

УДК 616.8

DOI <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2024-4-7>

Світлана МАЛИК

кандидат медичних наук, доцент кафедри нервових хвороб з нейрохірургією,
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, malyksvitlana79@gmail.com
ORCID: 0000-0002-9254-7075

Леся ЖЕЛІБА

кандидат медичних наук, доцент кафедри нервових хвороб з нейрохірургією,
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, lzheliba@gmail.com
ORCID: 0000-0001-9503-6783

Яна МЕДРАЖЕВСЬКА

кандидат медичних наук, доцент кафедри доцент кафедри пропедевтики дитячих захворювань з доглядом
за хворими дітьми, Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, yana79vrach@ukr.net
ORCID: 0000-0002-3736-8779

Леся ФІК

кандидат медичних наук, доцент кафедри пропедевтики дитячих захворювань з доглядом за хворими
дітьми, Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, f1707@ukr.net
ORCID: 0000-0002-8958-4844

Катерина ДЕМ'ЯНОВА

студентка 6-го курсу, Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова,
katya.demyanova.2001@gmail.com
ORCID: 0009-0002-3109-2772

ОЦІНКА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ ВНМУ ІМЕНІ М.І. ПИРОГОВА МЕТОДОМ САМООПИТУВАННЯ

Враховуючи часті стресові ситуації, що стали майже звичними супутниками сьогодення сучасних українців, особливо в умовах війни, навантаження на психоемоційний стан населення значно зросло. Відповідно зростають та посилюються різні неврологічні розлади, зокрема нейродегенеративні, що ведуть до незворотної загибелі нейронів та інвалідації людей, які піддаються постійним стресовим факторам. Важливо проводити своєчасну діагностику та лікування даної патології на ранніх стадіях, поки є можливість попередити важкі ускладнення та наслідки.

Мета роботи: оцінити психоемоційний стан студентів медиків ВНМУ ім. М.І. Пирогова методами, які є легкодоступними та матеріально необтяжливими.

Методологія: прийняли участь у поздовжньому проспективному дослідженні 79 студентів 4-го курсу ВНМУ ім. М.І. Пирогова, віком від 18 до 23 років. Для отримання інформації про психоемоційний стан молодих медиків було проведено їх анкетування. Оцінювання ситуаційної тривожності проводили за допомогою тесту Спілберга-Ханіна, для оцінки депресії використовували шкалу депресії Бека, для оцінки порушення сну – опитувальник SQS (Sleep quality scale, SQS), для оцінки первинного головного болю – опитувальник MIDAS. Статистичну обробку результатів дослідження проводили із використанням програми SPSS20 (© SPSS Inc.).

Наукова новизна: серед досліджуваних осіб переважав середній рівень тривожності, низький рівень більш характерний був для чоловіків, середній – для жінок, а високий рівень притаманний обом статтям однаковою мірою. Згідно отриманих даних опитувальника депресії Бека загальний емоційний стан досліджуваних осіб був хороший, депресивні тенденції не спостерігались. 21-річні студенти мали помірну якість сну, на відміну від 23-річних, які описували свій сон як «добрий». За даними тесту MIDAS було встановлено, що у дівчат частота виникнення головного болю в порівнянні з хлопцями була більша в 3 рази.

Висновки. Для забезпечення найбільшого охоплення населення діагностикою розладів на ранніх етапах, необхідно вибирати методи, які є легкодоступними та матеріально необтяжливими для населення, такими є самоопитувальники для оцінки тривожності, депресії, якості сну та головного болю. Використані нами самоопитувальники дають можливість попередити та запідозрити на ранніх стадіях вегетативні дисфункції.

Ключові слова: вегетативна нервова система, первинний головний біль, тривожність, депресія, порушення сну.

Svitlana Malyk, Lesia Zheliba, Yana Medrazhevsk, Lesya Fik, Kateryna Demyanova. ASSESSMENT OF THE MENTAL HEALTH OF STUDENTS OF NATIONAL PIROGOV MEMORIAL MEDICAL UNIVERSITY BY SELF-SURVEY METHOD

Given the frequent stressful situations that have become almost familiar companions of modern Ukrainians today, especially in war conditions, the load on the psycho-emotional state of the population has increased significantly. Accordingly, various neurological disorders are growing and intensifying, in particular neurodegenerative ones, leading to irreversible death of neurons

and disability of people exposed to constant stress factors. It is important to conduct timely diagnostics and treatment of this pathology in the early stages, while there is an opportunity to prevent serious complications and consequences

The purpose of the study: to assess the psycho-emotional state of medical students of the M.I. Pirogov VNMU using methods that are easily accessible and financially unburdensome.

Methodology: 79 4th-year students of the M.I. Pirogov VNMU, aged 18 to 23, took part in a longitudinal prospective study. To obtain information about the psycho-emotional state of young doctors, their questionnaire was conducted. Situational anxiety was assessed using the Spielberg-Hanin test, depression was assessed using the Beck Depression Inventory, sleep quality scale (SQS) was used to assess sleep disturbance, and primary headache was assessed using the MIDAS questionnaire. Statistical analysis of the study results was performed using the SPSS20 program (© SPSS Inc.).

Scientific novelty: the average level of anxiety prevailed among the subjects, with a low level being more typical for men, a medium level for women, and a high level being equally typical for both subjects. According to the data obtained from the Beck Depression Inventory, the general emotional state of the subjects was good, and depressive tendencies were not observed. 21-year-old students had moderate sleep quality, unlike 23-year-olds, who described their sleep as «good». According to the MIDAS test, it was found that girls had a 3-fold higher frequency of headaches compared to boys.

Conclusions. To ensure the greatest coverage of the population with the diagnosis of disorders at early stages, it is necessary to choose methods that are easily accessible and financially unburdensome for the population, such as self-questionnaires for assessing anxiety, depression, sleep quality and headache. The self-questionnaires we used make it possible to prevent and suspect autonomic dysfunctions at early stages.

Key words: autonomic nervous system, primary headache, anxiety, depression, sleep disorders.

Вегетативна нервова система – це система людського організму, що відповідає за роботу всіх внутрішніх органів, підтримує гомеостаз і тісно пов'язана з роботою ендокринної та імунної систем. Разом із тим, вегетативна нервова система бере участь в адаптаційних процесах на стресові подразники.

Вегетативна дисфункція є компонентом первинного головного болю (ПГБ), депресії, тривожності [1, с. 21], безсоння, нейродегенеративних захворювань та травм. Розвиток нейродегенерації [3, с. 54] тісно залежить від наявності ПГБ та рухових порушень під час REM-фази нічного сну, що можна вважати факторами ризику.

За статистичними даними, частота проявів головного болю (ГБ) коливається від 50 до 200 на 1000 населення, а загалом щороку від 75 до 80% населення планети відчувають ГБ, зумовленими тими або іншими чинниками [10, с. 20].

Порівняно з іншими країнами, в Україні зареєстровано особливо високий рівень депресії. За даними дослідження STEPS [11, с. 4]. в Україні кожен восьмий дорослий (12,4%) повідомив про симптоми, що відповідають клінічному діагнозу депресії. Поширеність депресії майже вдвічі більша серед жінок (16,2%), ніж серед чоловіків (8,7%) [6, с. 1564].

За даними медичної статистики у світі від тих чи інших порушень сну страждає вже більше 50% всього населення, за останні 100 років загальний час нічного сну зменшився на 20% [7, с. 2126]. Згідно останніх статичних даних, близько 8–15% населення знають, що таке проблема безсоння [11, с. 6]. Враховуючи постійний стрес серед українців, спричинений повномасштабною війною, проблема головного болю, тривоги, депресії, погіршення якості сну та якості життя внаслідок вторгнення ворога на територію України постала ще більше.

Саме тому актуальним перед лікарями загальної практики є питання своєчасної діагностики вегетативних дисфункцій на ранніх стадіях такими методами, які будуть легкодоступними та матеріально необтяжливими для населення.

Метою дослідження є оцінювання психоемоційного стану студентів медиків ВНМУ ім. М.І. Пирогова.

Матеріали і методи дослідження. 79 студентів 4-го курсу ВНМУ ім. М.І. Пирогова прийняли участь у поздовжньому проспективному дослідженні. Серед них було 53 дівчини (67,08%) та 26 хлопців (32,92%), віком від 18 до 23 років, котрі склали групу дослідження. Усім досліджуваним була проведена оцінка тривожності, депресії, якості сну та головного болю за останні три місяці (вересень, жовтень та листопад).

Для оцінки ПГБ у студентів медиків ВНМУ ім. М.І. Пирогова використовувався опитувальник MIDAS. Відповідно до результатів досліджень, на сьогоднішній день, він визнаний високонадійним, ефективним і таким, що корелює з клінічними оцінками лікарів [9, с. 989]. MIDAS – це тест, розроблений для оцінки ступеня дезадаптації осіб з ГБ з метою дослідження зміни якості життя у людей в період дебюту ГБ [9, с. 990]. Під час проведення тестування студенти відповідали на п'ять запитань, оцінюючи кількість днів обмеженої активності, викликану ГБ, протягом останніх трьох місяців. Тест включав в себе питання про частоту та тривалість ГБ, а також про те як часто цей біль обмежував їхню здатність брати участь у діяльності під час навчання та вдома. Інтерпретація ГБ: I ступінь (0–5 балів) – незначна інтенсивність болю, відсутність або мінімальне обмеження щоденної активності; II ступінь (6–10 балів) – помірний або виражений біль, незначне обмеження щоденної активності; III ступінь (11–20 балів) – сильний ГБ, помірно виражене обмеження щоденної

активності; IV ступінь (21 і більше) – сильний ГБ, значне зниження щоденної активності. Разом із тим, опитувальник MIDAS містив два запитання, які не використовуються для обчислення балів, але вони необхідні для уточнення інтенсивності та тривалості ГБ (1. Скільки днів протягом останніх трьох місяців у Вас боліла голова?; 2. Наскільки в середньому ці ГБ були інтенсивними за шкалою від 0 до 10?) [10, с. 22].

Рівень тривоги ми визначали за допомогою шкали тривоги Спілберга-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory, STAI). Цей опитувальник допомагає диференціювати тривожність особистості як її властивість і як стан [4, с. 175]. Тест складається з двох підшкал (20 запитань для оцінки реактивної тривожності і 20 питань для оцінки особистісної тривожності). Орієнтовні нормативи рівневої вираженості тривожності: від 20 до 34 балів – низький рівень тривожності; від 35 до 44 балів – середній рівень тривожності; вище 46 балів – високий рівень тривожності.

Шкалу Бека ми використали для оцінки депресії у студентів. Вона є однією із найбільш широко використовуваних тестів для вимірювання тяжкості депресії [2, с. 19]. Сутність тестування полягає у тому, що досліджувані відповідали на 21 твердження, кожне з яких мало свою оцінку. Запитання передбачали 4 варіанти відповіді – потрібно вибрати відповідний для своєї ситуації. Кожній відповіді надавалась певна кількість балів. Їхня загальна сума варіювалася від 0 до 63. Чим більша цифра, тим вищий рівень депресії. При інтерпретації даних враховувався сумарний бал у всіх категоріях [2, с. 19]: 0–9 балів – відсутність депресивних симптомів; 10–15 балів – легка депресія (субдепресія); 16–19 балів – помірна депресія; 20–29 балів – виражена депресія (середньої тяжкості).

Для оцінки порушення сну використовувався опитувальник SQS (Sleep quality scale, SQS) [8, с. 1851], який складався з 28 пунктів і оцінював шість областей якості сну: кількість годин сну, легкість засинання, частоту пробудження вночі (за винятком походу в туалет) і зранку, коли прокидалися раніше, ніж потрібно, та відчуття відпочинку після сну. Формат одного пункту у вигляді візуально-аналогової шкали є простим і зручним інструментом самооцінки якості сну за останній час, яку респондент виставляє від 0 до 10 балів у відповідності до п'яти категорій: 0 – «жахливо», 1–3 – «погано», 4–6 – «задовільно», 7–9 – «добре» і 10 – «чудово».

Дослідження проводилося з урахуванням принципів Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини в якості об'єкта дослідження». Протокол дослідження було обговорено та затверджено

на засіданні комісії з біоетики Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили із використанням програми SPSS20 (© SPSS Inc.) і зводили в таблиці.

Виклад основного матеріалу дослідження. Зважаючи на те, що психоемоційний стан у студентів медичного університету є достатньо лабільним і причинами цього можна виділити такі, як велика кількість матеріалу, який необхідно вивчити, недостатність сну, напружений тижневий графік, підготовка та здача КРОКІВ 1, 2, 3, фінансові та інші особисті проблеми. У цілому, це впливає не лише на організацію робочого процесу студента, але і на його здоров'я, серед яких можна виділити основні скарги на ГБ, що виник вперше, а також підвищення рівня тривоги, депресії, стресу. Згадані ознаки ймовірно можуть спричиняти порушення якості сну і життя. В умовах війни ці фактори значно підвищуються, що не може не погіршувати стан здоров'я та самопочуття людини. Відповідно до ситуації кожен організм по-різному реагує.

Спираючись на дані тесту MIDAS, ми побачили, що 38 студентів ВНМУ ім. М.І. Пирогова (21 дівчина та 17 хлопців) отримали від 0 до 5 балів, що відповідало I ступеню ГБ. 41 людина, з яких 16 студентів є представниками чоловічої статі, а 25 студентів жіночої – набрали більше 6 балів, отже мали ГБ II, III та IV ступенів.

Середня кількість днів обмеження функціонування в результаті головного болю у дівчат склала $14,49 \pm 2,97$ дні і відповідала III ступеню ГБ і обмеження активності, що було значно вищим, ніж у хлопців ($5,89 \pm 1,89$ днів). Таким чином можна встановити, що в осіб жіночої статі частота виникнення головного болю в порівнянні з особами чоловічої статі більша в 3 рази.

Первинний головний біль – це найбільш поширена форма головного болю, яка виникає сама по собі, без наявності структурних, інфекційних та метаболічних причин [5, с. 13]. Він може значно впливати на якість життя людини, утруднюючи здійснення звичних повсякденних дій, порушуючи загальний емоційний та фізичний стан. Отже, з таблиці 2 ми бачимо, що серед 79 опитаних студентів усі скаржились на зниження своєї активності через ГБ в останні три місяці. Однак, як показує дослідження студенти медици 2001 р.н. найбільше скаржились на наявність порушень своєї щоденної активності внаслідок ГБ – показник ($19,26 \pm 5,24$) дні і відповідав III ступеню ГБ і обмеження активності.

Мінімальна кількість днів – 0 (свідчить про те, що ГБ фактично не заважав нормальному функціонуванню протягом дня), середня кількість днів становила $11,658 \pm 18,89$ (III ступінь ГБ і обмеження

Таблиця 1

Результати за опитувальником MIDAS (за статтю)

Стать	Середнє	Кількість	Стандартне відхилення	Стандартна помилка середнього значення
хлопці	5,885	26	9,6843	1,8993
дівчата	14,491	53	21,6463	2,9733
Всього	11,658	79	18,9472	2,1317

Таблиця 2

Результати за опитувальником MIDAS (за віком)

Рік народження	Середнє	Кількість	Стандартне відхилення	Стандартна помилка середнього значення
1999	3,000	1	0	0
2000	11,500	6	11,4848	4,6886
2001	19,261	23	25,1219	5,2383
2002	8,950	40	16,5172	2,6116
2003	6,286	7	10,9805	4,1502
2004	2,000	2	2,8284	2,0000
Всього	11,658	79	18,9472	2,1317

Таблиця 3

Описова статистика результатів опитувальника MIDAS

	Кількість	Мінімум	Максимум	Середнє	Середнє відхилення
Опитувальник MIDAS	79	0	92	11,658	18,8868

фізичної активності), а максимальна втрата працездатності становила 92 дні.

Тривожність та депресивні зміни – досить поширені явища сьогодення, котрі неодмінно з'являються в житті кожного з різною частотою і величиною прояву. Важливо такі зміни виявляти з використанням різних методів, правильно їх диференціювати та впливати на них, задля уникнення поширення та погіршення даних проявів. Відповідно до даних опитувальника ситуаційної тривожності Спілберга-Ханіна отримані наступні результати: тривожність була виявлена у 46 студентів. З таблиці 4 видно: низький рівень тривожності (відповідав показнику 1,0) спостерігався у 15 осіб, з котрих 5 хлопців та 10 дівчат; середній рівень (показник 2,0) – у 19 осіб, з котрих 4 хлопці та 15 дівчат; та високий (показник 3,0) – у 12 осіб (3 хлопці та 9 дівчат).

Спираючись на результати досліджень (таблиця 5), поширеність за віком показує, що переважання низького рівня тривожності характерне для досліджуваних 2002 р.н. (середній показник – $33,04 \pm 3,12$); середнього рівня – 1999 р.н. (середній показник – 32,00), 2000 р.н. ($34,00 \pm 6,52$), 2001 р.н. ($35,56 \pm 2,64$), 2003 р.н. ($35,67 \pm 4,18$); високого рівня – 2004 р.н. (середній показник – 49).

Розподіл ситуаційної тривожності за опитувальником Спілберга-Ханіна за статтю показав, що середнє значення у хлопців $36,07 \pm 4,31$, а у дівчат – $33,76 \pm 1,94$. У чоловіків (зокрема 2003 та 2004 р.н.) рівень тривожності вище в порівнянні з жінками можливо із-за покладання більше вимог та відповідальності на представників чоловічої статі в даній ситуації в країні.

Згідно з даними опитувальника депресії Бека, загальний емоційний стан досліджуваних осіб

Таблиця 4

Поширеність ситуаційної тривожності за статтю та рівнем тривожності

Ситуаційна тривожність	Стать		Всього	
	хлопці	дівчата		
рівні тривожності	1,0	5	10	15
	2,0	4	15	19
	3,0	3	9	12
Всього		12	34	46

Таблиця 5

Комбінована таблиця ситуаційної тривожності Спілберга-Ханіна та року народження

Рік народження	Середнє	Кількість	Стандартне відхилення	Стандартна помилка середнього значення
1999	32,000	1	0	0
2000	34,000	5	14,5774	6,5192
2001	35,556	15	11,2157	2,6436
2002	33,040	21	15,5978	3,1196
2003	35,667	3	7,2342	4,1767
2004	49,000	1	0	0
Всього	34,415	46	13,3207	1,8297

Таблиця 6

Середня оцінка ситуаційної тривожності Спілберга-Ханіна за статтю

Стать	Середнє	Кількість	Стандартне відхилення	Стандартна помилка середнього значення
хлопці	36,067	12	16,6967	4,3111
дівчата	33,763	34	11,9310	1,9355
Всього	34,415	46	13,3207	1,8297

хороший, депресивні тенденції не спостерігаються. Отримані нами результати продемонстрували: мінімальний показник – 2, максимальний – 22, середнє значення – $7,58 \pm 0,75$. Особистості, які відносяться до категорії високотривожних, схильні сприймати загрозу своєї самооцінки і життєдіяльності в поширеному діапазоні ситуацій та реагувати значно вираженим станом тривожності. Таким людям необхідно формувати почуття впевненості в собі й успіху.

Для оцінки порушення сну використовувався опитувальник SQS, який складався з 28 пунктів і оцінював шість областей якості сну: денні симптоми, відновлення після сну, проблеми з засипанням, труднощі з пробудженням і задоволення якістю сну.

Спираючись на отримані дані (таблиця 7) встановлено, що серед досліджуваних студентів ВНМУ ім. М.І. Пирогова середній бал оцінки якості сну відповідав «середньому рівню». Представники жіночої статі оцінювали рівень якості свого сну нижче, ніж чоловіки, але «середній рівень» якості був притаманний обом статтям.

За результатами досліджень (таблиця 8), найнижчу оцінку якості свого сну надали студенти 2001 р.н. ($30,24 \pm 3,54$ бала), що відповідало «середньому рівню» сну, тоді як найвищу оцінку надали студенти 1999 р.н. ($17,02 \pm 1,85$), що відповідало «доброму» рівню якості сну. Середній показник якості сну серед вікової категорії студентів

Таблиця 7

Середня оцінка якості сну за статтю

Стать	Середнє	Кількість	Стандартне відхилення	Стандартна помилка середнього значення
хлопці	22,067	12	11,8531	3,0604
дівчата	30,054	34	13,3561	2,1957
Всього	27,750	46	13,3356	1,8493

Таблиця 8

Середня оцінка якості сну за віком

Рік народження	Середнє	Кількість	Стандартне відхилення	Стандартна помилка середнього значення
1999	17,000	1	0	0
2000	21,200	5	14,3944	6,4374
2001	30,235	15	14,5925	3,5392
2002	27,800	21	13,3635	2,6727
2003	26,333	3	6,6583	3,8442
2004	32,000	1	0	0
Всього	27,750	46	13,3356	1,8493

1999–2004 р.н. становив $27,75 \pm 1,85$ балів. При чому середній показник серед дівчат становив $30,05 \pm 2,2$ бала, а хлопців – $22,07 \pm 3,06$. Показник якості сну знаходиться у межах від мінімального значення, яке становило $5,0 \pm 1,85$ бала, до максимального $53,0 \pm 1,85$ бала.

Висновки з дослідження

1. Отримані результати свідчать про те, що первинний головний біль мав негативний вплив на якість життя студентів, що може полягати в погіршенні працездатності, якості сну, підвищенні рівня тривожності, втоми та депресії. Крім того встановлено, що головний біль залежить від статі і зустрічається в 3 рази частіше у дівчат.

2. Серед досліджуваних осіб переважав середній рівень тривожності, низький рівень був більш

характерний для чоловіків, середній – для жінок, а високий рівень притаманний обом статтям однаковою мірою.

3. Загальний емоційний стан досліджуваних осіб був хороший, депресивні тенденції не спостерігалися.

4. Представники жіночої статі оцінювали рівень якості свого сну нижче, ніж чоловіки, але «середній рівень» якості був притаманний обом статтям.

5. Наше дослідження продемонструвало, що використання самоопитувальників є не лише ефективне, але й легкодоступне та матеріально необтяжливе для населення. Результати можуть бути використані лікарями загальної практики для виявлення груп ризику та своєчасної діагностики вегетативних дисфункцій на ранніх стадіях.

Література:

1. Леженко Г. О., Пашкова О. Є. Вегетативні дисфункції у дітей. Патогенез, діагностика і терапевтична тактика. *Дитячий лікар*. 2011. 4 (11). 20–32.
2. Молотокас А. А., Діденко С. В. Вплив психотравмуючих подій на виникнення депресії. *Габітус*. 2022. 44, 214–218. DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2022.44.36>
3. Черненко М. Є. Проблема нейрогенезу в умовах терапії нейрозапального/нейродегенеративного процесу. *Міжнародний медичний журнал*. 2019. 2, 53–56.
4. Ясточкіна І. А. Прояви тривожності серед студентської молоді. *Вісник Запорізького національного університету. Педагогічні науки*. 2014. 1, 173–180.
5. Ana Gabriella Camelo Oliveira, Victor da Silva Teixeira, Wesley Medeiros Gois, Lívia Cristina Rodrigues Ferreira Lins. Prevalence, phenotype, and academic impact of headache among undergraduate health sciences students: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Neurologia*. 2022. 58 (3), 11–16.
6. Evans-Lacko S., Aguilar-Gaxiola S., Al-Hamzawi A., et al. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychol Med*. 2018. 48 (9), 1560–1571.
7. Nofzinger E. Functional Neuroimaging Evidence for Hyperarousal in Insomnia. *American Journal of Psychiatry*. 2004. 161 (11), 2126–2128. doi: 10.1176/appi.ajp.161.11.2126.
8. Snyder E., Cai B., DeMuro C., Morrison M. F., Ball W. A New Single-Item Sleep Quality Scale: Results of Psychometric Evaluation in Patients With Chronic Primary Insomnia and Depression. *J Clin Sleep Med*. 2018. 14 (11), 1849–1857. <https://doi.org/10.5664/jcsm.7478>
9. Stewart W. F., et al. An international study to assess reliability of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) score. *Neurology*. 1999. 53 (5), 988–994.
10. Stovner L. J., Hagen K., Linde M. et al. The global prevalence of headache: an update, with analysis of the influences of methodological factors on prevalence estimates. *J Headache Pain*. 2022, 34. <https://doi.org/10.1186/s10194-022-01402-2>
11. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. *Geneva: World Health Organization*; 2017, 14. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>