

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

МАГІСТЕРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

за спеціальністю І5 МЕДСЕСТРИНСТВО

на тему:

УДК: 614.253.5:616.895-08:005.336]057.36

«Роль медичної сестри в організації стрес-менеджменту для учасників
бойових дій»

Виконала:

здобувач вищої освіти медико-
психологічного факультету за спеціальністю
Медсестринство

Філіп Ірина Володимирівна

Науковий керівник - доктор медичних наук,
професор Сорокман Таміла Василівна

Рецензент – кандидат медичних наук, доцент
кафедри педіатрії та медичної генетики
Хлуновська Людмила Юріївна

Рецензент - кандидат медичних наук, доцент
кафедри педіатрії та дитячих хвороб
Сажин Сергій Іпполітович

Чернівці – 2025

ABSTRACT

Filip I.V. "The role of a nurse in organizing stress management for combatants". - Qualification work in the form of a manuscript.

Master's qualification work. Specialty I5 "Nursing, I "Healthcare and Social Security". - Bukovyna State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Chernivtsi, 2025.

The participation of military personnel in combat operations that pose a real threat of death (participation in combat operations, sudden artillery strikes, captivity, etc.) is accompanied by increased stressogenic impact, the result of which is post-traumatic syndrome or PTSD.

Despite the large number of published scientific works devoted to the problem of psycho-medical rehabilitation of combatants, this problem remains extremely relevant. Attention is drawn to the insufficiently researched and highlighted issues of involving nurses/brothers in the work of multidisciplinary teams.

The purpose of the study: to increase the effectiveness of medical rehabilitation of combatants by involving nurses in the organization of stress management.

The objectives of the study were to analyze scientific research on the problem of psychological trauma and post-traumatic personality disorder, to survey combatants using the Mississippi scale, to assess the severity of depression and anxiety in general medical practice, to determine the role and functions of paramedical personnel in multidisciplinary teams.

Scientific novelty. The work analyzed the main areas of rehabilitation of combatants, studied the frequency and forms of PTSD, assessed the severity of depression and anxiety in combatants, developed practical recommendations for nurses on establishing contact with patients - combatants, and determined their functions in multidisciplinary teams.

associated with the experienced event and the subsequent sharp outburst of negative emotions, which are usually associated with combat events.

14.2% of UBD had signs that were classified as the “guilt subscale”. In the first place was the anxious variant, which was manifested by a high level of unmotivated anxiety, worry, vegetative-vascular paroxysms. In the presence of weakness, lethargy, passivity, indifference with a decrease in mood, the asthenic variant was exhibited. The dysphoric variant included a higher level of rage directed at others, as well as irritability, internal dissatisfaction, aggressiveness.

UBD most often feel in danger (65.6%), have emotional instability (negative mood changes, thinking, hopelessness, apathy, social behavior problems) (87.9%), negative mood changes, thinking (hopelessness, apathy, social behavior problems) (67.4) and sleep disorders (67.4%). It is noteworthy that almost half of UBD with PSTR abuse alcohol, drugs or cigarettes, and every fourth thinks about suicide.

It is noted that in addition to the main symptoms listed above, additional symptoms often occur, which are divided into separate groups: dissociative symptoms (derealization, depersonalization); somatic symptoms (pain of various localization, most often pain behind the sternum, increased pulse rate, lack of appetite, skin rashes of various localization); suicidal tendency; anxiety symptoms: panic attacks, obsessions, compulsions; psychotic symptoms (hallucinations, delusions)..

The surveys showed that the complaints presented by patients with OCD to describe an anxious or depressive state were among the most common. In particular, 13 (56.5%) of the surveyed complained of anxiety, 10 (43.4%) of the surveyed complained of depression, and 7 (30.4%) of the surveyed complained of tearfulness. However, the most common complaint among all the surveyed was fatigue 20 (86.9%), which, according to some authors, is a manifestation that is often associated with anxiety and depression, was the most common complaint.

The vast majority (69.5%) of OCD had clinically pronounced signs of anxiety. The average level of depression was 11 points, but 91.3% had subclinical and clinical depression.

The results of the analysis determined that the restoration and support of the functioning of a person in the physical, emotional, intellectual, social and spiritual spheres were carried out using methods of psychological and psychotherapeutic

assistance in the form of psychotherapy, psychological counseling or first psychological assistance at three levels:

- social and psychological support and provision of social services, in particular social support, social adaptation, counseling (100% of people)
- psychological rehabilitation (88.8% of people);
- comprehensive medical and psychological rehabilitation (77.7% of people).

Part (26.6%) of the servicemen were sent, in accordance with the conclusion of the military medical commission, for further provision of medical care or medical and psychological rehabilitation to medical institutions located outside Ukraine (USA – 58.3%, Germany – 25%, Turkey – 16.7%).

During the period of martial law, servicemen have the right to receive free medical services related to ensuring the implementation of their right to biological paternity (motherhood), in particular, to the collection, cryopreservation and storage of their reproductive cells in case of loss of reproductive function. 7 (15.5%) male servicemen used such assistance.

17 nurses (first group) and 17 nurses from other hospital departments (second group) participated in the study by surveying them using the questionnaire by V.V. Boyko. Two groups of clinical signs were identified: physical symptoms (70.5% in the first group of people and 27.2% in the second group of people), psychological symptoms (41.2% in the first group of people and 18.2% in the second group of people). Among the physical symptoms of the first group of nurses, the following were more common: constant fatigue (76.4%), headache (70.5%), drowsiness (58.8%), somewhat less often insomnia, change in body weight.

In the case of nurses (brothers), this can have very dangerous consequences, because a doctor must always have a quick reaction and a clear mind so as not to harm the patient. Psychological symptoms occurred somewhat less often, however, 35.2% of middle-level medical workers had apathy, pessimism, feelings of anxiety, and 29.4% had irritability, depression, and fear of not being able to cope with their duties. It is worth noting that every fifth medical worker in the crisis center department experienced the third stage of burnout syndrome - exhaustion. In the

second group of the study, signs of burnout syndrome were probably less common and more common in the first phase. 21% of the respondents are not satisfied with their lives. This may be due to various factors, such as high stress levels, burnout, negative impact of work on personal life, insufficient pay, family problems.

Currently, there is an extremely high need in society for the provision of rehabilitation services. It is important and necessary to include nurses/brothers in rehabilitation interdisciplinary teams for organizing stress management for people with PTSD, in particular UBD.

The multidisciplinary approach to the activities of nursing staff is that the nurse becomes an equal member of the interdisciplinary team and an active participant in the treatment and rehabilitation process. The role of the rehabilitation nurse is particularly important, as it is she who spends more time with the patient than any other specialist, various aspects of his life and thus gets a complete picture of the organization of stress management, monitors compliance with the stages of rehabilitation activities. Teamwork in nursing practice is a key factor in achieving many goals, teamwork can help reduce stress levels and increase job satisfaction.

Key words: nurses/brothers, post-traumatic stress disorder, combat participants, stress management.

АНОТАЦІЯ

Участь військовослужбовців у бойових діях, які становлять реальну загрозу смерті (участь у бойових операціях, раптові артналети, перебування в полоні тощо), супроводжується підвищеним стресогенним впливом, наслідком якого є посттравматичний синдром або ПТСР.

Попри велику кількість надрукованих наукових робіт, присвячених проблемі психо-медичної реабілітації учасників бойових дій, ця проблема залишається надзвичайно актуальною. Звертає увагу недостатньо досліджені

та висвітлені питання залучення медичних сестер/братів до участі в роботі мультидисциплінарних команд.

Метою дослідження було підвищити ефективність медичної реабілітації учасників бойових дій шляхом залучення медичної сестри до організації стрес-менеджементу.

Завданнями дослідження було провести аналіз наукових досліджень з проблеми психологічної травматизації та посттравматичного розладу особистості, анкетування учасників бойових дій за Міссісіпською шкалою, оцінити ступінь тяжкості депресії і тривоги в умовах загальномедичної практики, визначити роль і функції середнього медичного персоналу в складі мультидисциплінарних бригад.

Наукова новизна. У роботі проаналізовані основні напрямки реабілітації учасників бойових дій, вивчено частоту та форми ПТСР, оцінено ступінь тяжкості депресії і тривоги в учасників бойових дій, розроблено практичні рекомендації для медичних сестер по налагодженню контакту з пацієнтами – учасниками бойових дій та визначено їх функції в складі мультидисциплінарних бригад.

Практичне значення. За результатами проведеного дослідження зроблені відповідні узагальнення, які можуть бути використані при підготовці наукових матеріалів, навчальних рекомендаціях, а також використані у навчальному процесі підготовки фахівців медсестринського спрямування. Отримані дані можуть бути впроваджені для виконання медичними сестрами/братами медичних закладів різного профілю (військові шпиталі, реабілітаційні відділення, психологічні центри тощо) задля підвищення ефективності соціально-психологічної реадaptaції учасників бойових дій. Результати дослідження лягли в основу розробки практичних рекомендацій для медичних сестер.

Нозологічна структура постстресових розладів в учасників бойових дій (УБД) представлена ПТСР, гострою реакцією на стрес (F43.0) і розладами адаптації (F43.21, F43.22, F43.23).

Серед всієї когорти УБД найчастіше траплявся ПТСР (62,9%), гостра реакція на стрес була зареєстрована у 10,1% осіб, у решти (26,9%) - розлади адаптації (F43.21- 3,3%, F43.22 - 8,9%, F43.23 - 6,7%). Як серед осіб чоловічої, так і осіб жіночої статі переважав ПТСР, з однаковою частотою траплялася гостра реакція на стрес, а розлади адаптації частіше реєструвалися у жінок. Із 56 УБД, які були проанкетовані за допомогою анкети PHQ-2, у 56 (100%) встановлено покази до подальшого анкетування, причому вищі оцінки вказують на вищий рівень депресії та тривоги. У цьому дослідженні 10 балів були прийняті як межові, оскільки, оцінки за шкалою 10 або більше балів потребують визначення ймовірного діагностичного статусу.

Серед УБД переважали середні та тяжкі ступені депресії (мінімальні 0-4 бали, легкі 5-9, тяжкі >10). Проведене дослідження встановило низький рівень тривоги (до 40 б) у 8,9% УБД, знижений (40-78 б) – у 10,7%; середній (79-117 б) – у 14,2%; підвищений (118-156 б) – у 50%; високий (> 156 б) – у 17,8%. Вираженість депресії, яка виявлена в УБД, представлена на рис. 3.3: помірна ступінь (10-14 б); середня ступінь (15-19 б); тяжка ступінь (20-27 б). Третина УБД має немотивовану пильність, тобто вони постійно думають, чи не загрожує їм небезпека в прояві постійного фізичного напруження і це не дає можливості їх розслабитися та відпочити. Кожен четвертий УБД має підвищену підозрілість, і тому не довіряють майже нікому. Друге місце за частотою займає «субшкала уникання» будь-яких думок, ситуацій, які нагадують травматичний стан. Наприклад, вони не можуть відтворити в пам'яті основні складові травму вальної ситуації (17,8%), втрачають звичні інтереси та хобі (23,2%), відстороненості та відмежування від реальності (17,8%), мають низьку позитивні емоції (24,5%).

Наступною за рівнем інтенсивності в УБД була «субшкала вторгнення», яка перебдачала оцінку повернення до власних переживань, пов'язаних із травмувальною ситуацією. УБД схильні до повторювальних тяжких емоційних переживань (26,7%), частих флешбеків, які вони

пов'язують із пережитою подією та з наступним різким випадом негативних емоцій, які, як правило, асоціюються з бойовими подіями.

14,2% УБД мали ознаки, які класифікувалися як «субшкала провина». На першому місці знаходився тривожний варіант, який проявлявся високим рівнем невмотивованої тривоги, переживання, вегето-судинними пароксизмами. За наявності слабкості, млявості, пасивності, байдужості зі зниженням настрою виставлявся астеничний варіант. Дисфоричний варіант включав спрямовану на оточуючих вищий рівень люті, а також дратівливість, внутрішня невдоволеність, агресивність.

УБД найчастіше відчують небезпеку (65,6%), мають емоційну нестабільність (негативні зміни настрою, мислення, безнадійність, апатія, проблеми соціальної поведінки) (87,9%), негативні зміни настрою, мислення (безнадійність, апатія, проблеми соціальної поведінки) (67,4) та порушення сну (67,4%). Звертає увагу, що майже половина УБД із ПСТР зловживають алкоголем, наркотиками або сигаретами, а кожен четвертий думає про самогубство.

Звертається увага на те, що крім вище перелічених основних симптомів часто трапляються і додаткові симптоми, які розподілені на окремі групи: дисоціативні симптоми (дереалізація, деперсоналізація); соматичні симптоми (біль різної локалізації, найчастіше біль за грудниною, прискорення частоти пульсу, відсутність апетиту, шкірні висипи різної локалізації); суїцидальна схильність; симптоми тривоги: панічні атаки, обсесії, компульсії; психотичні симптоми (галюцинації, марення)..

Опитування показали, що скарги, які пред'являли пацієнти-УБД для описання тривожного або депресивного стану, були одними з найпоширеніших. Зокрема на тривожність скаржилися 13 (56,5%), пригніченість настрою — 10 (43,4%), плаксивість — 7 (30,4%) обстежених. Однак, найпоширенішою серед всіх анкетованих була скарга на стомлюваність 20 (86,9%), яка, за даними деяких авторів, є проявом, що часто асоційований із тривогою та депресією, була найпоширенішою скаргою.

Переважна більшість (69,5%) УБД мали клінічно виражені ознаки тривоги. Середній рівень депресії становив 11 балів, однак 91,3% мали субклінічну та клінічну депресію.

Результати аналізу визначили, що відновлення та підтримка функціонування особи у фізичній, емоційній, інтелектуальній, соціальній та духовній сфері проводилися із застосуванням методів психологічної та психотерапевтичної допомоги у формі психотерапії, психологічного консультування або першої психологічної допомоги за трьома рівнями:

- соціально-психологічна підтримка та надання соціальних послуг, зокрема соціального супроводу, соціальної адаптації, консультування (100% осіб)
- психологічна реабілітація (88,8% осіб);
- комплексна медико-психологічна реабілітація (77,7% осіб).

Частина (26,6%) військовослужбовців були спрямовані відповідно до висновку військово-лікарської комісії для подальшого надання їм медичної допомоги або проведення медико-психологічної реабілітації до медичних закладів, розташованих за межами України (США – 58,3%, Німеччина – 25%, Турція – 16,7%).

У період дії воєнного стану військовослужбовці мають право на безоплатне отримання медичної послуги, пов'язаної із забезпеченням реалізації їхнього права на біологічне батьківство (материнство), зокрема на здійснення забору, кріоконсервації та зберігання їхніх репродуктивних клітин на випадок втрати репродуктивної функції. Такою допомогою скористалося 7 (15,5%) військовослужбовців чоловічої статі.

В дослідженні взяли участь 17 медичних сестер (перша група) та 17 медичних сестер інших відділень лікарні (друга група) шляхом їх анкетування за анкетой В.В.Бойка. Виділено дві групи клінічних ознак: фізичні симптоми (70,5% у першій групі осіб та 27,2% у другій групі осіб), психологічні симптоми (41,2% першій групі осіб та 18,2% у другій групі осіб). Серед фізичних симптомів у медичних сестер першої групи частіше

траплялися наступні: постійна втома (76,4%), головний біль (головний біль (70,5%), сонливість (58,8%), дещо рідше безсоння, зміна маси тіла.

У випадку медсестрами (братами) – це може мати дуже небезпечні наслідки, адже медик завжди повинен мати швидку реакцію і ясний розум, щоб не нашкодити пацієнту. Психологічні симптоми траплялися дещо рідше, однак у 35,2% середніх медичних працівників відзначалася апатія, песимізм почуття тривоги у 29,4% - дратівливість, депресія, страх не впоратися зі своїми обов'язками. Варто зауважити, що у кожного п'ятого медичного працівника відділення центру кризових станів траплялася третя стадія синдрому професійного вигорання – виснаження. У осіб другої групи дослідження ознаки синдрому професійного вигорання траплялися вірогідно рідше та частіше на першій фазі.

21% досліджуваних не задоволені своїм життям. Це може бути пов'язано з різними факторами, такими як високий рівень стресу, вигорання, негативний вплив роботи на особисте життя, недостатня оплата праці, проблеми в сім'ї.

Нині надзвичайно велика потреба в суспільстві в наданні реабілітаційних послуг. Важливим та необхідним є включення медичних сестер/братів до складу реабілітаційних міждисциплінарних команд з організації стрес-менеджменту для осіб із ПТСР, зокрема УБД.

Мультидисциплінарний підхід до діяльності сестринського персоналу полягає в тому, що медсестра стає рівноправним членом міждисциплінарної бригади та активним учасником лікувально-реабілітаційного процесу. Роль медсестри з реабілітації особливо важлива, оскільки саме вона проводить з пацієнтом більше часу, ніж будь-які інші фахівці, різні сторони його життя і таким чином отримує повне уявлення про організації стрес-менеджменту, стежить за дотриманням етапності реабілітаційних заходів.

Командна робота у сестринській практиці є ключовим фактором у досягненні багатьох цілей, командна робота може допомогти знизити рівень стресу та підвищити рівень задоволення від роботи.

Ключові слова: медичні сестри/брати, посттравматичний стресовий розлад, учасники бойових дій, стрес-менеджмент.

Друковані праці:

Філіп І. Соціально-психологічні особливості професійної діяльності медичних сестер в умовах війни. Новини науки: дослідження, наукові відкриття, інноваційні технології: Збірник тез доповідей IV Всеукраїнської науково-практичної конференції студентів та обдарованої молоді, м. Рівне, 11 – 12 квітня 2024 р. С.82-84.

Філіп І. Ступінь депресії в дітей військовослужбовців. Зб. тез IX науково-практичної конф. молодих вчених з міжнародною участю «Проблеми сьогодення в педіатрії», м.Харків, 29 лютого 2024р.С.59.

Філіп І., Зорій А. Підтримка ментального здоров'я здобувачів вищої освіти. Матеріали IX Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених «Вектори діяльності студентського самоврядування в системі вищої освіти». Чернівці. 2024.с.149-150.

Лазарук В.В., Філіп І.В. Медсестринський онкоскринінг на колоректальний рак. Матеріали ювілейної X науково-практичної конференції молодих вчених та студентів з міжнародною участю «Проблеми сьогодення в педіатрії». 27 лютого 2025 року – Харків, 2025. С.29-30.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	14
ВСТУП	15
РОЗДІЛ І. СТРЕС-АСОЦІЙОВАНІ РОЗЛАДИ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	20
1.1 Поширеність стрес-асоційованих розладів в учасників бойових дій	20
1.2 Структура стрес-асоційованих розладів	24
1.3 Організаційно-правові аспекти щодо надання медико- психологічної особам із стрес-асоційованими розладами.	30
1.4 Сучасні напрямки реабілітації стрес-асоційованих розладів	33
І. МАТЕРІАЛ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	36
1.1 Методи дослідження	
2.2 Клінічна характеристика	
РОЗДІЛ ІІІ РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ	39
3.1 Результати анкетування учасників бойових дій із посттравматичним стресовим розладом	39
3.2 Оцінка тяжкості депресії та тривоги за умов загально медичної практики	51
3.3 Основні реабілітаційні напрямки учасників бойових дій та їх аналіз	54
3.4 Роль і функції середнього медичного персоналу в складі мультидисциплінарних бригад	61
УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	71
ВИСНОВКИ	83

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	84
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	84
ДОДАТОК	99

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ВС	– військовий стан
ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
ПТСР	– посттравматичний стресовий розлад
УБД	– учасники бойових дій

ВСТУП

Найпотужнішим психосоціальним стресом, який впливає на все населення України, є військове вторгнення в нашу державу російських агресорів. Війна є тим чинником, який негативно впливає на всі верстви українського суспільства та учасників бойових дій, зокрема, військовослужбовців Збройних сил України, Національної гвардії, полонених та їхніх родичів, дітей, біженців, які вимушено втратили постійне місце проживання.

Наразі встановлено, що навіть короточасна участь у бойових діях тягне за собою серйозні психологічні наслідки. Вони можуть бути безпосередніми та відставленими у часі, і виявляються різними формами психічної дизадаптації та особистісними змінами. Натепер посттравматичні стресові розлади (ПТСР) є одними із п'яти психологічних патологій, які є результатом бойових дій військовослужбовців.

Участь військовослужбовців у бойових діях, які становлять реальну загрозу смерті (участь у бойових операціях, раптові артналети, перебування в полоні тощо), супроводжується підвищеним стресогенним впливом, наслідком якого є посттравматичний синдром або ПТСР. ПТСР розвивається внаслідок сильного переживання, яке виступає за рамки стабільного реагування і призводить до перезбудження емоційно-вольової сфери, при цьому відомий як достатньо вивчений, чинником якого є воєнні конфлікти. Ознаки ПТСР знаходять більш як у половини (45-60 %) учасників бойових дій, котрі безпосередньо були залучені до війни. Нові переживання стресу учасниками бойових дій, що призводить до розвитку психічної інвалідизації є неправильно проведена ротація особового складу, недостатні відновлювальні та карантинні заходи, порушення харчування та майже відсутня ротація раціону, отримання сильного психофізіологічного відновного курсу для покращення психоемоційного і морального стану та запобіганню розвитку інвалідності.

Повернення військовослужбовців із бойових дій зіштовхнуло суспільство з масою соціальних, медичних та психологічних проблем учасників війни. Приблизно у 30% ветеранів бойових дій відзначаються симптоми ПТСР.

Стало відомо, що в учасників бойових дій емоційні та психологічні проблеми більше хвилюють ніж фізичні дефекти, як на етапі ранньої реабілітації, так і у віддалені терміни. Це зумовлено, мабуть, тим, що обмеження життєвих функцій зумовлено саме змінами когнітивних функцій та емоційного напруження, а також сильним відчуттям болю.

Особливо важливим є зміни соціальної активності, що може проявлятися розладами міжособистісного зв'язку [9]. Наголошується, що всі порушення, які виникають в учасників бойових дій, вимагають спеціальної етапної медичної та медико-психологічної допомоги. Важливою є соціально-медична реабілітація, метою якої є раннє відновлення чи компенсація втрачених або навіть порушених функцій, здатності адаптації постраждалого до соціально значимого рівня.

Варто наголосити, що попри велику потребу фахівців з реабілітації, їх в Україні не вистачає, особливо таких, рівень підготовки яких відповідав би міжнародним стандартам. Сьогодні наша країна інтенсивно створює сучасну систему реабілітації. Попри велику кількість надрукованих наукових робіт, присвячених проблемі психо-медичної реабілітації учасників бойових дій, ця проблема залишається надзвичайно актуальною. Звертає увагу недостатньо досліджені та висвітлені питання залучення медичних сестер/братів до участі в роботі мультидисциплінарних команд.

Мета дослідження: підвищити ефективність медичної реабілітації учасників бойових дій шляхом залучення медичної сестри до організації стрес-менеджементу.

Завдання:

1. Провести аналіз наукових досліджень з проблеми психологічної травматизації та посттравматичного розладу особистості.

- 2.Провести анкетування учасників бойових дій за Міссісіпською шкалою.
- 3.Оцінити ступінь тяжкості депресії і тривоги в умовах загальномедичної практики.
- 4.Визначити роль і функції середнього медичного персоналу в складі мультидисциплінарних бригад.

Об’єкт дослідження – психоемоційне здоров’я учасників бойових дій.

Предмет дослідження – ПТСР, клінічні ознаки, реабілітація, роль медичної сестри.

Методи: Аналітичний, бібліосемантичний, соціологічний, медико-статистичний.

Наукова новизна.

Результати кваліфікаційного дослідження розширюють уявлення механізми розвитку, специфічність проявів посттравматичних станів в учасників бойових дій та особливості їх реадaptaції до умов мирного життя. У роботі проаналізовані основні напрямки реабілітації учасників бойових дій, вивчено частоту та форми ПТСР, оцінено ступінь тяжкості депресії і тривоги в учасників бойових дій, розроблено практичні рекомендації для медичних сестер по налагодженню контакту з пацієнтами – учасниками бойових дій та визначено їх функції в складі мультидисциплінарних бригад.

Практичне значення.

За результатами проведеного дослідження зроблені відповідні узагальнення, які можуть бути використані при підготовці наукових матеріалів, навчальних рекомендаціях, а також використані у навчальному процесі підготовки фахівців медсестринського спрямування. Отримані дані можуть бути впроваджені для виконання медичними сестрами/братами медичних закладів різного профілю (військові шпиталі, реабілітаційні відділення, психологічні центри тощо) задля підвищення ефективності соціально-психологічної реадaptaції учасників бойових дій.

Результати дослідження лягли в основу розробки практичних рекомендацій для медичних сестер.

Апробація результатів дослідження. Основні результати дослідження доповідалися та обговорювалися на науково-практичних та науково-теоретичних конференціях зокрема:

IV Всеукраїнська науково-практична конференція студентів та обдарованої молоді, м. Рівне, 11 – 12 квітня 2024 р.;

IX науково-практична конференція молодих вчених з міжнародною участю «Проблеми сьогодення в педіатрії», м.Харків, 29 лютого 2024р.;

IX Міжнародна науково-практична конференція студентів та молодих вчених «Вектори діяльності студентського самоврядування в системі вищої освіти». Чернівці. 2024.

X науково-практична конференція молодих вчених з міжнародною участю «Проблеми сьогодення в педіатрії», м.Харків, 27 лютого 2025 р.;

Всеукраїнська студентська науково-практична конференція «Теоретичні та прикладні аспекти фундаментальних медико-біологічних наук», м.Львів, 2025р.;

Науково-практична конференція з міжнародною участю «Сучасні теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини» для здобувачів освіти другого (магістерського) рівня), присвяченій 125-річчю з дня заснування Одеського національного медичного університету, 24-25 квітня 2025 р.

Публікація результатів дослідження. Матеріали роботи представлені у 4 наукових працях.

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна магістерська робота включає вступ, розділ «Огляд літератури», розділ власних досліджень, висновки, практичні рекомендації, перелік джерел літератури, додаток. Робота надрукована на 109 сторінках (25 сторінок література та додаток). Перелік джерел літератури містить 108 найменувань, із них 81 кирилицею та 27 латиною.

Друковані праці:

Філіп І. Соціально-психологічні особливості професійної діяльності медичних сестер в умовах війни. Новини науки: дослідження, наукові відкриття, інноваційні технології: Збірник тез доповідей IV Всеукраїнської науково-практичної конференції студентів та обдарованої молоді, м. Рівне, 11 – 12 квітня 2024 р. С.82-84.

Філіп І. Ступінь депресії в дітей військовослужбовців. Зб. тез IX науково-практичної конф. молодих вчених з міжнародною участю «Проблеми сьогодення в педіатрії», м.Харків, 29 лютого 2024р.С.59.

Філіп І., Зорій А. Підтримка ментального здоров'я здобувачів вищої освіти. Матеріали IX Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених «Вектори діяльності студентського самоврядування в системі вищої освіти». Чернівці. 2024.с.149-150.

Лазарук В.В., Філіп І.В. Медсестринський онкоскринінг на колоректальний рак. Матеріали ювілейної X науково-практичної конференції молодих вчених та студентів з міжнародною участю «Проблеми сьогодення в педіатрії». 27 лютого 2025 року – Харків, 2025. С.29-30.

РОЗДІЛ І

СТРЕС-АСОЦІЙОВАНІ РОЗЛАДИ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА

(ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

На тепер чисельність учасників бойових дій (УБД) динамічно збільшується. Для УБД воєнний стан є сильним стресором і це призводить до різноманітних порушень функціонування організму, набуття соматичної патології та розвиток безлічі патологічних реакцій [1].

УБД під час війни перебувають під надзвичайним впливом психотравмувальних чинників, у першу чергу тих, які є загрозливими щодо їх власного життя та життя їх побратимів. Також таким фактором негативного впливу є страх за майбутнє, тривога за родину, близьких та друзів, що є шляхом до багато чисельних психічних та психо-соціальних розладів, посттравматичних станів. Такі негативні впливи перелічених чинників негативно позначаються на якості виконання УБД їх бойових завдань [2].

Бойові задачі, які потребують надзвичайної фізичної витривалості й стійкості психологічних систем, приходить здійснювати за умов впливу негативних стресогенних чинників. Це прямий шлях до зниження працездатності, захисних емоційних реакцій та різних змін, а надалі формуються небажані та неадекватні реакції. Патологічні реакції, які виникли, надалі призводять до зміненої поведінки, а з часом до формування дезадаптованості і деструктивності. На сьогодні визнано, що найбільш небезпечними є пост стресові розлади, виникаючі після гострого стресу.

1.1 Поширеність стрес-асоційованих розладів в УБД

Виділені переважаючі наслідки сучасної війни – це розлади, які виникають внаслідок стресу, у тому числі психосоматичні. Передбачається,

що в подальшому психосоматичні відхилення переходитимуть в органічну, поєднану патологію, окрім того можуть призводити до загострення наявних психічних та соматичних хвороб [3]. Описані характерні риси патології в УБД: поліорганність ураження внутрішніх органів на фоні посттравматичних стресових розладів.

Наведені дані свідчать, що 16,2 % населення світу страждає від наслідків воєнних дій, а у 80% населення, яке зазнало впливу бойових дій, є наслідки бойової психологічної травми (стресогенні порушення та соціально-психологічна дезадаптація) [4, 5].

Якщо звернутися до світової статистики, то можна констатувати, що майже п'ята частина УБД за відсутності фізичних ушкоджень має нервово-психічні розлади і ще частіше (у кожного третього) ці розлади трапляються у постраждалих [6-9].

У США натеper числиться сама значна база даних щодо характеру та особливостей розвитку та лікування ПТСР та створений Національний центр із ПТСР, надає кваліфіковану допомогу пацієнтам із ПТСР та проводить структурований аналіз щодо форм, особливостей та поширеності ПТСР. Так, станом на 2020 рік 13 млн американців страждали на ПТСР, також реєструється гендерна різниця (особи жіночої статі у 2 рази частіше мають ПТСР, ніж чоловіки (8 та 4 % відповідно) і при цьому у них різні типи ПТСР (у жінок ПТСР розвивається після випадків сексуального насилля, у чоловіків – після різноманітних травмуючи бійок). За прогнозами цього центру біля 6% населення США буде мати ознаки ПТСР в різні періоди життя в майбутньому.

Окрім того, співробітники Національного центру із ПТСР США акцентують, що УБД частіше мають ПТСР, ніж ті військові які не брали участі в бойових діях та цивільні американці [11, 12].

Разом з тим, відомо, що під час бойових дій на території В'єтнаму загинуло 58 226 громадян США, тоді як на протязі 10 років після бойових

дій, від випадків самогубства загинуло втричі більше ветеранів, ніж на війні [13].

Інші дані, зокрема показники ВООЗ свідчать, що у світі із 70% громадянами траплялася хоча б одна потенційно травматична подія впродовж життя, із них 5,% можуть мати ПТСР. І ще дані, які вражають, у 3,9% населення світу хоча один раз впродовж життя діагностовався ПТСР. Ймовірність розвитку ПТСР обґрунтовується типом травматичної події, яка відбувалася. Так, під час війни ПТСР трапляється у три рази (15,3%) частіше ніж серед людей, які живуть за мирних умов [14].

Натепер дослідження психічних розладів УБД свідчать, вища питома вага (37,5 %) ПТСР у осіб із неврологічними, фізичними та соматоформними розладами [15]. Після припинення дії стресорного чинника, як результат застосування психоактивних речовин (алкоголю) розвиваються психологічні, психічні та поведінкові зміни (25,6%). Третю групу розладів складають органічні ураження, у тому числі складні психічні розлади (24,6%) [16].

Варто наголосити, що більша частина бойових стресових реакцій під час війни проявляється в перший місяць і найбільше (40%) у перший тиждень бойових дій. Перша медико-психологічна допомога, відповідний достатній соціальний супровід, надання інформації щодо негативних реакцій на бойовий стрес та можливі ускладнення, а також духовна й релігійна підтримка повинна надаватися одразу (протягом чотирьох днів після психотравмуючої події) [17].

Серед військовослужбовців, які звільнилися від служби, поширеність тих чи інших психічних порушень різниться. Так, [14] показали, що серед осіб, які брали участь у проведенні операцій «Непохитна свобода» (Афганістан) та «Іракська свобода» (Ірак), найпоширенішими розладами були депресія, ПТСР та травма головного мозку з когнітивними порушеннями: 5 % військовослужбовців мали позитивний результат скринінгу на ПТСР та 3 % – на депресію; у 10% демобілізованих після операції «Іракська свобода» мали позитивний результат на скринінгу на ПТСР та 5 % – на депресію. Внаслідок

війни у В'єтнамі 30 % ветеранів мали такі симптоми, що відповідали критеріям ПТСР.

Важливою відмінністю українців під час повномасштабної війни є те, що тривога та переживання стали для всіх «колективним ПТСР», який включає порушення сну, кошмарні сни, панічні атаки, смуток, страх, біль.

Як свідчать дані національної служби здоров'я України, кількість осіб із ПТСР збільшилася із 3 167 у 2021 році до 7 051 у 2022 році та до 12 494 у 2023 році. За результатами прогностичних досліджень, частота ПТСР у 2024 році становитиме 25%, а це 5 %) перебуватиме у зоні ризику розвитку ПТСР [15].

Дані опитування цивільних осіб (n=1300) підтверджують результати американських дослідників про те, жінки більш схильні до розвитку ПТСР і що у зоні ризику знаходяться особи похилого віку, вимушені переселенці й люди з тих областей, що опинилися під російською окупацією [16].

Було проведено онлайн-анкетування студентів (n=1072), результати якого свідчать про негативний вплив війни: 98% проанкетованих вказали, що зазнали негативного впливу війни, 86% уві сні переживали кошмари про війну, 49% мали порушення сну та у 27% реєструвалися симптоми ПТСР [17]. Варто зауважити, що рушійний вплив війни відбувається не тільки для дорослих, а і для дітей. Так, ПТСР визначають у дітей шкільного віку та підлітків (14,4%), у дошкільнят цей показник становить 15,4% [18].

За даними Богомолець [5], у 19 % обстежених визначено ознаки ПТСР відповідно до критеріїв МКХ-10 та у переважній більшості синдром поєднувався із проявами черепно-мозкової травми різного ступеня тяжкості.

Поширеність гострої реакції на стрес серед військовослужбовців під час проведення антитерористичної операції у 2015 році була 4,8 % серед усіх учасників із розладами психіки через реакцію на тяжкий стрес та розлади адаптації (8,7% від осіб із гострою реакцією на стрес) [5].

80 % учасників антитерористичної операції потребували різного виду допомоги, зокрема, психіатричної, наркологічної та психотерапевтичної.

Гетерогенна структура стресорних розладів в УБД включає: ПТСР (у 60,2 % чоловіків і 64,6 % жінок), розлади адаптації (у 36,4 та 33,3 % відповідно), гостру реакцію на стрес (у 3,4 та 2,1 %) [19, 20].

Таким чином, психічні розлади, які виникають через дію стресогенів, знижують як психологічну так і соціальну адаптацію, працездатність людей, а як наслідок - негативно впливають на розвиток добробуту нашої держави.

1.2 Структура стресогенних розладів

Натепер часто застосовують термін «післявоєнна патологія» для окреслення комплексу захворювань, що виникли в період після війни та мають тісний зв'язок між етіологією, патогенезом, клінічними симптомами з перенесеними травмами, пораненнями, стресами, отруєннями, гострими захворюваннями під час збройного конфлікту [21, 22].

Американська психологічна асоціація виділяє три види стресу: гострий стрес, епізодичний гострий стрес та хронічний стрес.

Гострий стрес розглядають як один із найбільш частих станів, які викликаються надмірними вимогами до особи або очікуваннями, що мають відбутися в майбутньому. Якщо час дії стресогену не великий, то стрес може бути таким стимулюючим або навіть приємним, за тривалого або сильного впливу призводить до виснаження. Вважають, що наслідки гострого стресу короточасні та не чинять такого впливу, який може призвести до інвалідності. Однак, при цьому можуть виникати такі симптоми психічного спрямування як гнів, дратівливість, тривога, депресія або ж м'язові порушення (головний біль напруги, біль у кінцівках, щелепах, шлунково-кишкові симптоми (печія, підвищення кислотності шлункового соку, здуття, закрепи, діарея, СПК, гіперактивність нервової системи (тахікардія, гіпертензія, мігрень, запаморочення, задишка, біль у грудній клітці).

Для осіб, які легко перебуджуються, характерним є епізодичний стрес. Вони відзначають у себе стани та відчуття переповненої енергії, однак при

цьому у них це проявляється дратівливістю, агресією, конфліктністю. Епізодичний стрес реєструється у тих осіб, які беруть на себе підвищену відповідальність, мають підвищені вимоги на роботі, беруть на себе відповідальність за іншу людину, схильні оцінювати різні ситуації катастрофічними способами [24-26].

Епізодичний гострий стрес має декілька типів відповіді. Тип А – кардіальний, який проявляється агресією, нетерпінням, негативізмом. Він Цей тип має тенденцію до розвитку ішемічної хвороби серця. Тип В проявляється песимізмом, постійною тривогою, ворожим сприйняттям світу, характерна схильність до депресії.

На відміну від гострого стресу, який частіше призводить до підвищеної активності, хронічний стрес може тривати роками та виснажувати і негативно впливати на психосоматичний стан людини виникає тоді, коли Він розвивається тоді, коли особа не бачить виходу із кризової ситуації, знаходиться під постійним тиском, а проблем навалюється багато і тоді вона не шукає можливих виходів із такої ситуації. Хронічний стрес може мати такі наслідки: самогубство, насильство, інфаркт, інсульт і рак.

ПТСР відноситься до психіатричних розладів, зустрічається у 7-8 % цивільних людей та у 20% ветеранів війни [27].

ПТСР розглядається як відтермінована реакція (реакція, яка затягнулася в часі) на коротко- чи довгострокові впливи надзвичайно загрозливого характеру. Такі несприятливі фактори як виснаження, втома, неврологічна патологія в анамнезі мають здатність знижувати поріг прояву синдрому або змінити його перебіг, але не є необхідними або достатніми для пояснення його виникнення [28].

До типових симптомів ПТСР відносяться епізоди повторного переживання травматичної події в думках, снах, нічних кошмарах, вони з'являються на основі «фреймів» (нав'язливих спогадів), заціпеніння, емоційне затухання, байдужість до оточення, уникнення поведінки і ситуацій, що нагадують про травму.

Іншими ознаками є перезбудження, гіперпильність, завищена реакція на страх та безсоння. Не рідко з'являються тривога та депресія, а також суїцидальні думки [29, 30].

Для ПТСР характерним є латентний період, який передує появі симптомів та триває декілька тижнів або місяців. Перебіг ПТСР може бути різним, переважно настає одужання. В окремих випадках розлад може перейти у стійкі зміни особистості (F62.0 за МКХ-11) та тривати довго.

ПТСР (F43.1) у МКХ-10 [31] описується як повторне переживання травмуючої події як нав'язливі спогади (ремінісценції), жахливі сни, які наступають на фоні хронічного відчуття тривоги та емоційного приглушення, відсторонення від людей, байдужості, уникнення подій, що наводять на спогади про болючу ситуацію. Супутні розлади ПТСР проявляються у вигляді депресії та симптомів органічного ураження центральної нервової системи [32], суїцидальні тенденції [33].

Стан F43.0 є транзиторним розладом серйозної тяжкості, який спостерігається в людей без явних психічних порушень у відповідь на стрес. Виділяють три ступені гострої реакції на стрес: легкий (F43.01), помірний (F43.02) та тяжкий (F43.03).

Симптоми гострої реакції на стрес детально описано у безлічі наукових дослідженнях [34-37]. Оскільки під час впливу екстремальних факторів гостра реакція на стрес завжди надмірна, вона виражається не тільки через адаптивні, а й патологічні зміни [38].

ПТСР у МКХ-10 та DSM-IV не узгоджується з діагностичним підходом, прийнятим у цих класифікаціях, оскільки його етіологія визначена і навіть представлена як основний критерій (критерій А у формі DSM).

Крім того, активне використання цього діагнозу патологізувало б нормальний людський досвід у ситуаціях втрати, наприклад, ПТСР, пов'язаний з відвідуванням стоматолога (post-traumatic dental treatment anxiety), ПТСР, пов'язаний з медикаментозним абортom (post-traumatic abortion syndrome), ПТСР, пов'язаний з образою, після перегляду телевізійних

програм тощо. Іншими словами, критерій А, перший критерій ПТСР в DSM-IV, став недійсним. Це пов'язано з тим, що ті самі симптомокомплекси можуть розвиватися в результаті подій, які не є об'єктивно катастрофічними, проте індивідуально переживаються як трагедії, що порушують нормальне функціонування людини [39].

Важливим показником появи симптомів ПТСР є перитравматична дисоціація (вторинна дисоціація), тобто дисоціація в момент, коли людина переживає травматичну подію. Факторами ризику перитравматичної дисоціації є емоційна дисрегуляція (нездатність ефективно впливати на свої емоційні переживання, поведінку, вербальні та невербальні реакції та керувати ними, незважаючи на значні зусилля), відсутність безпеки в міжособистісних стосунках, що ґрунтується на негативному дитячому досвіді, а також вираженість посттравматичних симптомів. Зв'язок між перитравматичною дисоціацією та ПТСР може бути опосередкований високим рівнем тривоги, яку людина відчуває під час травми (через страх смерті або втрату контролю), коли дисоціація дозволяє уникнути неприємних думок, почуттів та спогадів [41-44].

В основі травми дисоціація стає адаптивним процесом, однак під час відновного після травми періоду він стає дезадаптивним, що пов'язується, у більшій перевазі, з тим, що людина зосереджується на травматичній події, намагається постійно контролювати зв'язані з негативною подією спогадів, небажанням обговорювати травматичну подію, у тому числі, вважають, що розмови повторно поглинають у небажані переживання травматичної події та впливають на їх не контрольованість [45].

Дослідження вказують, що для УБД в російсько-українській війні є тільки єдина травматична подія. Мабуть, варто говорити про «військову політравматизацію».

Виділяють різновиди травм, що включають фізичне насильство, загибель побратимів, особисті травми (розлучення тощо), або ж декілька подібних травм, зокрема: небезпека для життя, втрата друзів, зрада.

Психологічна полі травма як правило корелює із ознаками депресії та імпульсивності.

Виділяють такі чинники розвитку ПТСР: дотравматичні (анамнестичні – загроза життю, негативні емоції травми, дисоціація (окреме переживання на звукові, візуальні та інші нагадування травми; гендерні – жіноча стать, зовнішній контроль, критичний психо-економічний стан, неповна освіта; інші впливи) та післятравматичні (недостатня соціальна підтримка соціальної підтримки, постійні стресові негативні ситуації).

Як свідчать результати досліджень [47] велика кількість УБД 30-45 років добре адаптовані, швидко реінтегруються, реалізують позитивний досвід перебування на війні у повсякденному мирному житті; УБД віку 30 років мають і успішну адаптацію, і квазіадаптацію (високе психологічне благополуччя як уникнення або хибні допінг-стратегії); УБД старші за 45 років виділяються як дезадаптацією, так і квазіадаптацією за рахунок недостатнього усвідомлення позитивного бойового досвіду [48-52].

Вважають в основі розвитку ПТСР знаходяться зміни в гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, різкі зміни процесів нейротрансмісії та нейротропної функції, а також розвиток запалення. Саме у чотирьох зонах мозку реєструються порушення при ПТСР: префронтальна кора, гіпокамп, гіпоталамус, мигдалеподібне тіло (рис.).

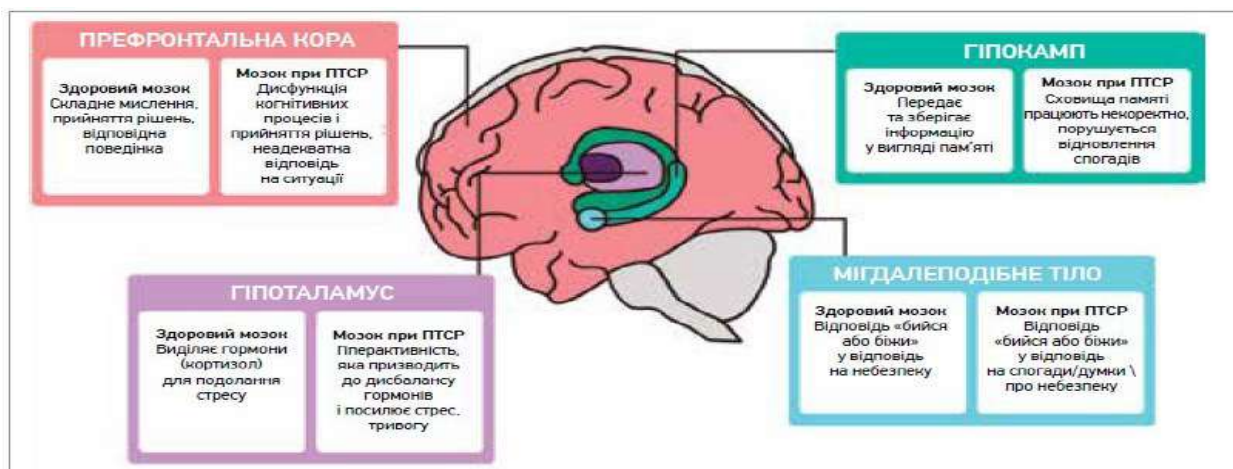


Рис. Особливості здійснення інформаційних процесів у мозку в здоровому стані та при ПТСР [14].

У нормі мигдалеподібне тіло спрацьовує на запуск типу поведінки «боротьба чи втеча» як відповідь на загрозу. При ПТСР цей тип реакції розвивається навіть у стані спогадів або думки про загрозу.

Гіпокамп у нормальному стані людини надсилає та дуже лагідно зберігає інформацію, тоді як за умов стресу збереження та відновлення спогадів здійснюється переривчасто та не вірно.

ПТСР змінює процеси мислення, перешкоджає та затримує прийняття рішень, що призводить до виникнення неадекватної реакції у нормальній, звичайній для особи ситуації.

Гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь секретує кортизон для подолання стресу. ПТСР розвиває гіперреактивність, що сприяє гормональному дисбалансу та підтримує стресову реакцію, тривогу, розвивається депресія.

ПТСР змінює настрій, руйнує життя, стосунки, здоров'я, задоволення від щоденної роботи [53-57], а також призводить до того, мозок переоцінює стан небезпеки по завершенню травму вальної дії, він не здатний самостійно відновитися та робить помилки, визначає навколишнє середовище як дуже небезпесне [58].

Для осіб із ПТСР характерним є надзвичайно високий інстинкт самозбереження з високим психоемоційним напруженням. Високий рівень збудження забезпечує перманентний механізм розпізнавання стимулів, які поступають із зовнішнього середовища з такими, які вже відображені в свідомості як такі, що означають небезпеку [59, 60].

На тепер три групи ознак, які з віком посилюються:

гіперзбудження (вегетативна лабільність, погіршення сну, тривога, нав'язливі спогади, фобії, які пов'язуються з травматичною подією);

перманентні спалахи депресивного настрою (притупленні відчуття, емоційна байдужість, розпач, усвідомлення безвиході);

ознаки істеричного реагування (паралічі, сліпота, глухота тощо).

Виділяють притаманні ПТСР стани:

"солдатське серце": біль за грудниною, серцебиття, переривчасте дихання, підливість);

«синдром вижившого» (постійне відчуття провини за те, що вижив; «флешбек синдром» (постійні спогади про негативні події, ці спогади насильно втручаються у свідомість);

"комбатантна" психопатія (агресивна, імпульсивна поведінка, спалахи насилля, надмірне вживання алкоголю тощо);

«синдром прогресуючої астенії» (астенія у вигляді швидкого старіння, яке відбувається після повернення до мирного життя, похудіння, психологічна заторможеність, прагнення до спокою);

«посттравматичні стани» (набута інвалідність із усвідомленою вигодою від очікуваних пільг, пасивна життєва позиція) [61-66].

Вплив специфічного дистресу призвів до різних типів психогенних розладів:

аномічний розлад (закритість, зниження життєвого тону, відсутність цілеспрямованості, звуження інтересів, зневіра у власних силах);

дисоціальний (наявність афективних спалахів, безвідповідальність, знижена толерантність психотравмувальних подій тощо);

магіфренічний (специфічні зміни світогляду з надлишковою схильністю до магії, що із здоровим глуздом та тим життєвим досвідом, що був раніше) [67-72].

1.3 Організаційні та правові аспекти надання допомоги зі стрес-асоційованими розладами здоров'я

Базовий нормативний документ охорони здоров'я військовослужбовців – це Військово-медична доктрина України, в якій сформульовано сучасні принципи побудови системи медичного забезпечення військ. Військово-медична доктрина України об'єднує науково обґрунтовані принципи, єдині організаційні вимоги і професійно-технологічні стандарти військової медицини [73].

Серед принципів, покладених у основу організації функціонування системи медичного забезпечення війська, виділено таке: оптимізація загальнодержавних і галузевих медично-соціальних заходів (фізичної, психосоматичної й соціальної реабілітації для запобігання інвалідності, втраті працездатності; повернення до лав або трудової діяльності); державна політика України в галузі реабілітації гарантує координованість системи реабілітації, що втілюється за допомогою своєчасних, постійних та комплексних відновлювальних заходів і методик та, крім того, через доступність засобів реабілітації, реабілітаційних послуг, відповідність їхніх змісту, рівня та кількості фізичним, розумовим, психічним змогам і стану здоров'я хворих, поранених та інвалідів [74-76].

Актуальність проблеми наукового обґрунтування державного регулювання надання медичної допомоги військовослужбовцям на сучасному етапі визначається низкою чинників:

- невідповідністю наявних її організаційно-правових форм сучасним вимогам, а також вимогам щодо медичного забезпечення військ держав-членів НАТО;

- необхідністю вдосконалення медичного забезпечення військовослужбовців і ветеранів;

- наявністю протиріччя між чинними вимогами до управління відомчою охороною здоров'я й перспективними управлінськими моделями єдиного медичного простору України;

- необхідністю приведення потреб військовослужбовців і ветеранів щодо медичного забезпечення до реальних можливостей національної системи охорони здоров'я;

- браком висококваліфікованих військових лікарів, лікарів-психологів, реабілітологів, медичних сестер/братів, які підготовлені до роботи у воєнних умовах, зокрема операційних медсестер, як наслідок ліквідації військових кафедр у медичних університетах;

-зниження кількості наукових напрацювань у галузі військової медицини.

Нормативно-правове урегулювання УБД забезпечують:

- регламентуючі акти ООН, ВООЗ (згода на дотримання надана ВР України;

-державні законодавчі акти (Конституція України, укази Президента України, постанови КМ України);

-документи суб'єктів України, регіональні положення, документи муніципальних установ;

-рішення установ та організацій.

До системи законодавчого регулювання реабілітації УБД належать:

Закони України:

«Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»,

«Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей»,

«Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні»

«Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», що поширюються на учасників АТО, які мають інвалідність унаслідок участі в бойових діях [77-79].

Приписи нормативно-правових актів:

«Про Збройні Сили України»,

«Про оборону»,

«Про Раду національної безпеки і оборони України»,

«Про військовий обов'язок і військову службу» .

Концепція програми розвитку медичного забезпечення Збройних Сил України до 2020 року повинна була гарантувати напрацювання та реалізацію новітніх медичних технологій надання медичної допомоги, лікування та реабілітацію, лікувально-профілактичні заходи відповідно до світових стандартів медичної допомоги, клінічних протоколів, військово-медичних стандартів.

У 2018 році було Постанову КМУ «Про затвердження Державної цільової програми з фізичної, медичної, психологічної реабілітації і соціальної та професійної реадaptaції учасників антитерористичної операції та осіб, які брали участь у здійсненні заходів із забезпечення». Виокремлено нові механізми отримання реабілітаційного лікування за кошти Фонду соціального страхування.

Однак, чинна нормативна база у нашій державі до цих пір не об'єднана в єдиний керівний документ лікування та реабілітації військовослужбовців із різними класами хвороб, які пов'язані з виконанням військової служби [80-86].

Викладене вище вказує на необхідність удосконалення нормативно-правової бази для забезпечення роботи системи реабілітації УБД. Це буде сприяти покращенню та оптимізації процедури прийняття рішень, підвищення ефективності реабілітаційних заходів.

1.4 Роль медичної сестри в реабілітації стрес-асоційованих розладів

Участь у збройних конфліктах у значній частині супроводжується негативними наслідками для психічного та соматичного здоров'я, що мають відтероінований характер, мають складну структуру, пов'язані з рівнем підготовки до дій в екстремальних умовах та тривалістю перебування у зонах бойових дій [87].

Аналіз літературних джерел, наукових праць дає змогу дійти висновку, що існуюча в даній сфері державного управління вітчизняна база наукових досліджень висвітлює лише окремі проблемні питання щодо вирішення нагальних потреб життєдіяльності УБД та членів їх сімей [88].

Медико-психологічна реабілітація - це комплекс заходів медичного та психологічного характерів, спрямованих на:

- повне або часткове відновлення порушених та (або) компенсацію втрачених функцій ураженого органу чи системи організму;

- підтримка функцій організму у процесі завершення патологічно-гостро розвиненого процесу або загострення хронічного патологічного процесу;
- попередження, ранню діагностику та корекцію можливих порушень функцій пошкоджених органів або систем;
- попередження інвалідності та зниження її ступеня;
- поліпшення якості життя, збереження працездатності пацієнта та його соціальну інтеграцію у суспільство.

Медична реабілітація передбачає комплексне застосування лікарської та медикаментозної терапії, а також засобів, адаптації функціональних можливостей пацієнта до навколишнього середовища, у тому числі – шляхом використання протезування та ортезування [89-93].

Немедикаментозна терапія представлена технологіями фізіотерапії, лікувальної фізкультури, масажу, лікувального та профілактичного харчування, мануальної терапії, психотерапії, рефлексорапії та методів із застосуванням природних лікувальних факторів [94-97].

Медична реабілітація здійснюється у рамках первинної медико-санітарної допомоги та спеціалізованою, у тому числі високотехнічною медичною допомогою. Вона проводиться мультидисциплінарною бригадою фахівців незалежно від термінів захворювання за умов стабільності клінічного стану пацієнта та наявності перспективи відновлення функцій (реабілітаційного потенціалу) за відсутності протипоказів для застосування окремих методів медичної реабілітації, виходячи із встановленого реабілітаційного діагнозу [98-100].

Мультидисциплінарний підхід до діяльності сестринського персоналу заключається у тому, що медсестра/медичний брат стає рівноправним членом міждисциплінарної бригади та активної учасником лікувально-реабілітаційного процесу [101-104].

Роль медичної сестри з реабілітації особливо важлива, оскільки саме вона проводить з пацієнтом більше часу, ніж будь-які інші фахівці, регулює

різні сторони його життя і таким чином отримує повне уявлення про лікування, стежить за дотриманням етапності реабілітаційних заходів.

Медсестри з фізіотерапії, масажу, інструктори з лікувальної фізкультури (ЛФК), трудотерапії та інші фахівці середньої ланки також беруть активну участь у реабілітаційному процесі та проводять з пацієнтами значно більше часу, ніж лікар.

Основна форма діяльності медсестри – сестринський процес, орієнтований на потреби пацієнта. Кожна дія медсестри має бути документально оформлено в листі динамічного спостереження та листі призначень. В останні роки технології сестринського процесу впроваджуються і в медичну реабілітацію. Однак на сьогодні питання обґрунтування організаційно-правових, фінансових основ державного управління, ефективним медико-соціальним забезпеченням УБД та членів їх сімей залишається недостатньо дослідженими.

Важливим є розробка, впровадження стандартів якості та гарантованого обсягу медико-соціального забезпечення, суттєве удосконалення системи організації надання медико-психологічної допомоги, особливо з нахилом до пацієнтоорієнтованого підходу.

Необхідно здійснити дослідження особливостей суспільних відносин щодо проблем УБД та членів їх сімей. Невирішеними залишаються питання щодо участі середнього медичного персоналу в мультидисциплінарних командах надання допомоги УБД.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Перший етап дослідження включав аналіз вітчизняних та світових джерел наукової літератури з питань організації стрес-менеджменту для УБД. На виконання цього завдання було системно-історичний аналіз 61 наукових джерел, із них 11 іншомовних авторів та 5 нормативно-правових документів.

Дослідження проведено на базі центру кризових станів із ліжками для військовослужбовців ОКНП «Чернівецька обласна психіатрична лікарня» та реабілітаційного відділення ОКНП «Чернівецька обласна клінічна лікарня» загальною чисельністю 89 осіб, із них 20 респондентів жіночої статі та 69 чоловічої). Для детального клініко-анамнестичного та емпіричного дослідження відібрано 56 УБД (46 чоловіків та 10 жінок) ПТСР. Для визначення синдрому професійного вигорання проведено анкетування 28 медичних сестер.

Усі респонденти мали досвід (6 до 12 місяців) перебування у зоні активних бойових дій.

У роботі використані такі методи дослідження:

- клініко-психопатологічний із виділенням основних психопатологічних синдромів та оцінюванням їхньої динаміки

- психодіагностичний із затосуванням:

анкети-опитувальника пацієнта про стан здоров'я (PHQ-9 - Patient Health Questionnaire) як скринінговий інструмент (рекомендується подальша поглиблена діагностика, якщо оцінка становить 10 або більше балів);

Міссісіпської шкали посттравматичного стресового розладу (військовий варіант) (Т.М. Keane, J.M. Caddell. K.L. Taylor, 1988). 30 питань шкали утворюють три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів ПТСР: 11 питань першої шкали описують симптоми групи

“вторгнення”, 11 симптомів другої шкали описують симптоми групи “уникнення”, 8 питань третьої шкали описують симптоми “збудливості”. П’ять питань, що залишилися, описують симптоми, пов’язані з почуттям провини та суїцидальні схильності. Оцінка результатів проводиться підсумовуванням балів, підсумковий показник дозволяє виявити ступінь впливу перенесеного індивідом травматичного досвіду. Вміщені в опитувальнику пункти входять в 4 категорії, три з них співвідносяться з критеріями DSM: 11 пунктів спрямовані на визначення симптомів вторгнення, 11 - уникнення і 8 питань відносяться до критерію фізіологічної збудливості. П’ять інших питань спрямовані на виявлення почуття провини і суїцидальності;

госпітальної шкали тривоги й депресії (HADS, A.S. Zigmond, R.P. Snaith, 1983) для виявлення та оцінки важкості депресії і тривоги в умовах загальномедичної практики. Переваги даної методики полягають у простоті застосування і обробки (заповнення Шкали зазвичай триває 2-5 хвилин), що дозволяє рекомендувати її до використання у загальносоматичній практиці для первинного виявлення тривоги і депресії у пацієнтів. Опитувальник застосовується для осіб віком від 17 років. Госпітальна шкала тривоги і депресії містить 14 пунктів, кожному з яких відповідає 4 варіанти відповідей, що відображають ступінь наростання відповідної симптоматики;

клінічних шкал тривоги й депресії Гамільтона (HAM-A і HAM-D, M. Hamilton, 1967, адаптація Т.П. Пантелєєвої, 1988) для кількісного оцінювання вираженості тривожного синдрому. Вона складається з 14 показників, кожен із яких визначається низкою симптомів. Кожен показник оцінюється за 5-бальною шкалою від 0 (відсутній) до 4 (важкий).

Результати реалізації завдання першого етапу дозволили виявити проблемні питання в процесі адаптації та реабілітації УБД, проаналізувати набутий досвід, що дало можливість конкретизувати об’єкт та предмет дослідження.

На другому етапі був сформований методологічний апарат проведення досліджень: ціль, задачі, об'єкт та предмет.

Третій етап дослідження присвячувався аналізу результатів анкетування УБД та визначенню ступеня тяжкості депресії і тривоги в умовах загальномедичної практики та ролі і функції середнього медичного персоналу в складі мультидисциплінарних бригад.

Матеріалами вивчення слугували: вітчизняні нормативно-правові акти, що організують та регулюють надання реабілітаційної допомоги УБД; результати соціологічного опитування УБД за спеціальними методиками [105-109] для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців.

Опитано 28 медичних сестер/братів за методикою В. Бойко «Діагностика емоційного вигорання», згідно якої можна прицільно аналізувати вираженість основних симптомів вигорання. Зокрема, компонент «Напруга», висвітлює переживання травмуючої ситуації, незадоволеність собою, тривогу та депресію. Компонент «Резистенція» висвітлює вибіркове та в основному неадекватну емоційну реакцію, емоційно-моральну дезорієнтацію, сферу економії емоцій, обмеження професійних обов'язків. Компонент «Виснаження» вміщує ознаки емоційного дефіциту, відчуження, деперсоналізації, психосоматичних і психовегетативних порушень. Анкетування дало можливість порівняти стан психо-емоційного здоров'я УБД, визначити симптоми професійного вигорання медичних сестер/братів, роль медичної сестри/брата у складі мультидисциплінарної команди.

Статистичний аналіз результатів соціологічних досліджень потребував формування комп'ютерної бази даних Microsoft Excel. Статистична обробка результатів дослідження проводилася з використанням розрахункових формул частоти досліджуваної ознаки на 100 анкетованих (%) та стандартної похибки ($\pm m$) для відносних величин за загальноприйнятою методикою. Був використаний критерій відповідності χ^2 Пірсона для таблиць сполученості з поправкою Йейтса.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проблема дослідження посттравматичних станів в УБД та підготовка на основі отриманих результатів медико-психологічної і соціально-психологічної реадaptaції розглядається як одна з найактуальніших проблем українського суспільства.

УБД за умов бойових дій знаходяться під значним впливом широкого ряду психотравмувальних чинників, які становлять загрозу їх життю і можуть призводити до багато численних психогенних порушень, ймовірно з формуванням психічних розладів.

За умови, якщо травматичні реакції у відповідь на стрес стають надмірними і, в окремих випадках, неконтрольованими та проявляються через підвищену психогенну збудливість, може відбуватися консолідація зв'язку реально між страхом і відтворенням страшної травмувальної ситуації, перманентне якої в пам'яті спрямовує до розвитку ПТСР.

Оскільки, повністю уникнути небезпечних психологічних травм за умов бойових дій практично неможливо, рекомендується за допомогою психопрофілактичних знизити рівень психологічних порушень серед УБД..

3.1 Результати анкетування УБД із ПТСР

Транзиторний розлад серйозної тяжкості, яким є гостра реакція на стрес (F43.0) та яка трапляється в осіб без видимих психічних порушень як відповідь на стрес., при цьому виділяють легкий (F43.01), помірний (F43.02) та тяжкий ступені (F43.03) розладу..

Нами проведений аналіз структури постстресових розладів серед контингенту УБД (табл. 3.1). Нозологічна структура постстресових розладів

в УБД представлена ПТСР (F43.1), гострою реакцією на стресс (F43.0) і розладами адаптації (F43.21, F43.22, F43.23).

Таблиця 3.1

Структура постстресових розладів серед контингенту УБД

	Чоловіки (n=69)	Жінки (n=20)
Гостра реакція на стрес (F43.0)	7	2
F43.01	2	1
F43.02	3	1
F43.03	2	0
ПТСР (F43.1)	46	10
Розлади адаптації (F43.2)	16	8
F43.21	3	3
F43.22	8	3
F43.23	5	1

Серед всієї когорти УБД найчастіше траплявся ПТСР (62,9%), гостра реакція на стрес була зареєстрована у 10,1% осіб, у решти (26,9%) - розлади адаптації (F43.21- 3,3%, F43.22 - 8,9%, F43.23 - 6,7%).

Нозологічна структура пост стресових розладів у УБД залежно від статі представлена на рисунку 3.1.

Як серед осіб чоловічої, так і осіб жіночої статі переважав ПТСР, з однаковою частотою траплялася гостра реакція на стрес, а розлади адаптації частіше реєструвалися у жінок.

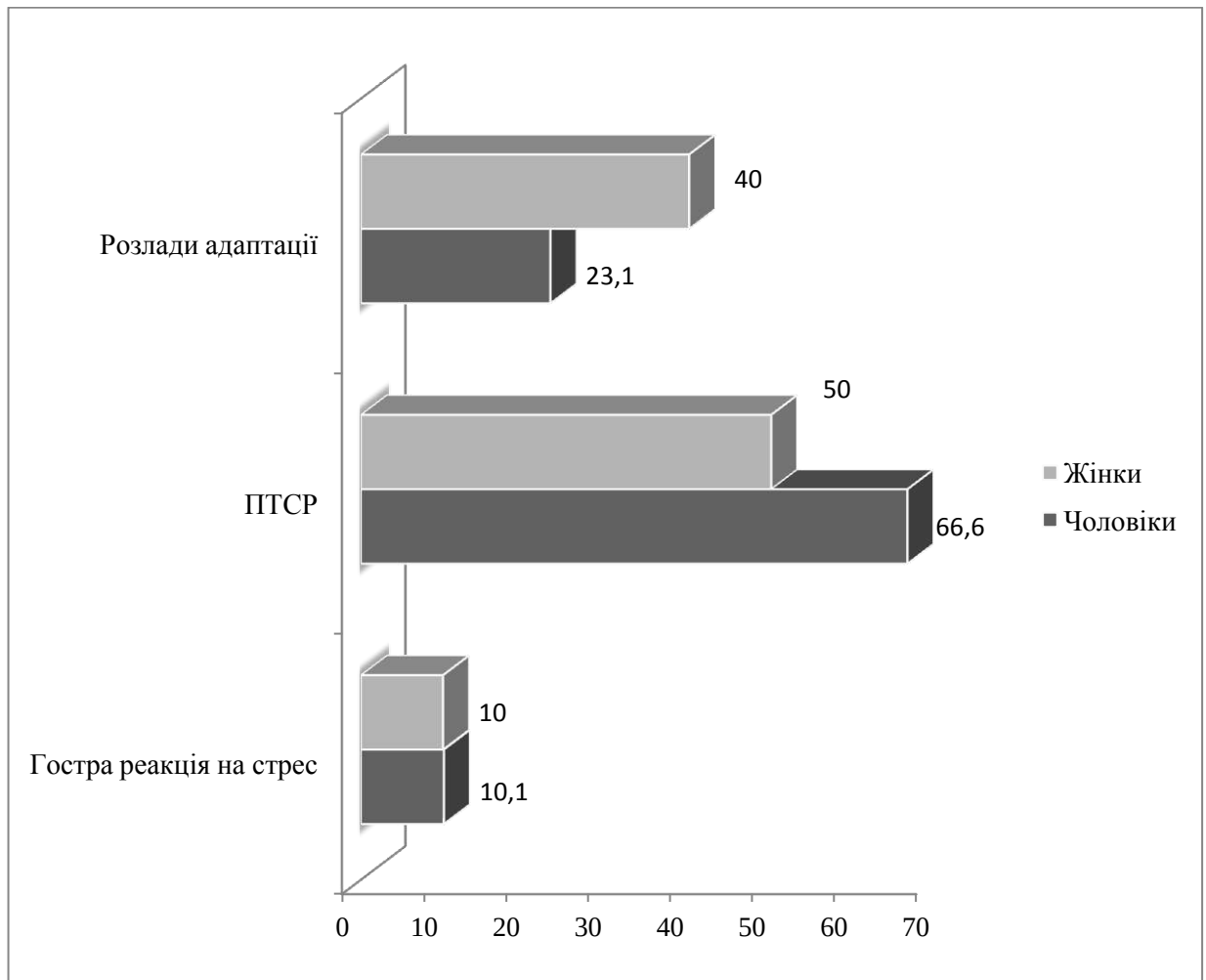


Рис. 3.1 Нозологічна структура пост стресових розладів у УБД залежно від статі (%)

Нами проведено скринінгове анкетування УБД про стан здоров'я за шкалою PHQ-9 (табл. 3.2).

Із 56 УБД, які були проанкетовані за допомогою анкети PHQ-2, у 56 (100%) встановлено покази до подальшого анкетування, причому вищі оцінки вказують на вищий рівень депресії та тривоги.

У цьому дослідженні 10 балів були прийняті як межові, оскільки, оцінки за шкалою 10 або більше балів потребують визначення ймовірного діагностичного статусу.

Серед УБД переважали середні та тяжкі ступені депресії (мінімальні 0-4 бали, легкі 5-9, тяжкі >10), (рис. 3.2).

Таблиця 3.2

Результати скринінгового анкетування УБД про стан здоров'я за шкалою PHQ-9 (%)				
	Бали			
Питання	1	2	3	4
Вам було не дуже цікаво або подобалось чимось займатися	8,9	21,4	48,2	19,6
Ви почувалися сумними, пригніченими або безнадійними	7,2	23,1	48,2	19,6
Вам було важко засинати або не прокидатися, або ви спали надто довго	17,8	21,4	30,2	30,2
Ви відчували втому або мало сил	8,9	48,2	19,6	21,4
У Вас був поганий апетит або Ви переїдали				
Ви погано про себе думали або Ви почувалися невдахою, або думали, що підвели родину	21,4	8,9	48,2	19,6
Вам було важко зосередитись, наприклад, на читанні газети або перегляді телепередач	7,2	12,5	19,6	60,7
Ви рухалися або розмовляли настільки повільно, що інші люди могли б це помітити? Або ж навпаки, Ви були настільки метушливі або неспокійні, що пересувалися набагато більше, ніж зазвичай	60,7	7,2	12,5	19,6

У Вас були думки, що Вам краще було б померти, або Ви думали про те, щоб заподіяти собі шкоду	5,3	12,5	22,2	59,0
---	-----	------	------	------

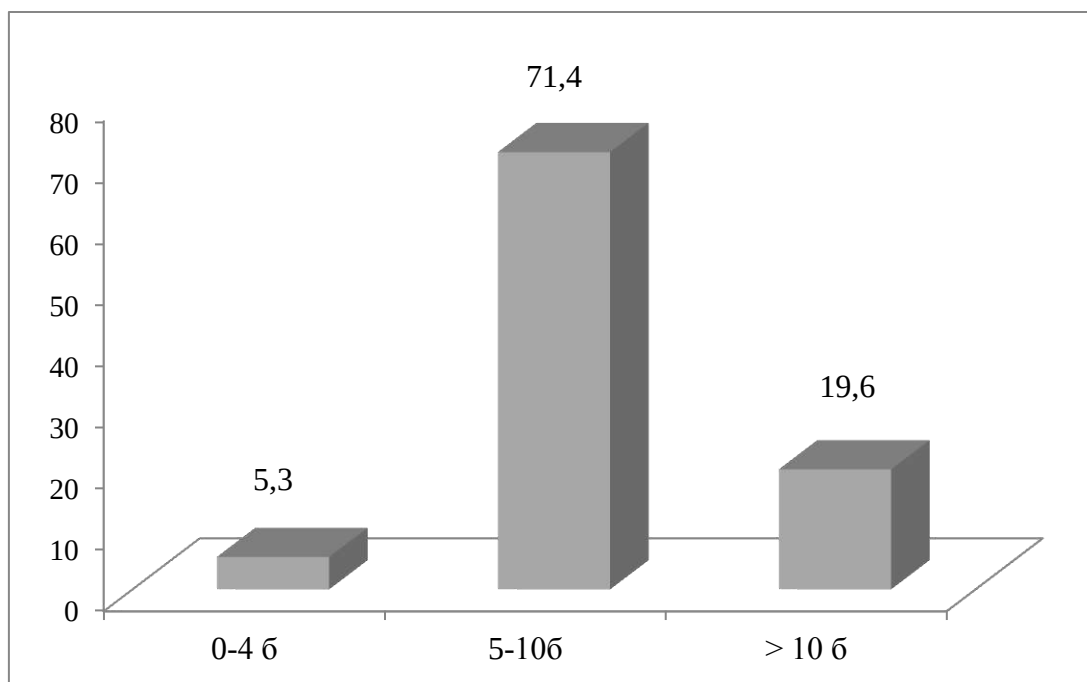


Рис. 3.2 Ступені тривоги та депресії в УБД (%)

Варто відзначити, що у всіх пацієнтів, які були під нашим спостереженням, траплялося порушення сну, у тому числі тривалості та якості сну.

Проанкетовані особи індексом сну вище 5 балів, класифікуються як «погано сплячі», тоді як про анкетовані з індексом якості сну менше 5 балів класифікуються як «добре сплячі».

Зокрема, жоден із УБД не мав доброї якості сну, 5,3% УБД відзначили середню якість сну (табл. 3.3).

Переважає більшість УБД (78,5%) мали погану якість сну, а 16,2% УБД взагалі характеризувалися дуже поганою якістю сну.

Зниження якості сну в УБД може потенційно посилити основні прояви ПТСР, наприклад, посилити відчуття болю, який, у свою чергу призведе до порушення сну - розгортається хибне коло взаємного підсилення.

Проведене дослідження встановило низький рівень тривоги (до 40 б) у 8,9% УБД, знижений (40-78 б) – у 10,7%; середній (79-117 б) – у 14,2%; підвищений (118-156 б) – у 50%; високий (> 156 б) – у 17,8%..

Вираженість депресії, яка виявлена в УБД, представлена на рис. 3.3: помірна ступінь (10-14 б); середня ступінь (15-19 б); тяжка ступінь (20-27 б).

Для оцінки посттравматичних реакцій в УБД була застосована Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій» (варіант для військових): виділяють три основні шкали (30 питань), що відповідають трьом групам симптомів ПТСР (за DSM-III).

Шкала 1 (11 питань) – симптоми групи вторгнення, шкала 2 (11 питань) – симптоми групи уникнення, шкала 3 – (8 питань) – симптоми збудливості. Інші 5 питань відповідають симптомам, що вказують на провини та суїцидальних нахилів. Відповіді на запитання оцінюються за 5-ти бальною шкалою Лайкерта (від 1 до 5). У підсумку вираховується загальний підсумковий коефіцієнт за всіма шкалами.

Таблиця 3.3

Частота тривожно-депресивних симптомів та якість сну в УБД

Ознака	УБД n=56	χ^2	P
Тривога:		13,94	<0,01
Ні (< 10)	-		
Так (≥ 10)	56		
Вираженість симптомів тривоги:		14,35	<0,01
Мінімальна	3		
Помірна	15		

Середня	22		
Сильна	26		
Депресія			
Ні (PHQ-9 < 10)	0		
Так (PHQ-9 ≥ 10)	56		
Вираженість симптомів депресії		11,65	<0,05
Мінімальна	7		
Помірна	18		
Середня	25		
Сильна	16		
Порушення сну		10,67	<0,05
Ні	3		
Так	53		
Якість сну:		9,12	<0,05
Добра	-		
Середня	3		
Погана	44		
Дуже погана	12		
Примітка. У всіх випадках коли χ^2 був більше 3,84.			

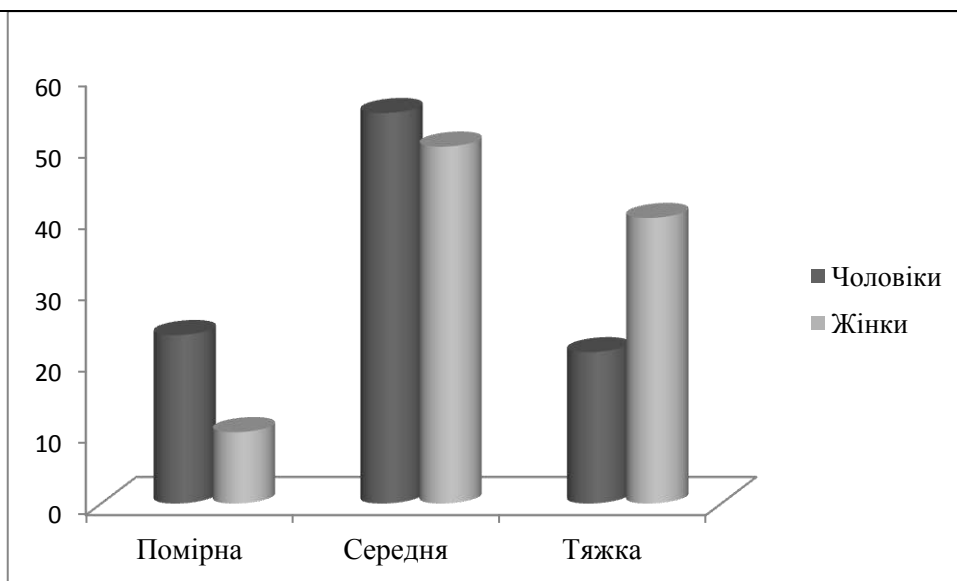


Рис. 3.5 Ступені депресії залежно від статі

Результати оцінки за Міссісіпською шкалою представлені в таблиці 3.4. та на рис. 3.5.

Таблиця 3.4

Результати оцінки за Міссісіпською шкалою

Субшкала	Кількість (%)
	n=56
Вторгнення	21,4
Уникнення	29,8
Збудливість	34,6
Провина	14,2

Відомо, що найбільш яскравим критерієм симптомів ПТСР є фізіологічна збудливість.

Саме цей показник встановлений у 13 осіб (34,6%), а саме: порушення якості та тривалості сну (неспроможність заснути, нічні кошмари, дратівливість, яка виражена та призводить до того, що УБД не можуть об'єктивно реагувати на слова та дії людей, які знаходяться поруч.

У 10 осіб (17,8%) реєструються виражені спалахи немотивованого гніву, вони можуть застосовувати силовий тиск на тих, хто знаходиться з ними поруч, для того, щоб домогтися свого, навіть у тих випадках, коли мета тиску є не життєвонеобхідною.

Третина УБД має немотивовану пильність, тобто вони постійно думають, чи не загрожує їм небезпека в прояві постійного фізичного напруження і це не дає можливості їх розслабитися та відпочити.

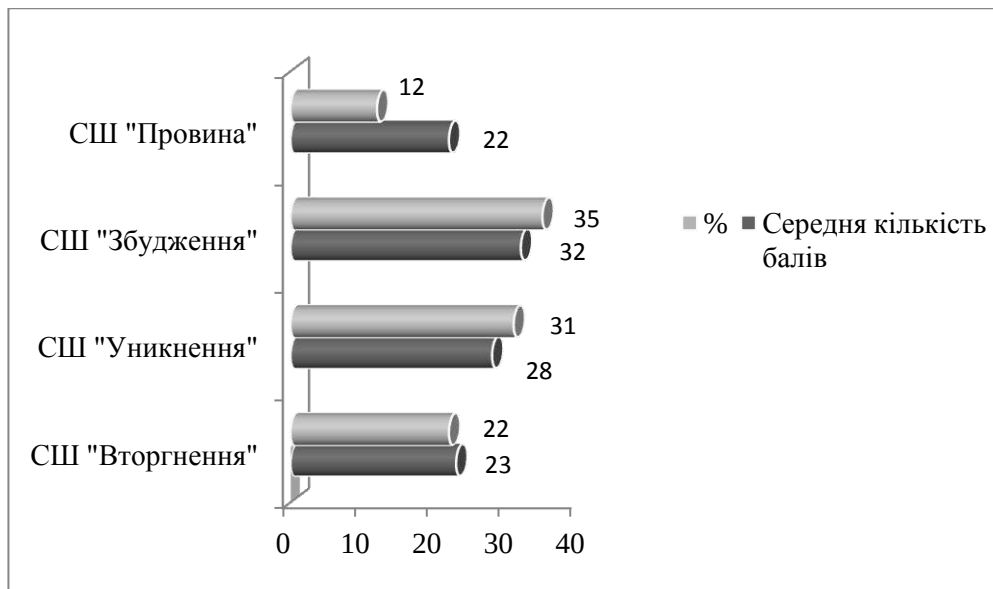


Рис. 3.4 Оцінка впливу травматичної події

Якщо стається найменша несподіванка, УБД реагує на це стрімкими рухами, наприклад, під час звуків, які нагадують, наприклад двигун танка чи літака, що можна розцінити як надмірні полохливі реакції.

Кожен четвертий УБД має підвищену підозрілість, і тому не довіряють майже нікому.

Друге місце за частотою займає «субшкала уникання» будь-яких думок, ситуацій, які нагадують травматичний стан. Наприклад, вони не можуть відтворити в пам'яті основні складові травму вальної ситуації (17,8%), втрачають звичні інтереси та хобі (23,2%), відстороненості та відмежування від реальності (17,8), мають низьку позитивні емоції (24,5%).

Наступною за рівнем інтенсивності в УБД була «субшкала вторгнення», яка перебдачала оцінку повернення до власних переживань, пов'язаних із травмувальною ситуацією. УБД схильні до повторювальних тяжких емоційних переживань (26,7%), частих флешбеків, які вони пов'язують із пережитою подією та з наступним різким випадом негативних емоцій, які, як правило, асоціюються з бойовими подіями.

14,2% УБД мали ознаки, які класифікувалися як «субшкала провини». На першому місці знаходився тривожний варіант, який проявлявся високим

рівнем невмотивованої тривоги, переживання, вегето-судинними пароксизмами..

За наявності слабкості, млявості, пасивність, байдужості зі зниженням настрою виставлявся астеничний варіант.

Дисфоричний варіант включав спрямовану на оточуючих вищий рівень люті, а також дратівливість, внутрішня невдоволеність, агресивність.

Було виділено найбільш часті варіанти ПТСР в УБД (рис. 3.6).

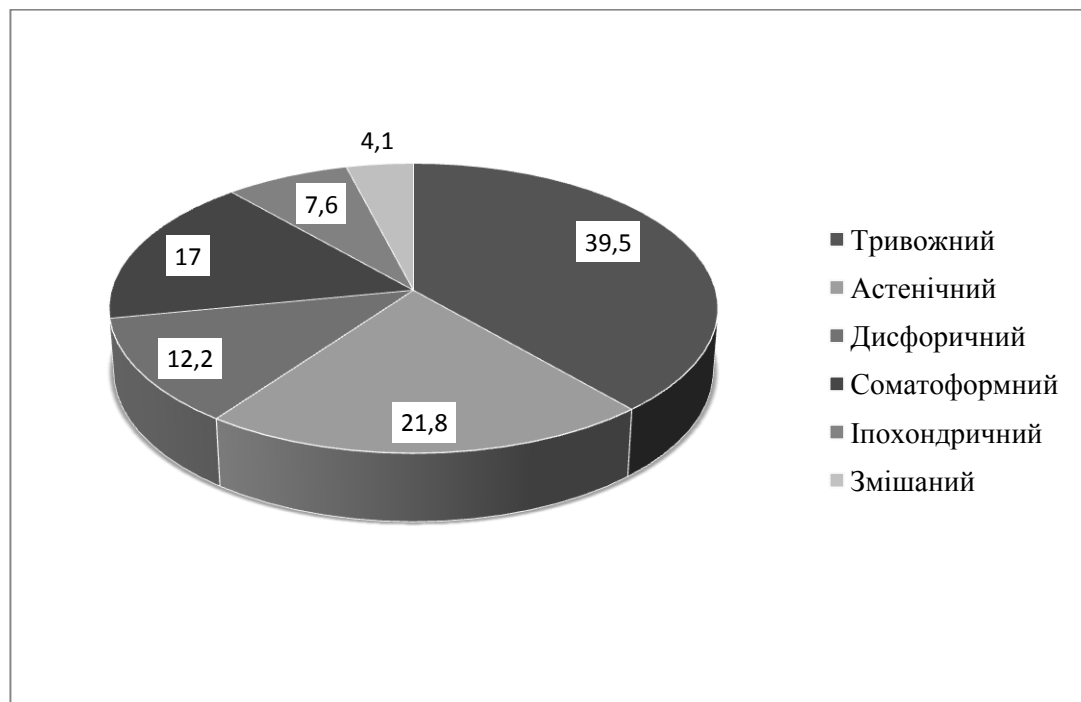


Рис. 3.6 Варіанти ПТСР в УБД (%).

За наявності слабкості, млявості, пасивність, байдужості до тих життєвих інтересів, які були в попередній період життя, виставлявся астеничний варіант.

Дисфоричний варіант базувався на виявленні високого прояву люті до оточуючих людей, підвищеної немотивованої дратівливості, агресивності та невдоволеності.

Витіснення травмувальних переживань у тілесну сферу спонукається до підвищення частоти психосоматичних проявів, наприклад, церебральних, кардіологічних, тощо) спостерігалось при соматоформному варіанті.

Іпохондричний варіант (депресивний із формуванням поведінки уникання, соматичними скаргами та вегето-судинними парсиксизми. Коморбідні клінічні симптоми об'єднав змішаний варіант. Як правило, такі особи часто мають скарги гастроентерологічного профілю, мігреноподібний головний біль, запаморочення.

Наступним для дослідження нами була обрана фокус-група УБД із ПСТР: 56 осіб (46 чоловіків та 10 жінок). Причини виникнення ПСТР сформовані в чотири групи та викладені на рисунку 3.7.

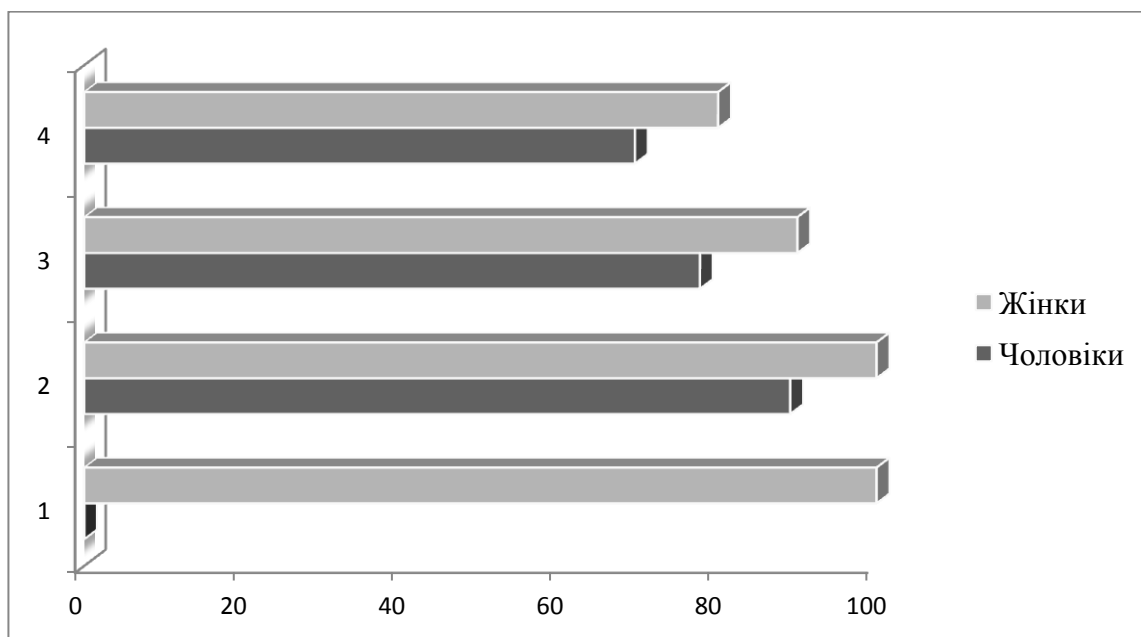


Рис. 3.7 Причини виникнення ПСТР (%)

Примітка. Перша група: чітко усвідомлене відчуття загрози життю, так званий біологічний страх смерті, каліцтва, болю; друга група: стрес, що виникає під час участі в бойових діях і супроводжується психоемоційним напруженням, пов'язаним зі смертю на очах бойових побратимів або необхідністю вбити людину (навіть ворога); третя група: фактори бойової обстановки (дефіцит часу, прискорення темпу дій, різкість, невизначеність, новизна); четверта група: розлади та потреби (часто відсутність повноцінного сну, особливості гігієнічного та харчового режиму).

При опитуванні УБД виявлені клінічні симптоми, які наведені в таблиці 3.5. УБД найчастіше відчувають небезпеку (65,6%), мають емоційну нестабільність (негативні зміни настрою, мислення, безнадійність, апатія,

проблеми соціальної поведінки) (87,9%), негативні зміни настрою, мислення (безнадійність, апатія, проблеми соціальної поведінки) (67,4) та порушення сну (67,4%). Звертає увагу, що майже половина УБД із ПСТР зловживають алкоголем, наркотиками або сигаретами, а кожен четвертий думає про самогубство.

Таблиця 3.5

Частота клінічних симптомів в УБД із ПСТР

Симптоми	%
Постійне відчуття небезпеки	65,6
Періодичне виникнення панічних атак	46,8
Відчуття задухи та тиску у грудях	32,1
Зловживання алкоголем, наркотиками або сигаретами	49,9
Проблеми в стосунках, спілкуванні з рідними	37,8
Думки про самогубство	24,8
Емоційна нестабільність (негативні зміни настрою, мислення, безнадійність, апатія, проблеми соціальної поведінки)	87,9
Порушення сну	67,4
Неспроможність радіти та висловлювати емоції	58,7
Хронічні болі в м'язах, головний біль	34,5
Негативні зміни настрою, мислення	67,8

Звертається увага на те, що крім вище перелічених основних симптомів, часто трапляються і додаткові симптоми, які розподілені на окремі групи: дисоціативні симптоми (дереалізація, деперсоналізація);

соматичні симптоми (біль різної локалізації, найчастіше біль за грудниною, прискорення частоти пульсу, відсутність апетиту, шкірні висипи різної локалізації); суїцидальна схильність; симптоми тривоги: панічні атаки, обсесії, компульсії; психотичні симптоми (галюцинації, марення)..

3.2 Оцінка тяжкості депресії та тривоги в умовах загально медичної практики

Відповідно до орієнтовних граничних значень симптомів ПТСР такі особи мають отримувати дико-психологічну допомогу, як правило, на базі центрів первинної медичної допомоги. УБД повинні отримувати допомогу з питань подолання ознак психотравмування, очевидно, на базі амбулаторій сімейної медицини, з огляду на те, що за даними джерельної інформації тільки 0,6% постраждалих осіб потребують спеціалізованої допомоги на теренах психіатричних лікарень, відділень, поліклінічних консультацій спеціаліста (психіатра). А отже, важливим для медичного персоналу (медичної сестри/брата) є вміння оцінити наявність та ступінь депресії в УБД.

Для оцінки наявності та ступеня депресії в УБД (n=23), які знаходилися у загальносоматичних відділеннях КНП «Чернівецька обласна клінічна лікарня» була застосована госпітальна шкала тривоги й депресії (HADS, A.S. Zigmond, R.P. Snaith, 1983). Переваги даної методики полягають у простоті застосування і обробки (заповнення Шкали зазвичай триває 2-5 хвилин), що дозволяє рекомендувати її до використання у загальносоматичній практиці для первинного виявлення тривоги і депресії у пацієнтів.

Опитувальник застосовується для осіб віком від 17 років. Госпітальна шкала тривоги і депресії містить 14 пунктів, кожному з яких відповідає 4 варіанти відповідей, що відображають ступінь наростання відповідної симптоматики.

Також були застосовані клінічні шкали тривоги й депресії Гамільтона (HAM-A і HAM-D, М. Hamilton, 1967, адаптація Т.П. Пантелеєвої, 1988) для кількісного оцінювання вираженості тривожного синдрому. Вона складається з 14 показників, кожен із яких визначається низкою симптомів. Кожен показник оцінюється за 5-бальною шкалою від 0 (відсутній) до 4 (важкий).

Опитування показали, що скарги, які пред'являли пацієнти-УБД для описання тривожного або депресивного стану, були одними з найпоширеніших. Зокрема на тривожність скаржилися 13 (56,5%), пригніченість настрою — 10 (43,4%), плаксивість — 7 (30,4%) обстежених. Однак, найпоширенішою серед всіх анкетованих була скарга на стомлюваність 20 (86,9%), яка, за даними деяких авторів, є проявом, що часто асоційований із тривогою та депресією, була найпоширенішою скаргою.

Оцінку рівня тривоги і депресії за шкалою HADS УБД наведено на рис. 3.8. та у таблиці 3.6.

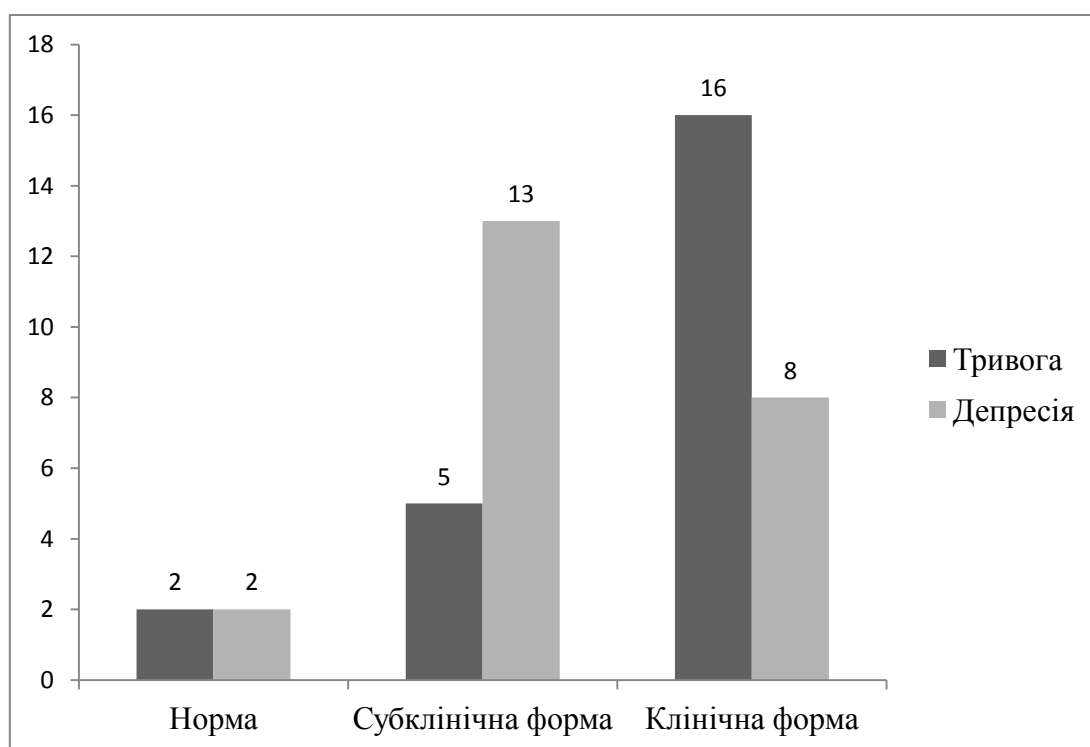


Рис. 3.8 Розподіл УБД за рівнем тривоги і депресії за шкалою HADS

Оцінка рівня тривоги і депресії за шкалою HADS

Рівень тривоги за HADS Me (25%; 75%)	УБД (n=23) 14,0 (7,0; 19,0)
Підшкала А – «тривога» (anxiety) Розподіл за рівнем тривоги за HADS, n (%)	
Норма (0–7 балів)	2(8,6)
Субклінічна тривога (8–10 балів)	5 (21,7)
Клінічна тривога (>11 балів)	16 (69,5%)
Рівень депресії за HADS Me (25%; 75%)	11,0 (5,0; 16,0)
Підшкала D – «депресія» (depression): Розподіл за рівнем депресії за HADS, n (%)	
Норма (0–7 балів)	2 (8,6)
Субклінічна депресія (8–10 балів)	13 (56,5)
Клінічна депресія (>11 балів)	8 (34,7)

Переважає більшість (69,5%) УБД мали клінічно виражені ознаки тривоги. Середній рівень депресії становив 11 балів, однак 91,3% мали субклінічну та клінічну депресію.

Результати анкетування УБД за шкалою Гамільтона наведені в таблиці 3.7.

Більшість проанкетованих УБД вказували скарги на самотність (досить часто відчували себе самотніми 16 УБД, час від часу самотність переживають 7 УБД). Наголошуємо, що здатність до апатійності відзначено рівно у половини анкетованих (12 УБД), ще 6 УБД відзначили, що

періодично відчують такий стан та тільки 5 УБД вказали, що тільки інколи стикаються з такими станами у своєму повсякденному житті..

Таблиця 3.7

Частота тривоги та депресії за шкалою тривоги Гамільтона і шкалою депресії Гамільтона в УБД

Показник	n=23	%
Рівень тривожності	23	100
Симптоми тривоги	13	56,5
Тривожний стан	7	30,4
Панічний розлад	3	13,1
Рівень депресії	13	56,5
Легкий депресивний розлад	8	34,7
Депресивний розлад середнього ступеня тяжкості	5	21,7
Депресивний розлад важкого ступеня	0	0
Депресивний розлад дуже важкого ступеня	0	0

Розповсюдженість тривожних і депресивних розладів є досить високою в УБД. Вчасне їх розпізнавання та лікування має стати пріоритетним спрямуванням у сфері діяльності реабілітологів, психологів та психіатрів, з огляду на те, що такі порушення асоціюються з цілим рядом інших чинників, що потребує комплексної уваги медичних спеціалістів, оскільки вони можуть значно знижувати якість життя УБД.

3.3 Аналіз основних напрямів реабілітації учасників бойових дій

Війна приносить значні фізичні та душевні травми. Учасники бойових

дій повертаються з різними ураженнями. У результаті цього більшість із них починають відчувати труднощі у процесі адаптації до мирного життя. Пережите спричинювало стрес, який позначився на психофізіологічному стані кожного учасника бойових дій. Тому виникає потреба у якомога ранній діагностиці, пошуку ефективних шляхів адаптації та соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців, що побували в районі збройних конфліктів. За останнє десятиріччя соціальна політика багатьох європейських країн стосовно осіб з інвалідністю зазнала суттєвих змін. Ставлення до цієї соціальної групи людей, як до пацієнтів, якими необхідно лише опікуватися, і які не можуть долучатися до активного суспільного життя, змінилося на ставлення до них, як до повноправних членів суспільства, що мають рівні права з іншими громадянами країни.

Інтереси суспільства вимагають, щоб вже на регіональному рівні розроблялися і здійснювалися заходи соціально-психологічної та соціально-професійної адаптації УБД з виділенням їх в особливу групу соціального ризику.

Необхідно створювати організаційні структури, безпосередньо зайняті проблемами учасників бойових дій; сприятливе існуючим організаціям ветеранів бойових дій, передбачити систему психологічної та психотерапевтичної допомоги, ввести ряд пільг.

Основні зусилля повинні бути зосереджені на спеціальних заходах, що проводяться психологами, психіатрами, медичними працівниками, головним чином на психодіагностику, психофізіологічному обстеженні, медичних оглядах і на роботі по психорегуляції, психокорекції, заходах психотерапевтичного характеру.

Діагностика психічних станів, рівня нервово-психічної діяльності, що проводиться психологами і психіатрами, повинна бути основним змістом роботи в ході медичного обстеження військовослужбовців після їх повернення з районів бойових дій. При цьому особлива увага повинна бути приділена проведенню групових та індивідуальних бесід, в ході яких

необхідно зорієнтувати в проблемах, що виникають в процесі реабілітації учасників бойових дій до звичайних умов життєдіяльності.

1. Медична реабілітація військовослужбовців (особливо інвалідів).

2. Фізична реабілітація включає: лікувальну фізичну культуру, лікувальний масаж, фізіотерапію, механотерапію, працетерапію, кінезотерапію, ерго терапію, консультування, мануальну терапію, рефлексотерапію, фітотерапію, гомеопатичну терапію, ароматерапію, природні фізичні чинники, загартування.

3. Соціально-психологічна:

-Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців – учасників бойових дій та членів їх сімей у системі ринкових відносин (індивідуальна психологічна та психотерапевтична допомога, групові та індивідуальні форми реабілітації).

- Соціально-психологічна підтримка військовослужбовців і членів їх сімей (з цією метою повинна бути організована робота кімнати психологічного розвантаження при центрі).

4. Освітня діяльність (профконсультування, первинна або додаткова професійна освіта, підвищення кваліфікації за цивільними спеціальностями, професійна перепідготовка).

5. Сприяння в працевлаштуванні: створення банку вакансій робочих місць на ринку праці, підтримання зв'язків з роботодавцями.

6. Соціально-правовий захист (координація дій центру з військкоматами, військовими частинами, службами зайнятості, навчальними центрами, юридичне консультування; підтримка підприємництва, участь у створенні і реалізації систем соціального захисту).

7. Залучення церкви. Християнські монастирі брали на себе турботу про організацію медичної допомоги всім нужденним ще в ті часи, коли цю функцію не могла взяти на себе держава.

Психологічна допомога військовослужбовцям-учасникам бойових дій повинна включати декілька напрямків:

1. Діагностика синдрому соціально-психологічної дезадаптації в УБД.
2. Психологічне консультування (індивідуальне та сімейне).
3. Психокорекційна робота по виправленню тих особливостей психічного розвитку, які за прийнятою системою критеріїв не відповідають оптимальній моделі (нормі).
4. Навчання навичкам саморегуляції (прийомам зняття напруженості за допомогою релаксації, аутотренінгу та інших методів).
5. Соціально-психологічні тренінги з метою підвищення адаптивності військовослужбовця і його особистісного розвитку.
6. Допомога в професійному самовизначенні, профорієнтація з метою перенавчання та подальшого працевлаштування.

Найбільш оптимальним для реалізації завдань системи соціальної реабілітації учасників бойових дій є створення спеціалізованого центру соціальної реабілітації осіб, які брали участь у бойових діях. Такий центр може вирішувати весь комплекс проблем соціальної адаптації та реабілітації ветеранів гарячих точок.

є три етапи медичної реабілітації: госпітальний
– військово-медичні центри, військові госпіталі;
-амбулаторно-поліклінічний – військові поліклініки (поліклінічні відділення госпіталів) і медичні пункти частин;
санаторно-курортний – спеціалізовані військові санаторії однопрофільні або спеціалізовані відділення багатoproфільних санаторіїв.

Проаналізовано основні напрямки реабілітації учасників бойових дій (n=45), які знаходилися на базі центру кризових станів із ліжками для військовослужбовців ОКНП «Чернівецька обласна психіатрична лікарня» та реабілітаційного відділення ОКНП «Чернівецька обласна клінічна лікарня». Усього проаналізовано медичну документацію 45 військовослужбовців, із них 40 (88,8%) осіб чоловічої статі та 5 (11,1%) осіб жіночої статі (рис. 3.8);

Результати аналізу визначили, що відновлення та підтримка функціонування особи у фізичній, емоційній, інтелектуальній, соціальній та духовній сфері проводилися із застосуванням методів психологічної та психотерапевтичної допомоги у формі психотерапії, психологічного консультування або першої психологічної допомоги за трьома рівнями:

- соціально-психологічна підтримка та надання соціальних послуг, зокрема соціального супроводу, соціальної адаптації, консультування (100% осіб)
- психологічна реабілітація (88,8% осіб);
- комплексна медико-психологічна реабілітація (77,7% осіб).

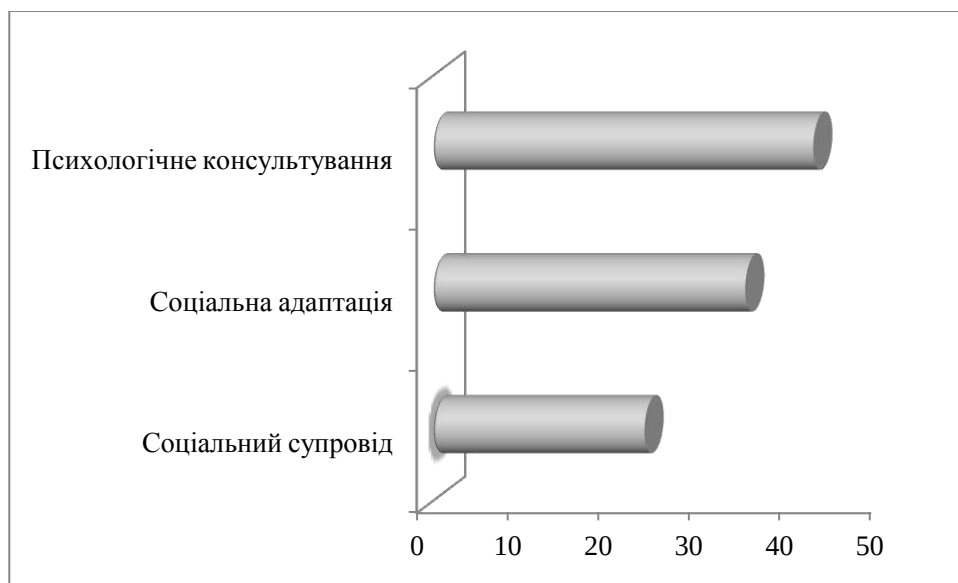


Рис. 3.9 Соціально-психологічна підтримка УБД

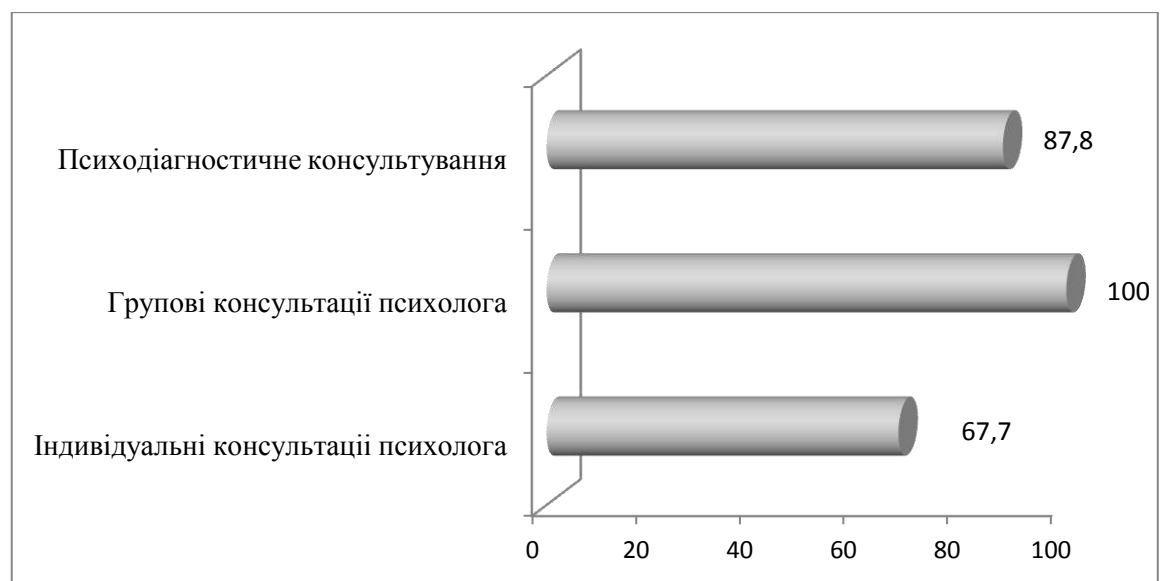


Рис. 3.10 Психологічна допомога УБД

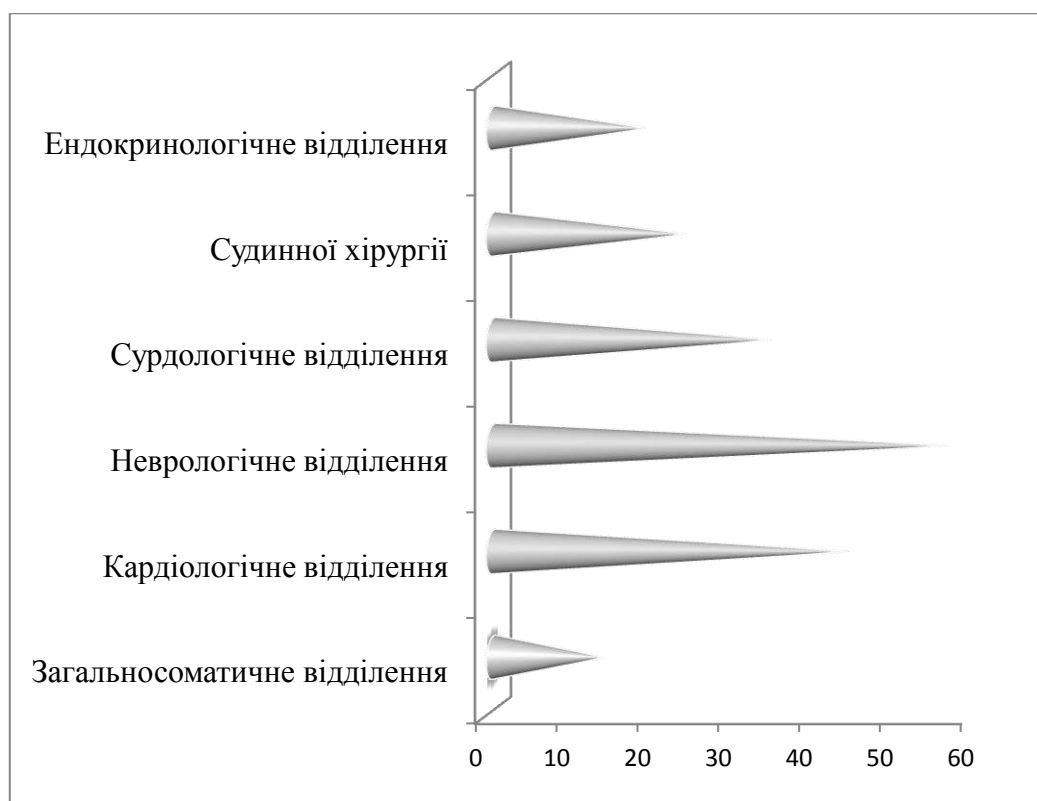


Рис. 3.11 Комплексна медико-психологічна реабілітація

Частина (26,6%) військовослужбовців були спрямовані відповідно до висновку військово-лікарської комісії для подальшого надання їм медичної допомоги або проведення медико-психологічної реабілітації до медичних закладів, розташованих за межами України (США – 58,3%, Німеччина – 25%, Турція – 16,7%).

У період дії воєнного стану військовослужбовці мають право на безоплатне отримання медичної послуги, пов'язаної із забезпеченням реалізації їхнього права на біологічне батьківство (материнство), зокрема на здійснення забору, кріоконсервації та зберігання їхніх репродуктивних клітин на випадок втрати репродуктивної функції. Такою допомогою скористалося 7 (15,5%) військовослужбовців чоловічої статі.

Допомога у зборі документів для військово-лікарської комісії забезпечена 13 УБД, на навчання спрямовано 11 УБД, організовано 9 виїздів на іпотерапію, 19 УБД пройшли арт-терапію та групові заняття з ручної ліпки з глини (рис. 3.14).

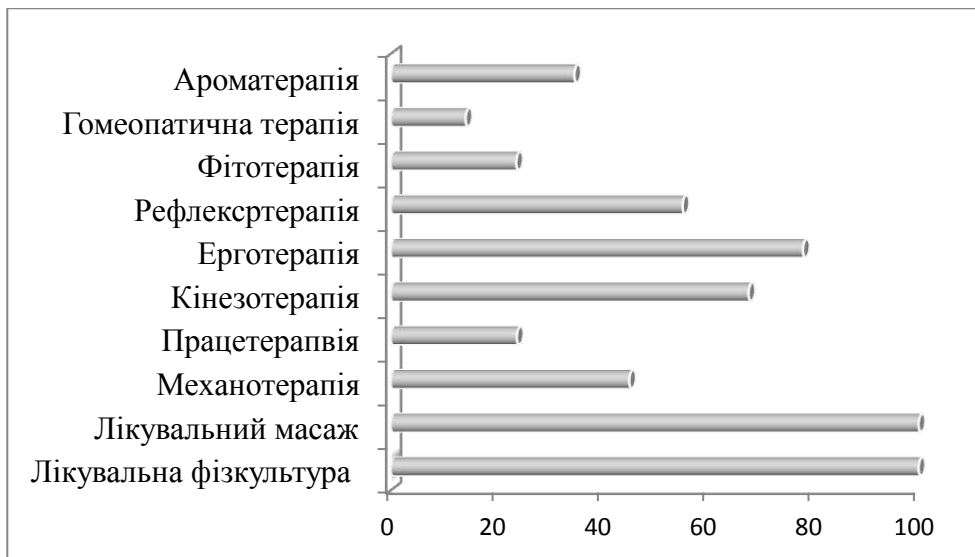


Рис. 3.12 Фізична терапія

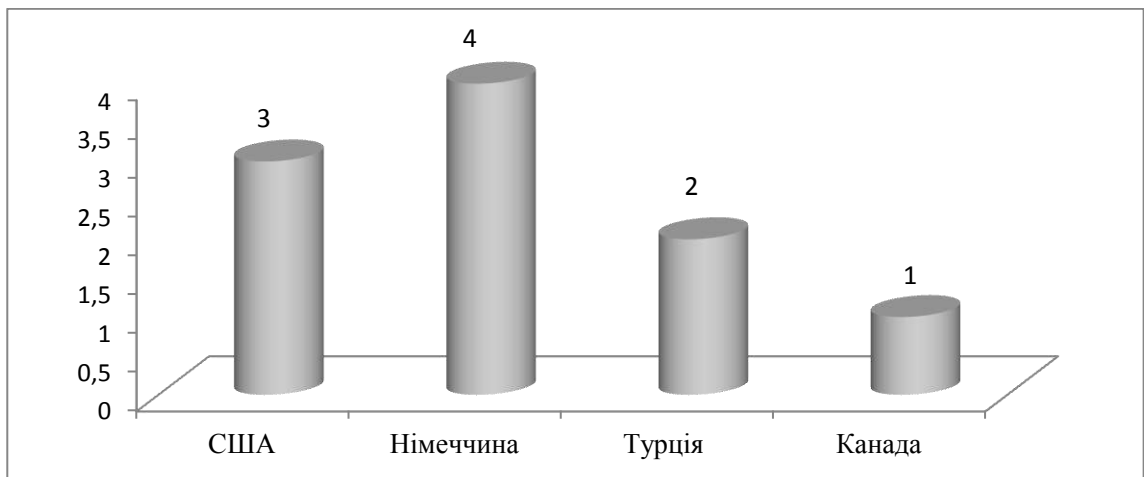


Рис. 3.13 Медико-психологічна реабілітація УБД за межами України.

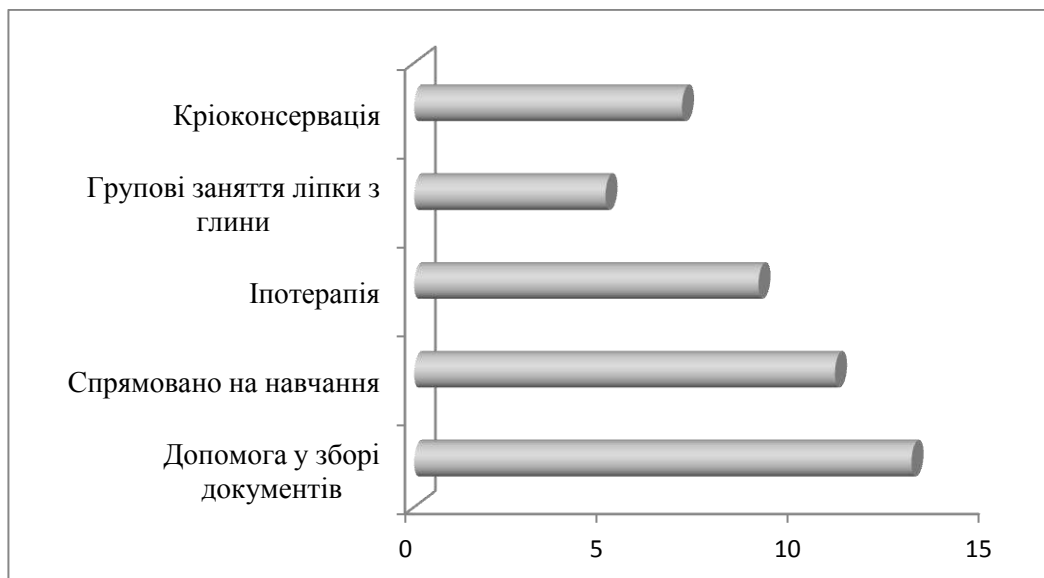


Рис. 3.14 Інші види допомоги УБД (n)

3.4 Роль і функції середнього медичного персоналу в складі мультидисциплінарних реабілітаційних бригад

Реабілітація бійців із сучасною бойовою травмою включає лікування та власне комплекс реабілітаційних заходів. Лікування та реабілітація учасників бойових дій є актуальним питанням, що постає нині не тільки перед військовою, але й цивільною медициною. Тому одним із пріоритетних напрямків військово-медичної доктрини України є створення цілісної системи медичної реабілітації, яка включає фізичну, психологічну, соціальну та професійну реабілітації. Кількість осіб, які потребують медико-психологічної реабілітації постійно зростає, що може стати проблемою найближчих десятиліть.

Реабілітаційний діагноз вимірює не тільки, що втрачено, а і потенціал для відновлення з часом та формулюється при надходженні пацієнта на медичну реабілітацію, у процесі її проведення і по завершенні спеціалістами мультидисциплінарної команди. Важливого значення набуває участь медичної сестри/брата в такій командній роботі.

У розвинених системах охорони здоров'я ведення пацієнта відбувається міждисциплінарними командами спеціалістів. Організаційна модель первинної медико-санітарної допомоги традиційно опирається на очні консультації з лікарем, який працює індивідуально. Пандемія COVID-19 стимулювала появу різних інноваційних практик, таких як розширення ролі медичних сестер, розробка цифрових рішень для моніторингу стану здоров'я, спрощення доступу до медичної допомоги та використання інформаційних інфраструктур охорони здоров'я.

Головним елементом у новій системі організації первинної медичної допомоги стає міждисциплінарна команда спеціалістів, яка колегіально управляє здоров'ям пацієнта. Ефективність роботи такої команди визначається низкою факторів, а саме:

- якісне навчання сучасним, науково доведеним методам надання

медичної допомоги;

- навчання всього складу команди новим принципам солідарної роботи з пацієнтом;
- обґрунтований та відкритий розподіл ролей та відповідальності між членами міждисциплінарної команди;
- нормативно-методичне обґрунтування лікувальних протоколів, що регулюють підходи до лікування пацієнтів;
- цифровізація процесів взаємодії усередині команди;
- створення умов для моніторингу здоров'я пацієнтів у режимі реального часу.

Можна виділити чотири характеристики вже створених в окремих країнах міждисциплінарної практики:

- різний склад фахівців первинної медико-санітарної допомоги (включаючи лікарів загальної практики, медичних сестер, фармацевтів, психологів, дієтологів, немедичний персонал), різні моделі спільної роботи та різні цільові групи населення;
- акцент на надання комплексних медичних послуг, включаючи профілактику захворювань та зміцнення здоров'я, лікувальні послуги, реабілітацію та лікування хронічних захворювань;
- управління здоров'ям населення, засноване на стратифікації ризику з використанням складних ІТ-систем для кращого розуміння профілів здоров'я та ризиків спільноти та для проведення випереджаючого управління потребами пацієнтів;
- залучення пацієнтів до спільного прийняття рішень, облік цінностей, потреб та переваг пацієнтів.

Найбільш поширені моделі міждисциплінарних команд представлені на рис. 3.15.

Під час воєнного стану в Україні діє мережа спеціалізованих військових шпиталів та центрів, які надають медичну допомогу пораненим, а також медичні послуги військовим надаються в цивільних закладах, через

брак ліжок-місць у військових, оскільки наша держава, як звичайна цивілізована, не розраховувала на війну.



Рис. 3.15 Моделі міждисциплінарних команд

Гострий реабілітаційний період розпочинається з моменту виникнення та/або виявлення обмеження повсякденного функціонування внаслідок розвитку гострого стану здоров'я. Протягом цього періоду особі надається медична допомога та починає надаватися реабілітаційна. Висока стресогенність роботи медичних сестер (братів) за сучасних умов пов'язана також із перенасиченням комунікативної сфери, в тому числі характером спілкування, високою відповідальністю та нездатністю в ряді випадків змінити несприятливий хід речей. Небезпечним фактором також є те, що медичні працівники, які страждають від синдрому професійного вигорання, в домінуючій кількості не здатні розпізнати його за собою, а, отже, не в змозі допомогти собі самостійно. У зв'язку з цим, особливого значення набуває

дослідження такого важливого й недостатньо вивченого у вітчизняній психології явища, як професійне вигорання за умов військового стану.

У роботі медичної сестри важливо вчасно виявити і попередити явище емоційного вигорання для забезпечення якісного виконання нею функціональних обов'язків та для створення належного медсестринського догляду за пацієнтом. Визначення рівня емоційного вигорання медичних сестер з використанням спеціальних методик є важливим, оскільки людина не завжди може повною мірою усвідомити свій емоційний стан.

Нами проведено дослідження частоти та клінічних ознак синдрому вигорання медичних сестер центру кризових станів для учасників бойових дій. Дослідження проведено на базі центру кризових станів ОКНП «Чернівецька обласна психіатрична лікарня» впродовж 2023-2024 років. В дослідженні взяли участь 17 медичних сестер (перша група) та 17 медичних сестер інших відділень лікарні (друга група) шляхом їх анкетування за анкетною В.В.Бойка.

Виділено дві групи клінічних ознак: фізичні симптоми (70,5% у першій групі осіб та 27,2% у другій групі осіб), психологічні симптоми (41,2% першій групі осіб та 18,2% у другій групі осіб). Серед фізичних симптомів у медичних сестер першої групи частіше траплялися наступні: постійна втома (76,4%), головний біль (головний біль (70,5%), сонливість (58,8%), дещо рідше безсоння, зміна маси тіла.

У випадку медсестрами (братами) – це може мати дуже небезпечні наслідки, адже медик завжди повинен мати швидку реакцію і ясний розум, щоб не нашкодити пацієнту. Психологічні симптоми траплялися дещо рідше, однак у 35,2% середніх медичних працівників відзначалася апатія, песимізм почуття тривоги у 29,4% - дратівливість, депресія, страх не впоратися зі своїми обов'язками. Варто зауважити, що у кожного п'ятого медичного працівника відділення центру кризових станів траплялася третя стадія синдрому професійного вигорання – виснаження. У осіб другої групи

дослідження ознаки синдрому професійного вигорання траплялися вірогідно рідше та частіше на першій фазі.

За отриманими результатами, обстежені були розподілені на три групи (рис. 3.16):

1) перша, Г1 (11 осіб) — медичні сестри без ознак професійної дезадаптації та з низьким рівнем емоційного вигорання (рекомендовано проведення консультативної роботи превентивного спрямування);

2) друга, Г2 (10 осіб) — медичні сестри з ознаками професійної дезадаптації та помірним рівнем емоційного вигорання (цей рівень потребує медико-психологічної допомоги фахівців із реадaptaції);

3) третя, Г3 (7 осіб) — медичні сестри з клінічно окресленою й виразною професійною дезадаптацією та високим рівнем емоційного вигорання (потребують обов'язкового втручання фахівців для невідкладних медико-психологічних заходів, впровадження програми з реадaptaції або зміни професійної діяльності).

Медичні сестри (брати) центру гострих кризових станів за умов військового стану мають високий рівень показників за всіма складовими синдрому професійного вигорання, що, в основному, можна пояснити постійним спілкуванням із пацієнтами та їхніми родичами.

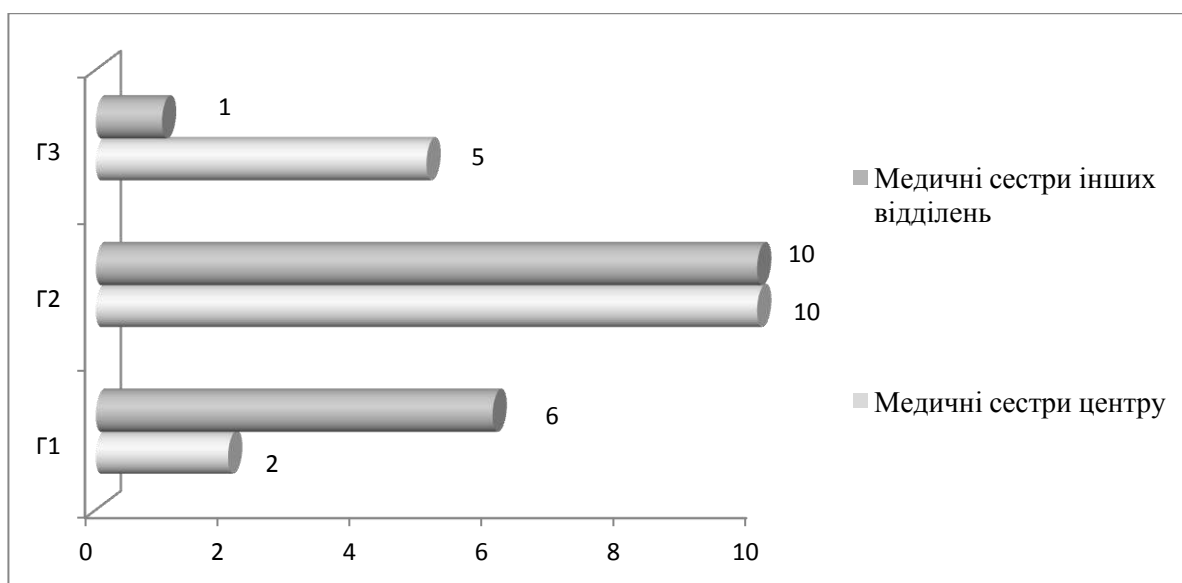


Рис. 3.16 Розподіл проанкетованих медичних сестер за групами

На рис. 3.17 представлено відсоткове співвідношення показників прояву сформованості компонентів емоційного вигорання у медичних працівників. Спостерігаємо, що проведене дослідження виявило розподіл щодо рівня сформованості компонентів вигорання: «Напруження», «Резистенція», «Виснаження».

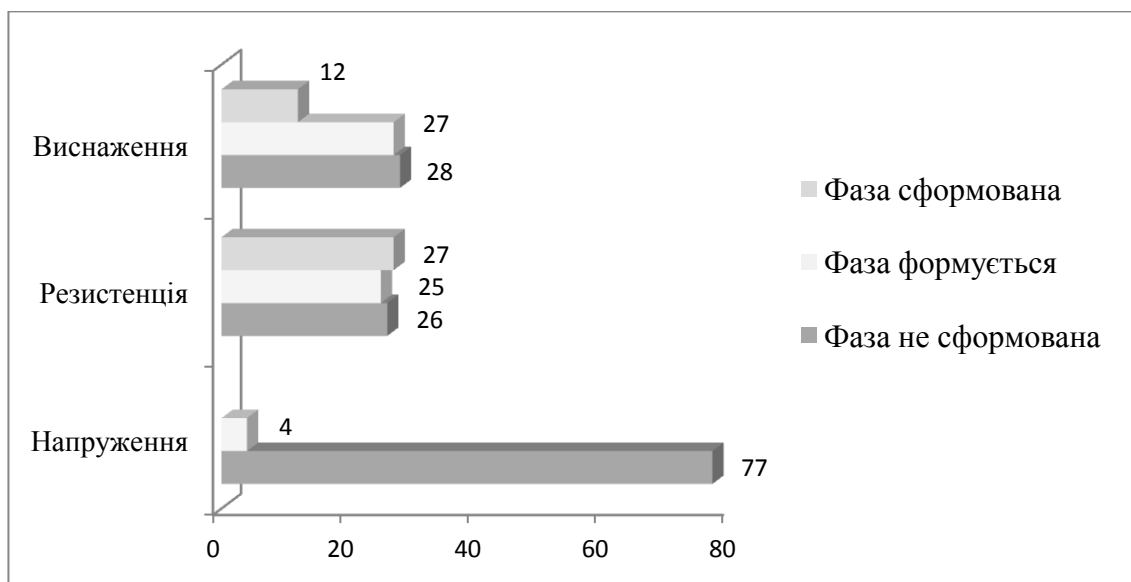


Рис. 3 .17 Рівні сформованості компонентів професійного вигорання.

Дослідження показало, що більшість медичних працівників, які брали участь в опитуванні, задоволені своїм життям. Це свідчить про те, що медичні сестри мають позитивне ставлення до свого життя та роботи. У 21% досліджуваних не задоволені своїм життям. Це може бути пов'язано з різними факторами, такими як високий рівень стресу, вигорання, негативний вплив роботи на особисте життя, недостатня оплата праці, проблеми в сім'ї.

Проблема емоційного вигорання медичних фахівців є надзвичайно актуальною, але у зв'язку з іншими більш нагальними питаннями у галузі охорони здоров'я, їй не завжди приділяється належна увага. У більшості випадків кожний медик з цією проблемою намагається впоратися самостійно, що не завжди є результативним. Наслідком емоційного вигорання є те, що висококваліфіковані професіонали залишають сестринську справу, в результаті чого, знижується якість надання медсестринської допомоги.

Підтримка та забезпечення медичних сестер необхідними знаннями та

уміннями протидіяти професійному стресу та емоційному вигоранню збереже кваліфіковані кадри для галузі охорони здоров'я нашої держави.

Медичні сестри є найбільш численною категорією працівників охорони здоров'я. Якщо наводити аналогію, я б порівняла медичних сестер із фундаментом для реалізації доступної, безпечної та ефективної медичної допомоги.

Нині надзвичайно велика потреба в суспільстві в наданні реабілітаційних послуг. Важливим та необхідним є включення медичних сестер/братів до складу реабілітаційних міждисциплінарних команд з організації стрес-менеджменту для осіб із ПТСР, зокрема УБД.

Мультидисциплінарний підхід до діяльності сестринського персоналу полягає в тому, що медсестра стає рівноправним членом міждисциплінарної бригади та активним учасником лікувально-реабілітаційного процесу. Роль медсестри з реабілітації особливо важлива, оскільки саме вона проводить з пацієнтом більше часу, ніж будь-які інші фахівці, різні сторони його життя і таким чином отримує повне уявлення про організації стрес-менеджменту, стежить за дотриманням етапності реабілітаційних заходів.

Процес реабілітації передбачає взаємодію між спеціалістами реабілітаційного відділення в розробці реабілітаційної програми з метою відновлення тимчасово втрачених функцій пацієнта або з метою адаптації пацієнта до нових умов життя та/або праці в результаті повністю втрачених функцій. Зусилля спеціалістів реабілітаційного відділення (лікаря ЛФК, фізіотерапевта, психолога, соціального педагога, логопеда, ерготерапевта, медичної сестри) спрямовані на максимальне відновлення здатності пацієнта до самообслуговування, трудової діяльності, спілкування, відпочинку.

Нами виокремлено функції медичної сестри в складі таких команд:

1. Визначати медичні, психологічні, духовні, соціальні, у тому числі побутові, проблеми пацієнта із ПТСР.
2. Самостійно вести спрямовану психологічну бесіду з УБД.
3. Вміти збирати сестринський анамнез хвороби та життя у пацієнтів із

ознаками ПТСР, оцінювати психологічний стан хворого з формулюванням висновку експериментально-психологічного обстеження.

4. Визначити вид ПТСР і типи реагування пацієнта на захворювання.
5. Формувати адекватне відношення до захворювання у пацієнта з урахуванням віку і підтримувати його на всьому протязі лікувально-діагностичного процесу.
6. Диференціювати психологічні особливості хворих з ПТСР, визначати необхідність психологічної корекції з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта та віку.
7. Давати психогігієнічні поради пацієнту з клінічними проявами ПТСР.
8. Виробити тактику спілкування з хворими та їх родичами з урахуванням принципів сестринської етики та деонтології.
9. Особливості спілкування з батьками дітей із ПТСР.
10. Оцінити і провести корекцію взаємовідносин хворого на ПТСР з медичним персоналом.
11. Вміти впроваджувати заходи первинної психопрофілактики синдрому емоційного вигорання в медичному середовищі.
12. Виявляти та оцінювати фактори ризику для здоров'я пацієнта та членів його сім'ї, консультує з питань зменшення їх впливу на здоров'я.
13. Здійснює заходи щодо відновлення адаптаційних можливостей пацієнтів із урахуванням його психофізіологічного стану, навчає пристосуванню до обмежених можливостей, самообслуговування та само догляду.
14. Консультує пацієнта та його сім'ю щодо організації дієтичного харчування, дотримання рекомендацій лікувально-оздоровчого режиму, що призначаються на період відновлення організму.

Спираючись на теоретичний аналіз та результати експериментального дослідження, нами розроблені методичні рекомендації щодо проведення профілактичних заходів для зниження рівня ПТСР в УБД:

- Встановити довірчий безпечний контакт, що дає право на отримання доступу до травматичного досвіду, що ретельно охороняється.
- Надавати допомогу у звільненні від спогадів про травму.
- Надавати допомогу у здобутті контролю за емоційними реакціями.
- Надавати допомогу у зниженні тривоги та відновленні почуття особистісної цілісності.
- Допомагати УБД адаптуватися і знайти травматичній події, що сталася, належне місце в житті.
- Навчити військового методам релаксації, оскільки почуття тривоги і напруження часто супроводжує його тривалий час після травми.

Командна робота у сестринській практиці є ключовим фактором у досягненні багатьох цілей, командна робота може допомогти знизити рівень стресу та підвищити рівень задоволення від роботи. Завдання, які може вирішити командна робота, якщо впровадити її у сестринську практику:

- розподіл завдань та відповідальності між членами команди може знизити навантаження кожного члена команди та допомогти ефективніше використати час та зусилля;
- взаємодія та підтримка колег у команді можуть допомогти медичній сестрі почуватися впевненіше, що може знизити рівень стресу;
- командна робота може сприяти створенню сприятливої робочої атмосфери, де кожен член команди відчуває підтримку та повагу з боку колег;
- взаємодія між членами команди сприяє обміну досвідом та знаннями, що може підвищити рівень професійної компетентності та впевненості у своїх здібностях;
- командна робота може допомогти медичній сестрі відчувати себе частиною спільної мети та місії, що може підвищити рівень мотивації та задоволення від роботи.

Тому розвиток навичок командної роботи середнього медичного персоналу може стати добрим фундаментом, завдяки якому зросте загальний

рівень компетенцій працівників та підніметься планка надання медичної допомоги.

Мультидисциплінарний підхід при організації реабілітації не тільки робить медсестру активним учасником лікувально-реабілітаційного процесу, але і виставляє до неї високі вимоги – попередити, полегшити, зменшити або звести до мінімуму проблеми і труднощі, що виникають у пацієнта у процесі реабілітації. Спрямованість дій медсестри залежить від наявних у пацієнта проблем. Розпрацювання та впровадження медсестринського процесу до реабілітації УБД є однією з необхідних умов виконання професійного супроводу, який дозволить покращити якість медсестринської складової медичної допомоги, а також позитивно вплине на якість життя УБД.

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ ДОСЛІДЖЕНЬ

Однією з найактуальніших проблем українського суспільства є проблема вивчення посттравматичних станів учасників бойових дій (УБД) і розробка на цій основі медико-психологічної реабілітації та соціально-психологічної реадаптації.

УБД за умов бойових дій знаходяться під потужним впливом низки психотравмувальних факторів, що зумовлюють загрозу його життю та призводять до численних психогенних втрат, формування психічних розладів.

Коли травматичні реакції стають надмірними і неконтрольованими та виражаються через надзвичайну психологічну збудливість, може відбуватись консолідація зв'язку між страхом та відтворенням психотравмувальної події, постійне відтворення якої у пам'яті може призводити до посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Гострою реакцією на стрес (F43.0) є транзиторний розлад серйозної тяжкості, який розвивається в людей без явних психічних порушень у відповідь на стрес. Виокремлюють гостру реакцію на стрес легкого (F43.01), помірного (F43.02) й тяжкого (F43.03) рівнів.

Нами проведений аналіз структури постстресових розладів серед контингенту УБД. Нозологічна структура постстресових розладів в УБД представлена ПТСР (F43.1), гострою реакцією на стрес (F43.0) та розладами адаптації (F43.21, F43.22, F43.23). Серед всієї когорти УБД найчастіше траплявся ПТСР (62,9%), гостра реакція на стрес була зареєстрована у 10,1% осіб, у решти (26,9%) - розлади адаптації (F43.21 - 3,3%, F43.22 - 8,9%, F43.23 - 6,7%). Як серед осіб чоловічої, так і осіб жіночої статі переважав ПТСР, з однаковою частотою траплялася гостра реакція на стрес, а розлади адаптації частіше реєструвалися у жінок.

Із 56 УБД, які були проанкетовані за допомогою анкети PHQ-2, у 56 (100%) встановлено покази до подальшого анкетування, причому вищі оцінки вказують на вищий рівень депресії та тривоги.

Серед УБД переважали середні та тяжкі ступені тривоги та депресії (мінімальні 0-4 бали, легкі 5-9, тяжкі >10). Варто відзначити, що у всіх пацієнтів, які були під нашим спостереженням, траплялося порушення сну, у тому числі тривалості та якості сну. Респонденти з індексом якості сну, що перевищує 5 балів, класифікуються як «погано сплячі», натомість, респонденти, які мають індекс якості сну 5 або менше балів, визначаються як «добре сплячі». Так, жоден із УБД не мав добру якість сну, 5,3% УБД відзначили середню якість сну. Переважна більшість УБД (78,5%) мали погану якість сну, а 16,2% УБД взагалі характеризувалися дуже поганою якістю сну. Зниження якості сну в УБД може потенційно посилити основні прояви ПТСР. Порушення сну можуть посилити відчуття болю, а біль, у свою чергу, може порушити режим сну, завершуючись хибним колом взаємного підсилення.

За результатами дослідження встановлено низький рівень тривоги (менше ніж 40 балів) у 8,9 % УБД, знижений (40 – 78 балів) – у 10,7%; середній (79 – 117 балів) – у 14,2; підвищений (118 – 156 балів) – у 50,0%; високий (більш ніж 156 балів) – у 17,8%. Депресія помірної тяжкості (10 – 14 балів); депресія середньої тяжкості (15 – 19 балів); тяжка депресія (20 – 27 балів).

Найбільш вираженим критерієм прояву ознак ПТСР є фізіологічна збудливість. Цей показник виражений у 13 осіб (43,4%). Основними проявами фізіологічної збудливості стали: порушення якості та тривалості сну, що проявляється в неспроможності заснути, нічних кошмарах, які повторюються; дратівливість, через яку бійці не можуть нормально реагувати на дії або слова оточуючих. У 10 осіб (17,8%) реєструються спалахи неконтрольованого гніву та агресії (бійці схильні застосовувати

силовий тиск на оточуючих щоразу, коли хочуть домогтися свого, навіть якщо мета не є життєвоважливою).

Третина УБД має немотивовану пильність (чи не загрожує їм небезпека у вигляді постійного фізичного напруження, яке не дозволяє розслабитися і відпочити).

За найменшої несподіванки УБД робить стрімкі рухи під час звуків, які нагадують, наприклад двигун танка чи літака, тобто мають надмірні похливі реакції.

Кожен четвертий УБД має підвищену підозрілість, внаслідок якої вони не довіряють майже нікому.

На другому місці знаходилася субшкала уникання будь-яких думок чи обставин, що мотивують згадки про травму. Зокрема, неспроможність відтворити в пам'яті ключові елементи ситуації, що травмувала (17,8%), втрата звичних інтересів і хобі (23,2%), відстороненості та віддалення від реального світу (17,8%), зниження позитивних емоцій (25,4%).

Наступною за рівнем інтенсивності у досліджуваній групі виявилось повернення людини до переживань, пов'язаних з травмувальною ситуацією (субшкала вторгнення). УБД схильні до нав'язливих, повторюваних неприємних емоційних переживань (26,7%), повторюваних снів і нічних кошмарів (флешбеків), які пов'язують із пережитою подією та з наступним різким нападом негативних емоцій, спровокованих певними подіями, які можуть асоціюватися з бойовими обставинами.

І останньою за рівнем ураження в даному дослідженні визначено субшкалу «провина» (14,2%).

Найчастіше траплявся тривожний варіант (високий рівень немотивованої тривоги, нав'язливі переживання, вегето-судинні пароксизми). За наявності слабкості, млявості, пасивності, байдужості до попередніх життєвих інтересів зі зниженням настрою виставлявся астеничний

варіант. Дисфоричний варіант включав високий рівень люті, яка спрямована на оточуючих, дратівливість, внутрішню невдоволеність та агресивність.

Витіснення травмувальних переживань у тілесну сферу, що приводить до збільшення психосоматичних проявів – церебральних, кардіологічних, гастроентерологічних порушень та ін.) було характерним для соматоформного варіанту.

Іпохондричний варіант (депресивний із формуванням поведінки уникання, соматичними скаргами та вегето-судинними пароксизми. Поєднання різних клінічних симптомів об'єднав змішаний варіант. Зазвичай такі пацієнти скаржаться на гастроентерологічні проблеми, біль голови (мігрені), запаморочення.

УБД найчастіше відчувають небезпеку (65,6%), мають емоційну нестабільність (негативні зміни настрою, мислення, безнадійність, апатія, проблеми соціальної поведінки) (87,9%), негативні зміни настрою, мислення (безнадійність, апатія, проблеми соціальної поведінки) (67,4) та порушення сну (67,4%).

Звертає увагу, що майже половина УБД із ПСТР зловживають алкоголем, наркотиками або сигаретами, а кожен четвертий думає про самогубство.

Окрім основних симптомів, окреме значення мають додаткові симптоми, наявність яких впливає на перебіг захворювання; їх можна розділити на такі групи: дисоціативні симптоми (дереалізація та деперсоналізація); соматичні симптоми (біль у грудній клітці, тахікардія, біль у животі або в кінцівках, відсутність апетиту, головний біль, висип нез'ясованого генезу); суїцидальні тенденції; симптоми тривожного спектра: панічні атаки, obsesії чи компульсії (у відповідь на мимовільні спогади чи нагадування про травму); психотичні симптоми — переважно галюцинації та марення.

Для оцінки наявності та ступеня депресії в УБД (n=23), які знаходилися у загальносоматичних відділеннях КНП «Чернівецька обласна

клінічна лікарня» була застосована госпітальна шкала тривоги й депресії (HADS, A.S. Zigmond, R.P. Snaith, 1983).

Опитування показали, що скарги, які пред'являли пацієнти-УБД для описання тривожного або депресивного стану, були одними з найпоширеніших. Зокрема на тривожність скаржилися 13 (56,5%), пригніченість настрою — 10 (43,4%), плаксивість — 7 (30,4%) обстежених. Однак, найпоширенішою серед всіх анкетованих була скарга на стомлюваність 20 (86,9%), яка, за даними деяких авторів, є проявом, що часто асоційований із тривогою та депресією, була найпоширенішою скаргою.

Переважає більшість (69,5%) УБД мали клінічно виражені ознаки тривоги. Середній рівень депресії становив 11 балів, однак 91,3% мали субклінічну та клінічну депресію.

Більша кількість опитаних УБД скаржилась на самотність (досить часто відчують себе самотніми – 16 осіб, час від часу це відчуття переживають 7 осіб). Водночас часто відчують апатійність рівно половина з усіх опитаних (12 респондентів), досить велика частка зазначили що час від часу потерпають від цього відчуття (6 респондентів) і меншість (лише 5 осіб) зазначили що досить рідко стикаються з апатійними станами в своєму житті.

Проаналізовано основні напрямки реабілітації учасників бойових дій (n=45), які знаходилися на базі центру кризових станів із ліжками для військовослужбовців ОКНП «Чернівецька обласна психіатрична лікарня» та реабілітаційного відділення ОКНП «Чернівецька обласна клінічна лікарня». Усього проаналізовано медичну документацію 45 військовослужбовців, із них 40 (88,8%) осіб чоловічої статі та 5 (11,1%) осіб жіночої статі.

Результати аналізу визначили, що відновлення та підтримка функціонування особи у фізичній, емоційній, інтелектуальній, соціальній та духовній сфері проводилися із застосуванням методів психологічної та психотерапевтичної допомоги у формі психотерапії, психологічного консультування або першої психологічної допомоги за трьома рівнями:

- соціально-психологічна підтримка та надання соціальних послуг, зокрема соціального супроводу, соціальної адаптації, консультування (100% осіб);
- психологічна реабілітація (88,8% осіб);
- комплексна медико-психологічна реабілітація (77,7% осіб).

Частина (26,6%) військовослужбовців були спрямовані відповідно до висновку військово-лікарської комісії для подальшого надання їм медичної допомоги або проведення медико-психологічної реабілітації до медичних закладів, розташованих за межами України (США – 58,3%, Німеччина – 25%, Турція – 16,7%).

У період дії воєнного стану військовослужбовці мають право на безоплатне отримання медичної послуги, пов'язаної із забезпеченням реалізації їхнього права на біологічне батьківство (материнство), зокрема на здійснення забору, кріоконсервації та зберігання їхніх репродуктивних клітин на випадок втрати репродуктивної функції. Такою допомогою скористалося 7 (15,5%) військовослужбовців чоловічої статі.

Допомога у зборі документів для військово-лікарської комісії забезпечена 13 УБД, на навчання спрямовано 11 УБД, організовано 9 виїздів на іпотерапію, 19 УБД пройшли арт-терапію та групові заняття з ручної ліпки з глини.

У роботі медичної сестри важливо вчасно виявити і попередити явище емоційного вигорання для забезпечення якісного виконання нею функціональних обов'язків та для створення належного медсестринського догляду за пацієнтом. Визначення рівня емоційного вигорання медичних сестер з використанням спеціальних методик є важливим, оскільки людина не завжди може повною мірою усвідомити свій емоційний стан

Нами проведено дослідження частоти та клінічних ознак синдрому вигорання медичних сестер центру кризових станів для учасників бойових дій. Дослідження проведено на базі центру кризових станів ОКНП «Чернівецька обласна психіатрична лікарня» впродовж 2023-2024 років. В

досліджені взяли участь 17 медичних сестер (перша група) та 17 медичних сестер інших відділень лікарні (друга група) шляхом їх анкетування за анкетой В.В.Бойка.

Виділено дві групи клінічних ознак: фізичні симптоми (70,5% у першій групі осіб та 27,2% у другій групі осіб), психологічні симптоми (41,2% першій групі осіб та 18,2% у другій групі осіб). Серед фізичних симптомів у медичних сестер першої групи частіше траплялися наступні: постійна втома (76,4%), головний біль (головний біль (70,5%), сонливість (58,8%), дещо рідше безсоння, зміна маси тіла. У випадку медсестрами (братами) – це може мати дуже небезпечні наслідки, адже медик завжди повинен мати швидку реакцію і ясний розум, щоб не нашкодити пацієнту. Психологічні симптоми траплялися дещо рідше, однак у 35,2% середніх медичних працівників відзначалася апатія, песимізм почуття тривоги у 29,4% - дратівливість, депресія, страх не впоратися зі своїми обов'язками. Варто зауважити, що у кожного п'ятого медичного працівника відділення центру кризових станів траплялася третя стадія синдрому професійного вигорання – виснаження. У осіб другої групи дослідження ознаки синдрому професійного вигорання траплялися вірогідно рідше та частіше на першій фазі.

За отриманими результатами, обстежені були розподілені на три групи :

- 1) перша, Г1 (11 осіб) — медичні сестри без ознак професійної дезадаптації та з низьким рівнем емоційного вигорання (рекомендовано проведення консультативної роботи превентивного спрямування);
- 2) друга, Г2 (10 осіб) — медичні сестри з ознаками професійної дезадаптації та помірним рівнем емоційного вигорання (цей рівень потребує медико-психологічної допомоги фахівців із реадаптації);
- 3) третя, Г3 (7 осіб) — медичні сестри з клінічно окресленою й виразною професійною дезадаптацією та високим рівнем емоційного вигорання (потребують обов'язкового втручання фахівців для невідкладних медико-психологічних заходів, впровадження програми з реадаптації або зміни професійної діяльності).

Медичні сестри (брати) центру гострих кризових станів за умов військового стану мають високий рівень показників за всіма складовими синдрому професійного вигорання, що, в основному, можна пояснити постійним спілкуванням із пацієнтами та їхніми родичами.

Дослідження показало, що більшість медичних працівників, які брали участь в опитуванні, задоволені своїм життям. Це свідчить про те, що медичні сестри мають позитивне ставлення до свого життя та роботи. У 21% досліджуваних не задоволені своїм життям. Це може бути пов'язано з різними факторами, такими як високий рівень стресу, вигорання, негативний вплив роботи на особисте життя, недостатня оплата праці, проблеми в сім'ї.

Проблема емоційного вигорання медичних фахівців є надзвичайно актуальною, але у зв'язку з іншими більш нагальними питаннями у галузі охорони здоров'я, їй не завжди приділяється належна увага. У більшості випадків кожний медик з цією проблемою намагається впоратися самостійно, що не завжди є результативним. Наслідком емоційного вигорання є те, що висококваліфіковані професіонали залишають сестринську справу, в результаті чого, знижується якість надання медсестринської допомоги.

Підтримка та забезпечення медичних сестер необхідними знаннями та вміннями протидіяти професійному стресу та емоційному вигоранню збереже кваліфіковані кадри для галузі охорони здоров'я нашої держави.

Медичні сестри є найбільш численною категорією працівників охорони здоров'я. Якщо наводити аналогію, я б порівняла медичних сестер із фундаментом для реалізації доступної, безпечної та ефективної медичної допомоги.

Нині надзвичайно велика потреба в суспільстві в наданні реабілітаційних послуг. Важливим та необхідним є включення медичних сестер/братів до складу реабілітаційних міждисциплінарних команд з організації стрес-менеджменту для осіб із ПТСР, зокрема УБД.

Мультидисциплінарний підхід до діяльності сестринського персоналу полягає в тому, що медсестра стає рівноправним членом міждисциплінарної бригади та активним учасником лікувально-реабілітаційного процесу. Роль медсестри з реабілітації особливо важлива, оскільки саме вона проводить з пацієнтом більше часу, ніж будь-які інші фахівці, різні сторони його життя і таким чином отримує повне уявлення про організації стрес-менеджменту, стежить за дотриманням етапності реабілітаційних заходів.

Процес реабілітації передбачає взаємодію між спеціалістами реабілітаційного відділення в розробці реабілітаційної програми з метою відновлення тимчасово втрачених функцій пацієнта або з метою адаптації пацієнта до нових умов життя та/або праці в результаті повністю втрачених функцій. Зусилля спеціалістів реабілітаційного відділення (лікаря ЛФК, фізіотерапевта, психолога, соціального педагога, логопеда, ерготерапевта, медичної сестри) спрямовані на максимальне відновлення здатності пацієнта до самообслуговування, трудової діяльності, спілкування, відпочинку.

Нами виокремлено функції медичної сестри в складі таких команд:

13. Визначати медичні, психологічні, духовні, соціальні, у тому числі побутові, проблеми пацієнта із ПТСР.
14. Самостійно вести спрямовану психологічну бесіду з УБД.
15. Вміти збирати сестринський анамнез хвороби та життя у пацієнтів із ознаками ПТСР, оцінювати психологічний стан хворого з формулюванням висновку експериментально-психологічного обстеження.
16. Визначити вид ПТСР і типи реагування пацієнта на захворювання.
17. Формувати адекватне відношення до захворювання у пацієнта з урахуванням віку і підтримувати його на всьому протязі лікувально-діагностичного процесу.
18. Диференціювати психологічні особливості хворих з ПТСР, визначати необхідність психологічної корекції з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта та віку.

19. Давати психогігієнічні поради пацієнту з клінічними проявами ПТСР.
20. Виробити тактику спілкування з хворими та їх родичами з урахуванням принципів сестринської етики та деонтології.
21. Особливості спілкування з батьками дітей із ПТСР.
22. Оцінити і провести корекцію взаємовідносин хворого на ПТСР з медичним персоналом.
23. Вміти впроваджувати заходи первинної психопрофілактики синдрому емоційного вигорання в медичному середовищі.
24. Виявляти та оцінювати фактори ризику для здоров'я пацієнта та членів його сім'ї, консультує з питань зменшення їх впливу на здоров'я.
13. Здійснює заходи щодо відновлення адаптаційних можливостей пацієнтів із урахуванням його психофізіологічного стану, навчає пристосуванню до обмежених можливостей, самообслуговування та само догляду.
14. Консультує пацієнта та його сім'ю щодо організації дієтичного харчування, дотримання рекомендацій лікувально-оздоровчого режиму, що призначаються на період відновлення організму.

Спираючись на теоретичний аналіз та результати експериментального дослідження, нами розроблені методичні рекомендації щодо проведення профілактичних заходів для зниження рівня ПТСР в УБД:

- Встановити довірчий безпечний контакт, що дає право на отримання доступу до травматичного досвіду, що ретельно охороняється.
- Надавати допомогу у звільненні від спогадів про травму.
- Надавати допомогу у здобутті контролю за емоційними реакціями.
- Надавати допомогу у зниженні тривоги та відновленні почуття особистісної цілісності.
- Допомогати УБД адаптуватися і знайти травматичній події, що сталася, належне місце в житті.
- Навчити військового методам релаксації, оскільки почуття тривоги і напруження часто супроводжує його тривалий час після травми.

Командна робота у сестринській практиці є ключовим фактором у досягненні багатьох цілей, командна робота може допомогти знизити рівень стресу та підвищити рівень задоволення від роботи. Завдання, які може вирішити командна робота, якщо впровадити її у сестринську практику:

- розподіл завдань та відповідальності між членами команди може знизити навантаження кожного члена команди та допомогти ефективніше використати час та зусилля;
- взаємодія та підтримка колег у команді можуть допомогти медичній сестрі почуватися впевненіше, що може знизити рівень стресу;
- командна робота може сприяти створенню сприятливої робочої атмосфери, де кожен член команди відчуває підтримку та повагу з боку колег;
- взаємодія між членами команди сприяє обміну досвідом та знаннями, що може підвищити рівень професійної компетентності та впевненості у своїх здібностях;
- командна робота може допомогти медичній сестрі відчувати себе частиною спільної мети та місії, що може підвищити рівень мотивації та задоволення від роботи.

Тому розвиток навичок командної роботи середнього медичного персоналу може стати добрим фундаментом, завдяки якому зросте загальний рівень компетенцій працівників та підніметься планка надання медичної допомоги.

Мультидисциплінарний підхід при організації реабілітації не тільки робить медсестру активним учасником лікувально-реабілітаційного процесу, але і виставляє до неї високі вимоги – попередити, полегшити, зменшити або звести до мінімуму проблеми і труднощі, що виникають у пацієнта у процесі реабілітації. Спрямованість дій медсестри залежить від наявних у пацієнта проблем. Впровадження сестринського процесу у реабілітацію пацієнтів – необхідна умова здійснення професійного догляду, оскільки дозволяє

покращити якість сестринської допомоги та позитивно впливає на якість життя пацієнта, пов'язане зі здоров'ям.

Висновки

Однією з найактуальніших проблем українського суспільства є проблема вивчення посттравматичних станів УБД і розробка на цій основі медико-психологічної реабілітації та соціально-психологічної реадaptaції.

1. Серед всієї когорти УБД ПТСР діагностувався найчастіше (62,9%), гостра реакція на стрес – у 10,1% осіб, у решти (26,9%) – розлади адаптації.

2. Частіше (39,5%) траплявся тривожний варіант ПСТР (високий рівень невмотивованої тривоги, нав'язливі переживання, вегето-судинні парсиксизми).

Найбільш вираженим критерієм прояву ознак ПТСР є субшкала «фізіологічна збудливість» (34,6%), субшкала «уникання» реєструвалася у 29,8% учасників бойових дій, субшкала «вторгнення» - у 21,4%, субшкала «провини» - у 14,2»%.

3. Поширеність тривожних і депресивних розладів в УБД висока: у 91,3% були відзначені ознаки субклінічної та клінічної депресії, у 100% - високий рівень тривожності, у 13,1% - панічні атаки.

4. Реабілітаційна допомога учасникам бойових дій проводиться за трьома рівнями: соціально-психологічна підтримка, надання соціальних послуг, зокрема соціального супроводу, соціальної адаптації та консультування (100% осіб); психологічна реабілітація (88,8% осіб); комплексна медико-психологічна реабілітація (77,7% осіб).

5. Розвиток навичок командної роботи середнього медичного персоналу є фундаментом для зростання загального рівня компетенцій медичної сестри. Медична сестра в складі мультидисциплінарної бригади виконує роль координатора діяльності інших фахівців та здійснює соціально-реабілітаційні й сестринські функції. Виконання цих різноманітних завдань потребує набуття відповідних компетентностей.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Необхідно проводити анкетування медичних сестер із метою виявлення ознак синдрому професійного вигорання та проводити профілактичні заходи залежно від виділеної групи:

1) I - медичні сестри/медичні брати, які не мають ознак професійної дезадаптації та з низьким рівнем професійного вигорання (консультативна робота профілактичного спрямування);

2) II - медичні сестри/медичні брати, які мають ознаки професійної дезадаптації та помірний рівень емоційного вигорання (медико-психологічна допомога фахівців з реабілітації);

3) III - медичні сестри/медичні брати, які мають клінічні ознаки та виразну професійну дезадаптацію з високим рівнем емоційного вигорання (необхідне втручання спеціалістів для невідкладної медико-психологічної допомоги, проходження програми реадaptaції або зміна професійної діяльності).

2. Залучати медичних сестер/братів до складу реабілітаційних міждисциплінарних команд з організації стрес-менеджменту для осіб із ПТСР.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Герасименко ЛО. Посттравматичний стресовий розлад. НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія 2021;8: 27-32.
2. Герасименко ЛО. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: навч. посіб. / Л. О. Герасименко, А. М. Скрипніков, Р. І. Ісаков. -К.: «Медицина», 2023.- 120 с.
3. Богомолець ОВ. Поширеність та структура посттравматичних психічних порушень в учасників бойових дій. Нейроnews: психоневрологія та нейропсихіатрія. 2017;4(88):54-57.
4. Богомолець ОВ. Поширеність та структура посттравматичних психічних порушень в учасників бойових дій / ОВ Богомолець, ІЯ Пінчук, АК Ладик-Бризгалова. Архів психіатрії. 2016; 2:11-15.
5. Даник ЮГ. Інструментальне виявлення і діагностика стрес—асоційованих та посттравматичних стресових розладів / Ю. Г. Даник, О. В. Зборовська. Одеський медичний журнал. 2019;1:61-65.
6. Даник ЮГ. Методика апаратно-інструментального виявлення та діагностики стрес-асоційованих та посттравматичних стресових розладів / Ю. Г. Даник, О. В. Зборовська. Укр. жури, медицини, біології та спорту. 2019;4(2): 114-121-125 .
7. Охорона психічного здоров'я в умовах війни : у 2 т. / [пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова та ін.]. - К. : Наш формат, 2017. - Т. 1. - 2017. - 579 с.
8. Данілевська Н. В. Сучасні особливості посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців ЗСУ / Н. В. Данілевська. Медична психологія. 2018;13(3): 64-66.
9. Агаєв НА. Досвід роботи в армії США та арміях інших країн щодо недопущення втрат особового складу з причин, не пов'язаних із виконанням завдань за призначенням: (методичний посібник).— К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2018. – 156 с.

10. Meta-Analysis of Risk Factors for Combat-Related PTSD among Military Personnel and Veterans / C. Xue, Y. Ge, B. Tang etc. // PLOS One. - 2015. - Vol. 10, № 3. - P. 1-21. - Режим доступу : URL : df <https://europepmc.org>
11. Solomon Z. Exposure to recurrent combat stress: combat stress reactions among Israeli soldiers in the Lebanon War / Z. Solomon, M. Mikulincer, B. R. Jakob. Psychological Medicine. 1987;17,2:433-440.
12. Bricknell M. Military Combat Mental Health Framework / M. Bricknell // BMJ Military Health. - 2021. - Vol. 167, № 3. - P. 201-203.
13. Hoge C.W. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care / C.W. Hoge, C.A. Castro, S.C. Messer [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2004. – Vol.351, N 1. – P. 13–22.
14. Особливості організації медико-психологічної реабілітації військовослужбовців в країнах-членах та партнерах НАТО / А. В. Швець [та ін.] // Український журнал військової медицини = Ukrainian journal of military medicine. - 2021.- Vol. 2, № 4. - С. 26-39
15. Kokun O. Examination of military personnel's changed psychological states during long-term deployment in a war zone IO. Kokun; I. Pischko; N. Lozinska // Anales de psicologia. - 2022. - Vol. 38, № 1. - P. 191-200.
16. Prykhodko I. The model of psychological safety of a soldier's personality / I. Prykhodko // Current issues in personality psychology. - 2022. - Vol. 10, № 2. - P. 112-122.
17. Costello M. M. Civilian and Military Mental Health Concerns in Ukraine / M. M. Costello, D. J. West, S. Szydlowski // Clinical Social Work and Health Intervention. — 2023. - Vol. 14, iss.1.-P. 34-36.
18. В Україні статусу учасника бойових дій набуло 329,5 тис. осіб – Держслужба у справах ветеранів. – [Електронний ресурс].– Режим доступу: <http://gordonua.com/ukr/news/war/v-ukrajini-status-uchasnika-bojovih-dij-otrimali-329-5-tis-osib-derzhsluzhba-po-spravah-veteraniv-239471.html>.

19. Умярова К. Ю. Посттравматичний стресовий розлад як проблемне питання надання допомоги військовослужбовцям — учасникам бойових дій Український журнал військової медицини = Ukrainian journal of military medicine. — 2022. — Vol. 3, № 3 (додаток). — С. 77—78. 201.
20. Мошонська ДВ. Стрес в умовах війни та можливі шляхи його опанування. Scientific Collection «InterConfii. 2023;158:189-192.
21. Кожина Г, Друзь О, Зеленська К, Черненко І. Сучасна модель формування постстресових розладів в учасників бойових дій. Медицина сьогодні і завтра. 202;86(1):39-45.
22. Clinical and polysomnographic features of trauma associated sleep disorder I M. S. Brock, P. Matsangas, J. L. Creamer et al. // Journal of Clinical Sleep Medicine. - 2022. - Vol. 18, № 12. — P. 2775-2784.
23. Михайлов БВ. Війна в Україні: патоморфоз психічних і поведінкових розладів / БВ. Михайлов, СА. Риженко, СМ. Мороз. - Київ : Дніпро, 2019. -377 с.
24. Ковальчук ОП. Реакції бойового стресу у військовослужбовців [Електронний ресурс] / О. П. Ковальчук, Р. А. Мороз // Філософсько-соціологічні та психолого-педагогічні проблеми підготовки особистості до виконання завдань в особливих умовах, 5 листоп. 2020 р. / МО України, Нац. ун-т оборони України імені Івана Черняховського, Ін-т психології імені Г. С. Костюка НАГІН України. - Київ, 2020. - С. 129-130.
25. Корня ЛВ. Теоретичний аналіз проблеми бойового стресу [Електронний ресурс] / Л. В. Корня // Філософсько-соціологічні та психологопедагогічні проблеми підготовки особистості до виконання завдань в особливих умовах, 5 листоп. 2020 р. / МО України, Нац. ун-т оборони України імені Івана Черняховського, Ін-т психології іме

- 26.Герасименко ЛО. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації : навч. посіб. / Л. О. Герасименко, А. М. Скрипніков, Р. І. Ісаков. - Київ: Медицина, 2023.-119 с
- 27.Жигайло Н. Психологічний супровід військовослужбовців у зоні ведення бойових дій / Н. Жигайло, О. Матеюк // Вісник Львів, ун-ту. Серія психологічні науки. - 2022. Випуск 13. - С. 64—70.
- 28.Вархола РІ. Бойовий стрес, психологічні детермінанти його виникнення [Електронний ресурс] / Р. І. Вархола // Філософсько-соціологічні та психолого-педагогічні проблеми підготовки особистості до виконання завдань в особливих умовах, 5 листоп. 2020 р. / МО України, Нац. ун-т оборони України імені Івана Черняховського, Ін-т психології імені Г. С. Костюка НАПН України. - Київ, 2020. - С. 50-53.
- 29.Бондарев ГВ. Основи військової психології: навч. посіб. І Г. В. Бондарев, П. П. Круть ; Харків, нац. ун-т внутр. справ. - Харків, 2020.- 272 с.
- 30.Класифікація психічних розладів МКХ-10 [Електронний ресурс]. – Режим доступу:<http://mkh10.com.ua>.
- 31.Карамушка ЛМ. Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати : метод, рекомендації. — Київ: Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2022. - 52 с.
- 32.Марущенко КЮ. Психогігієнічні кореляти прогнозування професійної придатності військовослужбовців до діяльності в екстремальних умовах/ К. Ю. Марущенко, А. В. Швець. Український журнал військової медицини = Ukrainian journal of military medicine. - 2022. - Vol. 3, № 3 (додаток).- С. 25-28.
- 33.Михайлов БВ. Війна в Україні: патоморфоз психічних і поведінкових розладів / Б. В. Михайлов, С. А. Риженко, С. М. Мороз. - Київ : Дніпро, 2019. -377 с.

34. Психологія екстремальних та кризових ситуацій: навч.-метод. посіб. / О. Г. Романовський, А. І. Черкашин, Л. М. Грень та ін. - Харків: Видавництво Іванченка І. С., 2022. - 356 с.
35. Психологія суїцидальної поведінки військовослужбовців / Я. В. Мацегора, О. С. Колесніченко, І. І. Приходько [та ін.]; Нац. акад. Нац. гвардії України. - Харків : НА НГУ, 2021. - 363 с.
36. Сироп'яіпов О.Г. Особливості медико-психологічного супроводу військовослужбовців / О. Г. Сироп'яітов, О. М. Шемчук // Український журнал військової медицини = Ukrainian journal of military medicine. - 2020. - Vol. 1, №3. - С. 119.
37. Технологія формування морально-психологічних якостей військовослужбовців засобами фізичної підготовки / С. В. Романчук [та ін.] // Український журнал медицини, біології та спорту. - 2021. - Т. 6, № 2(30). - С. 284-290.
38. Марута Н.О. Інформаційно-психологічна війна як новий виклик сучасності: стан проблеми та напрямки її подолання / Н. О. Марута, М. В. Маркова. Український вісник психоневрології. - 2015. - Т. 23, вин. 3 (84). - С. 21-28. 12.
39. Матіос А.А. На психологічну реабілітацію учасників АТО держбюджетом передбачено 109 млн. 56 тис., але немає нормативних документів для надання таких послуг / А.А. Матіос // Цензор.Нет. Політика України, здоров'я. - 2018. - № 4 [Електронний ресурс]. - Режим доступу
40. Мінсоцполітики та Національна гвардія уклали Меморандум про співпрацю [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://www.msp.gov.ua/news/15529.html>.
41. Наказ МВС від 08.12.2016 № 1285 «Про затвердження Положення про психологічне забезпечення в Національній гвардії України» [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0080-17>.

- 42.Офіційне повідомлення про статус військового капелана в УГКЦ [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://kapelanstvo.org.ua>.
- 43.Пам'ятка учасникам російсько-української війни // ГОВПО «Юридична Сотня», 2018. – 204 с.
- 44.Про реабілітацію інвалідів в Україні: закон України від 23 липня 2014 року № 1609-VII- ВР //Відомості Верховної ради України. – 2014. – № 36. – С.1193) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1609-18/print>.
- 45.Психологічна реабілітація воїнів АТО: Подобиці державної програми [Електронний ресурс].
- 46.Толстая ТЮ. Клінічна феноменологія тривожних розладів у вимушених переселенців / Т. Ю. Толстая. Укр. вісн. психоневрології. - 2021. - Том 29, вип. 4.-С. 33-35.
- 47.Психологічні фактори ризику виникнення психічних розладів у внутрішньо переміщених осіб / Н. О. Марута, Г. Ю. Каленська, В. Ю. Федченко [та ін.] // Львівський клінічний вісник / Lviv clinical bulletin. - 2020. -№ 1 (29). -С. 21-28.
- 48.Патогенетично обґрунтовані психотерапевтичні мішені розладів адаптації в молодих осіб - вимушених переселенців / Г. М. Кожина [та ін.] // Медицина сьогодні і завтра = Медицина сегодня и завтра. - 2020. - № 2. - С. 36-41.
- 49.Могильова НМ. Особливості психічного здоров'я та психологічної адаптації внутрішньо переміщених осіб в умовах війни: досвід України / Н. М. Могильова // Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права. - 2023. - Вип. 2. - С. 81-85. - DOI: <https://doi.Org/10.51547/ppp.dp.ua/2023.2.12>
- 50.Кушнікова СВ. Психологічна підтримка вимушених переселенців в умовах війни / С. В. Кушнікова // Наукові перспективи.-2022. -№ 11(29). - С. 419-428.

- 51.Каряка ІВ. Психокорекційні засоби подолання та попередження депресії у військовослужбовців / І. В. Каряка, Л. В. Доценко // Вісник Національного університету оборони України. — 2023. - № 1. — С. 79-84.
- 52.Романюк ОО. Посттравматичний стресовий розлад як наслідок впливу бойового стресу на військовослужбовців / О. О. Романюк // Вісн. Нац. унту оборони України : зб. наук. пр. / Нац. ун-т оборони України ім. Івана Черняхівського.-Київ, 2020. -Вип. 5. -С. 161-165.
- 53.Fel S. Relationship between Socio-Demographic Factors and Posttraumatic Stress Disorder: A Cross Sectional Study among Civilian Participants' Hostilities in Ukraine I S. Fel, K. Jurek, K. Lenart-Klos // Int J. Environ. Res. Public Health. - 2022. - Vol. 19, № 5. — P. 1-19.
- 54.Forbes D. Treatment ofmilitaiy- related post-traumatic stress disorder: challenges, innovations, and the way forward / D. Forbes, D. Pedlar, A. B. Adler et al. // International Review ofPsychiatry. - 2019. - Vol. 31, № 1. - P. 95-110.
- 55.STRONG STAR and the Consortium to Alleviate PTSD: Shaping the future of combat PTSD and related conditions in military and veteran populations / A. L. Peterson, S. Young-McCaughan, J. D. Roache etc. // Contemporary Clinical Trials. - 2021. - Vol. 110. - P. 1-9.
- 56.Vianez A. Virtual Reality Exposure Therapy for Armed Forces Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Focus Group / A. Vianez, A. Marques, Sirnoes de Almeida // Int. J. Environ. Res. Public Health. - 2022. — Vol. 19, № 1. - P. 1-16.
- 57.The Redesign and Validation of Multimodal Motion-Assisted Memoiy Desensitization and Reconsolidation Hardware and Software: Mixed Methods, Modified Delphi-Based Validation Study / C. Jones, L.Smith-MacDonald, M. Brown etc. // JMIR Human Factors. — 2022. — Vol. 9, № 3. — P. 1—19.

58. The roles of personality and resilience in associations between combat experiences and posttraumatic stress disorder among Canadian Armed Forces Veterans / R. A. Plouffe, A. Nazarov, C. A. Forchuk et al. // Personality and Individual Differences. - 2023 May. - Vol. 206:55.
59. Hitch C. Enablers and barriers to military veterans seeking help for mental health and alcohol difficulties: A systematic review of the quantitative evidence / C. Hitch, P. Toner, C. Armour // Journal of Health Services Research & Policy. - 2023. - Vol. 28, №3. - P. 197-211.
60. In-office, in-home, and telehealth cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in veterans: a randomized clinical trial / A. L. Peterson, J. Mintz, J. C. Moring et al. // BMC Psychiatry. - 2022. - Vol. 22, № 1. - P. 1-11.
61. Massed vs intensive outpatient prolonged exposure for combat-related posttraumatic stress disorder: A randomized clinical trial / A. L. Peterson, N. H. Blount E. B. Foa et al. // JAMA Network Open. - 2023. - Vol. 6, № 1. - e2249422.
62. Theoretical and methodological principles of providing medical and psychological assistance in the conditions of armed conflicts: experience for Ukraine / N. Korylchuk, I. Vlasenko, I. Livandovska etc. // Amazonia Investiga. - 2022. - Vol. 11, № 60. — P. 135-144.
63. Vianez A. Virtual reality exposure therapy for armed forces veterans with posttraumatic stress disorder: A systematic review and focus group / A. Vianez, A. Marques, R. S. de Almeida // International Journal of Environmental Research and Public Health. - 2022. - Vol. 19, № 1. - 464.
64. Virtual reality exposure therapy (VRET) is an emerging treatment for people diagnosed with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) due to the limited accessibility of psychotherapies.
65. War-Psychological Skills for Coping with Traumatic Events: Helping Ukraine / Y. Rybinska, M. Antonivska, O. Serbova etc. // Brain. Broad

- Research in Artificial Intelligence and Neuroscience. - 2023. — Vol. 14, iss. 1. - P. 88-104.
66. Diagnostic markers and scale of differential diagnosis of socially-disadaptative post-combat syndrome / N. Danilevska, Y. Asieieva, O. Chusova et al. // Amazonia Investiga. - 2023. - Vol. 12(68). - P. 93-102.
67. Mental Health of the Individual in the Conditions of Martial Law / T. Skrypachenko, L. Lytvynenko, O. Prokofieva etc. // BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience. - 2023. - Vol. 14, iss. 1. - P. 220-230.
68. Rosales R. Spinal cord stimulation for neuropathic pain following traumatic spinal cord injury: a case report / R. Rosales, E. Amirianfar, M. Appeadu et al. // Spinal Cord Series and Cases. - 2022. - Vol. 8, № 1. - 4 p.
69. Mental Health Consequences of Traumatic Brain Injury / J. R. Howlett, L. D. Nelson, M. B. Stein // Biological Psychiatry. - 2022. - Volume 91, Issue 5. - P. 413- 420.
70. Голованова ІА. Аналіз думки лікарів та пацієнтів - учасників АТО щодо необхідності психологічної реабілітації / І. А. Голованова, О. Д. Гавловський // Вісн. пробл. біол. і медицини. - 2021. - № 1. - С. 351-354.
71. Черненко І. І. Динаміка розвитку посттравматичного стресового розладу (ИТСР) в учасників бойових дій після отриманої бойової черепно-мозкової травми / І. І. Черненко, Ю. Ю. Фоменко // Психіатрія, неврологія та медична психологія. - 2023. - № 22. - С. 54-63.
72. Конституція України [Електронний ресурс] : прийнята на п'ятій сесії Верхов. Ради України 28 черв. 1996 р.: [ред. від 01.01.2020 р.] // Законодавство України / Верхов. Рада України. - Текст, дані. - Київ, 2020. - Режим доступу: (дата звернення: 19.02.2024). - Назва з екрана. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>
73. Закони України 2. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо підвищення доступності медичної та реабілітаційної

- допомоги у період дії воєнного стану [Електронний ресурс]: Закон України від 29.07.2022 № 2494-IX /Законодавство України. Верховна Рада України. - Текст, дані. - Київ, 2022. — Режим доступу: (дата звернення: 15.02.2024).
74. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні [Електронний ресурс] : Закон України від 6 жовт. 2005 р. № 2961-ІУ : [ред. від 01.01.2024 р.] / Законодавство України. Верховна Рада України. — Текст, дані. — Київ, 2024.
75. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей [Електронний ресурс] : Закон України від 20 груд. 1991 р. № 2011-ХП : [ред. від 05.10.2023 р.] / Законодавство України. Верховна Рада України. - Текст, дані. - Київ, 2023.
76. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року № 1057 «Порядок проведення психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції».
77. Національна стратегія розвитку системи фізкультурно-спортивної реабілітації ветеранів війни та членів їх сімей, сімей загиблих (померлих) ветеранів війни [Електронний ресурс] : затв. указом Президента України від 23 серп. 2020 р. № 342/2020 / Законодавство України. Верховна Рада України. - Текст, дані. — Київ, 2020.
78. Порядок здійснення реабілітаційних заходів [Електронний ресурс]: затв. постановою Кабінету Міністрів України від 19 січ. 2022 р. № 31 (в ред. постанови Кабінету Міністрів України від 04 жовт. 2022 р. № 1116) / Законодавство України. Верховна Рада України. - Текст, дані. - Київ, 2022.
79. Про затвердження Положення про пункти психологічної допомоги у ЗС України [Електронний ресурс]: наказ Головнокомандувача ЗС України від 28.07.2020 р. № 99 /Довідник з МПЗ : довід, для фахівців структур морал.- психол. забезпечення. - Текст, дані. - Київ, 2021. - 11 с.

- 80.Порядок організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах [Електронний ресурс] : затв. наказом М-ва охорони здоров'я України від 16.11.2022 р. № 2083 (в ред. наказу М-ва охорони здоров'я України від 02.12.2022 р. № 2194) / Законодавство України. Верховна Рада України. - Текст. дані. - Київ, 2022.
- 81.Вказівки щодо збереження психічного здоров'я військовослужбовців в зоні застосування військ (сил) та під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів) / [Верба А. В., Барбазюк О. А., Швець А. В. та ін.]; під заг. ред. головного психіатра МО України, доктора медичних наук О. В. Друзя, головного психіатра МВС України, доктора медичних наук В. С. Гічуна.-К., 2017. - 102 с.
- 82.Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 178-2019. Метод психосоціальної реабілітації стану військовослужбовців -учасників бойових дій з травматичними ушкодженнями магістральних судин кінцівок, що ускладнилися розладами адаптації / Г. М. Кожина, І. М. Стрельнікова, К. О. Зеленська та ін. - К., 2019. -4 с.
- 83.Перелік реабілітаційних установ, які надають послуги з психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції у 2018 р. [Електронний ресурс].
- 84.Проект «Україна–Норвегія» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.msp.gov.ua/news/12413.html?PrintVersion>.
- 85.Указ Президента України від 1 грудня 2016 року № 536/2016 «Про Уповноваженого Президента України з питань реабілітації учасників антитерористичної операції, які одержали поранення, контузію, каліцтво або інше захворювання під час участі в антитерористичній операції» / Верховна Рада України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.president.gov.ua/documents/5362016-20822>.

86. DanielMc.E.G. Psychological response to disasters / DanielMc.E.G, BaskettP., WellerR. (Eds.) // Medicine for Disasters. – London, Boston: Wriqth. – 1988. – С. 231-245.
87. Черненко І. І. Особливості реабілітації хворих після бойової черепномозкової травми / І. І. Черненко // Психіатрія, неврологія та медична психологія. - 2022. - № 20. - С. 19-24.
88. Крук І. М. Сучасний погляд на психологічну реабілітацію військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом / І. М. Крук, І. М. Григус // Rehabilitation and Recreation. - 2023. - № 15. - С. 50-56. - DOI: <https://doi.Org/10.32782/2522-1795.2023.15.6>
89. Трансформація відчуттів, пов'язаних з рівнем емоційного вигорання, при відновленні функціонального стану військовослужбовців в умовах стаціонарного лікування / В. В. Кальниш [та ін.] // Український журнал з проблем медицини праці. - 2021. - Том 17, № 2.-С. 84-92.
90. Прогностична оцінка потреби у медичній реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України на основі даних структури їх бойової травми. В. Швець [та ін.]. Український журнал військової медицини = Ukrainian journal of military medicine. - 2022. - Vol. 3, № 3. — 54 С. 110-117.
91. Підлужна С.А. Психологічна реабілітація військовослужбовців з бойовими психогенними травмами /С. А. Підлужна, Н. О. Корчан // Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти», 24 лют. 2023 р., м. Полтава / Полтава, 2023. - С. 74-78.
92. Організація реабілітації військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом: аналіз зарубіжних підходів та вітчизняного досвіду / І. Б. Заболотна, С. Г. Гуца, І. К. Бабова [та ін.] // Актуальные проблемы транспортной медицины. - 2021. - № 2 (64). - С. 32-44.
93. Мішура С. С. Комплексна реабілітація пацієнтів із посттравматичним головним болем внаслідок мінно-вибухової травми / С. С. Мішура, С.

- А. Меленчук // Укр. наук.-мед. молодіжний журнал. - 2022. - Спецвип. № 3. - С.36-37
94. Медико-психологічна реабілітація військовослужбовців в умовах російсько-української війни: етнопсихологічний дискурс, національні перспективи громадського здоров'я / інтерв'ю М. М. Матяш // Укр. мед. часопис.- 2023. -Том 2, № 1 (Спецвип.). — С. 6-9.
95. Крячкова Л. В. Актуальність вивчення чутливості системи охорони здоров'я в процесі реабілітації військовослужбовців - учасників бойових дій / Л. В. Крячкова, Р. П. Хаїтов // Клінічна та профілактична медицина. - 2022. - №2.-С. 103.
96. Котвіцька А. А. Основні напрямки медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій / А. А. Котвіцька, Н. М. Кононенко, В. В. Чікіткіна // Український журнал медицини, біології та спорту. - 2022. - Т. 7, № 6 (40). - С. 16-22.-001: 10.26693/ітБ507.06.016
97. Гончаренко Н. В. Особливості та структура медико-психологічної реабілітації військовослужбовців за наявності посттравматичного стресового розладу / Н. В. Гончаренко, І. Ф. Гончаренко // Український журнал військової медицини = Ukrainian journal of military medicine. - 2021. - Vol. 2, № 3 дод. - С. 47-48.
98. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод, посіб. / О. М. Кокун [та ін.] -К. : 7БЦ, 2023. - 175 с.
99. Зеленська К. О. Персоніфікована програма корекції постстресових розладів у різних категорій осіб, які пережили бойові дії (комбатантів та волонтерів) / К. О. Зеленська // Укр. вісн. психоневрології. — 2021. — Том 29, 39 вип. 4.- С. 27-29. 234.
100. Лагутіна С, І. Дослідження здоров'я сну постраждалих від війни в Україні за допомогою цифрового інструменту / С.І. Лагутіна // Психіатрія, неврологія та медична психологія.- 2023.-№ 21. -С. 32-33.

101. Особливості проявів бойових стресових розладів у поранених військовослужбовців Збройних сил України - учасників бойових дій = Peculiarities of manifestations of combat stress disorders in wounded soldiers of the Armed Forces of Ukraine - combatants / Л. В. Радецька [та ін.] // Медсестринство.- 2020. -№ 4.-С. 23-26
102. Посттравматичний стресовий розлад у медичних працівників: ознаки, причини, профілактика та лікування (огляд літератури) / Є. Є. Тімченко [та ін.] // Запорізьк. мед. журнал. - 2022. - Т. 24, № 3. - С. 343-353.
103. Посттравматичний стресовий розлад під час війни: можливості розширення терапевтичного діапазон. Здоров'я України. 2023; 17 (553):20.
104. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: метод, посіб. / Н. А. Агаєв, О. М. Кокун, І. О. Пішко [та ін.]. — Київ, 2016. — 234 с.
105. Блінов О. А. Інноваційний психологічний інструментарій діагностики, психотерапії та психокорекції бойового стресу : навч.-метод. посіб. / О. А. Блінов ; Ін-т психології імені Г. С. Костюка НАПН України, Нац. авіац. ун-т. - Київ : Талком, 2020. - 129 с.
106. Блінов ОА. Опитувальник бойового стресу Блінова О. А. (ОБСБ) : наук.-метод. вид. / О. А. Блінов ; Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, Нац. авіац. ун-т. -Київ : Талком, 2019. — 35с.
107. Безшейко ВГ. Адаптація шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції» / В. Г. Безшейко // HefiroNEWS. - 2018.-№ 3. - С. 30-31.
108. Блінов ОА. Опитувальник скринінгу посттравматичного стресового розладу (ОС ПТСР) : наук.-метод. вид. / О. А. Блінов, С. Д. Максименко, І. О. Черненко ; Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, Нац. авіац. ун-т, Нац. військ.-мед. клініч. центр "ГВКГ". — Київ:Талком, 2019. - 22 с.

Міссісіпська шкала для бойового ПТСР (за DSM-III)

Опис методики. Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (Mississippi Scale) – опитувальник-самозвіт, спочатку розроблений у 1987 р. Keane, Т. М. зі співавторами для діагностики ПТСР у військовослужбовців, які побували в зоні бойових дій [18]. У 1995 р. розроблений і опублікований цивільний варіант шкали, валідизований на вибірці цивільних осіб зі встановленим діагнозом ПТСР.

Міссісіпська шкала була створена на основі MMPI для діагностики ПТСР. 30 питань утворюють три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів ПТСР згідно DSM-III: 11 питань першої шкали описують симптоми групи вторгнення, 11 симптомів другої шкали – симптоми групи уникнення, 8 питань третьої шкали – симптоми збудливості. П'ять інших питань описують симптоми, пов'язані із почуттям провини і суїцидальних нахилів.

Опитувальник складається з 35 питань, відповіді на які даються за 5-бальною шкалою Лайккерта (від 1 до 5). Незважаючи на групування питань у чотири субшкали, вираховується лише один підсумковий коефіцієнт, вираженість симптомів ПТСР коливається від 35 до 175 балів. Частина питань має перевернуті значення, що дозволяє знизити встановлену випробуваного або заповнення бланка в довільному порядку.

Шкала стала поширеною на пострадянських теренах на початку 1990-х рр. у низці досліджень, присвячених вивченню психологічних наслідків аварії на ЧАЕС, а також проведених на контингенті ветеранів війни в Афганістані (Н. В. Тарабрина з співавт., 1992, 1994, 1996, 1997) [6].

Натепер методика використовується у діяльності психологів спецслужб, силових відомств, в роботі з особами, схильними до екстремальних психологічних навантажень (наприклад, рятувальникам). Слід диференціювати ПТСР від патологічних особистісних реакцій, декомпенсації неврозів, дебюту афективних і ендогенних процесів.

Інструкція: Нижче наводяться твердження, що узагальнюють різний досвід людей, які брали участь у бойових діях. У кожного твердження є шкала від 1 до 5. Користуючись цією шкалою, вкажіть, в якій мірі ви згодні або не згодні з цим твердженням. Дайте лише одну відповідь на кожне твердження: Абсолютно невірно, Іноді вірно, До деякої міри вірно, Вірно, Абсолютно вірно.

Обробка та інтерпретація результатів:

Кожен збіг з ключем оцінюється в один бал [5]:

Відповідь	Номера тверджень
Пункти, які рахуються у прямих значеннях	1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35
Пункти, які рахуються у зворотніх значеннях	2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34

Сумарний показник: 35-96 балів – хороший рівень адаптації;

97-111 балів – порушення адаптації;

112 балів і більше – посттравматичний стресовий розлад.

Рекомендовано звернутися у медичний центр або в центр психологічної реабілітації військовослужбовців.

Міссісіпська шкала для бойового ПТСР (за DSM-III)

Твердження	Абсолютно невірно	Іноді вірно	До деякої міри	Вірно
1. До служби в армії у мене було більше друзів ніж зараз	1	2	3	4
2. У мене немає почуття провини за те, що я робив під час служби в армії	5	4	3	2
3. Якщо хтось мене «виведе із себе», я швидше за все не стримаюся (застосую силу)	1	2	3	4
4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені проминуле, це виводить мене з рівноваги і завдає мені болю	1	2	3	4
5. Люди, які дуже добре мене знають, мене бояться	1	2	3	4
6. Я здатний формувати емоційно близькі стосунки з іншими людьми	5	4	3	2
7. Мені сняться ночами жахи про пережиті події на війні	1	2	3	4
8. Коли я думаю про деякі речі, які я робив в армії, мені просто не хочеться жити	1	2	3	4
9. Зовні я виглядаю бездушним	1	2	3	4
10. Останнім часом я відчуваю, що хочу покінчити з собою	1	2	3	4
11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли треба вставати.	5	4	3	2
12. Я задаю собі питання, чому я ще живий, тоді як інші загинули на війні	1	2	3	4
13. У певних ситуаціях я відчуваю себе так, як ніби я знову в армії	1	2	3	4
14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати	1	2	3	4
15. У мене таке відчуття, ніби я не можу рухатися	1	2	3	4
16. Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не чіпають	1	2	3	4
17. Мене як і раніше радують ті ж речі, що і раніше.	5	4	3	2
18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх	1	2	3	4
19. Я розумію, що після демобілізації можу продовжувати успішно працювати	5	4	3	2
20. Мені важко зосередитися	1	2	3	4
21. Я безпричинно плачу	1	2	3	4
22. Мені подобається бути у товаристві інших людей.	5	4	3	2
23. Мене лякають мої прагнення і бажання	1	2	3	4
24. Я легко засинаю.	1	2	3	4

25. Від несподіваного шуму я легко здригаюся	5	4	3	2
26. Ніхто, навіть члени моєї сім'ї, не розуміють, що я відчуваю	1	2	3	4
27. Я спокійна і врівноважена людина.	5	4	3	2
28. Я відчуваю, що про якісь речі, які я робив в армії, я не зможу розповісти кому-небудь, тому щось нікому не зрозуміти	1	2	3	4
29. Часом я вживаю алкоголь або снодійне, щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, які трапилися зі мною, коли я служив в армії	1	2	3	4
30. Я не відчуваю дискомфорту, коли знаходжусь у натовпі.	5	4	3	2
31. Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібниці	1	2	3	4
32. Я боюся засинати	1	2	3	4
33. Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що трапилося зі мною в армії	1	2	3	4
34. Моя пам'ять така ж гарна, як і раніше.	5	4	3	2
35. Мені складно проявляти свої почуття, навіть по відношенню до близьких	1	2	3	4

ПІП _____

Вік _____

Стать _____

“Ключ” Обробка результатів Загальний бал: $\Sigma 1 + \Sigma 2$. Оцінка за кожним пунктом – від одного до п'яти балів.

Підраховується сума відповідей на твердження (сумуються відповіді респондента на “прямі” твердження і відповіді за “зворотні” твердження. перекодовані наступним чином:

відповіді респондента – 1, 2, 3, 4, 5;

перекодовані відповіді – 5, 4, 3, 2, 1).

Відповідь Номера тверджень Сума пунктів, які рахуються в прямих значеннях

($\Sigma 1$): 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35

Сума пунктів, які рахуються у зворотних значеннях ($\Sigma 2$): 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34 165

Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) є визнаним інструментом самооцінки. Такий тест пацієнт може заповнити самостійно, чекаючи на прийом лікаря. Шкала була розроблена у 1983 році (автори Zigmond A.S. і Snaith R.P.) для визначення та оцінки

тяжкості симптомів депресії та тривоги в умовах загальноомедицинської практики. Переваги шкали HADS полягають у простоті застосування і обробки, що дозволяє рекомендувати для первинного виявлення (скринінгу) тривоги та депресії.

Інструкція: не звертайте уваги на цифри та літери, розташовані у лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження, і обведіть кружечком відповідну цифру зліва біля варіанта відповіді, яка найбільше відповідає тому, як Ви себе почували минулого тижня. Не роздумуйте занадто довго над кожним твердженням. Відповідь, яка першою приходить Вам в голову, завжди буде найбільш правильною. Час заповнення 20-30 хвилин.

1.Т Я відчуваю напруженість, мені не по собі.

3 Весь час.

2 Часто.

1 Час від часу, іноді.

0 Зовсім не відчуваю.

2.Д Те, що раніше приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття.

0 Безумовно це так.

1 Напевно, це так.

2 Лише в дуже малому ступені це так.

3 Це зовсім не так.

3.Т Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися.

3 Безумовно це так, і страх дуже сильний.

2 Це так, але страх не дуже сильний.

1 Іноді, але це мене не турбує.

0 Зовсім не відчуваю.

4.Д Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне.

0 Безумовно це так.

1 Напевно, це так.

2 Лише в дуже малому ступені це так.

3 Зовсім не здатний.

5.Т Неспокійні думки крутяться у мене в голові.

3 Постійно.

2 Велику частину часу.

1 Час від часу і не так часто.

0 Тільки іноді.

6.Д Я відчуваю бадьорість.

3 Зовсім не відчуваю.

2 Дуже рідко.

1 Іноді.

0 Практично весь час.

7.Т Я легко можу сісти і розслабитися.

0 Безумовно це так.

1 Напевно, це так.

2 Лише зрідка це так.

3 Зовсім не можу.

8.Д Мені здається, що я почав все робити дуже повільно.

3 Практично весь час.

2 Часто.

1 Іноді.

0 Зовсім ні.

9.Т Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння.

0 Зовсім не відчуваю.

1 Іноді.

2 Часто.

3 Дуже часто.

10.Д Я не стежу за своєю зовнішністю.

3 Безумовно це так.

2 Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно.

1 Може бути, я став менше приділяти цьому уваги.

0 Я стежу за собою так само, як і раніше.

11.Т Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися.

3 Безумовно це так.

2 Напевно, це так.

1 Лише в деякій мірі це так.

0 Зовсім не відчуваю.

12.Д Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення.

0 Точно так само, як і зазвичай.

1 Так, але не в тій мірі, як раніше.

2 Значно менше, ніж зазвичай.

3 Зовсім так не вважаю.

13.Т У мене буває раптове відчуття паніки.

3 Дуже часто.

2 Досить часто.

1 Не так уже часто.

0 Зовсім не буває.

14.Д Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо чи телепрограми.

0 Часто.

1 Іноді.

2 Рідко.

3 Дуже рідко.

“Ключ”

Субшкала Т – “тривога”: непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13.

Субшкала Д – “депресія”: парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Обробка результатів

Якщо пацієнт пропустив окремі пункти, перервав заповнення шкали на значний термін (кілька годин) або не вклався у відведений час, рекомендується провести повторне тестування з використанням нового бланку.

Шкала складається з 14 тверджень, які поділяються на дві шкали: “тривога” (непарні пункти –1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) і “депресія” (парні пункти –2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Кожному твердженню відповідають чотири варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна вираженість). Обробка результатів полягає в підрахунку сумарного показника за кожною шкалою.

Інтерпретація результатів

0-7 – норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії);

8-10 – субклінічно виражена тривога/депресія;

11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) була розроблена в 1983 році двома авторами (Zigmond A.S. і Snaith R.P.) з метою визначення та оцінки тяжкості симптомів депресії та тривоги в умовах загальномедичної практики. Переваги шкали HADS полягають у простоті застосування і обробки, що дозволяє рекомендувати її до використання для первинного виявлення (скринінгу) тривоги та депресії.

Госпітальна шкала тривоги і депресії: опис

Шкала складена з 14 тверджень, які обслуговують дві підшкали:

підшкала А – «тривога» (anxiety): непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13;

підшкала D – «депресія» (depression): парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають ступінь наростання симптоматики, – градації вираженості ознаки, і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 балів (відсутність) до 4 (максимальна вираженість).

HADS: інструкція

Бланк опитувальника видається респонденту для самостійного заповнення і супроводжується інструкцією такого змісту:

«Вчені впевнені в тому, що емоції відіграють важливу роль у виникненні більшості захворювань. Якщо ваш лікар більше дізнається про ваші переживання, він зможе краще допомогти вам. Цей опитувальник розроблений для того, щоб допомогти вашому лікареві зрозуміти, як ви себе почуваєте. Не звертайте уваги на цифри і букви, розміщені в лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження й у порожній графі зліва відзначте хрестиком відповідь, яка найбільше відповідає тому, як ви почувалися на минулому тижні. Не роздумуйте над кожним твердженням занадто довго – ваша перша реакція завжди буде найвірнішою».

Шкала депресії Гамільтона

Шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) заповнюється при проведенні клінічного інтерв'ю. Пункти шкали повинні відображати стан пацієнта протягом останніх декількох днів або попереднього тижня.

Важливо! Сумарний бал визначається за першими 17-ма пунктами.

Депресивний настрій (пригніченість, безнадійність, безпорадність, почуття власної малоцінності)

- ☐ відсутність
- ☐ вираз вказаного почуття тільки при прямому питанні
- ☐ скарга висловлюється спонтанно
- ☐ визначається невербально (поза, міміка, голос, плаксивість)
- ☐ пацієнт висловлює тільки ці почуття, як у висловлюваннях, так і невербально

Почуття провини

- ☐ відсутність
- ☐ самоприпущення, вважає, що підвів інших
- ☐ почуття власної провини, болісні роздуми про власні помилки і гріхи
- ☐ справжнє захворювання розцінюється як покарання, маячні ідеї винності
- ☐ вербальні галюцинації звинувачує і / або осуджуючого змісту, і / або зорові галюцинації загрозливого змісту

Суїцидальні наміри

- ☐ відсутність
- ☐ почуття, що жити не варто
- ☐ бажання смерті або думки про можливість власної смерті

- суїцидальні висловлювання або жести
- суїцидальні спроби

Раннє безсоння

- відсутність труднощів при засипанні
- скарги на епізодичні труднощі при засипанні (більше 30 хвилин)
- скарги на неможливість заснути щоночі

Середнє безсоння

- відсутність
- скарги на неспокійний сон протягом всієї ночі
- багаторазові пробудження протягом всієї ночі, підйом з ліжка

Пізнє безсоння

- відсутність
- раннє пробудження з наступним засипанням
- остаточне раннє ранкове пробудження

Працездатність і активність

- відсутність труднощів
- думки і відчуття неспроможності, відчуття втоми і слабкості, пов'язані з роботою або хобі
- втрата інтересу до роботи або хобі, виражена безпосередньо в скаргах або опосередковано, через апатичність і нерішучість (почуття потреби в додатковому зусиллі приступити до роботи або проявити активність)
- зменшення реального часу прояви активності або зниження продуктивності
- відмова від роботи внаслідок справжнього захворювання

Загальмованість (сповільненість мислення й мови, порушення здатності концентрувати увагу, зниження моторної активності)

- нормальна мова і мислення
- легка загальмованість в бесіді
- помітна загальмованість в бесіді
- виражені труднощі при проведенні опитування
- ступор

Ажитация

- відсутність
- занепокоєння
- неспокійні рухи руками, тереблення волосся
- рухливість, непосидючість

- ☐ постійне перебирання руками, обкушування нігтів, висмикування волосся, кусання губ

Психічна тривога

- ☐ відсутність
- ☐ суб'єктивна напруга і дратівливість
- ☐ занепокоєння з незначних приводів
- ☐ тривога, що виражається у виразі обличчя і мови
- ☐ страх, що виражався і без розпитування

Соматична тривога (фізіологічні прояви тривоги - гастроінтестинальні - сухість у роті, метеоризм, диспепсія, діарея, спазми, відрижка, серцево-судинні - серцебиття, головний біль, дихальні - гіпервентиляція, задишка, + прискорене сечовипускання, підвищене потовиділення)

- ☐ відсутність
- ☐ слабка
- ☐ середня
- ☐ сильна
- ☐ вкрай сильна

Шлунково-кишкові соматичні симптоми

- ☐ відсутність
- ☐ втрата апетиту, але з прийомом їжі без сильного примусу, відчуття тяжкості в животі
- ☐ прийом їжі тільки з наполегливим примусом, потреба в проносних засобах або препаратах для купування гастроінтестинальних симптомів

Загальні соматичні симптоми

- ☐ відсутність
- ☐ тяжкість в кінцівках, спині, голові, м'язові болі, відчуття втрати енергії або занепаду сил
- ☐ будь-які різко виражені симптоми

Генітальні симптоми (втрата лібідо, менструальні порушення)

- ☐ відсутність симптомів
- ☐ слабо виражені
- ☐ сильно виражені

Іпохондрія

- ☐ відсутність
- ☐ захопленість собою (тілесно)
- ☐ надмірна заклопотаність здоров'ям

- ☐ часті скарги, прохання про допомогу
- ☐ іпохондричні марення

Втрата у вазі. (Оцінюється або А, або Б). А. За даними анамнезу. Б. Якщо зміни у вазі мають місце щотижня.

- ☐ А. відсутність
- ☐ А. ймовірна втрата у вазі в зв'язку з цим захворюванням
- ☐ А. явна (зі слів) втрата у вазі
- ☐ А. не піддається оцінці
- ☐ Б. менше 0,5 кг. в тиждень
- ☐ Б. більше 0,5 кг. в тиждень
- ☐ Б. більше 1 кг. в тиждень
- ☐ Б. не піддається оцінці

Критичність ставлення до хвороби

- ☐ усвідомлення хвороби
- ☐ усвідомлення хворобливості стану, але віднесення його на рахунок поганої їжі, клімату, перевтоми і т.д.
- ☐ повна відсутність свідомості хвороби

Бали: NaN

Чотири останні пункти шкали Гамільтона використовуються для оцінки додаткових симптомів депресії і визначення підтипів депресивного розладу. Бали за даними 4 пунктам не використовуються при визначенні ступеня вираженості депресії, і ці бали не враховуються при підрахунку сумарного балу шкали Гамільтона, який визначає тяжкість депресивного розладу.

Добові коливання (пункт Б оцінюється при наявності розладів у пункті А) А - Коли симптоми більш виражені. Б - Ступінь вираженості.

- ☐ А. відсутність коливань
- ☐ А. вранці
- ☐ А. ввечері
- ☐ Б. відсутність
- ☐ Б. слабкі
- ☐ Б. сильні

Деперсоналізація і дереалізація (зміненість себе, навколишнього)

- ☐ відсутність
- ☐ слабка
- ☐ помірна
- ☐ сильна
- ☐ нестерпна

Параноїдальні симптоми

- ☐ відсутність
- ☐ підозрілість
- ☐ ідеї відносини
- ☐ марення відносини, переслідування

Обсесивні і компульсивні симптоми

- ☐ відсутність
- ☐ легкі
- ☐ важкі

Бали: NaN

Сумарний бал перших 17-ти пунктів і його інтерпретація:

- **0-7** – норма
- **8-13** – легкий депресивний розлад
- **14-18** – депресивний розлад середнього ступеня тяжкості
- **19-22** – депресивний розлад важкого ступеня
- **більше 23** – депресивний розлад вкрай важкого ступеня тяжкості