

Л. В. РАДЕЦЬКА, І. В. СМАЧИЛО

## МАКРОСОЦІАЛЬНІ СТРЕСОРИ ВОЄННОГО ПЕРІОДУ ЯК ПРЕДИКТОРИ ПОГІРШЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ПАЦІЄНТІВ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України,  
м. Тернопіль, Україна

**Мета** – дослідити особливості психічного здоров'я хворих на гіпертонічну хворобу в умовах макросоціального стресу воєнного стану на етапі первинної медичної допомоги, оцінити взаємозв'язок психоемоційних порушень із клінічним станом хворих.

**Матеріали і методи.** Обстежено 44 пацієнти віком 49–64 роки з підтвердженою гіпертонічною хворобою II стадії. Психоемоційний стан оцінювали за шкалою тривоги Гамільтона (HAM-A), шкалою депресії та тривожності HADS, шкалою сприйманого стресу (Perceived Stress Scale, PSS-10) та тестом життєстійкості (Hardiness Test, Мадді). Додатково проводили аналіз динаміки соматичних симптомів та артеріального тиску. Статистичну обробку даних здійснювали з використанням описової статистики, t-критерію Стьюдента та кореляційного аналізу для визначення взаємозв'язку між психоемоційними та соматичними показниками.

**Результати.** У більшості пацієнтів спостерігався підвищений рівень тривожності (75%), депресивних проявів (61,4%) та суб'єктивного стресу (88,6%). Найвищі показники психоемоційного напруження виявлені серед жінок і пацієнтів середнього віку. Кореляційний аналіз показав середньої сили позитивний взаємозв'язок між тривожністю, депресією та рівнем стресу ( $r = 0,47-0,54$ ;  $p < 0,05$ ), що підтверджує інтегрований психосоматичний вплив стресу на перебіг гіпертонічної хвороби. Пацієнти з вищим рівнем психоемоційного стресу мали частіші епізоди підвищеного артеріального тиску та гірший контроль гіпертензії.

**Висновки.** Воєнний макросоціальний стрес суттєво впливає на психічне здоров'я пацієнтів із гіпертонічною хворобою, погіршуючи контроль артеріального тиску та загальний стан здоров'я. Результати підкреслюють необхідність інтеграції психоемоційного скринінгу та коротких інтервенцій для зменшення стресу на етапі первинної медичної допомоги, що може підвищити ефективність лікування й покращити якість життя хворих.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** гіпертонічна хвороба; психічне здоров'я; тривожність; стрес; депресія; первинна медична допомога; психосоматичні порушення.

В Україні поширеність гіпертонічної хвороби (ГХ) залишається стабільно високою, охоплюючи понад третину дорослого населення, що визнає її як вагомую медико-соціальну проблему [1; 2]. В умовах воєнних дій спостерігається значне посилення стресогенних впливів макросоціальних чинників, які впливають на психічне й соматичне здоров'я населення. Втрата житла, родини, вимушене переміщення, інформаційний тиск, економічна нестабільність – усе це формує хронічне емоційне напруження, що має прямі наслідки в прогресуванні хронічних захворювань, зокрема артеріальної гіпертензії [3]. Згідно з даними сучасних досліджень, у пацієнтів із ГХ в умовах війни зростає частота психосоматичних ефектів, тривожних і депресивних симптомів, а також спостерігається погіршення комплаєнсу до лікування [4; 5]. Сімейний лікар є першим фахівцем, який має змогу виявити ознаки психоемоційного

напруження, депресії чи тривоги у пацієнтів із хронічними захворюваннями. Водночас питання інтеграції у практику сімейної медицини скринінгу психічного здоров'я в умовах воєнного часу залишається недостатньо розробленим [6]. Отже, дослідження особливостей психічного здоров'я пацієнтів із гіпертонічною хворобою в умовах макросоціального стресу воєнного часу має важливе значення для розробки комплексних підходів до медико-психологічної допомоги на рівні первинної ланки.

**Мета** – визначити особливості психічного здоров'я пацієнтів із ГХ в умовах макросоціального стресу воєнного часу та з'ясувати їх вплив на перебіг захворювання й ефективність надання первинної медичної допомоги.

Об'єкт дослідження – психічне здоров'я пацієнтів із гіпертонічною хворобою II стадії, які отримували первинну медичну допомогу та зазнали

© Л. В. Радецька, І. В. Смачило, 2026



Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

впливу макросоціального стресу воєнного часу.

Предмет дослідження – особливості проявів тривожності, суб'єктивного стресу та депресії у пацієнтів із гіпертонічною хворобою та взаємозв'язок психоемоційних порушень із змінами артеріального тиску та соматичного стану.

**Матеріали і методи.** Дослідження проведено на базі закладів первинної медико-санітарної допомоги Тернопільського району у період з 2023 по 2025 рік. Обстежено 44 пацієнти (середній вік –  $57,4 \pm 6,8$  року) з діагнозом гіпертонічної хвороби II стадії відповідно до критеріїв Європейського товариства кардіологів (ESC, 2018) [1; 2; 7], які проходили обстеження на етапі первинної медичної допомоги та зазнали макросоціального стресу, спричиненого воєнними подіями в Україні. До контрольної групи увійшли 18 практично здорових осіб, зіставних за віком і статтю. Критерії включення: підтверджений діагноз ГХ, стабільний перебіг захворювання, відсутність гострих соматичних і психічних розладів, згода на участь у дослідженні. Критерії виключення: декомпенсовані хронічні хвороби, активні психічні розлади, когнітивні порушення, відмова від участі. Дослідження виконано відповідно до етичних принципів Гельсінської декларації (2013) [8]. Усі учасники надали письмову інформовану згоду на участь.

Використовували такі методи дослідження:

1. Клініко-анамнестичний метод. Здійснено збір соціально-демографічних, клінічних і анамнестичних даних: вік, стать, тривалість захворювання, рівень артеріального тиску, фактори ризику, наявність супутніх захворювань, особливості способу життя. Особлива увага приділялася оцінці впливу воєнних подій та пов'язаного з ними макросоціального стресу на психоемоційний стан пацієнтів.

2. Психодіагностичні методи. З метою вивчення психічного стану обстежених застосовували такі стандартизовані та валідизовані опитувальники: шкалу тривоги Гамільтона (HAM-A) – для визначення рівня тривожності [5; 9]; госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS) – для скринінгу симптомів депресії та тривоги [5; 10]; шкалу сприйманого стресу (Perceived Stress Scale, PSS-10) – для оцінки суб'єктивного рівня стресу [5; 11]; тест життєстійкості (Hardiness Test, Мадді) – для визначення адаптаційних ресурсів особистості [5; 12].

3. Соматичні показники: оцінювали артеріальний тиск, частоту серцевих скорочень, індекс маси тіла.

Статистичну обробку результатів проводили із застосуванням програм IBM SPSS Statistics v.25 та Microsoft Excel 2019. Використовували методи описової статистики, t-критерій Стьюдента, критерій  $\chi^2$ , кореляційний аналіз Пірсона. Значущість різниці вважали достовірною за  $p < 0,05$  [13].

#### Результати дослідження та їх обговорення.

Оцінюючи вираженість тривожних проявів у хворих на ГХ за шкалою Гамільтона (HAM-A), ми виявили, що понад дві третини пацієнтів (65,9%) мали помірний або високий рівень тривоги (табл. 1). Це вказує на суттєве психоемоційне напруження серед осіб із ГХ у період воєнного стану.

Підвищений рівень тривоги супроводжувався скаргами на порушення сну, дратівливість, головний біль, підвищення артеріального тиску та емоційну нестійкість. У більшості пацієнтів із високими показниками HAM-A спостерігалася менша прихильність до лікування, епізоди лабільності артеріального тиску, що важко піддавалися корекції, а також частіші кризові стани. Варто зазначити, що тривожні розлади в цій когорті пацієнтів мають змішаний характер, тобто поєднання соматичних та психічних симптомів, а саме: відчуття внутрішньої напруги, серцебиття, задишки, тремору, що часто сприймаються пацієнтами як погіршення соматичного стану, а не як прояви психоемоційного розладу. Таким чином, отримані результати продемонстрували високу частоту тривожних розладів серед пацієнтів із ГХ II стадії в умовах воєнного стану, що потребує впровадження на рівні первинної ланки медичної допомоги скринінгу психоемоційного стану та психологічного супроводу.

Для виявлення симптомів тривоги та депресії використовувалася Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), за результатами якої у переважній більшості пацієнтів (75%) відзначалися підвищені рівні тривоги (HADS-A  $\geq 8$ ), причому у 40,9% – клінічно значуща тривога. Симптоми депресії виявлено у 61,4% осіб (HADS-D  $\geq 8$ ), з них у 25% – у клінічно вираженій формі, яка складається з двох субшкал: HADS-A (тривога) та HADS-D (депресія) (табл. 2).

Таблиця 1

Визначення рівня тривожності пацієнтів з гіпертонічною хворобою за шкалою тривоги Гамільтона (HAM-A)

Рівень тривоги	Кількість пацієнтів (n)	Відсоток (%)	Середній бал (M $\pm$ SD)
Відсутня / мінімальна (0–13)	6	13,6%	11,2 $\pm$ 1,4
Легка (14–17)	9	20,4%	15,6 $\pm$ 1,0
Помірна (18–24)	17	38,6%	20,3 $\pm$ 1,7
Виражена ( $\geq 25$ )	12	27,4%	27,8 $\pm$ 2,1
Усього	44	100%	Середнє загальне: 20,7 $\pm$ 5,8

Таблиця 2

Визначення симптомів тривоги та депресії у пацієнтів із гіпертонічною хворобою за госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS)

Показник	0–7 балів	8–10 балів	≥ 11 балів	Середнє значення (M ± SD)
HADS-A (тривога)	11 (25,0%)	15 (34,1%)	18 (40,9%)	10,9 ± 3,7
HADS-D (депресія)	17 (38,6%)	16 (36,4%)	11 (25,0%)	9,1 ± 3,2

Таблиця 3

Оцінка індивідуальної суб'єктивної реакції на життєві події за шкалою сприйманого стресу

Рівень стресу	Кількість пацієнтів (n)	%	Середній бал (M ± SD)
Низький (0–13)	5	11,4%	11,2 ± 1,1
Помірний (14–26)	22	50,0%	19,3 ± 2,5
Високий (27–40)	17	38,6%	29,8 ± 2,7
Усього	44	100%	Середнє: 22,9 ± 6,8

Високі показники тривожності та депресії корелювали з тривалістю захворювання ( $r = 0,42$ ;  $p < 0,05$ ) і рівнем артеріального тиску на момент обстеження ( $r = 0,37$ ;  $p < 0,05$ ). У пацієнтів із клінічно вираженою тривогою відзначалася гірша комплаєнтність до антигіпертензивної терапії, підвищена частота епізодів гіпертонічних кризів і суб'єктивне відчуття безпорадності. Порівняння з результатами попередніх досліджень свідчить, що частота тривожно-депресивних розладів у пацієнтів із ГХ у період війни значно перевищує середні довоєнні показники (25–30%) [3; 6], що вказує на вагомий вплив макросоціального стресу на психічне здоров'я цієї категорії хворих.

Шкала сприйманого стресу (PSS-10) оцінює індивідуальну суб'єктивну реакцію на життєві події та сприйняття власних ресурсів для подолання труднощів (табл. 3).

Більшість пацієнтів (88,6%) продемонстрували помірний або високий рівень суб'єктивного стресу, що свідчить про значне психологічне навантаження в обстежених хворих. Високі показники PSS-10 частіше відзначалися у жінок ( $p < 0,05$ ) і в пацієнтів з більшою тривалістю хвороби (понад 10 років). Кореляційний аналіз показав помірний позитивний зв'язок між рівнем стресу (PSS-10) і тривогою за HAM-A ( $r = 0,54$ ;  $p < 0,01$ ), а також із рівнем депресії за HADS-D ( $r = 0,47$ ;  $p < 0,05$ ). Це підтверджує тісний взаємозв'язок між психоемоційним напруженням і клінічними проявами гіпертонічної хвороби. Отримані результати узгоджуються з даними інших авторів, які доводять, що макросоціальний воєнний стрес є потужним тригером для загострення психоемоційних і соматичних розладів [3; 6]. Високий рівень стресу може впливати на підвищення артеріального тиску через гіперактивацію симпато-адреналової системи, порушення сну і зниження прихильності до лікування.

**Висновки.** Результати дослідження підтверджують, що воєнний макросоціальний стрес

є значущим чинником дестабілізації психоемоційного стану пацієнтів з гіпертонічною хворобою. Виявлені зміни потребують міждисциплінарного підходу до лікування, який поєднує медичні, психологічні та соціальні аспекти допомоги. Отримані результати можуть бути використані для вдосконалення системи первинної медико-психологічної допомоги пацієнтам із ГХ, розробки алгоритмів скринінгу психічного здоров'я у сімейній медицині, а також для підвищення ефективності профілактичних та лікувальних заходів у стресогенних умовах.

Перспективи подальших досліджень. Подальші дослідження доцільно спрямувати на оцінку ефективності психоосвітніх і психотерапевтичних втручань для пацієнтів із гіпертонічною хворобою в умовах війни, вивчення гендерних і вікових особливостей психоемоційної реакції, а також довгострокового впливу макросоціального стресу на контроль артеріального тиску, розвиток серцево-судинних ускладнень та попередження серцево-судинних катастроф.

**Інформація про фінансування.** На проведення цього дослідження автори не отримували фінансової допомоги від сторонніх організацій або грантів.

**Відповідність матеріалів статті щодо проведення обстежень / досліджень / лікування нормам біоетики.** Усі процедури, проведені в межах цього дослідження, відповідають етичним стандартам установчого та національного комітетів з етики та Гельсінській декларації всесвітньої медичної асоціації (у редакції 2013 року). Від кожного пацієнта було отримано письмову інформовану згоду на участь у дослідженні й опублікуванні його результатів. У процесі обстежень дотримувалися принципів конфіденційності та захисту персональних даних учасників.

**Внесок кожного з авторів згідно з таксономією CRediT.** Радецька Л. В. – концептуалізація

дослідження, розробка методології, аналіз результатів, написання початкового тексту статті, загальне керівництво дослідженням; Сма-чило І. В. – збір та обробка первинних даних, проведення анкетування (шкали Гамільтона та HADS), візуалізація даних, статистична обробка

даних, редагування рукопису, робота з літературними джерелами.

**Інформація щодо наявності / відсутності конфлікту інтересів.** Автори заявляють про відсутність будь-яких реальних або потенційних конфліктів інтересів.

#### Список літератури

1. Артеріальна гіпертензія: клінічна настанова, заснована на доказах. 2024. URL: [https://www.dec.gov.ua/cat\\_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/](https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/).
2. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / за ред. М. В. Коваленка, М. І. Лутая, Ю. М. Сиренка, О. С. Сичова. 2024. 320 с.
3. Ісаєва О. В., Пархоменко А. М. Психоемоційні чинники у формуванні артеріальної гіпертензії. *Український кардіологічний журнал*. 2021. № 5. С. 32–39.
4. Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. *Порушення адаптації: клінічна настанова*. 2024. URL: [https://www.dec.gov.ua/cat\\_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/](https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/).
5. Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації»: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 липня 2024 р. № 1265. URL: [https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cef633be/dn\\_1265\\_19072024\\_dod.pdf](https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cef633be/dn_1265_19072024_dod.pdf).
6. Кузнецова О. С., Мельник Н. Г. Психічне здоров'я та первинна медична допомога в умовах війни: виклики та перспективи. *Сімейна медицина*. 2023. № 3 (95). С. 14–19.
7. Williams B. et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018. Vol. 39, no. 33. P. 3021–3104.
8. World Medical Association. Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*. 2013. Vol. 310, no. 20. P. 2191–2194.
9. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959. Vol. 32. P. 50–55.
10. Zigmond A. S., Snaith R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983. Vol. 67, no. 6. P. 361–370.
11. Cohen S., Williamson G. Perceived stress in a probability sample of the United States. 1988.
12. Maddi S. R. Hardiness: Turning stressful circumstances into resilient growth. Springer, 2015.

#### References

1. Ministry of Health of Ukraine. (2024). Arterialna hipertenzija: klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh [Arterial hypertension: Evidence-based clinical guideline]. Retrieved from: [https://www.dec.gov.ua/cat\\_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/](https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/).
2. Kovalenko, V. M., Lutai, M. I., Sirenko, Yu. M., & Sychev, O. S. (Eds.). (2024). Sertsevo-sudynni zakhvoriuvannia. Klyasyfikatsiia, standarty diahnozyky ta likuvannia [Cardiovascular diseases. Classification, standards of diagnosis and treatment].
3. Isaieva, O. V., & Parkhomenko, A. M. (2021). Psykhoemotsiini chynnyky u formuvanni arterialnoi hipertenzii [Psychoemotional factors in the development of arterial hypertension]. *Ukrainskyi kardiologichnyi zhurnal – Ukrainian Journal of Cardiology*, (5), 32–39.
4. Ministry of Health of Ukraine (2024). Hostra reaktsiia na stres. Posttravmatychnyi stresovyi rozlad. Porushennia adaptatsii: klinichna nastanova [Acute stress reaction. Post-traumatic stress disorder. Adjustment disorders: Clinical guideline]. Retrieved from: [https://www.dec.gov.ua/cat\\_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/](https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/).
5. Ministry of Health of Ukraine. (2024). Pro zatverdzhennia Unifikovanoho klinichnoho protokolu pervynnoi ta spetsializovanoi medychnoi dopomohy "Hostra reaktsiia na stres. Posttravmatychnyi stresovyi rozlad. Porushennia adaptatsii": nakaz MOZ Ukrainy vid 19 lypnia 2024 r. № 1265 [On approval of the Unified Clinical Protocol of primary and specialized medical care "Acute stress reaction. Post-traumatic stress disorder. Adjustment disorders": Order of the Ministry of Health of Ukraine dated July 19, 2024 No. 1265]. Retrieved from: [https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cef633be/dn\\_1265\\_19072024\\_dod.pdf](https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cef633be/dn_1265_19072024_dod.pdf).
6. Kuznietsova, O. S., & Melnyk, N. H. (2023). Psykhichne zdorovia ta pervynna medychna dopomoha v umovakh viiny: vyklyky ta perspektyvy [Mental health and primary health care in war conditions: Challenges and prospects]. *Simeina medytsyna – Family Medicine*, (3), 14–19.
7. Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., Clement, D. L., Coca, A., de Simone, G., Dominiczak, A., Kahan, T., Mahfoud, F., Redon, J., Ruilope, L., Zanchetti, A., Kerins, M., Kjeldsen, S. E., Kreutz, R., Laurent, S., ... Desormais, I. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 39 (33), 3021–3104.
8. World Medical Association (2013). Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310 (20), 2191–2194.
9. Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50–55.

10. Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67 (6), 361–370.
11. Cohen, S., & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States.
12. Maddi, S. R. (2015). *Hardiness: Turning stressful circumstances into resilient growth*. Springer.

## MACROSOCIAL STRESSORS OF THE WAR PERIOD AS PREDICTORS OF MENTAL HEALTH DETERIORATION AND THE COURSE OF ARTERIAL HYPERTENSION IN PRIMARY CARE

L. V. Radetska, I. V. Smachylo

Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

**Purpose.** To investigate the features of mental health of patients with hypertensive disease in conditions of macrosocial stress of martial law at the stage of primary medical care, to assess the relationship of psychoemotional disorders with the clinical condition of patients.

**Materials and Methods.** 44 patients aged 49–64 years with confirmed stage II hypertension were examined. Psychoemotional state was assessed using the Hamilton Anxiety Scale (HAM-A), the HADS Depression and Anxiety Scale, the Perceived Stress Scale (PSS-10) and the Hardiness Test (Muddy). Additionally, an analysis of the dynamics of somatic symptoms and blood pressure was performed. Statistical data processing was carried out using descriptive statistics, Student's t-test and correlation analysis to determine the relationship between psycho-emotional and somatic indicators.

**Results.** Most patients had an increased level of anxiety (75%), depressive manifestations (61.4%) and subjective stress (88.6%). The highest rates of psycho-emotional stress were found among women and middle-aged patients. Correlation analysis showed a close positive relationship between anxiety, depression and stress level ( $r = 0.47-0.54$ ;  $p < 0.05$ ), which confirms the integrated psychosomatic impact of stress on the course of hypertension. Patients with a higher level of psycho-emotional stress had more frequent episodes of elevated blood pressure and worse hypertension control.

**Conclusions.** Wartime macrosocial stress significantly affects the mental health of patients with hypertension, worsening blood pressure control and overall health. The results emphasize the need to integrate psychoemotional screening and brief interventions to reduce stress in primary care, which can increase treatment effectiveness and improve patients' quality of life.

**KEY WORDS:** hypertension; mental health; anxiety; stress; depression; primary care; psychosomatic disorders.

*Дата першого надходження статті до видання: 24.12.2025*

*Дата прийняття статті до друку після рецензування: 27.01.2026*

*Дата публікації (оприлюднення) статті: 06.04.2026*

### Відомості про авторів:

**Радецька Людмила Вікторівна** – кандидат медичних наук, доцент кафедри внутрішньої медицини № 1 закладу вищої освіти Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID <https://orcid.org/0000-0002-2916-1831>.

**Смачило Ірина Володимирівна** – кандидат медичних наук, доцент кафедри внутрішньої медицини № 1 закладу вищої освіти Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID <https://orcid.org/0000-0003-4323-8628>.

Електронна адреса для листування: [radetska@tdmu.edu.ua](mailto:radetska@tdmu.edu.ua)