

# ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТІВ З ІЗОЛЬОВАНИМ І КОМОРБІДНИМ ПЕРЕБІГОМ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ СІЛЬСЬКИХ І МІСЬКИХ ЖИТЕЛІВ

І.П. Катеренчук, М.П. Черкун

Полтавський державний медичний університет

**Резюме. Вступ.** У статті надані результати власних досліджень щодо проявів тривоги й депресії в пацієнтів з ізольованим і коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби та їх вплив на якість життя сільських і міських жителів.

**Мета.** Вивчити розповсюдженість тривожності й депресії, як психосоціальних факторів, в умовах ізольованого та коморбідного перебігу гіпертонічної хвороби та оцінити їх вплив на якість життя у сільських та міських жителів.

**Матеріали та методи.** Проведено обстеження 152 хворих, які були поділені на 3 групи: пацієнти з ізольованим перебігом гіпертонічної хвороби (n = 45), серед яких 26 (57,8%) — міські жителі, 19 (42,2%) — жителі села. Другу групу (n = 68) склали пацієнти, в яких перебіг гіпертонічної хвороби був ускладнений ішемічною хворобою серця. Розподіл сільських/міських жителів був відповідно 34 (50,0%)/34 (50,0%). Третю групу (n = 39) склали пацієнти з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця та цукровим діабетом 2 типу, де 61,5% (n = 24) пацієнтів проживало в місті та 48,5% (n = 15) — у селі.

Визначення рівня тривоги та депресії проводили застосовуючи шкалу тривоги й депресії HADS, а якість життя визначали самоанкетуванням із подальшим використанням офіційної версії «Короткого опитувальника оцінки статусу здоров'я» MOS SF-36, 2011 р. Отримані показники окремо аналізували в пацієнтів сільської та міської місцевості з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби на початку лікування та через 3 місяці після виписки зі стаціонару.

**Результати.** У проведеному нами дослідженні у групі з ізольованим перебігом гіпертонічної хвороби клінічні прояви тривоги й депресії спостерігали загалом у 45,4% пацієнтів, тоді як відсутність вищезгаданих ознак було в 55,6% хворих. Відсутність будь-яких проявів тривоги й депресії в пацієнтів II групи констатували в порівняно меншого відсотка пацієнтів (44,1%), ніж у пацієнтів з ізольованим перебігом гіпертонічної хвороби. Частіше виявляли прояви тривоги. Депресивні розлади відмічені у 5,8% пацієнтів.



УДК: 616-056.3+616.12-008.331.1+616-056.2

DOI: 10.31793/2709-7404.2026.7.1.23

© І.П. Катеренчук, М.П. Черкун



ліцензія Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

У пацієнтів III групи, спостерігали значне зниження кількості пацієнтів з відсутністю ознак тривоги й депресії — лише 13,3% у сільських та 8,3% — у міських жителів. Прояви депресії були лише клінічно виражені, і суттєво не відрізнялися у пацієнтів із села чи міста. Прояви тривожності й депресії достовірно погіршували якість життя.

**Висновки.** Наявність тривоги й депресії, що відзначається в майже половини сільських і міських жителів негативно позначається на клінічному перебігу, а коморбідний перебіг артеріальної гіпертензії обумовлює зростання числа пацієнтів з обтяженим перебігом артеріальної гіпертензії.

**Ключові слова:** артеріальна гіпертензія, тривожність, депресія, якість життя.

## Features of the psychological status of patients with isolated and comorbid hypertensive disease and its impact on the quality of life of rural and urban residents

I.P. Katerenchuk, M.P. Cherkun

*Poltava State Medical University*

**Abstract. Introduction.** This article presents the results of our own research on the manifestations of anxiety and depression in patients with isolated and comorbid hypertension, as well as their impact on the quality of life of rural and urban residents.

**Purpose.** To examine the prevalence of anxiety and depression as psychosocial factors in isolated and comorbid hypertension, and to evaluate their impact on the quality of life of rural and urban residents.

**Materials and Methods.** A survey was made among 152 patients, who were divided into three groups. The first group included patients with isolated hypertension ( $n = 45$ ), of whom 26 (57.8%) were urban residents and 19 (42.2%) were rural residents. The second group ( $n = 68$ ) consisted of patients with hypertension complicated by ischemic heart disease, with an equal distribution of rural and urban residents 34 (50.0%) and 34 (50.0%). The third group ( $n = 39$ ) comprised patients with comorbid hypertension, ischemic heart disease, and type 2 diabetes, among whom 24 (61.5%) lived in urban areas and 15 (38.5%) in rural areas.

The levels of anxiety and depression were assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), while quality of life was evaluated through self-administered questionnaires followed by the official version of the "Short Health Status Assessment Questionnaire" MOS SF-36 (2011). The obtained results were analyzed separately in rural and urban patients with comorbid hypertension at the beginning of treatment and three months after hospital discharge.

**Results.** In our study, among patients with isolated hypertension, clinical manifestations of anxiety and depression were observed in 45.4% of cases, while 55.6% showed no such symptoms. In group II, the absence of anxiety and depression was noted in a relatively smaller proportion of patients (44.1%) compared with those who had isolated hypertension. Anxiety manifestations were detected more frequently, whereas depressive disorders were present in 5.8% of patients. In group III, a marked reduction in the proportion of patients without signs of anxiety and depression was observed—only 13.3% among rural residents and 8.3% among urban residents. Depressive manifestations were clinically pronounced but did not differ significantly between rural and urban patients. Overall, the presence of anxiety and depression significantly worsened the quality of life.

**Conclusions.** The presence of anxiety and depression, which is noted in almost half of rural and urban residents, negatively affects the clinical course, and the comorbid course of arterial hypertension causes an increase in the number of patients with severe arterial hypertension.

**Keywords:** arterial hypertension, anxiety, depression, quality of life/

Артеріальна гіпертензія завдає значних витрат системі охорони здоров'я та економіці країн, оскільки вона є основною причиною серцево-судинних ускладнень, таких як інсульт та інфаркт міокарда [1, 2, 3].

Як в умовах ізольованого, так і коморбідного перебігу, вона потребує комплексного догляду за пацієнтами через її тривалий вплив на організм та якість життя пацієнтів [4], а якщо її не контролювати, вона має серйозні довгострокові наслідки [3].

Гіпертонічну хворобу (ГХ) у світі розглядають як найсуттєвіший модифікований фактор ризику серцево-судинних захворювань та пов'язаної з ними інвалідності [5]. Здебільшого, на додаток до симптомів гіпертензії, у багатьох пацієнтів існують додаткові фактори ризику — супутні захворювання, передусім ішемічна хвороба серця та цукровий діабет 2 типу.

Враховуючи високу захворюваність і поширеність цих коморбідних станів (артеріальна гіпертензія в поєднанні з ішемічною хворобою

серця та цукровим діабетом 2 типу), глибше розуміння їхнього впливу на якість життя, пов'язану зі здоров'ям пацієнтів має не лише клінічне, але й соціальне значення. Наявність одночасно кількох хронічних захворювань в однієї людини посилює несприятливі впливи.

У сучасному світі поширеність і загальний тягар гіпертензії зростають, особливо в країнах з низьким та середнім рівнем доходу [6]. Окрім клінічних наслідків, гіпертензія створює значний фінансовий тягар і спричиняє втрату продуктивності [7]. Вона також суттєво впливає на якість життя [4, 8]

У сфері глобального психічного здоров'я тривожні й депресивні розлади визнані поширеними проблемами, що викликають значну стурбованість [9]. Психічні розлади, включаючи тривогу й депресію, відіграють суттєву роль у цій статистиці, спричиняючи приблизно 14,3% смертей у світі, або приблизно 8 мільйонів життів щороку [10].

Пацієнти з гіпертензією повідомляли про нижчу якість життя порівняно з тими, хто не мав гіпертензії, що підтверджується систематичним оглядом та метааналізом 20 досліджень [4].

У цьому зв'язку, вивчення аналізу психологічного статусу пацієнтів та його вплив на якість життя в умовах сьогодення та на цій підставі розробка методів ефективної профілактики та реабілітації є важливою проблемою сучасної клініки внутрішньої медицини, що й визначило мету дослідження.

## Мета дослідження

Вивчити розповсюдженість тривожності й депресії, як психосоціальних факторів, в умовах ізольованого та коморбідного перебігу гіпертонічної хвороби й оцінити їх вплив на якість життя в сільських та міських жителів.

## Матеріал і методи

Робота ґрунтується на основі аналізу обстеження 152 хворих, які були поділені на 3 групи. До першої групи (група порівняння) включили пацієнтів з ізольованим перебігом гіпертонічної хвороби ( $n=45$ ), серед яких 26 (57,8%) — міські жителі, 19 (42,2%) — жителі села. Другу групу ( $n=68$ ) склали пацієнти, у яких перебіг гіпертонічної хвороби був ускладнений ішемічною хворобою серця. Розподіл сільських/міських жителів був відповідно 34 (50,0%)/34 (50,0%). Третю групу ( $n = 39$ ) склали пацієнти з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця та цукровим діабетом 2 типу, де 61,5% ( $n = 24$ ) пацієнтів проживало в місті і 48,5% ( $n = 15$ ) — у селі. Порівнювали пацієнтів у групах, що проживали в міській і сільській місцевостях.

Для визначення рівня тривоги й депресії, застосовували шкалу тривоги й депресії HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale) [11]. Суть тестування полягала в тому, що пацієнт дає відповіді на 14 запитань (7 з яких — оцінка рівня тривоги, інші 7 — оцінка рівня депресії), кожне з яких містить 4 варіанти відповіді, оцінених від 0 до 3 балів. Результати інтерпретували окремо для кожного досліджуваного фактору. Відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії констатували при результаті 0-7 балів, 8-10 балів — субклінічно виражена тривога/депресія, більше 11 балів — клінічно виражена тривога/депресія.

Якість життя визначали самоанкетуванням із подальшим використанням офіційної версії «Короткого опитувальника оцінки статусу здоров'я» MOS SF-36, 2011 р. [12]. Цей опитувальник включає 36 питань, які поділяються на 8 шкал, а саме: фізичне функціонування (PF), рольова діяльність (RF), інтенсивність болю (BP), загальне здоров'я (GH), життєва активність (VT), соціальна активність (SF), емоційний стан (RE) і психічне здоров'я (MH). Оцінюється кожна шкала від 0 до 100 балів, при цьому чим вищий показник у балах, тим вищий рівень здоров'я в цілому. Вважали якість життя низького рівня при показнику 0-20 балів, знижений показник якості життя — 21-40 балів, середній показник — 41-60 балів, високий показник — 61-80 балів, і високий показник — 81-100 балів.

При порівнянні вищезгаданих показників у порівнюваних групах, клінічно значущою різницею вважали різницю в 10% і більше.

Ці показники окремо вивчали в пацієнтів сільської та міської місцевості з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби на початку лікування та через 3 місяці після виписки зі стаціонару.

Статистична обробка даних проводилася з використанням програми Microsoft Office Excel, 2010 на базі MS Windows 10, та програми Statistika 10.

Для порівняння та оцінки достовірності отриманих результатів використовували параметричні та непараметричні методи дослідження ( $t$ -критерій Ст'юдента,  $U$ -критерій Манна-Вітні,  $W$ -критерій Вілкоксона. Достовірними вважали результати при ймовірності похибки  $p < 0,05$ .

Кореляційні взаємозв'язки між показниками в досліджуваних групах визначали за допомогою параметричного коефіцієнту кореляції Пірсона. Кореляцію вважали значимою при  $r > 0,7$  при ймовірності похибки  $p < 0,05$ .

## Результати та їх обговорення

Встановлення причинно-наслідкового зв'язку між тривогою, депресією та гіпертензією може бути складним завданням. Однак ігнорування факторів, пов'язаних з тривогою й

депресією серед людей з гіпертензією, може перешкоджати зусиллям щодо вирішення проблеми гіпертензії.

Тривога й депресія часто призводять до виникнення кількох неінфекційних захворювань, таких як артеріальна гіпертензія, цукровий діабет і серцево-судинні захворювання [13-14]. Крім того, співіснування депресії й тривоги з гіпертензією створює додаткові проблеми, що призводять до тяжких захворювань серця або смертності [15]. І, навпаки, гіпертензія спричиняє хронічне запалення, яке може негативно впливати на психічне здоров'я [16].

У китайському дослідженні поширеність лише депресивних розладів серед пацієнтів з есенціальною гіпертензією склала 25,7% [17]

У проведеному нами дослідженні в групі з ізолюваним перебігом гіпертонічної хвороби клінічні прояви тривоги й депресії спостерігали загалом у 45,4% пацієнтів. У пацієнтів, що проживали в місті, частіше констатували субклінічно (на 10,0%) і клінічно (на 7,7%) виражену депресію, тоді як ознаки субклінічно вираженої тривоги спостерігали у 21,1% пацієнтів сільської місцевості і лише 7,7% міської. Наявність одночасно проявів тривоги і депресії також частіше відмічали у пацієнтів міської місцевості (на 5,0%) (табл. 1).

Звертає на себе увагу той факт, що більш схильними до проявів тривоги у сільській місцевості були жінки, тоді як у місті більш схильними до порушень психологічного статусу були, навпаки, чоловіки.

Незалежно від будь-якої конкретної когорти, такої як особи з гіпертензією, соціально-демографічні та клінічні фактори впливають на тривожність і депресію через складні та взаємопов'язані шляхи. Молодші або старші вікові групи можуть відчувати підвищену вразливість через стресові фактори життєвого етапу або знижену стійкість, тоді як гендерні відмінності, особливо вища поширеність серед жінок, пов'язані з біологічною та соціальною нерівністю ролей [18, 19].

У пацієнтів із поєднаним перебігом ГХ та ішемічною хворобою серця (ІХС) спостерігали такі прояви порушень психологічного статусу (табл. 2).

Відсутність будь-яких проявів тривоги й депресії в пацієнтів II групи констатували в порівняно меншого відсотка пацієнтів (44,1%), ніж у пацієнтів з ізолюваним перебігом гіпертонічної хвороби. Частіше виявляли прояви тривоги. Депресивні розлади відмічені лише у 5,8% пацієнтів. Ознаки субклінічно вираженої тривоги частіше виявляли у жителів міста (29,4%), тоді як клінічно виражена тривога спостерігалася частіше у жителів села (на 11,8%). Поєднання клінічних проявів тривоги й депресії констатували як і в контрольній групі частіше в жителів міста (20,5% порівняно з 26,5%). Щодо гендерних особливостей, то як і в місті, так і в селі, частіше розлади психологічного статусу у II групі відмічалися в жінок.

Сімейний стан також відіграє певну роль, оскільки відсутність соціальної підтримки через самотність, розлучення або вдовство може посилити самотність та емоційний стрес [20, 21].

Такі стани, пов'язані зі здоров'ям, як хронічні захворювання, інвалідність і вживання психоактивних речовин, ще більше посилюють психологічний тягар, збільшуючи залежність, фізичні обмеження та дезадаптивні механізми подолання [22-24]. Ці фактори діють через такі шляхи, як тривалий психосоціальний стрес, соціальна ізоляція та обмежений доступ до

**Таблиця 1**

Прояви тривоги й депресії в пацієнтів з ізолюваним перебігом ГХ

	I група (n = 45)							
	Сільські жителі (n = 19)				Міські жителі (n = 26)			
	Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Відсутність тривоги й депресії	6	31,6	6	31,6	9	34,6	4	15,4
Субклінічно виражена депресія	1	5,3	0	0	3	11,5	1	3,8
Клінічно виражена депресія	0	0	0	0	0	0	2	7,7
Субклінічно виражена тривога	1	5,3	3	15,8	2	7,7	0	0
Клінічно виражена тривога	0	0	1	5,3	2	7,7	0	0
Наявність тривоги й депресії	0	0	1	5,3	2	7,7	1	3,8

**Таблиця 2**

Прояви тривоги і депресії у пацієнтів з поєднаним перебігом ГХ та ІХС

	II група (n = 68)							
	Сільські жителі (n = 34)				Міські жителі (n = 34)			
	Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Відсутність тривоги й депресії	12	35,3	5	14,7	5	14,7	8	23,5
Субклінічно виражена депресія	0	0	1	2,9	0	0	0	0
Клінічно виражена депресія	0	0	0	0	0	0	1	2,9
Субклінічно виражена тривога	2	5,9	2	5,9	4	11,8	6	17,6
Клінічно виражена тривога	3	8,8	2	5,9	0	0	1	2,9
Наявність тривоги й депресії	1	2,9	6	17,6	2	5,9	7	20,6

медичної допомоги, зрештою порушуючи регуляцію настрою та когнітивні функції, а також збільшуючи ризик тривоги та депресії.

У пацієнтів III групи, спостерігали значне зниження кількості пацієнтів із відсутністю ознак тривоги й депресії — лише 13,3% у селі та 8,3% у міських жителів. Прояви депресії були лише клінічно виражені, і суттєво не відрізнялися в хворих з села чи міста. Як і в пацієнтів II групи, констатували порівняно вищий відсоток проявів тривоги порівняно з депресивними розладами (40,5%). Проте суттєвої різниці у відсотковому співвідношенні проявів субклінічної та клінічної тривоги між жителями міста та села не спостерігали (19,8% порівняно з 20,9%). Однак поєднання проявів тривоги й депресії було значно вищим у жителів міста (62,5%), ніж у сільських жителів (53,3%), аналогічно як і в пацієнтів II групи (табл. 3).

Стосовно гендерного поділу, жінки частіше піддавалися тривозі й депресії порівняно з чоловіками, так само як пацієнти групи з поєднаним перебігом ГХ та ІХС.

Таким чином, за результатами проведеного аналізу психологічного статусу пацієнтів з ізольованим та поєднаним перебігом гіпертонічної хвороби, наявне значне підвищення відсотку клінічних проявів тривоги й депресії прямопропорційно зростанню коморбідності. Порівняно частіше тривозі й депресії піддаються жінки, що проживають у місті.

Визначали залежність впливу тривоги та/і депресії на якість життя пацієнтів. До уваги брали показники, де спостерігали клінічно значиму різницю.

Так, рівень показника PF у жителів міста зворотно сильно корелював з рівнем тривоги ( $r = -0,97$ ), тоді як залежності від рівня депресії не спостерігали ( $r = -0,15$ ). У той же час, у жителів сільської місцевості, цей показник (PF) сильно корелював з тривогою у міських жителів ( $r = -0,79$ ), схожу картину спостерігали і для середнього рівня депресії ( $r = -0,37$ ). Клінічна різниця, що спостерігалася в показниках психічного компоненту здоров'я — життєвої активності (VT) та психічного здоров'я (МН), продемонстрували наступні кореляційні зв'язки відносно рівня тривоги і депресії: VT — сильний зворотний у міських жителів із тривогою ( $r = -0,91$ ) та його відсутність — з депресією ( $r = -0,16$ ), а також сильний зворотний з тривогою ( $r = -0,87$ ) та слабкий з депресією ( $r = -0,44$ ) — у жителів сільської місцевості; МН — сильний зворотний у міських жителів із тривогою ( $r = -0,93$ ) та слабкий з депресією ( $r = -0,27$ ), як і в сільських жителів: із тривогою —  $r = -0,73$ , із депресією —  $r = -0,23$ .

Стосовно пацієнтів II групи, сильний зворотний кореляційний зв'язок було виявлено між показником RP та рівнем тривоги в місь-

**Таблиця 3**

Прояви тривоги і депресії у пацієнтів з коморбідним перебігом ГХ, ІХС, на ЦД 2 типу

	III група (n = 39)							
	Сільські жителі (n = 15)				Міські жителі (n = 24)			
	Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Відсутність тривоги й депресії	2	13,3	0	0	2	8,3	0	0
Субклінічно виражена депресія	0	0	0	0	0	0	0	0
Клінічно виражена депресія	1	6,6	1	6,6	2	8,3	0	0
Субклінічно виражена тривога	1	6,6	1	6,6	1	4,2	2	8,3
Клінічно виражена тривога	0	0	1	6,6	1	4,2	1	4,2
Наявність тривоги й депресії	3	20,0	5	33,3	5	20,8	10	41,7

ких жителів ( $r = -0,87$ ), у той же час, у сільських жителів прослідковувався слабкий зворотний зв'язок ( $r = -0,45$ ). Між рівнем депресії та показником RP сильний зворотний кореляційний зв'язок виявлено в сільських жителів ( $r = -0,80$ ), у міських жителів — зворотний середній зв'язок ( $r = -0,68$ ). Беручи до уваги показник BP, встановлено сильний зворотний кореляційний зв'язок між рівнем тривоги ( $r = -0,91$ ) та депресії ( $r = -0,74$ ) у міських жителів. У сільських жителів сильний зворотний кореляційний зв'язок був із рівнем депресії ( $r = -0,89$ ), тоді як із рівнем тривоги такого не спостерігали ( $r = -0,38$ ). Досліджуючи психічний компонент якості життя пацієнтів II групи виявлено сильний зворотний кореляційний зв'язок між показником VT і рівнем депресії ( $r = -0,91$ ), та помірний зворотний кореляційний зв'язок з рівнем тривоги ( $r = -0,63$ ) у міських жителів. Пацієнти, що проживали у сільській місцевості навпаки мали сильний зворотний кореляційний зв'язок з рівнем тривоги ( $r = -0,95$ ), та фактичну його відсутність з рівнем депресії ( $r = -0,34$ ). Показник RE в жителів міста зворотно сильно корелював з рівнем тривоги ( $r = -0,97$ ) та помірною кореляцією визначалася з рівнем депресії ( $r = -0,62$ ). У сільських же жителів навпаки — наявним був сильний зворотний кореляційний зв'язок із рівнем депресії ( $r = -0,95$ ), та дуже слабкий — із рівнем тривоги ( $r = -0,42$ ).

Проведений кореляційний аналіз пацієнтів III групи між показником PF і впливом психосоматичних факторів міських жителів, виявив сильний зворотний кореляційний зв'язок із рівнем депресії ( $r = -0,92$ ) та середній зворотний зв'язок з рівнем тривоги ( $r = -0,55$ ). У сільських жителів спостерігали протилежну

картину: сильний зворотний зв'язок з рівнем тривоги ( $r = -0,97$ ) та середній зворотний зв'язок з рівнем депресії ( $r = -0,47$ ). Показник GH мав сильний зворотний кореляційний зв'язок з рівнем тривоги у міських жителів ( $r = -0,93$ ) та рівнем депресії у сільських ( $r = -0,95$ ), тоді як зворотний середній кореляційний зв'язок встановлено між рівнем депресії у міських жителів ( $r = -0,51$ ) та рівнем тривоги у сільських ( $r = -0,57$ ). Беручи до уваги показник RP, встановлено сильний зворотний кореляційний зв'язок з рівнем тривоги ( $r = -0,96$ ) та середній кореляційний зв'язок з рівнем депресії ( $r = -0,54$ ) у міських жителів, стосовно ж сільських жителів — картина схожа з рівнем тривоги ( $r = -0,90$ ) і з рівнем депресії ( $r = -0,49$ ). Щодо психічного компоненту якості життя, то в жителів міста показник VT сильно зворотно корелював з рівнем депресії ( $r = -0,95$ ), та помірно — з рівнем тривоги ( $r = -0,54$ ), тоді як у жителів сільської місцевості навпаки — сильний зворотний кореляційний зв'язок прослідковувався з рівнем тривоги ( $r = -0,94$ ) та помірний зворотний — з рівнем депресії ( $r = -0,60$ ). Констатували не-

значну відмінність зворотної кореляції у показнику RE у міських жителів, проте сильнішою вона була щодо депресії ( $r = -0,72$ ) порівняно з тривогою ( $r = -0,54$ ). У той же час для сільських жителів навпаки — сильніший зворотний кореляційний зв'язок був з рівнем тривоги ( $r = -0,88$ ), порівняно з рівнем депресії ( $r = -0,55$ ). Показник MN у міських жителів, мав сильний кореляційний зворотний зв'язок з рівнем тривоги ( $r = -0,92$ ) та помірний з рівнем депресії ( $r = -0,51$ ), аналогічно як і в сільських жителів: з тривогою —  $r = -0,94$ , з депресією —  $r = -0,59$ .

## Висновки

На підставі проведеного аналізу можна стверджувати, що прояви тривоги й депресії зростають пропорційно збільшенню коморбідних станів, що призводить до зниження рівня психічного компоненту якості життя. У пацієнтів III групи, котрі проживали в сільській місцевості, наявність тривоги впливала на зниження як фізичного, так і психічного компонентів якості життя.

## Список використаної літератури

- Kjeldsen SE. Hypertension and cardiovascular risk: General aspects. *Pharmacol Res.* 2018 Mar;129:95-99. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.phrs.2017.11.003>
- Timmis A, Townsend N, Gale CP, Torbica A, Lettino M, Petersen SE, Mossialos EA, Maggioni AP, Kazakiewicz D, May HT, De Smedt D, Flather M, Zuhke L, Beltrame JF, Huculeci R, Tavazzi L, Hindricks G, Bax J, Casadei B, Achenbach S, Wright L, Vardas P; European Society of Cardiology. Cardiovascular Disease Statistics 2019. *Eur Heart J.* 2020 Jan 1;41(1):12-85. Available from: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz859>
- Mancia G, Cappuccio FP, Burnier M, Coca A, Persu A, Borghi C, Kreutz R, Sanner B. Perspectives on improving blood pressure control to reduce the clinical and economic burden of hypertension. *J Intern Med.* 2023 Sep;294(3):251-268. Available from: <https://doi.org/10.1111/joim.13678>
- Trevisol DJ, Moreira LB, Kerkhoff A, Fuchs SC, Fuchs FD. Health-related quality of life and hypertension: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Hypertens.* 2011 Feb;29(2):179-88. Available from: <https://doi.org/10.1097/hjh.0b013e328340d76f>
- Olsen MH, Angell SY, Asma S, Boutouyrie P, Burger D, Chirinos JA, Damasceno A, Delles C, Gimenez-Roqueplo AP, Hering D, López-Jaramillo P, Martinez F, Perkovic V, Rietzschel ER, Schillaci G, Schutte AE, Scuteri A, Sharman JE, Wachtell K, Wang JG. A call to action and a lifecourse strategy to address the global burden of raised blood pressure on current and future generations: the Lancet Commission on hypertension. *Lancet.* 2016 Nov 26;388(10060):2665-2712. Available from: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)31134-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31134-5)
- Mills KT, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. *Nat Rev Nephrol.* 2020 Apr;16(4):223-237. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41581-019-0244-2>
- MacLeod KE, Ye Z, Donald B, Wang G. A Literature Review of Productivity Loss Associated with Hypertension in the United States. *Popul Health Manag.* 2022 Jun;25(3):297-308. Available from: <https://doi.org/10.1089/pop.2021.0201>
- Yazdani Z, Jabalameli S, Ebrahimi A, Raeisi Z. Relationship between metabolic diseases (Diabetes and Hyperlipidemia) with depression in the elderly. *J Isfahan Med School.* 2022;40(684):647-53. [Google Scholar]. Available from: <https://www.sid.ir/paper/1037482/en>
- Kalin NH. The Critical Relationship Between Anxiety and Depression. *Am J Psychiatry.* 2020 May 1;177(5):365-367. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20030305>
- Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2015 Apr;72(4):334-41. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2502. Erratum in: *JAMA Psychiatry.* 2015 Jul;72(7):736. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.0937. Erratum in: *JAMA Psychiatry.* 2015 Dec;72(12):1259. Available from: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2502>
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983 Jun;67(6):361-70. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992 Jun;30(6):473-83. PMID: 1593914. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1593914/>
- Meng L, Chen D, Yang Y, Zheng Y, Hui R. Depression increases the risk of hypertension incidence: a meta-analysis of prospective cohort studies. *J Hypertens.* 2012 May;30(5):842-51. Available from: <https://doi.org/10.1097/hjh.0b013e32835080b7>
- Rubio-Guerra AF, Rodriguez-Lopez L, Vargas-Ayala G, Huerta-Ramirez S, Serna DC, Lozano-Nuevo JJ. Depression increases the risk for uncontrolled hypertension. *Exp Clin Cardiol.* 2013 Winter;18(1):10-2. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3716493/>
- Zhang HG, Wang JF, Jialin A, Zhao XY, Wang C, Deng W. Relationship between multimorbidity burden and depressive symptoms in older Chinese adults: A prospective 10-year cohort study. *J Affect Disord.* 2025 Nov 15;389:119714. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119714>
- Kwapong YA, Boakye E, Khan SS, Honigberg MC, Martin SS, Oyeka CP, Hays AG, Natarajan P, Mamas MA, Blumenthal RS, Blaha MJ, Sharma G. Association of Depression and Poor Mental Health With Cardiovascular Disease and Suboptimal Cardiovascular Health Among Young Adults in the United States. *J Am Heart Assoc.* 2023 Feb 7;12(3):e028332. Available from: <https://doi.org/10.1161/jaha.122.028332>

17. Ruan J, Xu YM, Zhong BL. Depressive disorders in older Chinese adults with essential hypertension: A classification tree analysis. *Front Cardiovasc Med.* 2022 Oct 5;9:1035203. Available from: <https://doi.org/10.3389/fcvm.2022.1035203>
18. Carmel S. Health and Well-Being in Late Life: Gender Differences Worldwide. *Front Med (Lausanne).* 2019 Oct 10;6:218. Available from: <https://doi.org/10.3389/fmed.2019.00218>
19. Kirkbride JB, Anglin DM, Colman I, Dykxhoorn J, Jones PB, Patalay P, Pitman A, Sonesson E, Steare T, Wright T, Griffiths SL. The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry.* 2024 Feb;23(1):58-90. Available from: <https://doi.org/10.1002/wps.21160>
20. Vaingankar JA, Abidin E, Chong SA, Shafie S, Sambasivam R, Zhang YJ, Chang S, Chua BY, Shahwan S, Jeyagurunathan A, Kwok KW, Subramaniam M. The association of mental disorders with perceived social support, and the role of marital status: results from a national cross-sectional survey. *Arch Public Health.* 2020 Oct 28;78:108. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00476-1>
21. Zhang D, Zheng W, Li K. The relationship between marital status and cognitive impairment in Chinese older adults: the multiple mediating effects of social support and depression. *BMC Geriatr.* 2024 Apr 24;24(1):367. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04975-6>
22. Magee KE, Connell AM. The role of substance use coping in linking depression and alcohol use from late adolescence through early adulthood. *Exp Clin Psychopharmacol.* 2021 Dec;29(6):659-669. Available from: <https://doi.org/10.1037/pha0000436>
23. Desalegn GT, Zeleke TA, Shumet S, Mirkena Y, Kassew T, Angaw DA, Salelew E. Coping strategies and associated factors among people with physical disabilities for psychological distress in Ethiopia. *BMC Public Health.* 2023 Jan 4;23(1):20. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14877-0>
24. Parkinson A, Mullan B, Bebbington K, Davis E, Treadgold C, Finlay-Jones A. Wellbeing and distress in young people with chronic conditions: how do positive psychology variables relate to mental health outcomes? *Health Psychol Behav Med.* 2023 Nov 6;11(1):2274539. Available from: <https://doi.org/10.1080/21642850.2023.2274539>

**Для цитування:** Для цитування: Катеренчук І.П., Черкун М.П. Особливості психологічного статусу пацієнтів з ізольованим та коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби та його вплив на якість життя сільських і міських жителів// *Терапевтика/ імені професора М.М.Бережницького.* 2026; 1-2(7):23-29. DOI: 10.31793/2709-7404.2026.7.1.23.

**Адреса для листування:** ikaterenchuk@ukr.net,

Відомості про авторів: Катеренчук Іван Петрович, ikaterenchuk@ukr.net, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини №2 Полтавського державного медичного університету, ORCID 0000-0003-3765-4895, Черкун Маргарита Петрівна, mpchercun@gmail.com, доктор філософії з медицини, асистентка кафедри внутрішньої медицини №2 Полтавського державного медичного університету, ORCID 0000-0002-4361-9933

**Особистий внесок:** Катеренчук І.П. — аналіз літературних джерел, написання й редагування статті; Черуцн М.П. — набір пацієнтів, статистичний аналіз.

**Фінансування:** Стаття підготовлена в рамках самофінансування.

**Конфлікт інтересів.** Катеренчук Іван Петрович є членом Редакційної колегії «Терапевтика / ім. проф. Бережницького М.М.» та не брав жодної участі в редакційній обробці, рецензуванні чи прийнятті рішень щодо цього рукопису. Рукопис пройшов зовнішнє подвійне сліпе рецензування.

**Декларація з етики:** Автори задекларували відсутність конфлікту інтересів і фінансових зобов'язань.

**Проходження статті:** уадійшла до редакції 18.02.2026 р., прийнята на друкування 25.03.2026 р., надрукована 23.04.2026 р.

**For citation:** Katerenchuk I.P., Cherkun M.P. Features of the psychological status of patients with isolated and comorbid hypertensive disease and its impact on the quality of life of rural and urban residents/ *Therapeutics / named after professor M.M. Berezhnitskyi (Ukraine).* 2026; 1-2(7):23-29. DOI: 10.31793/2709-7404.2026.7.1.23.

**Correspondence address:** Katerenchuk Ivan Petrovych — ikaterenchuk@ukr.net

**Authors' details:** Katerenchuk Ivan Petrovych, ikaterenchuk@ukr.net, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Internal Medicine No. 2 of Poltava State Medical University, ORCID 0000-0003-3765-4895, Cherkun Margarita Petrivna, mpchercun@gmail.com, Doctor of Philosophy in Medicine, Assistant Professor of the Department of Internal Medicine No. 2 of Poltava State Medical University, ORCID 0000-0002-4361-9933

**Personal contribution:** Katerenchuk I.P. — analysis of literary sources, writing and editing of the article; Chercun M.P. — recruitment of patients, statistical analysis.

**Conflict of Interest:** Ivan Petrovych Katerenchuk is a member of the Editorial Board of “Therapeutics/ Prof. M.M. Berezhnitskyi” and did not participate in the editorial processing, peer review, or decision-making regarding this manuscript. The manuscript underwent external double-blind peer review.

**Declaration of ethics:** the authors have declared no conflicts of interest or financial obligations. The study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki and approved by the Bioethics Committee.

**Funding:** The article was prepared as part of self-financing.

Article: received 18.02.2026, accepted 25.03.2026, published 23.04.2026.