиль

Після перенесеного COVID-19 середнього ступеня тяжкості у чоловіків значно зріс рівень тривожності і став дорівнювати 5,5 (4,0-9,0) балів, що в 5,5

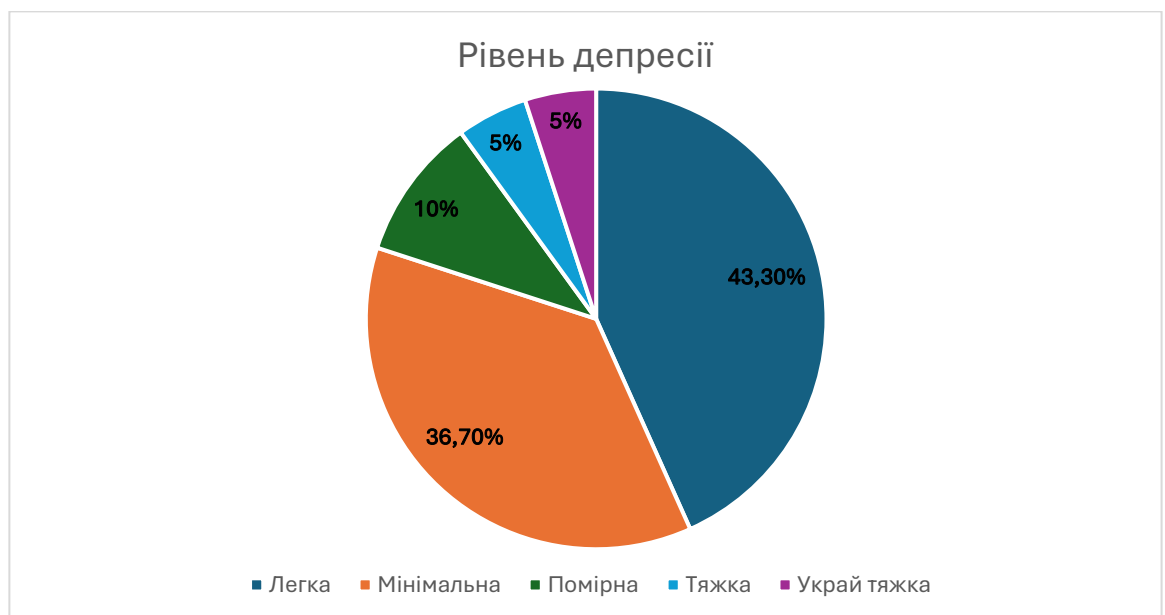
разів вище ( $p=0,03$ ), ніж після перенесеного легкого ступеня тяжкості (таблиця 2.3). У жінок після перенесеного COVID-19 середнього ступеня тяжкості виявилася тенденція до збільшення рівня тривожності, проте достовірних відмінностей не було виявлено порівняно з легким ступенем COVID-19 (таблиця 2.3).

Таким чином, після перенесеного COVID-19 легкого ступеня у всіх досліджуваних виявився мінімальний рівень тривожності, але були відмінності по статі - у жінок він був значуще у 4 рази вище ніж у чоловіків.

Після перенесеного COVID-19 середнього ступеня тяжкості як у чоловіків, так і у жінок рівень тривожності в середньому за медіаною став помірним (за шкалою опитувальника GAD-7). Значне посилення цього показника порівняно з легким ступенем COVID 19 – у 5,5 разів виявлено у чоловіків.

### 2.3. Аналіз рівня депресії в пацієнтів з постковідним синдромом

За результатами аналізу відсоткового розподілу досліджуваних за рівнем депресії встановлено, що 43,3% мали ознаки легкої депресії, 36,7% - мінімальної депресії, 10% - помірної, 5% - тяжкої і 5% - у край тяжкої депресії (рис. 2.2).



**Рис. 2.2 Відсотковий розподіл досліджуваних за рівнем вияву депресивних симптомів**

При розгляді рівня депресії в середньому по всій групі спостережень у чоловіків він дорівнював 5(3,0-8,0) балів, N=34; а у жінок – 7(4,0-12,0) балів, N=26, що має тенденцію до більш високих значень у жінок, за рівня значущості відмінностей, близької до достовірного,  $p=0,08$ .

Ці показники свідчать у середньому про наявність депресії легкого рівня (за шкалою опитувальника PHQ-9) як у жінок, так і у чоловіків.

При аналізі частотного розподілу (таблиця 2.4) рівня депресії у чоловіків та жінок значимих відмінностей не виявлено.

Таблиця 2.4

### Кількісний розподіл досліджуваних за рівнем депресії

Стать (ч/ж)	мінімальна депресія	легка депресія	помірна депресія	тяжка депресія	у край тяжка депресія
ч	14	16	3	1	0
ж	8	10	3	2	3

Примитка: ч - чоловік, ж - жінка

Під час розгляду рівня депресії залежно від ступеня тяжкості перенесеного COVID-19 виявлено, що при різних ступенях тяжкості немає значних відмінностей залежно від статі (таблиця 2.5).

Після перенесеного COVID-19 середнього ступеня тяжкості у чоловіків значно зріс рівень депресії і дорівнював 6,5 (5,0-8,0) балів, що вище в 1,6 рази ( $p=0,02$ ) у порівнянні з легким ступенем. У жінок після перенесеного COVID-19 середнього ступеня тяжкості виявилася тенденція до збільшення рівня депресії (таблиця 2.5).

Таким чином, після перенесеного COVID-19 легкого ступеня у всіх обстежуваних виявилася депресія мінімального та легкого рівня (за шкалою опитувальника PHQ-9) як у жінок, так і у чоловіків. Значне посилення цього показника при середньому ступені COVID-19 у порівнянні з легким ступенем виявлено у чоловіків – у 1,6 разів.

Таблиця 2.5

**Розподіл показника рівня депресії (бали) за ступенем тяжкості та статтю обстежуваних осіб з постковідним синдромом**

Ступень тяжкості перенесеного COVID 19	Стать (ч/ж)	Рівень депресії Me (Q1-Q3) N	p-рівень значущості відмінностей
Легкий	ч	4 (2-6) 17	P <sub>ч-ж</sub> =0,2
	ж	6 (3,5-10,5) 12	
Середній	ч	6,5 (5,0-8,0) 14	P <sub>ч-ж</sub> =0,2
	ж	9 (5,0-19,0) 11	
p-рівень значущості відмінностей	p <sub>ч 1-2</sub> =0,02 p <sub>ж 1-2</sub> =0,2		

Примітка: N-кількість осіб, Me - медіана, Q1 - 25% квантиль, Q3 - 75% квантиль

**2.4 Аналіз показника життєздатності, соціального функціонування, рольового функціонування, обумовленого емоційним станом та показника психічного здоров'я в пацієнтів з постковідним синдромом**

Показник життєздатності, який характеризує повноту життєвих сил та енергії обстежуваних осіб, у середньому по всій групі дорівнював  $59 \pm 18,1\%$ , при цьому у чоловіків він був ( $M \pm SD$ ) -  $61,7 \pm 15,6\%$ , а у жінок  $55,6 \pm 20,8\%$ . Ці показники не мали статистичних відмінностей. За даними таблиці 2.6, є тенденція до зменшення показника життєвої активності при посиленні ступеня тяжкості COVID-19, проте немає значних відмінностей між групами як за статтю, так і ступенем тяжкості.

Таблиця 2.6

**Рівень значень (%) показника життєздатності в залежності від ступеня тяжкості перенесеного COVID-19 та статі обстежуваних осіб з постковідним синдромом**

Ступень тяжкості перенесеного COVID 19	Стать (ч/ж)	Рівень життєздатності M±SD N	p-рівень значущості відмінностей
Легкий	ч	66,4±13,1 17	P <sub>ч-ж</sub> =0,1
	ж	55,8±21,1 12	
Середній	ч	58,9±15,1 14	P <sub>ч-ж</sub> =0,5
	ж	54,1±21,0 11	
p-рівень значущості відмінностей	p <sub>ч 1-2</sub> =0,14 p <sub>ж 1-2</sub> =0,8		

Примітка: N-кількість осіб; M - середнє арифметичне; SD - стандартне відхилення.

При проведенні кореляційного аналізу не було виявлено зв'язку між такими показниками як вік, стать та ступінь важкості COVID-19. Однак було виявлено зворотний кореляційний зв'язок показника життєвої активності та показників тривоги -  $r=-0,31$ ,  $p<0,05$  та депресії  $r=-0,31$ ,  $p<0,05$ .

При поділі показника депресії до 10 балів та після 10 балів показник життєвих сил розподіляється наступним чином (таблиця 2.7): при низьких значеннях депресії показник життєвих сил має більше на 28% ( $p=0,004$ ) значення -  $62,0\pm 17,6\%$  у порівнянні з цим показником при більш високих значеннях депресії -  $44,5\pm 14,0\%$ .

Таблиця 2.7

**Розподіл показника життєздатності (%) в залежності від рівня депресії обстежуваних осіб з постковідним синдромом**

Показник	Показник депресії $\leq 10$ балів	Показник депресії $> 10$ балів
	M $\pm$ SD N	M $\pm$ SD N
Показник життєздатності	62,0 $\pm$ 17,6 50	44,5 $\pm$ 14,0 10
p-рівень значущості відмінностей	P=0,004	

Примітка: N - кількість осіб; M - середнє арифметичне; SD - стандартне відхилення

При розподілі показника тривожності до 10 балів та після 10 балів показник життєвих сил розподіляється наступним чином (таблиця 2.8): при низьких значеннях тривожності показник життєвих сил має більше на 32% (p=0,001) значення - 62,4 $\pm$ 16,1% у порівнянні з цим показником при вищих значеннях тривожності - 42,5 $\pm$ 19,2%.

Таблиця 2.8

**Розподіл показника життєздатності (%) в залежності від рівня тривожності обстежуваних осіб з постковідним синдромом**

Показник	Показник тривожності $\leq 10$ баллов	Показник тривожності $> 10$ баллов
	M $\pm$ SD N	M $\pm$ SD N
Показник життєздатності	62,4 $\pm$ 16,1 50	42,5 $\pm$ 19,2 10
p-рівень значущості відмінностей	P=0,001	

Примітка: N - кількість осіб; M - середнє арифметичне; SD - стандартне відхилення.

Показник соціального функціонування був достатньо високим для усієї групи досліджуваних осіб і в середньому становив  $84,5 \pm 19\%$ , тобто соціальна активність у осіб з постковідним синдромом була збережена. При аналізі рівня показника соціального функціонування в залежності від ступеня тяжкості перенесеного COVID-19 та статі виявлено, що найбільш високі показники були у чоловіків, які перенесли COVID-19 легкого ступеня –  $94,1 \pm 10,9\%$ , що вище на 16% ( $p = 0,02$ ), ніж у жінок з таким самим ступенем тяжкості COVID-19 (таблиця 2.9). За середнього ступеня тяжкості COVID-19 ці відмінності за статтю нівелюються. Після перенесеного COVID-19 середнього ступеня тяжкості у чоловіків значно знизився показник соціальної активності - на 12,4% ( $p = 0,03$ ) у порівнянні з легким ступенем COVID-19, а у жінок змін не виявлено (таблиця 2.9).

Таблиця 2.9

**Рівень значень (%) показника соціального функціонування в залежності від ступеня тяжкості перенесеного COVID-19 та статі обстежуваних осіб з постковідним синдромом**

Ступінь тяжкості перенесеного COVID-19	Стать (ч/ж)	Рівень показника соціального функціонування M±SD N	p-рівень значущості відмінностей
Легкий	ч	94,1±10,9 17	P <sub>ч-ж</sub> =0,02
	ж	79,2±20,8 12	
Середній	ч	82,4±18,1 14	P <sub>ч-ж</sub> =0,8
	ж	89,5±24,4 11	
p-рівень значущості відмінностей	p <sub>ч 1-2</sub> =0,03 p <sub>ж 1-2</sub> =0,96		

Примітка: N - кількість осіб; M - середнє арифметичне; SD - стандартне відхилення.

Під час розгляду кореляційних зв'язків показника соціального функціонування осіб з постковідним синдромом не виявлено зв'язків із віком. Зворотний кореляційний зв'язок визначається зі ступенем тривожності  $r=-0,38$   $p<0,05$  та рівнем депресії -  $r=-0,38$   $p<0,05$  та прямий – з показником життєвої атківності -  $r=0,34$ ,  $p<0,05$ .

Таблиця 2.10

**Розподіл показника соціального функціонування (%) в залежності від рівня депресії обстежуваних осіб з постковідним синдромом**

Показник	Показник депресії $\leq 10$ балів	Показник депресії $> 10$ балів
	M $\pm$ SD N	M $\pm$ SD N
Показник соціального функціонування	88,0 $\pm$ 16,9 50	67,5 $\pm$ 20,6 10
p-рівень значущості відмінностей	P=0,001	

Примітка: N - кількість осіб; M – середнє арифметичне; SD - стандартне відхилення.

При емпіричному розподілі показника депресії до 10 балів і після 10 балів, показник соціального функціонування розподіляється наступним чином (таблиця 2.10): при низьких значеннях депресії цей показник має більше на 23,2% ( $p=0,001$ ) значення - 88,0 $\pm$  16,9% порівняно з цим показником при вищих значеннях депресії - 67,5 $\pm$ 20,6%. Аналогічні показники були отримані при розподілі емпірично показника тривожності до 10 балів і після 10 балів (таблиця 2.11): при більш високих значеннях тривожності зниження соціальної активності на 23,0% ( $p=0,001$ )

Рівень рольової активності обумовленої емоційним станом, статистично значимо не змінився в залежності від статі та ступеня тяжкості перенесеного COVID-19 і переважно мав низькі значення даного показника: у 35% респондентів була вкрай низька рольова активність, у інших більш висока - 66,4 $\pm$ 29% (таблиця 2.12).

Таблиця 2.11

**Розподіл показника соціального функціонування (%) в залежності від рівня тривожності обстежуваних осіб з постковідним синдромом**

Показник	Показник тривожності ≤10 баллов	Показник тривожності >10 баллов
	M±SD N	M±SD N
Показник соціального функціонування	88,0±16,8 50	67,5±20,6 10
р-рівень значущості відмінностей	P=0,001	

Примітка: N - кількість осіб; M - середнє арифметичне; SD - стандартне відхилення.

Таблиця 2.12

**Рівень значень (%) показника ролевого функціонування в залежності від ступеня тяжкості перенесеного COVID-19 та статі обстежуваних осіб з постковідним синдромом**

Ступінь тяжкості перенесеного COVID 19	Стать (ч/ж)	Рівень ролевої активності Me (Q1-Q3) N	р-рівень значущості відмінностей
Легкий	ч	33 (0-100) 17	P <sub>ч-ж</sub> =0,1
	ж	0 (0-33) 12	
Середній	ч	0 (0-33) 14	P <sub>ч-ж</sub> =0,9
	ж	0 (0-66) 11	
р-рівень значущості відмінностей	р <sub>ч 1-2</sub> =0,2 р <sub>ж 1-2</sub> =0,8		

Примітка: N - кількість осіб, Me - медіана, Q1 - 25% квантиль, Q3 - 75% квантиль

Показник рольової активності мав негативний кореляційний зв'язок із віком:  $r=-0,37$   $p<0,05$ ; зі ступенем тривожності -  $r=-0,38$   $p<0,05$ , з рівнем депресії -  $r=-0,51$   $p<0,05$  та позитивну – з рівнем соціального функціонування -  $r=0,29$   $p<0,05$ .

Показник психічного здоров'я у досліджуваних групах в середньому дорівнював  $67,1\pm 14,8\%$  та мав тенденцію до вищих показників у чоловіків у порівнянні з жінками ( $p = 0,06$  - значення близьке до значущого). За ступенем тяжкості перенесеного COVID-19 відмінностей не спостерігалось (таблиця 2.13).

Таблиця 2.13

**Рівень значень (%) показника психічного здоров'я в залежності від ступеня тяжкості перенесеного COVID-19 та статі обстежуваних осіб з постковідним синдромом**

Ступінь тяжкості перенесеного COVID 19	Стать (ч/ж)	Рівень Показника психічного здоров'я M±SD N	p-рівень значущості відмінностей
Легкий	ч	72,0±10,2 17	$P_{ч-ж}=0,06$
	ж	62,3±16,8 12	
Середній	ч	65,7±15,5 14	$P_{ч-ж}=0,7$
	ж	66,2±17,4 11	
p-рівень значущості відмінностей	$p_{ч 1-2}=0,18$ $p_{ж 1-2}=0,8$		

Примітка: N - кількість осіб; M - середнє арифметичне; SD - стандартне відхилення.

Показник психічного здоров'я мав негативний кореляційний зв'язок з рівнем тривожності -  $r=-0,36$ ,  $p<0,05$ , з рівнем депресії -  $r=-0,41$   $p<0,05$  та

позитивний – з рівнем соціального функціонування -  $r=0,32$   $p<0,05$ , життєвої активності -  $r=0,57$   $p<0,05$  і рольового функціонування -  $r=0,3$   $p<0,05$ .

Інтерпретуючи отримані результати, можна говорити про те, що пацієнти з постковідним синдромом мали схильність до депресивних переживань. Це виявлялося у їхньому пригніченому настрої, переважаючому песимізмі, у переживанні власної неповноцінності та незадоволеності. У них відзначалася знижена працездатність, соціальна активність та підвищена втомлюваність. Усе це поєднувалося із переважанням різноманітних негативних емоцій, наприклад, надмірної напруженості, занепокоєності, хвилювання, нервозності тощо, які стосувалися очікування у теперішньому та в майбутньому можливих негативних подій, що можуть загрожувати їхньому власному благополуччю або благополуччю їхніх близьких і рідних. Такі емоційні переживання можуть бути виявом тривожності досліджуваних і були пов'язані з актуальною стресовою ситуацією, у якій ті перебували (можна припускати, що цією ситуацією було перенесене захворювання та його наслідки, вплив яких респонденти відчували на собі на той час).

### **Висновки до II розділу**

В другому розділі роботи описані результати емпіричного дослідження порушень настрою у пацієнтів з постковідним синдромом. У розділі зазначені особливості організації та методологію емпіричного дослідження. Зокрема, виявлено, що хоч у найбільшій частці осіб з постковідним синдромом був виявлен мінімальний рівень тривожності (55%), у 40% респондентів виявлено ознаки помірної та середньої рівнів тривожності. У дослідженні був встановлений прямий кореляційний зв'язок слабкої сили між рівнем тривожності та статтю обстежуваних осіб, а також між рівнем тривожності та ступенем тяжкості перенесеного COVID-19. У середньому по всій групі спостережень рівень тривоги у жінок виявився достовірно вище у 2,3 рази, ніж у чоловіків. При аналізі розподілу рівня тривоги виявлено, що середній та високий рівні тривоги більш характерні для жінок. Після перенесеного COVID-19 легкого ступеня у всіх досліджуваних виявився мінімальний рівень

тривожності, але були відмінності по статі - у жінок він був значуще у 4 рази вище ніж у чоловіків. Після перенесеного COVID-19 середнього ступеня тяжкості як у чоловіків, так і у жінок рівень тривожності в середньому за медіаною став помірним (за шкалою опитувальника GAD-7). Значне посилення цього показника порівняно з легким ступенем COVID 19 – у 5,5 разів виявлено у чоловіків.

За результатами аналізу відсоткового розподілу досліджуваних за рівнем депресії встановлено, що 43,3% мали ознаки легкої депресії, 36,7% - мінімальної депресії, 10% - помірної, а 10% респондентів показали ознаки тяжкої та украй тяжкої депресії. При аналізі частотного розподілу рівня депресії у чоловіків та жінок значимих відмінностей не виявлено. Під час розгляду рівня депресії залежно від ступеня тяжкості перенесеного COVID-19 виявлено, що при різних ступенях тяжкості немає значних відмінностей залежно від статі. Після перенесеного COVID-19 легкого ступеня у всіх обстежуваних, як у жінок, так і у чоловіків, виявилася депресія мінімального та легкого рівня (за шкалою опитувальника PHQ-9). Значне посилення цього показника при середньому ступені COVID-19 у порівнянні з легким ступенем виявлено у чоловіків – у 1,6 разів. Після перенесеного COVID-19 середнього ступеня тяжкості у чоловіків значно зріс рівень депресії і став в 1,6 рази вищим у порівнянні з легким ступенем. У жінок після перенесеного COVID-19 середнього ступеня тяжкості також виявилася тенденція до збільшення рівня депресії.

Показник життєздатності, який характеризує повноту життєвих сил та енергії обстежуваних осіб, у середньому по всій групі дорівнював  $59 \pm 18,1\%$ , при цьому у чоловіків він був ( $M \pm SD$ ) -  $61,7 \pm 15,6\%$ , а у жінок  $55,6 \pm 20,8\%$ . Ці показники не мали статистичних відмінностей. Була виявлена тенденція до зменшення показника життєвої активності при посиленні ступеня тяжкості COVID-19, проте не було виявлено значних відмінностей між групами як за статтю, так і ступенем тяжкості. При проведенні кореляційного аналізу також не було виявлено зв'язку між такими показниками як вік, стать та ступінь

важкості COVID-19, однак було виявлено зворотний кореляційний зв'язок показника життєвої активності та показників тривоги та депресії.

Показник соціального функціонування був достатньо високим для усієї групи досліджуваних осіб і в середньому становив  $84,5 \pm 19\%$ , тобто соціальна активність у осіб з постковідним синдромом була збережена. При аналізі рівня показника соціального функціонування осіб з постковідним синдромом в залежності від ступеня тяжкості перенесеного COVID-19 та статі виявлено, що найбільш високі показники були у чоловіків, які перенесли COVID-19 легкого ступеня –  $94,1 \pm 10,9\%$ , що вище на 16% ( $p = 0,02$ ), ніж у жінок з таким самим ступенем тяжкості COVID-19. За середнього ступеня тяжкості COVID-19 ці відмінності за статтю нівелюються. Після перенесеного COVID-19 середнього ступеня тяжкості у чоловіків значно знизився показник соціальної активності - на 12,4% ( $p = 0,03$ ) у порівнянні з легким ступенем COVID-19, а у жінок змін не виявлено. Під час розгляду кореляційних зв'язків показника соціального функціонування осіб з постковідним синдромом не виявлено зв'язків із віком. Зворотний кореляційний зв'язок визначається зі ступенем тривожності та рівнем депресії, а прямий – з показником життєвої активності.

Рівень рольової активності обумовленої емоційним станом, статистично значимо не змінився в залежності від статі та ступеня тяжкості перенесеного COVID-19 і переважно мав низькі значення даного показника: у 35% респондентів була вкрай низька рольова активність, у інших більш висока -  $66,4 \pm 29\%$ . Показник рольової активності мав негативний кореляційний зв'язок із віком, з рівнем тривожності та депресії і позитивний - з рівнем соціального функціонування.

Показник психічного здоров'я у досліджуваних групах в середньому дорівнював  $67,1 \pm 14,8\%$  та мав тенденцію до вищих показників у чоловіків у порівнянні з жінками. За ступенем тяжкості перенесеного COVID-19 відмінностей не спостерігалось. Показник психічного здоров'я мав негативний кореляційний зв'язок з рівнем тривожності, з рівнем депресії та позитивний –

з рівнями соціального функціонування, життєвої активності та рольового функціонування.

Інтерпретуючи отримані результати, можна говорити про те, що пацієнти з постковідним синдромом мали схильність до депресивних переживань. Це виявлялося у їхньому пригніченому настрої, переважаючому песимізмі, у переживанні власної неповноцінності та незадоволеності. У них відзначалася знижена працездатність, соціальна активність та підвищена втомлюваність. Усе це поєднувалося із переважанням різноманітних негативних емоцій, наприклад, надмірної напруженості, занепокоєності, хвилювання, нервозності тощо, які стосувалися очікування у теперішньому та в майбутньому можливих негативних подій, що можуть загрожувати їхньому власному благополуччю або благополуччю їхніх близьких і рідних. Такі емоційні переживання могли бути виявом тривожності досліджуваних і були пов'язані з актуальною стресовою ситуацією, у якій ті перебували (можна припускати, що цією ситуацією було перенесене захворювання та його наслідки, вплив яких респонденти відчували на собі на той час).

## ВИСНОВКИ

Попри значний інтерес науковців до проблеми впливу COVID-19 і пандемії на життя людей, у цій темі досі залишаються невивчені й актуальні для дослідження аспекти. Ця робота була присвячена вивченню проблеми порушення настрою у пацієнтів з постковідним синдромом.

1) Настрій – це загальний емоційний стан, який своєрідно забарвлює на певний час діяльність людини, характеризує її життєвий тонус. Цей стан виразно не спрямований на щось конкретно. Він може бути позитивним, виражаючись у бадьорості, або негативним, викликаючи пригніченість та пасивність. Причини настроїв можуть бути різноманітними, і реакція на них індивідуальна. Група афективних розладів включає порушення, які характеризуються головними проявами змін у настрої, спрямованих на погіршення або покращення.

2) Як показує проведений теоретичний аналіз наукових джерел, особи, що перенесли COVID-19, схильні до різноманітних психічних і психологічних порушень як у процесі лікування, так і протягом тривалого часу після гострої фази хвороби. Постковідний синдром виявляється більш ніж у 30% пацієнтів. Відсоток людей із постковідним синдромом варіюється в залежності від вікової групи: чим старша людина, чим більше у неї проблем зі здоров'ям – тим вище ризик постковідної симптоматики. При цьому наявність постковідного синдрому не завжди залежить від ступеня тяжкості перебігу гострого періоду COVID-19. Частота вперше встановленого діагнозу психічного розладу склала 6% в період від 2 тижнів до 3 місяців після SARS-CoV-2, з домінуванням афективних та тривожних розладів. У більш ніж 236 тис. пацієнтів продемонстровано, що через 6 місяців 12,84% пацієнтам, що перехворіли на COVID-19 вперше було поставлено психіатричний або неврологічний діагноз.

Пошук патогенетичних механізмів, які пов'язують SARS-CoV-2 із гострими та довгостроковими психічними ускладненнями, триває, і дані

постійно оновлюються. У цілому причини психічних розладів у хворих на коронавірусну хворобу можна розділити на три великі групи: церебральна гіпоксія внаслідок дихальної недостатності (найчастіше — сплутаність свідомості), цитокиновий шторм через гіперергічну імунну відповідь (найчастіше — апатія та анорексія) і енцефаліт як результат прямого вірусного ураження головного мозку (найчастіше — збудження і психоз).

3) Серед психічних і психологічних порушень, що мають вплив на настрої пацієнтів з постковідним синдромом найчастіше говорять про тривожні і депресивні симптоми, симптоми посттравматичного стресового розладу, порушення сну, зниження когнітивних функцій, obsesивно-компульсивну симптоматику, симптоми соціальних фобій та ін. Крім того досвід потенційно смертельного та невиліковного COVID-19 є причиною сильного дистресу, який може спричинити довгострокові зміни поведінки або погіршити вже існуючі психічне захворювання. Умови пандемії та суворих карантинних обмежень у всіх країнах, відсутність доказової бази щодо ефективності лікування та профілактики COVID-19 на початку пандемії зумовили поширення таких порушень психіки, як паніка, тривожність та депресія серед усього населення. Особливо уразливими виявилися такі групи серед загальної популяції населення, як хворі із психіатричною патологією, медичні працівники, люди літнього віку, діти, люди зі складними життєвими обставинами та скрутним матеріальним становищем.

4) За даними результатів емпіричного дослідження визначено, що пацієнти з постковідним синдромом мали схильність до депресивних переживань. Це виявлялося у їхньому пригніченому настрої, переважаючому песимізмі, у переживанні власної неповноцінності та незадоволеності. У них відзначалася знижена працездатність, соціальна активність та підвищена втомлюваність. Усе це поєднувалося із переважанням різноманітних негативних емоцій, наприклад, надмірної напруженості, занепокоєності, хвилювання, нервозності тощо, які стосувалися очікування у теперішньому та в майбутньому можливих негативних подій, що можуть загрожувати їхньому

власному благополуччю або благополуччю їхніх близьких і рідних. Такі емоційні переживання могли бути виявом тривожності досліджуваних і були пов'язані з актуальною стресовою ситуацією, у якій ті перебували (можна припускати, що цією ситуацією було перенесене захворювання та його наслідки, вплив яких респонденти відчували на собі на той час).

5) Серед досліджуваних осіб з постковідним синдромом 55% мали ознаки мінімального рівня тривожності, 23,3% - помірного, 16,7% - середнього рівня тривожності та 5% - високого рівня тривожності. Був встановлений прямий кореляційний зв'язок між рівнем тривожності та статтю обстежуваних осіб, а також між рівнем тривожності та ступенем тяжкості перенесеного COVID-19. У середньому по всій групі спостережень рівень тривоги у жінок виявився достовірно вище у 2,3 рази, ніж у чоловіків. Крім того встановлено, що середній та високий рівні тривоги також є більш характерними для жінок.

За результатами аналізу відсоткового розподілу досліджуваних за рівнем депресії встановлено, що 43,3% мали ознаки легкої депресії, 36,7% - мінімальної депресії, 10% - помірної, 5% - тяжкої і 5% - у край тяжкої депресії. При аналізі частотного розподілу рівня депресії у чоловіків та жінок значимих відмінностей не відзначалося. За зростанням ступеня тяжкості COVID-19 зростав рівень депресії.

Показник життєздатності (життєвої активності) в середньому по групі дорівнював  $59 \pm 18,1\%$ . Не було виявлено значних відмінностей між групами як за статтю, так і ступенем тяжкості COVID-19. Був встановлений зворотний кореляційний зв'язок показника життєвої активності та показників тривоги та депресії.

Показник соціального функціонування був достатньо високим для усієї групи досліджуваних осіб і в середньому становив  $84,5 \pm 19\%$ , тобто соціальна активність у осіб з постковідним синдромом була збережена. Кореляційних зв'язків показника соціального функціонування із віком не було знайдено. Зворотний кореляційний зв'язок визначається зі ступенем тривожності та рівнем депресії, а прямий – з показником життєвої активності.

Рівень рольової активності обумовленої емоційним станом, статистично значимо не змінився в залежності від статі та ступеня тяжкості перенесеного COVID-19 і переважно мав низькі значення даного показника: у 35% респондентів була вкрай низька рольова активність, у інших більш висока -  $66,4 \pm 29\%$ .

Показник психічного здоров'я у досліджуваних групах в середньому дорівнював  $67,1 \pm 14,8\%$ , мав тенденцію до вищих показників у чоловіків у порівнянні з жінками, за ступенем тяжкості перенесеного COVID-19 відмінностей не спостерігалось.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Максименко С. Д., Соловієнко В. О. Загальна психологія: Навч. Посібник. – К.: МАУП, 2000. – 256 с.
2. Саржевський С. Н. Психологія та патологія емоцій, волі, уваги : навчально-методичний посібник для студентів 4 курсу медичних факультетів зі спеціальностей «Лікувальна справа» та «Педіатрія». – Запоріжжя, 2017. – 72 с.
3. <https://www.phc.org.ua/news/scho-take-depresiya-ta-yak-ii-rozpoznati>
4. Саржевський С. Н. Розлади афективного спектру : навч. посіб. для лікарів-інтернів за спеціалізацією «Психіатрія». – Запоріжжя, 2021. – 90 с.
5. Психіатрія і наркологія : підручник / В.Л. Гавенко, В.С. Бітенський, П86 В.А. Абрамов та ін. ; за ред. В.Л. Гавенка, В.С. Бітенського. — 2-ге вид., переробл. і допов. — К. : ВСВ "Медицина", 2015. — 512 с. ISBN 978-617-505-422-2.
6. Психіатрія і наркологія: підручник (ВНЗ III—IV р. а.) / Г.Т. Сонник, О.К. Напрєєнко, А.М. Скрипніков та ін.; за ред. О.К. Напрєєнка. — 3-є вид., випр., 2017. – 424 с.
7. Психіатрія і наркологія: підручник / І.І. Погорєлов, О.Д. Манаєнкова. — 3-є видання, 2023. – 319 с.
8. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування: підручник / І.Я. Губенко, О.С. Карнацька, О.Т. Шевченко. — 3-є видання, 2021. – 312 с.
9. Рекалова О. М. COVID-19 – нова вірусна інфекція: патогенез, діагностика, лікування. Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2020. № 2. С. 7-20. <https://doi.org/10.30978/TB2020-2-7>.
10. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard (Ukraine). 17 December 2021. URL : <https://covid19.who.int/region/euro/country/ua>
11. Hollis F, Pope BS, Gorman-Sandler E, Wood SK. Neuroinflammation and Mitochondrial Dysfunction Link Social Stress to Depression. *Curr Top Behav Neurosci*. 2022;54:59-93. doi: 10.1007/7854\_2021\_300.

12. Galletly C. Psychiatry in the COVID-19 Era. *Aust N Z J Psychiatry*. 2020 May;54(5):447- 8. doi: 10.1177/0004867420920359.
13. Chacko M, Job A, Caston F 3rd, et al. COVID-19-Induced Psychosis and Suicidal Behavior: Case Report. *SN Compr Clin Med*. 2020;2(11):2391-5. doi: 10.1007/s42399-020- 00530-7. Epub 2020 Sep 26.
14. Varatharaj A, Thomas N, Ellul MA, et al. Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: A UK-wide surveillance study. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(10):875-82.
15. Mazza MG, De Lorenzo R, Conte C, et al. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain Behav Immun*. 2020;89:594-600. doi: 10.1016/j.bbi.2020.07.037.
16. Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C, et al. More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 2021;11:16144. doi: 10.1038/s41598-021-95565-8.
17. COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. NICE guideline [NG188]. Published date: 18 December 2020. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188/chapter/5-Management>.
18. Davidson J. E., Jones C., Bienvenu O. J. Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family. *Critical care medicine*. 2012. Vol. 40, Iss. 2. P. 618-624. <https://doi.org/10.1097/ CCM.0b013e318236ebf9>.
19. Cortinovis M., Perico N., Remuzzi G. Long-term follow-up of recovered patients with COVID-19. *Lancet*. 2021. Vol. 397, Iss. 10270. P. 173-175. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00039-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00039-8).
20. <http://uoz.gov.ua/2022/02/15/%D0%BF%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D1%96%D0%B4%D0%BD%D0%B8%D0%B9-%D1%81%D0%B8%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%BC-%D1%82%D1%80%D0%B8%D0%B2%D0%BE%D0%B6%D0%BD%D1%96-%D1%82%D0%B0-%D0%B4%D0%B5%D0%BF/>

21. Post-acute COVID-19 syndrome. Incidence and risk factors: A Mediterranean cohort study / O. Moreno-Pérez et al. *The Journal of infection*. 2021. Vol. 82, Iss. 3. P. 378-383. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2021.01.004>.
22. Sharma , Lioutas V.-A., Madsen T., Clark J., O’Sullivan J., Elkind M.S.V., Willey J.Z., Marshall R.S., Selim M.H., Greer D., Tirschwell D.L., Burton T., Boehme A. Decline in stroke alerts and hospitalisations during the COVID-19 pandemic. *Stroke Vasc Neurol*. 2020 Dec. 5(4). 403-405. Article in English | MEDLINE | ID: covidwho-1318203.
23. Carvalho-Schneider, Laurent E., Lemaigen A., Beaufils E., Bourbao-Tournois C., Laribi S. et al. Follow-up of adults with noncritical COVID-19 two months after symptom onset. *Clin. Microbiol. Infect.* 2020. DOI: 10.1016/j.cmi.2020.09.052.
24. Spinato , Fabbris C., Polesel J. et al. Alterations in Smell or Taste in Mildly Symptomatic Outpatients with SARS-CoV-2 Infection. *JAMA*. 2020. 323(20). 2089-2090.
25. Yong SJ, Liu S. Proposed subtypes of post-COVID-19 syndrome (or long-COVID) and their respective potential therapies. *Rev Med Virol*. 2021;e2315. doi: 10.1002/rmv.2315.
26. Baig AM, Khaleeq A, Ali U, Syeda H. Evidence of the COVID-19 virus targeting the CNS: tissue distribution, host-virus interaction, and proposed neurotropic mechanism. *ACS Chem Neurosc*. 2020;11(7):995-8. doi: 10.1021/acscchemneuro.0c00122.
27. Taquet M, Geddes JR, Husain M, et al. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *Lancet Psychiatry*. 2021;8:416-27. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00084-5.
28. Goërtz M.J., Van Herck M., Delbressine J.M., Vaes A.W., Meys R., Machado F.V.C. et al. Persistent symptoms 3 months after a SARS-CoV-2 infection: the post-COVID-19 syndrome? *ERJ Open Res*. 2020. DOI: 10.1183/23120541.00542-2020.

29. Noor-Ul-Huda , Ain S., Salman Y. The Effects of COVID-19 on Hypothalamus: Is it Another Face of SARS-CoV-2 That May Potentially Control the Level of COVID-19 Severity? DOI: 10.13140/RG.2.2.24482.25289.
30. Varatharaj A., Thomas N., Ellul M.A. et al. Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: a UK-wide surveillance study // *Lancet Psychiatry*.— 2020.— Vol. 7 (10).— P. 875—882. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30287-X.
31. Singhal T. A review of coronavirus disease-2019 (COVID-19) // *Indian J. Pediatr.*— 2020.— Vol. 87 (4).— P. 281—286. doi: 10.1007/s12098-020-03263-6.
32. Ahorsu D.K., Lin C.-Y., Imani V. et al. The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation // *Int. J. Ment. Health Addict.*— 2020.— P. 1—9. doi: 10.1007/s11469-020-00270-8.
33. Ahmed S.F., Quadeer A.A., McKay M.R. Preliminary Identification of Potential Vaccine Targets for the COVID-19 coronavirus (SARS-CoV-2) based on SARS-CoV immunological studies // *Viruses*.— 2020.— Vol. 12 (3).— P. 254. doi: 10.3390/v12030254.
34. Steardo L Jr, Steardo L, Verkhatsky A. Psychiatric face of COVID-19. *Transl Psychiatry*. 2020 Jul 30;10(1):261. doi: 10.1038/s41398-020-00949-5. PMID: 32732883; PMCID: PMC7391235.
35. Tsamakidis K., Triantafyllis A.S., Tsiptsios D. et al. COVID-19 related stress exacerbates common physical and mental pathologies and affects treatment (Review) // *Exp. Ther. Med.*— 2020.— Vol. 20 (1).— P. 159—162. doi: 10.3892/etm.2020.8671.
36. Brooks S.K., Webster R.K., Smith L.E. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence // *Lancet*.— 2020.— Vol. 395 (10227).— P. 912—920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
37. Mei Q, Wang F, Bryant A, et al. Mental health problems among COVID-19 survivors in Wuhan, China. *World Psychiatry*. 2021;20(1):139-40. doi: 10.1002/wps.20829.

38. Шупрович А.А. Нейротропні ефекти респіраторних вірусних інфекцій: ментальні та нейропсихологічні аспекти. *International Journal of Endocrinology*. 2021.17(6), с. 496-502. doi: <https://doi.org/10.22141/2224-0721.17.6.2021.243215>.
39. Mazza MG, De Lorenzo R, Conte C, et al; COVID-19 BioB Outpatient Clinic Study group, Benedetti F. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain Behav Immun*. 2020 Oct;89:594-600. doi:10.1016/j.bbi.2020.07.037.
40. De Lorenzo R, Conte C, Lanzani C, et al. Residual clinical damage after COVID-19: A retrospective and prospective observational cohort study. *PLoS One*. 2020 Oct 14;15(10):e0239570. doi:10.1371/journal.pone.0239570.
41. de Graaf MA, Antoni ML, Ter Kuile MM, et al. Short-term outpatient follow-up of COVID-19 patients: A multidisciplinary approach. *EClinicalMedicine*. 2021 Feb;32:100731. doi:10.1016/j.eclinm.2021.100731.
42. Bonazza F, Borghi L, di San Marco EC, et al. Psychological outcomes after hospitalization for COVID-19: data from a multidisciplinary follow-up screening program for recovered patients. *Res Psychother*. 2021 Jan 14;23(3):491. doi:10.4081/ripppo.2020.491.
43. Bellan M, Soddu D, Balbo PE, et al. Respiratory and Psychophysical Sequelae Among Patients With COVID-19 Four Months After Hospital Discharge. *JAMA Netw Open*. 2021 Jan 4;4(1):e2036142. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.36142.
44. van den Borst B, Peters JB, Brink M, et al. Comprehensive Health Assessment 3 Months After Recovery From Acute Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Clin Infect Dis*. 2021 Sep 7;73(5):e1089-e1098. doi:10.1093/cid/ciaa1750.
45. Townsend L, Dyer AH, Jones K, et al. Persistent fatigue following SARS-CoV-2 infection is common and independent of severity of initial infection. *PLoS One*. 2020 Nov 9;15(11):e0240784. doi:10.1371/journal.pone.0240784.
46. Nikolakakis N., Dragioti E., Paritsis N. et al. Association between happiness and psychopathology in an elderly regional rural population in Crete // *Psychiatriki*.— 2019.— Vol. 30 (4).— P. 299—310. doi: 10.22365/jpsych.2019.304.299

47. Michel J.P., Maggi S., Ecartot F. Raising awareness of the needs of older COVID patients after hospital discharge // *Aging Clin. Exp. Res.*— 2020.— Vol. 32.— P. 1595—1598. doi: 10.1007/s40520-020-01620-1.
48. Vindegaard N., Benros M.E. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence // *Brain Behav. Immun.*— 2020.— Vol. 89.— P. 531—542. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.048.
49. Gautam M., Thakrar A., Akinyemi E., Mahr G. Current and future challenges in the delivery of mental healthcare during COVID-19 // *SN Compr. Clin. Med.*— 2020.— Vol. 11.— P. 1—6. doi: 10.1007/s42399-020-00348-3.
50. Xie X., Xue Q., Zhou Y. et al. Mental Health Status Among Children in Home Confinement During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in Hubei Province, China // *JAMA Pediatrics.*— 2020.— Vol. 174 (9).— P. 898—900. doi: 10.1001/jamapediatrics.2020.1619.
51. Lai J., Ma S., Wang Y. et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019 // *JAMA Network Open* 3.— 2020.— Vol. 3 (3).— P. e203976. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.
52. Rossi R., Socci V., Pacitti F. et al. Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy // *JAMA Network Open.*— 2020.— Vol. 3.
53. Kisely S., Warren N., McMahon L., Dalaise C., Henry I., Siskind D. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis // *The BMJ.*— 2020.— Vol. 369.— m1642. doi: 10.1136/bmj.m1642.
54. Zhou J., Liu L., Xue P. et al. Mental Health Response to the COVID-19 Outbreak in China // *Am. J. Psychiatr.*— 2020.— Vol. 177 (7).— P. 574—575. doi: 10.1176/appi.ajp.2020.20030304.
55. Costa M., Pavlo A., Reis G. et al. COVID-19 Concerns Among Persons With Mental Illness // *Psychiatr. Serv.*— 2020.— Vol. 71 (11).— P. 1188—1190. doi: 10.1176/appi.ps.202000245.

56. Moreno C., Wykes T., Galderisi S. et al. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic // *Lancet Psychiatry*.— 2020.— Vol. 7 (9).— P. 813—824. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30307-2.
57. Barbisch D., Koenig K.L., Shih F.Y. Is There a Case for Quarantine? Perspectives from SARS to Ebola // *Disaster. Med. Public Health Prep*.— 2015.— Vol. 9 (5).— P. 547—553. doi: 10.1017/dmp.2015.38.
58. Razai M.S., Oakeshott P., Kankam H. et al. Mitigating the psychological effects of social isolation during the COVID-19 pandemic // *BMJ*.— 2020.— Vol. 369.— m1904. doi: 10.1136/ bmj.m1904.
59. Zhang K., Zhou X., Liu H., Hashimoto K. Treatment concerns for psychiatric symptoms in patients with COVID-19 with or without psychiatric disorders // *Br. J. Psychiatr*.— 2020.— Vol. 217.— P. 351. doi: 10.1192/bjp.2020.84.
60. <https://md-eksperiment.org/post/20231005-metodiki-diagnostuvannya-trivoginocinka-ta-zastosuvannya>
61. <https://klinika.medvedev.ua/depression/>
62. Якість життя у пацієнтів із вродженими вадами серця. Практичний посібник. /І.Г. Лебідь, Н.М. Руденко, А.Ю. Сидоренко [та ін.].—Київ: Вид. НПІМЦДКК, 2016.—49с.

## ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиця А.1

## Психопатологія емоцій

<b>Кількісні порушення емоцій:</b>	
<u>Гіпертимії:</u>	<u>Гіпотимії:</u>
манія	параліч емоцій
ейфорія	апатія
морія	емоційне сплющення
депресія	емоційна тупість
	емоційна монотонність
<b>Якісні порушення емоцій:</b>	
<u>Паратимії:</u>	
амбівалентність	неадекватність емоцій
<b>Порушення сили емоцій:</b>	
<u>Патологічне посилення</u>	<u>Патологічне ослаблення</u>
гіпертимія	параліч емоцій
ейфорія	апатія
екстаз	емоційне сплющення
гіпотимія	емоційна тупість
депресія	
тривога	
гнівливість	
<b>Порушення рухливості емоцій:</b>	
слабкодухість (нетримання емоцій)	
лабільність	
інертність (застрягання) емоційних переживань	
експлозивність	
<b>Порушення адекватності емоцій:</b>	
неадекватність	
амбівалентність	

Додаток Б

Таблиця Б.1

**Опитувальник GAD-7 для швидкого оцінювання генералізованого  
тривожного розладу**

Як часто за останні два тижні Вас турбували такі проблеми?	Ніколи	Кілька днів	Понад половину днів	Майже щодня
Підвищена нервова збудливість, занепокоєння або дратівливість	0	1	2	3
Нездатність впоратися з хвилюванням	0	1	2	3
Надмірне занепокоєння з різних приводів	0	1	2	3
Нездатність розслабитися	0	1	2	3
Крайній ступень занепокоєння: «не можу знайти собі міста»	0	1	2	3
Легко піддаюся відчуттю занепокоєності або дратівливості	0	1	2	3
Побоювання чогось страшного	0	1	2	3
<b>Примітка: 0-4 бали – мінімальний рівень тривожності; 5-9 балів – помірний рівень тривожності; 10-14 балів – середній рівень тривожності; 15-21 -високий рівень тривожності</b>				

**Шкала страху COVID-19 (FCV-195)**

Ствердження	Повністю не згоден	Не згоден	Важко відповісти	Згоден	Повністю згоден
Я понад усе боюся COVID-19	1	2	3	4	5
Мені дискомфортно думати про COVID-19	1	2	3	4	5
Мої руки ніби забруднені, коли я думаю про COVID-19	1	2	3	4	5
Я боюся померти через COVID-19	1	2	3	4	5
Дивлячись новини, дописи і блоги про COVID-19 у ЗМІ та соціальних мережах, я нервую або тривожусь	1	2	3	4	5
Я не можу спати, оскільки переживаю через можливе зараження COVID-19	1	2	3	4	5
Я відчуваю серцебиття і прискорення пульсу, коли думаю про можливе захворювання на COVID-19	1	2	3	4	5
<b>Примітка: ≤ 14 балів – страх відсутній; &gt; 14 балів – страх наявний</b>					

## Опитувальник PHQ-9 для виявлення депресії

Як часто за останні два тижні Вас турбували такі проблеми?	Ніколи	Кілька днів	Понад половину днів	Майже щодня
Відсутність інтересу до подій, що відбувається	0	1	2	3
Байдужість, пригніченість	0	1	2	3
Проблеми із засинанням, безсоння або, навпаки, сонливість	0	1	2	3
Відчуття втоми та знесилення	0	1	2	3
Відсутність апетиту або переїдання	0	1	2	3
Відчуваєте себе невдахою, звинувачуєте себе за те, що є тягарем для своїх близьких	0	1	2	3
Важко зосередитися на читанні або перегляданні телевізора	0	1	2	3
Рухаєтесь або говорите незвично повільно (загальмованість) або, навпаки, збуджені, рухаєтесь більше, ніж зазвичай	0	1	2	3
Думки про самогубство або завдання собі шкоди	0	1	2	3
<b>Примітка: 1-4 бали – мінімальна депресія; 5-9 балів – легка депресія; 10-14 балів – помірна депресія; 15-19 – тяжка депресія; 20-27 – у край тяжка депресія</b>				

**Анкета Ваше здоров'я та самопочуття: оцінка показники якості життя (SF-36 v2 Health survey)**

Ці питання з'ясовують Ваші погляди щодо Вашого здоров'я. Ця інформація допоможе спостерігати за тим, як Ви почуваетесь, та наскільки добре Ви можете впоратись зі своїми звичайними справами. Дякуємо Вам за те, що Ви дали відповіді на ці питання!

Для кожного з наступних питань, будь ласка, виберіть одну позицію, що найкращим чином відповідає Вашій відповіді.

Опитувальник SF-36 оцінює якості життя, яка насправді є дуже індивідуальною для кожної людини. Саме тому мало сенсу розробляти нормативні значення про те, що є «гарною» або «поганою» якістю життя. Тому й не представлено жодних нормативних значень або критичних значень. Проте результати опитувальника SF-36 вказують на те, що показник 0% в певному домені означає найгіршу можливість якості життя і 100% вказує на повну якість життя (найкращий результат). Беручи це до уваги, легко побачити, що вищі показники за опитувальником SF-36 вказують на кращу якість життя. Якщо опитувальник SF-36 використовується в якості клінічного методу обстеження, то варто обговорити з пацієнтами, що вони думають про свої результати і що вони означають для них. Оскільки якість життя є дуже особистим показником, двоє пацієнтів, які мають однакові результати за опитувальником SF-36, фактично можуть відчувати себе дуже по-різному стосовно їхньої якості життя. Якщо опитувальник SF-36 використовується, щоб визначити зміни в якості життя, то збільшення кількості балів означає поліпшення якості життя.

Результати подаються у вигляді 8 шкал (вища оцінка вказує на більш високий рівень якості життя):

- фізичне функціонування (Physical Functioning - PF);
- рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (Role-Physical Functioning - RP);

- інтенсивність болю (Bodily pain - BP);
- загальний стан здоров'я (General Health - GH);
- життєва активність (Vitality - VT);
- соціальне функціонування (Social Functioning - SF);
- рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (Role-Emotional - RE);
- психічне здоров'я (Mental Health - MH).

Шкали групуються у два показники: РН («фізичний компонент здоров'я») та МН («психологічний компонент здоров'я»):

### **Фізичний компонент здоров'я (Physical health - PH)**

Складові шкали:

- фізичне функціонування;
- рольове функціонування, зумовлене фізичним станом;
- інтенсивність болю;
- загальний стан здоров'я.

### **Психологічний компонент здоров'я (Mental Health - MH)**

Складові шкали:

- психічне здоров'я;
- рольове функціонування, зумовлене емоційним станом;
- соціальне функціонування;
- життєва активність.

На Вашу думку, Ваше здоров'я взагалі є:

- Прекрасне.
- Дуже добре.
- Добре.
- Задовільне.
- Погане.

1. Як Ви в цілому оцінюєте Ваше здоров'я в даний час в порівнянні з тим, що було тиждень ТОМУ?

- Набагато краще, ніж тиждень тому.
- Трохи краще, ніж тиждень тому.
- Приблизно так само, як і тиждень тому.
- Трохи гірше, ніж тиждень тому.
- Набагато гірше, ніж тиждень тому.

**Наступні питання стосуються Вашої діяльності впродовж звичайного дня.**

2. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам виконувати надмірні зусилля, такі як біг, піднімання важких предметів, участь у спортивних змаганнях? Якщо перешкоджає, то наскільки?
  - Так, дуже перешкоджає
  - Так, трохи перешкоджає.
  - Ні, не перешкоджає зовсім.
3. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам виконувати помірну фізичну діяльність, таку як пересування стола, миття підлоги (або підмітання), праця в городі або гра в бадмінтон? Якщо перешкоджає, то наскільки?
  - Так, дуже перешкоджає.
  - Так, трохи перешкоджає.
  - Ні, не перешкоджає зовсім.
4. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам піднімати або носити сумки з продуктами? Якщо перешкоджає, то наскільки?
  - Так, дуже перешкоджає.
  - Так, трохи перешкоджає.
  - Ні, не перешкоджає зовсім.
5. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам підніматися на декілька поверхів сходами? Якщо перешкоджає, то наскільки?
  - Так, дуже перешкоджає.
  - Так, трохи перешкоджає.

- Ні, не перешкоджає зовсім.
6. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам підніматися на один поверх сходами? Якщо перешкоджає, то наскільки?
- Так, дуже перешкоджає.
  - Так, трохи перешкоджає.
  - Ні, не перешкоджає зовсім.
7. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам нахилитись, стати навколішки, зігнутися? Якщо перешкоджає, то наскільки?
- Так, дуже перешкоджає.
  - Так, трохи перешкоджає.
  - Ні, не перешкоджає зовсім.
8. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам пройти більше одного кілометра? Якщо перешкоджає, то наскільки?
- Так, дуже перешкоджає.
  - Так, трохи перешкоджає.
  - Ні, не перешкоджає зовсім.
9. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам пройти декілька сотень метрів? Якщо перешкоджає, то наскільки?
- Так, дуже перешкоджає.
  - Так, трохи перешкоджає.
  - Ні, не перешкоджає зовсім.
11. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам пройти сто метрів? Якщо перешкоджає, то наскільки?
- Так, дуже перешкоджає.
  - Так, трохи перешкоджає.
  - Ні, не перешкоджає зовсім.
12. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам самотійно митись та вдягатись? Якщо перешкоджає, то наскільки?
- Так, дуже перешкоджає.

- Так, трохи перешкоджає.
- Ні, не перешкоджає зовсім.

**За останній тиждень наскільки часто у Вас виникали будь-які з наведених труднощів з виконанням своєї роботи або іншої щоденної діяльності?**

13. Менше часу працювали чи займались іншою діяльністю через Ваш фізичний стан.

- Увесь час.
- Більшість часу.
- Деякий час.
- Небагато часу.
- Ніколи.

14. Зробили менше, ніж хотіли через Ваш фізичний стан.

- Увесь час.
- Більшість часу.
- Деякий час.
- Небагато часу.

15. Були обмежені у деяких видах роботи чи іншої діяльності через Ваш фізичний стан.

- Увесь час
- Більшість часу.
- Деякий час.
- Небагато часу.
- Ніколи.

16. Мали труднощі у виконанні роботи чи іншої діяльності через Ваш фізичний стан (наприклад, витратили на неї більше зусиль).

- Увесь час.
- Більшість часу.
- Деякий час.

- Небагато часу.
- Ніколи.

17. Менше часу працювали чи займались іншою діяльністю внаслідок емоційних проблем (пригніченість, неспокій).

- Увесь час.
- Більшість часу.
- Деякий час.
- Небагато часу.
- Ніколи.

18. Зробили менше, ніж хотіли внаслідок емоційних проблем (пригніченість, неспокій).

- Увесь час.
- Більшість часу.
- Деякий час.
- Небагато часу.
- Ніколи.

19. Виконували роботу чи займались іншою діяльністю менш старанно, ніж звичайно внаслідок емоційних проблем (пригніченість, неспокій).

- Увесь час.
- Більшість часу.
- Деякий час.
- Небагато часу.
- Ніколи.

20. За останній тиждень наскільки Ваші проблеми із здоров'ям чи емоційним станом заважали Вашому звичайному спілкуванню з сім'єю, друзями, сусідами, колективом?

- Ніскільки не заважали.
- Деяко заважали.
- Помірно заважали.

- Значно заважали.
- Надзвичайно заважали.

21. Чи зазнали Ви фізичного болю за останній тиждень і в якій мірі?

- Ніякого.
- Дуже слабкого.
- Слабкого.
- Помірного.
- Сильного.
- Дуже сильного.

22. Наскільки за останній тиждень біль перешкоджав Вашій нормальній роботі (включаючи роботу за межами дому і домашню роботу)?

- Ніскільки не перешкоджав.
- Зовсім мало перешкоджав.
- Помірно перешкоджав.
- Значно перешкоджав.
- Надзвичайно перешкоджав.

**Це питання стосується того, як Ви себе почували протягом останнього тижня. Будь ласка, дайте відповідь, яка найкраще описує Ваше самопочуття.**

23. Скільки часу протягом останнього тижня Ви почувалися сповненим життям?

- Увесь час.
- Більшість часу.
- Деякий час.
- Небагато часу.

24. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були дуже знервовані?

- Увесь час.
- Більшість часу.
- Деякий час.

- Небагато часу.
- Ніколи.

25. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були настільки пригнічені, що ні з чого не раділи?

- Увесь час.
- Більшість часу.
- Деякий час
- Небагато часу.
- Ніколи.

26. Скільки часу протягом останнього тижня Ви почувалися спокійно та врівноважено?

- Увесь час.
- Більшість часу.
- Деякий час.
- Небагато часу.
- Ніколи.

27. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були сповнені енергії?

- Увесь час.
- Більшість часу.
- Деякий час.
- Небагато часу.
- Ніколи.

28. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були засмучені та пригнічені?

- Увесь час.
- Більшість часу.
- Деякий час.
- Небагато часу.
- Ніколи.

29. Скільки часу протягом останнього тижня Ви почувалися виснаженим (виснаженою)?

- Увесь час.
- Більшість часу.
- Деякий час.
- Небагато часу.
- Ніколи.

30. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були щасливі?

- Увесь час.
- Більшість часу.
- Деякий час.
- Небагато часу.
- Ніколи.

31. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були втомлені?

- Увесь час.
- Більшість часу.
- Деякий час.
- Небагато часу.
- Ніколи.

32. Як часто за останній тиждень Фізичний стан здоров'я або емоційні проблеми порушували Вашу соціальну активність (відвідування друзів, родичів тощо)?

- Увесь час.
- Більшість часу.
- Деякий час.
- Небагато часу.
- Ніколи.

33. Наскільки ВІРНЕ або НЕВІРНЕ є ствердження щодо Вас? Мені здається, що я можу захворіти легше ніж інші.

- Цілком вірно.
- Загалом вірно.
- Не знаю.
- Загалом невірно.
- Цілком невірно.

34. Наскільки ВІРНЕ або НЕВІРНЕ є ствердження щодо Вас? Моє здоров'я таке ж, як і в інших, кого я знаю.

- Цілком вірно.
- Загалом вірно.
- Не знаю.
- Загалом невірно.
- Цілком невірно.

35. Наскільки ВІРНЕ або НЕВІРНЕ є ствердження щодо Вас? Я передчуваю погіршення здоров'я.

- Цілком вірно.
- Загалом вірно.
- Не знаю.
- Загалом невірно.
- Цілком невірно.

36. Наскільки ВІРНЕ або НЕВІРНЕ є ствердження щодо Вас? Моє здоров'я прерасне.

- Цілком вірно.
- Загалом вірно.
- Не знаю.
- Загалом невірно.
- Цілком невірно.

## Додаток Д

Респондент	Стать	Вік	Тяжкість	Рівень тривожності		Рівень депресії		Показник ментального здоров'я			
				життєва активність	соц функціонування	рольове функціонування	психічне здоров'я				
1	ж	молодий	легка	17	високий	4	мінімальний	70	75	0	80
2	ч	похилий	середня	9	помірний	13	помірна	45	75	0	48
3	ж	похилий	легка	3	мінімальний	7	легка	65	75	0	56
4	ч	молодий	середня	4	мінімальний	6	легка	50	75	0	60
5	ж	молодий	легка	14	середній	16	тяжка	30	75	0	44
6	ж	похилий	легка	3	мінімальний	2	мінімальний	75	50	67	68
7	ж	похилий	легка	21	високий	23	українська тяжка	40	50	0	28
8	ч	молодий	легка	0	мінімальний	10	помірна	75	75	0	76
9	ж	молодий	середня	11	середній	9	легка	15	100	33	28
10	ж	похилий	важка	2	мінімальний	7	легка	30	75	0	56
11	ч	молодий	легка	0	мінімальний	3	мінімальний	70	100	33	88
12	ж	похилий	середня	8	помірний	5	легка	60	100	0	84
13	ч	старечий	середня	5	помірний	6	легка	75	75	0	80
14	ж	молодий	середня	12	середній	19	тяжка	30	100	0	76
15	ч	старечий	середня	13	середній	7	легка	35	50	0	60
16	ж	похилий	середня	12	середній	12	помірна	60	50	0	60
17	ж	молодий	легка	2	мінімальний	4	мінімальний	70	100	0	68
18	ж	молодий	важка	1	мінімальний	4	мінімальний	80	75	33	80
19	ж	молодий	легка	5	помірний	5	легка	80	100	33	80
20	ж	молодий	середня	16	високий	22	українська тяжка	50	50	0	64
21	ж	молодий	середня	10	середній	21	українська тяжка	45	50	0	52
22	ж	молодий	легка	7	помірний	8	легка	80	100	0	68
23	ж	молодий	легка	2	мінімальний	13	помірна	50	100	33	68
24	ж	молодий	легка	0	мінімальний	3	мінімальний	25	50	66	84
25	ж	молодий	легка	7	помірний	7	легка	60	100	0	60
26	ж	середній	середня	10	середній	10	помірна	35	50	0	48
27	ж	молодий	середня	9	помірний	7	легка	75	100	66	76
28	ж	молодий	важка	6	помірний	7	легка	70	100	0	72
29	ч	похилий	легка	3	мінімальний	5	легка	70	100	0	68
30	ж	молодий	середня	10	середній	7	легка	70	100	100	76
31	ж	похилий	середня	1	мінімальний	4	мінімальний	75	75	0	80
32	ж	середній	середня	0	мінімальний	3	мінімальний	80	100	100	84
33	ч	молодий	легка	8	помірний	8	легка	50	75	100	64
34	ч	середній	середня	12	середній	14	помірна	70	75	0	48
35	ч	молодий	середня	0	мінімальний	4	мінімальний	80	100	33	80
36	ч	молодий	середня	4	мінімальний	3	мінімальний	70	100	100	52
37	ч	молодий	легка	1	мінімальний	0	мінімальний	60	100	100	56
38	ч	молодий	легка	3	мінімальний	4	мінімальний	75	100	33	80
39	ч	молодий	важка	0	мінімальний	3	мінімальний	45	100	33	72
40	ч	молодий	легка	1	мінімальний	0	мінімальний	50	100	66	56
41	ч	середній	середня	9	помірний	5	легка	55	100	0	48
42	ч	молодий	легка	0	мінімальний	2	мінімальний	60	75	0	68
43	ч	молодий	середня	6	помірний	8	легка	30	100	33	76
44	ч	середній	важка	4	мінімальний	4	мінімальний	75	100	0	84
45	ч	молодий	середня	8	помірний	4	мінімальний	55	50	66	72
46	ч	похилий	легка	3	мінімальний	5	легка	80	75	0	80
47	ч	молодий	середня	4	мінімальний	7	легка	60	75	0	48
48	ж	молодий	легка	0	мінімальний	0	мінімальний	25	75	0	44
49	ч	молодий	важка	14	середній	15	тяжка	25	50	0	44
50	ч	середній	легка	0	мінімальний	0	мінімальний	30	100	100	68
51	ч	молодий	легка	3	мінімальний	9	легка	65	100	0	56
52	ч	середній	легка	1	мінімальний	6	легка	70	100	0	84
53	ч	молодий	середня	2	мінімальний	6	легка	60	75	100	92
54	ч	молодий	легка	6	помірний	9	легка	70	100	0	68
55	ч	молодий	легка	2	мінімальний	4	мінімальний	75	100	66	76
56	ч	середній	середня	1	мінімальний	7	легка	75	100	0	84
57	ч	середній	середня	7	помірний	9	легка	65	100	0	72
58	ч	молодий	легка	3	мінімальний	5	легка	80	100	66	80
59	ч	молодий	легка	0	мінімальний	0	мінімальний	80	100	100	72
60	ч	молодий	легка	0	мінімальний	2	мінімальний	70	100	100	84