

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІІІ МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ З ПІДГОТОВКИ ВІТЧИЗНЯНИХ ТА
ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ

КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ,
МЕДСЕСТРИНСТВА ТА БІОЕТИКИ

Піскуровська Юлія Іванівна

На правах рукопису

УДК 614.253.5:616-001-06:616.89(043.2)

Магістерська робота

**ОСОБЛИВОСТІ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО СУПРОВОДУ
ПАЦІЄНТІВ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ**

Освітня кваліфікаційна робота
на здобуття звання «Магістр»
за спеціальністю «Медсестринство»

Науковий керівник
професор кафедри
пропедевтики внутрішньої
медицини, медсестринства та
біоетики ХНМУ,
доктор медичних наук
Т.М.Амбросова

Харків

2026

ЗМІСТ

	Перелік умовних скорочень	
	ВСТУП	4
I	Огляд літератури	5
1.1	Класифікаційні підходи щодо верифікації посттравматичного стресового розладу	5
1.2	Чинники та стадії формування ПТСР	6
1.3	Клінічна картина посттравматичних стресових розладів	12
II	Методи та об'єкт дослідження	25
2.1	Організація дослідження	25
2.2	Характеристика пацієнтів	36
2.3	Дослідження професійних ризиків медичних сестер при роботі з пацієнтами з ПТСР	39
III	Особливості медсестринського супроводу пацієнтів з ПТСР	43
	Висновки	51
	Список використаних джерел	53

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ПТСР - посттравматичний стресовий розлад

МКХ - Міжнародну класифікацію хвороб

CAPS-5 - Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-V

DSM-5 Керівництво з діагностики і статистики психічних розладів (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), 5-е видання

PHQ-9 Опитувальник здоров'я пацієнта (Patient Health Questionnaire)

GAD-7 Тест на наявність і генералізованого тривожного розладу

ТФ-КПТ- травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія

ДПРО - десенсибілізації та переробки рухів очей

СИЗС - Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну

ProQOL (Professional Quality of Life Scale) - Шкала оцінки якості життя для професійних медичних працівників

КНП «ОКЗНПД та СЗХ» ЗОР - комунальне некомерційне підприємство «Обласний клінічний заклад психоневрологічної допомоги та соціально значущих хвороб» Запорізької обласної ради

ВСТУП

Актуальність роботи. В умовах тривалої війни в Україні велика кількість людей зіткнулась з травматичними подіями і посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) перестав бути проблемою виключно військових. Найбільш вразливими групами населення до ПТСР і Україні залишаються військовослужбовці, мешканці прифронтових та окупованих територій, вимушені переселенці. Війна стерла кордони між фронтом і тилом.

За період повномасштабного вторгнення російської федерації на територію України відмічається тенденція до зростання захворюваності на ПТСР. За даними Національної служби здоров'я України, у 2023 р. кількість пацієнтів з ПТСР зросла майже в 4 рази порівняно з 2021 р., а за перші 2 міс 2024 р. діагноз встановлено фактично такій самій кількості пацієнтів, як за весь 2021 р. Показники в розрізі цифр за роками виглядають так: 2021 р. — 3167, 2022 р. — 7051, 2023 р. — 12 494, 2024 р. — 3292 пацієнти (станом на 06.03.2024 р.) [1].

Травматичний досвід призвів до безпрецедентного поширення посттравматичного стресового розладу, який став тягарем не лише окремої особи, а й суспільства в цілому.

Коморбідні порушення мають понад 80% пацієнтів, 16% пацієнтів з ПТСР мають один супутній психічний розлад, 17% - два, а 50% - три і більше. Депресивні розлади, тривожні розлади та зловживання психоактивними речовинами у 2-4 рази частіше зустрічаються у пацієнтів із ПТСР, ніж у загальній популяції [2]. Особи з діагнозом ПТСР частіше, ніж загальна популяція, вживають наркотики та відчувають порушення психосоціального функціонування а також вдаються до суїцидальної поведінки. Ця популяція не лише має підвищені потреби в психіатричному лікуванні, але й порівняно із загальною популяцією, люди з ПТСР також потребують більшого використання медичних послуг, мають більше витрат, пов'язаних із супутніми захворюваннями.

І ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1 Класифікаційні підходи щодо верифікації посттравматичного стресового розладу

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це важкий, часто хронічний та інвалідизуючий комплекс розладів, що є проявом дезадаптивного відстроченого або затяжного реагування на стресові події надзвичайно загрозового чи катастрофічного характеру [3, 4].

Багато різних типів травм призводять до посттравматичного стресового розладу. Ці типи та їхня частка у випадки ПТСР включають: насильство у сексуальних стосунках (33%), травматичні переживання міжособистісної мережі (30%) (несподівана смерть близької людини, хвороба дитини, що загрожує життю, інша травматична подія близької людини), міжособистісне насильство (12%) (фізичне насильство в дитинстві або свідцтво міжособистісного насильства, фізичний напад або погроза насильством), вплив організованого насильства (3%) (біженець, викрадений, цивільний у зоні бойових дій), участь в організованому насильстві (11%) (перебування в бойових діях, свідцтво смерті/серйозних поранень або виявлення тіл загиблих, випадкове або навмисне спричинення смерті чи серйозних поранень), інші травматичні події, що загрожують життю (11%) (дорожньо-транспортне зіткнення, що загрожує життю, стихійне лихо, вплив токсичних хімічних речовин). Багато з цих подій є поширеними, що призводить до великої кількості постраждалих осіб [5].

Частота виникнення ПТСР після травматичної події залежить від характеристик особистості та події, що її спровокувала. Було виявлено, що навмисна травма має більший зв'язок з ПТСР, ніж травматичні події, які були ненавмисними/неагресивними. Збільшення тривалості впливу травми також пов'язане з вищим ризиком розвитку ПТСР. Жінки вдвічі частіше розвивають ПТСР, ніж чоловіки, після врахування впливу травматичних подій [5].

Епідеміологія.

Інформація щодо поширеності та захворюваності ПТСР в Україні за офіційними даними МОЗ України на момент розробки даного УКПМД відсутні. Відповідно до останніх опублікованих досліджень в Україні поширеність ПТСР коливалася від 11.1% до 50.8%, КПТСР – від 9.2% до 14.6% залежно від методології та часу проведення дослідження. Дані Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), свідчать, що психічна травматизація є поширеною в усьому світі, що вона нерівномірно розподілена серед населення, зокрема майже три чверті всіх випадків ПТСР припадають на країни з низьким та середнім рівнем доходу. Ризик ПТСР суттєво відрізняється залежно від типу травми, оскільки травми, пов'язані з міжособистісним насильством (особливо сексуальним насильством у стосунках), несуть найвищий ризик подальшого розвитку ПТСР. Також існує високий тягар ПТСР на рівні популяції, пов'язаний з несподіваною смертю близької людини – дуже поширеним типом травми, який асоціюється з низьким ризиком ПТСР на індивідуальному рівні [6].

1.2 Чинники та стадії формування ПТСР

Термін ПТСР був запропонований Мердіном Хоровіцем (М. J. Horowitz), який розробив діагностичні критерії ПТСР, прийняті за основу при складанні американської класифікації хвороб DSM-III. Пізніше ці критерії зазнали деяких змін і в 1995 році були внесені в Міжнародну класифікацію хвороб 10 перегляду (МКХ- 10).

Використовується саме «розлад», тому що реакція на стрес вважається нормальною реакцією на травматичну подію, яка є аномальною життєвою обставиною.

Стрес - це стан напруження неспецифічних адаптаційних механізмів, що виникає у разі дії на організм надмірних за силою або патогенних факторів [7]. Стресори можна розділити на фізіологічні, такі що пов'язані з зі змінами умов життєдіяльності людини та психоемоційні, саме реакція людини оснований на особистісній інтерпретації зовнішніх факторів.

Під дією патогенних факторів (травма, холод, емоції, кровотеча) запускається загальний адаптаційний синдром. Загального адаптаційного синдрому має три основні стадії:

I. Стадія тривоги:

а) підстадія шоку: короткочасне зниження опірності до патогенного фактора;

б) підстадія контршоку: резистентність спочатку повертається до нормального рівня, а потім підвищується.

II. Стадія резистентності: сталий та довготривале збільшення опірності організму до стресорів.

III. Стадія виснаження: настає під дією сильних та тривалих стресорів. Супроводжується зменшенням резистентності організму до патогенних впливів



Рис. 1.1 Стадії загального адаптаційного синдрому [6].

1. Активація системи гіпоталамус-аденогіпофіз. Як наслідок відбувається виділення АКТГ, СТГ, ТТГ, які відповідно стимулюють секрецію глюкокортикоїдів, соматомединів, тиреоїдних гормонів.

2. Активація вегетативної нервової системи (симпатичної і парасимпатичної) супроводжується надходження у кров катехоламінів, інсуліну, глюкагону.

3. Активація альдостерон-вазопресинової системи веде до збільшення вмісту в крові ангіотензинів, альдостерону, вазопресину [7].

Реакція на стрес запускає посилену гормональну відповідь, яка характеризується трьома послідовними фазами:

1. Гостра фаза. Секреція катехоламінів, глюкокортикоїдів, ангіотензину II, альдостерону, вазопресину збільшують загальний периферичний опір, чим забезпечується підтримка артеріального тиску і об'єму циркулюючої крові.

2. Підгостра фаза. Метаболічні зміни характерні для збільшеної секреції катехоламінів, глюкокортикоїдів, глюкагону та зменшенням інсуліну, що призводить до перерозподілу енергетичного та пластичного ресурсу на користь життєво важливим органам.

3. Фаза довгострокової адаптації. Відбувається секреція істинних та тканинних гормонів (інсулін, соматотропний гормон, соматомедини, тиреоїдні гормони), що забезпечує структурні зміни органів та тканин які забезпечують адаптацію до стану гіперфункції.

В Міжнародній класифікації хвороб 11-го видання (МКХ 11; редакція 5/2021) гостра стресова реакція описується як «розвиток тимчасових емоційних, соматичних, когнітивних або поведінкових симптомів в результаті впливу події або ситуації (короткотривалої або тривалої) надзвичайно загрозливого або жахливого характеру» [8]. Симптоми можуть включати вегетативні ознаки тривоги (наприклад, тахікардію, пітливість, припливи), стан запаморочення, сплутаність свідомості, смуток, тривогу, гнів, відчай, гіперактивність, бездіяльність, соціальну ізоляцію або ступор. Реакція на стресор вважається нормальною, враховуючи його тяжкість, і зазвичай починає зникати протягом кількох днів після події або після виведення із загрозливої ситуації [8].

В «Діагностичному і статистичному посібнику з психічних розладів» 5-го видання (DSM-5) гостра стресова реакція виключена, і розглядається як порушення функціонування в умовах екстремального стресу і не є психічним розладом.

Коли гостра стресова реакція, після травматичної події, зберігається і впливає на сфери психосоціального життя, його вже не можна вважати нормальною реакцією на травматичну подію. Вплив саме травматичного стресора є тригером розвитку психічних розладів, пов'язані безпосередньо зі стресом.

В психіатрії поняття «травма» може мати різні значення: подію - фізичне ушкодження, психологічну травму – шкода психологічному здоров'ю, як результат цієї події. Будь-яка загроза здоров'ю, життю, безпеці особи, чи її близьких може бути потенційно травматичною подією. Фізичне насильство, катування, сексуальне насильство, війна, нещасні випадки належать до потенційно травматичних подій.

За своєю природою деякі події з більшою ймовірністю можуть бути пережиті як надзвичайно травматичні, і з більшою ймовірністю можуть викликати постійні труднощі та клінічно діагностовані симптоми ГРС та/або ПТСР. Навмисні акти фізичного насильства, такі як катування та побиття, а також тривалі та/або повторювані події, такі як сексуальне насильство в дитинстві та перебування в концентраційному таборі, з більшою ймовірністю, ніж природні події або нещасні випадки, можуть призвести до після стресових порушень (клінічна настанова)

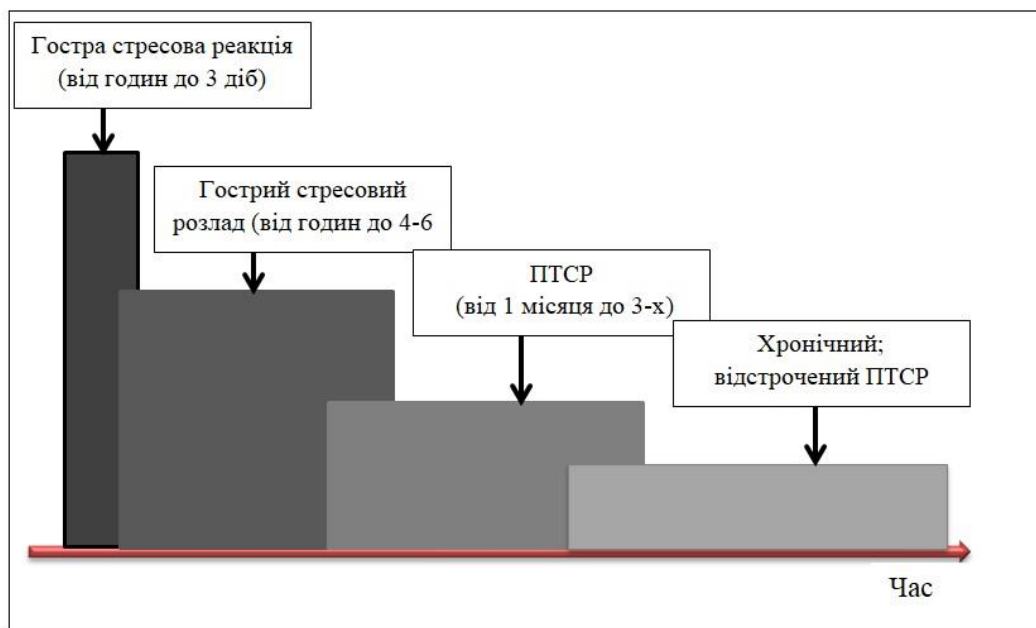


Рис.1.2 Стадії формування післястресових порушень:

Гостра стресова реакція (під час критичного інциденту і після нього - До 2 діб)

Гострий стресовий розлад (2х діб - до 4х тижнів) ГСТР

Посттравматичний стресовий розлад (від 4 тижнів) ПТСР

Посттравматичний розлад особистості (протягом всього життя)

Гострий стресовий розлад (ГСТР) характеризується симптомами вторгнення, негативним настроєм, дисоціацією, уникненням і збудженням. Симптоми починаються після впливу травматичного стресора, і тривають щонайменше 3 дні і не довше місяця. У таблиці 1.1 наведено огляд ознак, що складають ГСР, ГСТР та ПТСР [9].

Таблиця 1.1 Порівняльна таблиця після стресових порушень.

Діагноз	Гостра стресова реакція (ГСР)	Гострий стресовий розлад (ГСТР)	Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)
Опис	вегетативні ознаки тривоги; когнітивні ознаки заціпеніння або розгубленості; підвищена активність; ступор.	інтрузія; негативний настрій; дисоціація; уникнення; збудження.	інтрузія; уникнення; негативні зміни в сприйнятті та настрої; помітні зміни у збудженні та тривожності.
Критерії симптомів	Не зазначено Розглядається, як нормальна реакція на екстремальний стресовий фактор	принаймні 9 з 14 симптомів з будь-яких категорій	принаймні 1 з 5 симптомів вторгнення; 1 з 2 симптомів уникнення; 2 з 7 негативних змін у когнітивних симптомів та симптомів розладу настрою; 2 з 6 симптомів зміни рівня збудження та тривожності
Триваліст	Вплив сильного стресового фактору,	Від 3 днів до 1 місяця	Більше 1 місяця

	реакція на який, як очікується, пройде через: кілька днів		
Дистрес або порушення функціонування	Не зазначено (але мається на увазі)	Так	Так

На фоні їхньої схожої класифікації важливо розрізнити ГСР та ГСТР, як різні клінічні явища. У той час як ГСР розглядається, як безпосередній і тимчасовий набір фізіологічних і психологічних реакцій, що виникають під час або відразу після дуже стресової або травматичної події, і можуть розглядатися у вигляді нормальної реакції на такі події, ГСТР є клінічним розладом, який включає в себе симптоми, що зберігаються протягом днів або тижнів після стресової події.

Гостра стресова реакція може мати транзиторний характер і не завжди передуює появі ГСТР чи ПТСР.

Посттравматичний стресовий розлад — нозологічний діагноз, який, згідно із сучасним класифікатором психіатричних хвороб DSM-V, характеризується наступними критеріями симптомів, що тривають щонайменше протягом 1 міс (критерій F за DSM-V) [10].

Посттравматичний стресовий розлад виникає, як відтермінована або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію (короткочасну або тривалу) винятково загрозливого або катастрофічного характеру, яка, ймовірно, може спричинити глибокий дистрес майже у будь-якої людини. Сприятливі фактори, такі як особистісні риси (наприклад, компульсивні, астеничні) або невротичні захворювання в анамнезі, можуть знизити поріг розвитку синдрому або погіршити його перебіг, але вони не є ні необхідними, ні достатніми для пояснення його виникнення. Типовими ознаками є епізоди повторного переживання травми у нав'язливих спогадах («флеш беки»), сновидіннях або кошмарах, що відбуваються на тлі стійкого відчуття «заціпеніння» та емоційного притуплення, відсторонення від інших людей, нереагування на

оточення, ангедонія, уникнення діяльності та ситуацій, що нагадують про травму. Зазвичай спостерігається стан вегетативного збудження з підвищеною пильністю, посиленою реакцією на переляк і безсонням. Тривога і депресія зазвичай пов'язані з вищезазначеними симптомами і ознаками, а суїцидальні думки не є рідкістю. Початок настає одразу після травми з латентним періодом, який може тривати від кількох тижнів до кількох місяців. Перебіг може бути різним, але в більшості випадків можна очікувати одужання. У невеликій частині випадків стан може мати хронічний [11].

1.3 Клінічна картина посттравматичних стресових розладів

Клінічна картина ПТСР характеризується жахливими снами, які можуть повторюватись, нав'язливими спогадами, при цьому пацієнт намагається уникати всього що нагадує про травматичну подію. У пацієнтів спостерігаються симптоми підвищеної збудливості, генералізованої тривоги, неконтрольованої злості, порушення сну, відчуження, дефіцит уваги, сексуальні розлади, зловживання алкоголем або наркотиками, суїцидальні думки. У багатьох пацієнтів страх повторення травмуючої події, сором. Характерним симптомом ПТСР є флешбеки – нав'язливі, інтенсивні спогади про травматичні події, супроводжуються втратою орієнтації, панікою, серцебиттям, тремтінням. Типова ангедонічна симптоматика. Психогенна амнезія характеризується початковим збереженням в пам'яті спогадів про травматичну подію, як набір сенсорних кадрів, не пов'язаних за смыслом, а при флешбеках спонтанно проявляються у формі різних сомато-сенсорних дисоціативних проявах. Пацієнти скаржаться на неконтрольовану ауто- та гетеро агресію. Часто зустрічається ознаки депресії пов'язаною з відчуттям провини «того хто вижив».

Діагностика ПТСР може бути складною через неоднорідність проявів та небажання пацієнта обговорювати минулу травму [5]. Діагностичні критерії ПТСР в класифікації Міжнародної організації охорони здоров'я МКХ-11 та північноамериканській класифікації DSM-5 дещо відрізняються.

Посттравматичний стресовий розлад МКХ-11 (6B40) описує як захворювання, яке може розкинутися після впливу надзвичайно загрозливої або страхітливої події або серії подій [12].

Характеризується :

- Повторне переживання травматичної події в теперішньому часі, коли подія(ї) не просто згадується, а переживається як така, що відбувається знову тут і зараз. Зазвичай це відбувається у формі яскравих нав'язливих спогадів або образів; флешбеків, які можуть варіюватися від легких (виникає короточасне відчуття, що подія відбувається знову в теперішньому часі) до важких (повна втрата усвідомлення теперішнього оточення), або повторюваних снів чи кошмарів, тематично пов'язаних з травматичною(ими) подією(ями). Повторне переживання зазвичай супроводжується сильними або переважаючими емоціями, такими як страх або жах, та сильними фізичними відчуттями. Повторне переживання в теперішньому часі також може включати почуття перевантаження або занурення в ті ж інтенсивні емоції, що й під час травматичної події, без вираженого когнітивного аспекту, і може виникати у відповідь на нагадування про подію. Роздуми або обмірковування події(й) та згадування почуттів, які людина відчувала в той час, недостатні для задоволення вимоги повторного переживання.

- Навмисне уникнення нагадувань, які можуть призвести до повторного переживання травматичної(их) події(й). Це може проявлятися як у активному внутрішньому уникненні думок та спогадів, пов'язаних з подією(ями), так і у зовнішньому уникненні людей, розмов, діяльності чи ситуацій, що нагадують подію(ї). У крайніх випадках людина може змінити своє оточення (наприклад, переїхати до іншого міста або змінити роботу), щоб уникнути нагадувань.

- Постійне відчуття підвищеної поточної загрози, наприклад, про що свідчить гіперпильність або посилена реакція переляку на подразники, такі як несподівані шуми. Гіперпильні люди постійно захищають себе від небезпеки та відчують, що вони самі або інші люди поруч перебувають під безпосередньою загрозою або в певних ситуаціях, або загалом. Вони можуть

переймати нову поведінку, спрямовану на забезпечення безпеки (наприклад, не сидіти спиною до дверей, постійно перевіряти дзеркала заднього виду в транспортних засобах).

Комплексний ПТСР у МКХ-11 вимагає щоб пацієнти не лише відповідали критеріям МКХ-11 для ПТСР, але й страждали від порушень самоідентифікації, емоційної дисрегуляції та постійних труднощів у стосунках. Додаткові симптоми мають тривалий та глибокий вплив на якість життя людини, здатність встановлювати здорові стосунки, а також здатність підтримувати стабільну роботу та розвивати почуття власної гідності.

Діагностичний та статистичний посібник з психічних розладів DSM-5 для діагностики ПТСР вимагає дотримання восьми груп критеріїв для постановки діагнозу ПТСР. Таблиця 1.2 Окрім відповідності критерію А, який визначає вплив травматичної події, для діагностики ПТСР необхідна наявність одного з п'яти симптомів повторного переживання, одного з двох симптомів уникнення, двох з семи симптомів негативних змін у пізнанні та настрої, а також двох з шести симптомів гіперактивного збудження. Критерій F передбачає, що симптоми кластерів В, С, D і Е повинні бути присутніми щонайменше один місяць. Критерій G вимагає, щоб розлад викликав клінічно значущий дистрес або порушення в соціальній, професійній або інших важливих сферах функціонування. Критерій Н вимагає, щоб симптоми не були пов'язані з вживанням психоактивних речовин або станом здоров'я [11].

Таблиця 1.2 Діагностичні критерії DSM-5 (перефразовані) для посттравматичного стресового розладу у дорослих, підлітків та дітей старше шести років [10].

А.		Особа зазнала фактичної смерті або загрози смерті, тяжких тілесних ушкоджень чи сексуального насильства в результаті наступних дій.
	1	Безпосередній вплив.
	2	Була свідком (особисто).

	3	Опосередковано, дізнавшись, що близький родич або близький друг зазнав травми. Якщо подія була пов'язана з фактичною смертю або загрозою смерті, то вона мала бути насильницькою або випадковою.
	4	Неодноразовий або вкрай непрямий вплив негативних деталей події (подій), як правило, під час виконання професійних обов'язків (наприклад, працівники служб швидкого реагування, які збирають частини тіла; професіонали, які неодноразово стикалися з деталями жорстокого поводження з дітьми). Сюди не входить непрямий непрофесійний вплив через електронні засоби масової інформації, телебачення, фільми чи фотографії.
В.		Один або більше з наступних симптомів вторгнення, пов'язаних з травматичною подією (подіями), з початком після травматичної події.
	1	Повторювані, мимовільні та нав'язливі спогади про подію (події). (Примітка: у дітей цей симптом може виражатися в повторюваних іграх).
	2	Травматичні нічні кошмари. (Примітка: діти можуть бачити тривожні сни, зміст яких не пов'язаний з травматичною подією (подіями)).
	3	Дисоціативні реакції (наприклад, флешбеки), які можуть виникати в діапазоні від коротких епізодів до повної втрати свідомості. (Примітка: діти можуть відтворювати подію в грі).
	4	Інтенсивний або тривалий дистрес після впливу травматичних нагадувань.
	5	Виражена фізіологічна реактивність після впливу пов'язаних з травмою подразників.
С.		Постійне уникнення одного або більше з наведених нижче подразників, пов'язаних з травмою, що спричиняють дистрес.
	1	Пов'язані з травмою думки, почуття або спогади.

	2	Зовнішні нагадування, пов'язані з травмою (наприклад, люди, місця, розмови, діяльність, предмети або ситуації).
D.		Принаймні дві з наведених нижче негативних змін у пізнанні та настрої, які почалися або погіршилися після травматичної події.
	1	Нездатність пригадати ключові ознаки травматичної події (зазвичай через дисоціативну амнезію, а не через травму голови, алкоголь чи наркотики).
	2	Стійкі (і часто викривлені) негативні переконання та очікування щодо себе або світу (наприклад, "я поганий", "світ абсолютно небезпечний").
	3	Стійке викривлене звинувачення себе або інших у спричиненні травматичної події або її наслідків.
	4	Стійкі негативні емоції (наприклад, страх, жах, гнів, провина або сором).
	5	Помітно знижений інтерес до значущих видів діяльності.
	6	Відчуття відчуженості від інших (наприклад, відстороненість або відчуженість).
	7	Скутість афекту: стійка нездатність відчувати позитивні емоції.
E.		Принаймні дві з наведених нижче змін збудження та реактивності, пов'язаних з травмою, які почалися або погіршилися після травматичної події.
	1	Дратівлива або агресивна поведінка.
	2	Саморуйнівна або безрозсудна поведінка.
	3	Підвищена пильність.
	4	Перебільшена реакція переляку.
	5	Проблеми з концентрацією уваги.
	6	Порушення сну.
F.		Персистенція симптомів (за критеріями B, C, D та E) триває більше одного місяця.
G.		Симптоми спричиняють клінічно значущий дистрес або

		функціональні порушення.
Н.		Симптоми не пов'язані з вживанням психоактивних речовин або станом здоров'я.

Клінічні варіанти перебігу ПТСР ґрунтуються на наявності додаткових емоційних порушень. Виділяють тривожний, астеничний, дисфоричний, соматоформний.

Тривожний варіант (32%) характеризується постійною немотивованою тривогою, напруженістю, дратівливістю, почуттям небезпеки. Порушення сну на стадії засинання зумовлена постійною тривогою, очікуванням кошмарних сновидінь, які мають фізичні прояви у вигляді підвищеного серцебиття, пітливості, нестачі повітря.

Астеничний варіант (27%) характеризується вираженою фізичною та психічною слабкістю та млявістю. Байдужість до всього, що раніше викликало цікавість. Але спогади про травматичну подію без емоційні, позбавлені яскравості. Характерна відсутність почуття відпочинку після сну.

Для дисфоричного варіанту (21%) характеризується постійною похмурою дратівливістю, незадоволеністю. Відмічається високий рівень агресії. Почуття страху перед застосування фізичної сили заставляє обмежувати контакти з оточенням до мінімуму. Не здатність контролювати вибухові емоційні реакції на зауваження викликає відчуття провини.

Соматоформний варіант (20%) характеризується масивними соматоформними розладами з переважною локалізацією тілесних сенсацій у кардіологічній (54%), гастроентерологічній (36%) і церебральній (20%) анатомічних областях, що поєднуються з психовегетативними пароксизмами [12]. Формується поведінка уникання. Флешбеки при цьому варіанті клінічної картини зустрічаються досить рідко. Симптоми переживання психотравмуючої ситуації менш характерні.

Вплив на перебіг захворювання мають додаткових симптомів. Діагностичне значення мають психотичні симптоми.

Можуть виникати галюцинації зорові, слухові, тактильні, смакові або нюхові. При ПТСР галюцинації на 71-100% пов'язані з травматичною подією, це можуть бути образи загиблих побратимів, їх голоси, запахи розкладання. Однак важливо відрізняти їх від інтрузій та флешбеків, які частіше відмічають при ПТСР (табл. 1) [13].

Таб. 1.3 Порівняння симптомів повторного переживання та галюцинацій

Симптоми повторного переживання	Психотичні симптоми при ПТСР
Флешбеки — особливо яскраві спогади з фізичними відчуттями, під час яких пацієнт переживає повторно травматичну подію, яка відбулася раніше. Інтенсивність такого переживання може досягати настільки високого рівня, що людина може відчувати себе так, ніби подія відбувається в поточній реальності.	Галюцинації при ПТСР можуть виникати як окремо, так і в поєднанні з симптомами повторного переживання. Основна їх відмінність — це психічні феномени, коли людина бачить, чує, відчуває ті речі, яких немає/не було в реальності.

Марення у формі інтенсивної, необґрунтованої підозрілості, що нерідко переростає у відчуття переслідування. Параноя при ПТСР зумовлена надмірним сприйняттям загрози, яке є наслідком гіперпильності, пов'язаної з психотравмою.

Наявність психотичних симптомів обтяжує перебіг ПТСР і є подібним до деяких форм шизофренії. Психотичні симптоми посилюють тяжкість основних симптомів ПТСР.

Таб. 1.4 Диференційна діагностика між ПТСР ВТ та ендегенними психозами на прикладі шизотипового розладу [13].

ПТСР	Шизотиповий розлад
------	--------------------

- Психотичні симптоми починаються після симптомів ПТСР - Часто більш пізній початок психозу (після 35 років) - Пацієнт доступний для контакту - Зміст психотичних симптомів більшою мірою (71–100%) пов'язаний з травматичною подією, без фантастичного характеру - Менша кількість негативних симптомів, менша дезорганізація пацієнта - Вищий рівень стресу через слухові галюцинації - Більш характерні тривога та депресія - Наявна або частково наявна критика щодо свого стану	- Критерії ПТСР не виконуються - Більш ранній початок психозу (18–30 років) - Пацієнт недоступний або частково доступний для контакту - Зміст психотичних симптомів має більш фантастичний характер - Завжди наявні негативні симптоми, що мають прогредієнтний характер - Нижчий рівень стресу через наявність психотичних симптомів - Тривога та депресія менш характерні - Критика щодо свого стану частіше відсутня або формальна
---	--

Психічна коморбідність (наявність одночасно двох або більше психічних розладів) щодо ПТСР є досить поширеною і включає депресію, тривожний розлад, панічний розлад, алкогольну чи наркотичну залежність, що ускладнює ступень тяжкості розладу, а наявність алкогольного/наркотичного вживання впливає на тривалість лікування. Найчастіше ПТСР супроводжувалось депресивними розладами у 49,0% випадків, розладами адаптації у 37,0%, генералізованими тривожними розладами у 36,1% і розладами пов'язаними із вживанням алкоголю у 26,9% випадків [18].

Мультидисциплінарний підхід в діагностиці, лікуванні, реабілітації допомагають покращити результати лікування пацієнтів з ПТСР та психологічною коморбідністю.

Підвищити рівень діагностики і своєчасності надання кваліфікованої допомоги покликані цілий ряд методик, серед яких: CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-V – Клінічна шкала ПТСР за DSM-V) і декілька модифікацій Міссісіпської шкали (англ. Mississippi Scale) специфічних для цільової аудиторії ветеранів війн (Combat version), заручників (Hostage version) і цивільних громадян, жертв нещасних випадків, стихійних лих і катастроф [14].

Для надання психологічної та психіатричної допомоги використовуються шкали та методики діагностики, ефективність яких доведено клінічною практикою. Ось деякі з них:

1. Шкала клінічної діагностики CAPS — це структуроване клінічне інтерв'ю, за допомогою якого можна оцінити симптоматику ПТСР, тривалість розладу, ступінь порушення соціального функціонування.

Структуроване клінічне інтерв'ю CAPS-5, як правило, застосовують для встановлення діагнозу ПТСР. CAPS-5 визначає основні критерії вказаного розладу, ступінь функціональних порушень і клінічну оцінку його тяжкості, а також зміну ступеня тяжкості під час лікування. Пункти, якими послуговуються в цій шкалі, відповідають діагностичним критеріям ПТСР згідно з класифікацією DSM-5 [15]:

- Критерій А — наявність травматичної події.
- Критерій В — п'ять запитань стосовно симптомів інтрузії.
- Критерій С — два запитання щодо симптомів уникнення.
- Критерій D — сім запитань стосовно негативних думок та емоцій.
- Критерій E — шість запитань щодо надмірної реакції/збудливості.
- Критерій F — тривалість симптомів (не менше місяця).
- Критерій G — порушення спричиняє клінічно значущий дистрес або погіршення в соціальній, професійній або іншій важливій сфері функціонування.

Шкала CAPS-DX дає змогу оцінити наявність симптомів ПТСР як на поточний період, так і впродовж усього життя після психотравми [15].

2. Контрольний перелік життєвих подій (LEC-5)
3. Опитувальник Бека для діагностики депресивних станів.
4. Міссісіпську шкалу для оцінювання посттравматичних реакцій і декілька модифікацій Mississippi scale.
5. Опитувальник діагностика депресії PHQ-9 (Patient Health Questionnaire).
6. Опитувальник на наявність генералізованого тривожного розладу GAD-7 (General Anxiety Disorder)

Симптоми викликані травматичною подією, такі як повторне переживання, уникнення, негативні зміни настрою та когнітивних функцій, а також гіперзбудження у більшості людей поступово зникають, але ті пацієнти, хто відповідає діагностичним критеріям ПТСР, продовжують страждати від тих симптомів. Таким чином, ПТСР можна розглядати як невдачу у відновленні, частково спричинену невдачею зникнення страху після травми [4].

Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги посттравматичного стресового розладу описує спеціалізовану медичну допомогу (зокрема – в стаціонарних умовах) як комплексне лікування з використанням психотерапії і фармакотерапевтичних засобів [17].

В реабілітації пацієнтів з ПТСР психологічна корекція є головним складовим процесом терапії. Психотерапевтичні техніки дозволяють пацієнтам усвідомлювати та коригувати хибні переконання, які можуть виникати внаслідок травматичного досвіду або коморбідних порушень [6].

Терапія першої лінії це травмофокусована психотерапія.

Клінічні випробування та метааналізи показали, що травмофокусована психотерапія, включаючи травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію (ТФ-КПТ), терапію тривалої експозиції та терапію десенсибілізації та переробки рухів очей (ДПРО), є ефективними в лікуванні ПТСР. Письмова експозиційна терапія також показала свою ефективність у лікуванні ПТСР [4].

Травмофокусована терапія допомагає пацієнту проробити екстремальні та деструктивні переконання та зменшити симптоми завдяки впливу нагадувань про травматичну подію.

Коморбідні стани при ПТСР (депресія, психоз) впливають на здатність пацієнта працювати в рамках травмоорієнтованої терапії (концентрацію, мотивацію). Ці стани корегуються фармакологічно, до зникнення симптомів та стабілізації пацієнта, а потім додаємо психотерапію.

Фармакотерапію ПТСР слід розглядати як альтернативу психотерапії лише у випадках, коли пацієнт не може проходити або не отримує задовільних результатів від неї. Застосування антидеприсантів, зокрема селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну, рекомендується як терапія першого ряду, з урахуванням індивідуальних особливостей та супутніх депресивних розладів. У випадках відсутності відповіді на фармакотерапію, слід розглядати альтернативні препарати, комбіновану терапію та можливість додаткової психотерапії для оптимізації результатів [6].

Велике значення у запобіганню розвитку ПТСР є попередня профілактика, як низка заходів, направлена на зміцнення психологічної стійкості до, під час та після участі у бойових діях.

Психологічна профілактика – це комплекс організаційних, службових, правових, просвітницьких, соціально-економічних, психологічних та медичних заходів, спрямованих на підвищення рівня психологічної безпеки особистості, попередження виникнення та розвитку психічних розладів, негативних психічних станів за допомогою створення сприятливих психологічних умов для навчання, виконання службово-бойових завдань, попередження психологічного виснаження, професійного вигорання та деформації особового складу, надання психологічної підтримки військовослужбовцям, особливо в період їх адаптації до військової служби, та тим, хто віднесений до групи посиленої психологічної уваги, з метою забезпечення їх високої працездатності та ефективності службово-бойової діяльності [24].

Таб. 1.5 Види психопрофілактики військовослужбовців [23].

	Психологічна профілактика		
	Первинна	Вторинна	Третинна
Мета	Попередження виникнення психологічної травматизації	Максимально раннє виявлення ознак постстресових порушень, організація та проведення заходів щодо їх подолання	Попередження рецидивів та відновлення здатності військовослужбовців до виконання завдань за призначенням
Об'єкт	Військовослужбовці, які не мають ознак психологічних порушень	Військовослужбовці, які зазнали впливу травматичної події	Військовослужбовці, які проходять реабілітацію після лікування ПТСР

Первинна психопрофілактика — це комплекс організаційних, інформаційних і соціально-психологічних заходів, спрямованих на якісний професійно-психологічний відбір громадян придатних до військової служби. Передбачає підготовку до стресових ситуацій, формування стресостійкості, спрямована на запобігання психологічному виснаженню, професійному вигоранню та деформації особового складу.

Вторинна психопрофілактика — це комплекс заходів психологічної та психотерапевтичної допомоги (зокрема психодіагностика, психокорекція, психотерапія тощо), спрямованих на якомога раннє виявлення й ефективно усунення або послаблення негативних психоемоційних станів, емоційна підтримка, відновлення працездатності військовослужбовців, втраченої

внаслідок виконання службових завдань, інформування про нормальні реакції на стрес.

Третинна психопрофілактика — це сукупність заходів, спрямованих на спеціалізовану медичну реабілітацію, яку пацієнт починає отримувати у психіатричному стаціонарі і продовжує отримувати амбулаторно. Психологічні заходи направлені на запобігання розвитку ПТСР і хроніфікації симптомів травматичної реакції після потрапляння у травматичну ситуацію включають: інтервенції психологічного дебрифінгу - уважне слухання опису суб'єктивних переживань військових під час травматичних подій, включно з описом критичного стресу і кризового керування стресом; психологічну невідкладну допомогу; травмо-фокусовану когнітивно-поведінкову терапію; покращення навичок керування стресом; психоосвіту; фізичні вправи, рух, йога, керована уява [25].

РОЗДІЛ II

МАТЕРІЙЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Організація дослідження

Дослідження були проведенні на базі комунального некомерційного підприємства «Обласний клінічний заклад психоневрологічної допомоги та соціально значущих хвороб» Запорізької обласної ради.

Структурний підрозділ закладу розташований за адресою м. Запоріжжя, вул. Оріхівське шосе, 10А, забезпечує надання психіатричної допомоги населенню області з використанням досягнень сучасної психіатричної науки, передового досвіду, нових методів діагностики та лікування психічно хворих. Психіатрична допомога надається на основі принципів законності, гуманності, додержання прав людини і громадянина [19].

Приміщення, що використовуються для надання психіатричної допомоги у стаціонарних умовах, входні двері і палати не замикаються. Вхід/вихід з відділень вільним, з урахуванням вимог громадської безпеки в нічний час. На вікнах палат, що використовуються для надання психіатричної допомоги у стаціонарних умовах відсутні ґрати. Розпорядок дня в закладі з надання психіатричної допомоги організовується з урахуванням особливостей роботи з різними категоріями пацієнтів, пори року, місцевих умов та інших конкретних обставин. При цьому передбачаються безперервний восьмигодинний сон пацієнтів, надання їм особистого часу та перебування щодня на свіжому повітрі [29].

З 2014 року є госпітальною базою для надання спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам з психічними травмами війни.

З 2022 року у закладі розвернуто 3 відділення для надання спеціалізованої психіатричної допомоги військовим, загальна кількість ліжок 130. Для боротьби зі сформованим негативним стереотипом, упередженістю щодо психіатричних лікарень, відділення для надання психіатричної допомоги не мають ґрат на вікнах, закритих дверей. Палати оснащені ліжками з ортопедичними матрацами, функціональними ліжками, для пацієнтів з

додатковими потребами, в кожній палаті є кондиціонер. Оснащені загальні зони з музичними інструментами, настільними іграми, зони зі спортивними тренажерами тенісними столами. Окремо розташовані зони де можна побути в тиші, але під непомітним наглядом медичних сестер.

Також в закладі працює реабілітаційне відділення, яке повністю оснащено сучасними технічними засобами для надання реабілітаційної допомоги. Комплексний процес реабілітації після психологічних травм здійснюють фізичні терапевти, ерготерапевти, логопеди, клінічні психологи, фізіотерапевти.

З 2014 року для реабілітації військових проводиться каністерапія, що базується на взаємодії зі спеціально навченими собаками. В закладі надає психологічну допомогу джек-рассел-тер'єр Берта, яка отримала нагороду «Собака-герой України».

Заклад розташований у прифронтовому місті, під час повітряних тривог, пацієнти та співробітники спускаються до укриття, для забезпечення безпеки. В укритті кожне відділення має окрему локацію, місця для відпочинку, все необхідне для надання медичної допомоги.

У дослідженні ефективності надання кваліфікованої медичної допомоги розглядалися результати проведеного стаціонарного лікування військовослужбовцям, які пройшли лікування у закладі у 2023-2025 роках, і сестри медичні які надавала медичну допомогу цій категорії пацієнтів.

Всі пацієнти отримували спеціалізовану медичну допомогу згідно з Уніфікованим клінічним протоколом первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.07.2024 № 1265. Лікування пацієнтів з ПТСР передбачає комплексне лікування з використанням психотерапії та фармакотерапії.

Для швидкої діагностики ПТСР у дорослих, широко використовується скринінгова анкета Бреслау (N. Breslau). Цей тест дозволяє виявити основні клінічні прояви ПТСР. Опитувальник для скринінгу посттравматичного

стресового розладу регламентується наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.07.2024 №1265 «Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги гостра реакція на стрес. посттравматичний стресовий розлад. порушення адаптації» [6]:

Таб. 2.1 Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу регламентується

Запитання	Варіанти відповіді
Ви нагадувань про травматичну подію шляхом уникнення певних місць, людей або діяльності?	так
	ні
Чи втратили Ви інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною?	так
	ні
Чи стали Ви почувати себе більш далеким або ізольованим від інших людей?	так
	ні
Чи втратили Ви здатність переживати почуття любові або прихильності до інших людей?	так
	ні
Чи стали Ви думати, що немає ніякого сенсу будувати плани на майбутнє?	так
	ні
Чи виникли у Вас проблеми із засинанням або сном?	так
	ні
Чи стали Ви більш нервовим або дратівливим через звичайний шум чи рух?	так
	ні

За даними дослідження, серед тих, хто зазнали психотравми, у 71 % осіб зі ствердними відповідями на чотири і більше запитань діагноз ПТСР врешті підтвердився, а у 98 % осіб, які відповіли ствердно на менш ніж чотири запитання, ПТСР не діагностовано [3].

1. Шкала клінічної діагностики CAPS — це структуроване клінічне інтерв'ю, за допомогою якого можна оцінити симптоматику ПТСР, тривалість розладу, ступінь порушення соціального функціонування.

Структуроване клінічне інтерв'ю CAPS-5, як правило, застосовують для встановлення діагнозу ПТСР. CAPS-5 визначає основні критерії вказаного розладу, ступінь функціональних порушень і клінічну оцінку його тяжкості, а також зміну ступеня тяжкості під час лікування. Пункти, якими послуговуються в цій шкалі, відповідають діагностичним критеріям ПТСР згідно з класифікацією DSM-5 [15]:

- Критерій А — наявність травматичної події.
- Критерій В — п'ять запитань стосовно симптомів інтрузії.
- Критерій С — два запитання щодо симптомів уникнення.
- Критерій D — сім запитань стосовно негативних думок та емоцій.
- Критерій Е — шість запитань щодо надмірної реакції/збудливості.
- Критерій F — тривалість симптомів (не менше місяця).
- Критерій G — порушення спричиняє клінічно значущий дистрес або погіршення в соціальній, професійній або іншій важливій сфері функціонування.

Шкала CAPS-DX дає змогу оцінити наявність симптомів ПТСР як на поточний період, так і впродовж усього життя після психотравми [15].

Таб 2.2 Опитувальник Бека для діагностики депресивних станів.

		Зовсім не турбує	Злегка турбує	Середнє турбує	Дуже турбує
		0	1	2	3
1	Відчуття оніміння та поколювання в тілі				
2	Відчуття жару				
3	Тремтіння в ногах				
4	Неможливість розслабитися				

5	Страх, що станеться найгірше				
6	Головокружіння				
7	Прискорене серцебиття				
8	Нестійкість нестабільність				
9	Відчуття жаху, це кінець				
10	Дратівливість				
11	Тремтіння в руках				
12	Відчуття задухи				
13	Нерівна хода				
14	Страх втрати контролю				
15	Труднощі з диханням				
16	Страх смерті				
17	Переляк				
18	Шлунково-кишкові розлади				
19	Непритомність.				
20	Прилив крові до обличчя				
21	Посилене потовиділення (непов'язане зі спекою)				

0 - 5	норм
6 - 8	легкий рівень тривоги
9-18	середній рівень тривоги
Більше 19	високий рівень тривоги

3. Міссісіпську шкалу для оцінювання посттравматичних реакцій і декілька модифікацій Mississippi scale.

Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій

(військовий варіант)

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (англ. Mississippi Scale) - клінічна тестова методика, розроблена в 1987 році Т.М.

Кеапе зі співавторами, для діагностики посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у військовослужбовців, які виконували завдання в зоні бойових дій. Створена на основі ММРІ. 30 питань 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 [16].

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 даною шкалою, вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з даним твердженням. Оберіть тільки один варіант відповіді на кожне твердження, взявши в кружечок цифру у відповідній клітинці» [16].

	Твердження	Абсолютно невірно	Іноді невірно	У деякій мірі вірно	Вірно	Абсолютно вірно
1.	До служби в армії у мене було більше близьких друзів, ніж зараз	1	2	3	4	5
2.	У мене немає почуття провини за все те, що я робив під час служби в армії	1	2	3	4	5
3.	Якщо хтось виведе мене з терпіння, то, найімовірніше, я не стримаюся (застосую фізичну силу)	1	2	3	4	5
4.	Якщо трапляється щось, що нагадує мені про війну, це виводить мене з рівноваги і завдає мені болю	1	2	3	4	5
5.	Люди, які дуже добре мене знають, бояться мене	1	2	3	4	5
6.	Я здатний встановити емоційно-близькі стосунки з іншими людьми	1	2	3	4	5
7.	Мені сняться кошмари про те, що було насправді на війні	1	2	3	4	5
8.	Коли я думаю про деякі речі, які я робив в армії, мені просто не хочеться жити	1	2	3	4	5

9.	Зовні я виглядаю бездушним	1	2	3	4	5
10	Останнім часом я відчуваю що хочу покінчити з собою.	1	2	3	4	5
11	Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюсь лише тоді, коли потрібно вставити	1	2	3	4	5
12	Я весь час задаю собі питання, чому я залишився живий, в гой час як інші загинули на війні	1	2	3	4	5
13	У певних ситуаціях я почуваюся так, наче я знову в армії	1	2	3	4	5
14	Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати	1	2	3	4	5
15	Я відчуваю, що більше не можу	1	2	3	4	5
16	Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не чіпають	1	2	3	4	5
17	Мене так само радують ті ж речі, що й раніше	1	2	3	4	5
18	Мої фантазії реалістичні і викликають страх.	1	2	3	4	5
19	Я виявив, що мені працювати неважко після демобілізації.	1	2	3	4	5
20	Мені важко зосередитися	1	2	3	4	5
21	Я без причини плачу.	1	2	3	4	5
22	Мені подобається бути в товаристві інших людей.	1	2	3	4	5
23	Мене лякають мої прагнення і бажання	1	2	3	4	5
24	Я легко засинаю	1	2	3	4	5
25	Від несподіваного шуму я легко здригаюся.	1	2	3	4	5
26	Ніхто, навіть члени моєї родини, не розуміють, що я відчуваю.	1	2	3	4	5
27	Я легка, спокійна, врівноважена людина.	1	2	3	4	5
28	Я відчуваю, що про якісь речі, які я робив в армії, я не зможу розповісти кому-небудь, тому що цього нікому не зрозуміти.	1	2	3	4	5
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	5
30	Я не відчуваю дискомфорту, коли перебуваю в натовпі.	1	2	3	4	5
31	Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібниці.	1	2	3	4	5
32	Я боюся засинати.	1	2	3	4	5

33	Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що трапилося зі мною в армії.	1	2	3	4	5
34	Моя пам'ять така ж хороша, як і раніше.	1	2	3	4	5
35	Я відчуваю труднощі в прояві своїх почуттів, навіть по відношенню до близьких людей.	1	2	3	4	5

4. Контрольний перелік життєвих подій (LEC-5)

Контрольний перелік життєвих подій (LEC-5)

(Weathers et al., 2013)

Нижче наведено деякі події, що іноді трапляються в нашому житті, завдаючи тяжких переживань та стресу. Для кожної такої події позначте галочкою одну, чи дві клітинки в тому ж рядку праворуч, щоб підтвердити, що: (1) це сталося особисто з Вами; (2) Ви були свідком, як це сталося з кимось іншим; (3) Ви дізналися, що це сталося з Вашим близьким родичем чи другом; (4) Ви стикалися з цим по роботі (наприклад, як санітар, поліцейський, військовий чи співробітник інших підрозділів першої допомоги); (5) Ви не певні, чи це має відношення до Вас; (6) це не має відношення до Вас.

Під час відповіді на запитання, майте на увазі, що події слід розглядати протягом усього Вашого життя (дитинства, юності, дорослого періоду).

Подія	Сталося зі мною	Був свідком	Дізнався про це	По роботі	Не певен	Не стосується
1. Стихійне лихо (повінь, ураган. Землетрус, торнадо, тощо)						
2. Пожежа чи вибух						
3. Пригода на транспорті (включаючи ДТП, аварію кбробля, потяга, літака)						
4. Серйозна аварія на роботі, вдома чи під час відпочинку						
5. Дія отруйної речовини (небезпечні хімікати, випромінювання, тощо)						
6. Фізичне насильство (напр., на Вас напали, завдали удару рукою, якимось предметом, тощо)						
7. Збройний напад (напр., погрожували зброєю, по Вас стріляли, поранили ножом)						
8. Сексуальне насильство (зґвалтування, спроба зґвалтування, примус до здійснення будь-якого виду статевого акту силою чи погрозами завдати шкоди)						
9. Інший небажаний чи неприємний сексуальний досвід						
10. Бойові дії або перебування у зоні війни (як військовий або цивільна людина)						
11. Полон (напр., як наслідок викрадення або захоплення, як заручник чи військовополонений)						
12. Хвороба чи травма з загрозою для життя						
13. Тяжкі страждання						
14. Раптова насильницька смерть (напр., самогубство чи вбивство)						
15. Раптова смерть внаслідок нещасного випадку						
16. Серйозні ушкодження чи травма чи смерть, заподіяні Вами комусь іншому						
17. Будь-яка інша подія чи досвід, що обернулися для Вас тяжким стресом						

5. Опитувальник діагностика депресії PHQ-9 (Patient Health Questionnaire).

PHQ- 9- анкета (опитувальник) пацієнта про стан здоров'я

	Як часто за останні 2 тижні Вас турбували наступні прояви	Не турбували	Протягом декількох днів	Більше половини цього	Майже кожного дня
1.	Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити)	0	1	2	3
2.	Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності	0	1	2	3
3.	Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон	0	1	2	3
4.	Почуття втоми або знесилення (занепад сил)	0	1	2	3
5.	Поганий апетит чи навпаки - переїдання	0	1	2	3
6.	Погані (негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе невдахою або розчаровані в собі, або вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини	0	1	2	3
7.	Труднощі концентрації уваги (наприклад, зосередитися на читанні газети чи перегляді телепередач)	0	1	2	3
8.	Ваші рухи або мова були настільки повільними, що оточуючі могли помітити. Або навпаки, Ви були настільки метушливі або збуджені, що рухалися більше, ніж	0	1	2	3
9.	Думки про те, що Вам краще було б померти або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином	0	1	2	3
У випадку наявності у Вас наведених вище проблем - наскільки вони ускладнили виконання Вами службових обов'язків, домашніх справ або ж спілкування з іншими людьми?			Зовсім не ускладнили		
			Дещо ускладнили		
			Дуже ускладнили		
			Надзвичайно ускладнили		

6. Опитувальник на наявність генералізованого тривожного розладу
GAD-7 (General Anxiety Disorder)

**Тест на наявність і генералізованого тривожного розладу
(GAD-7)**

У кожному рядку таблиці необхідно обвести цифру на перетині з колонкою, яка відповідає частоті виникнення проблеми. Далі просумувати обведені цифри і записати у відповідне поле внизу таблиці.

Як часто за останні 2 тижні Ви відчували (Вас турбували) наступні проблеми:	Жодного разу	Декілька днів	Більше половини днів	Майже кожен день
1. Відчуття тривоги, нервозності або	0	1	2	3
2. Нemoжливість зупинити або	0	1	2	3
3. Сильне занепокоєння з	0	1	2	3
4. Складно розслабитись	0	1	2	3
5. Непосидючість	0	1	2	3
6. Роздратованість та нестриманість	0	1	2	3
7. Тривожне передчуття жахливих	0	1	2	3
Загальна оцінка за шкалою GAD-7 (ГТР-7)				

7. Контрольний перелік питань для оцінювання ПТСР PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5)

**Контрольний перелік питань для оцінювання ПТСР
(PTSD Checklist DSM-5 PCL)**

Нижче наведено перелік проблем, з якими інколи стикаються люди внаслідок реакції на суттєвий стрес. Пам'ятаючи про подію, яку Ви визначили, як найгіршу для себе, прочитайте, будь-ласка, кожен рядок і позначте одну з цифр праворуч, щоб показати, наскільки названа в ньому проблема турбувала Вас протягом останнього місяця.

За останній місяць, наскільки вас турбували такі речі:	Ніскільки	Трохи	Помірно	Сильно	Дуже сильно
1. Спогади про стресову подію, які повторюються, тривожать і є небажані?	0	1	2	3	4
2. Сни про стресову подію, які тривожать і є небажані?	0	1	2	3	4
3. Раптом, Ви почувалися або почали діяти так, ніби стресова подія відбувається з	0	1	2	3	4
4. Ви дуже засмутилися, коли щось нагадувало Вам про стресову подію?	0	1	2	3	4
5. У вас була сильно виражена фізична реакція, коли щось нагадувало Вам про стресову подію (наприклад, підсилене серцебиття, було важко дихати, Ви спітніли, тремор)?	0	1	2	3	4
6. Ви уникали спогадів, думок чи почуттів, пов'язаних зі стресовою подією?	0	1	2	3	4
7. Ви уникали зовнішніх нагадувань про стресову подію (наприклад, людей, місць, розмов, дій, предметів, ситуацій)?	0	1	2	3	4
8. Вам було важко пригадати важливі епізоди стресової події?	0	1	2	3	4
9. Ви різко негативно ставилися до себе, інших людей, або світу загалом (наприклад, мали такі думки: «Я поганий. Зі мною щось серйозно не так. Нікому не можна вірити. Всюди небезпека»)?	0	1	2	3	4
10. Ви звинувачували себе чи когось іншого за стресову подію чи її наслідки?	0	1	2	3	4
11. У Вас були різко негативні почуття: страх, жах, гнів, почуття провини, сорому?	0	1	2	3	4

12. Ви втратили інтерес до тих занять, що раніше приносили Вам задоволення?	0	1	2	3	4
13. Ви відчували відчужденність, «стіну» між собою та іншими людьми?	0	1	2	3	4
14. Вам було важко отримувати позитивні емоції (наприклад, радіти за своїх близьких, відчувати любов до них)?	0	1	2	3	4
15. Роздратованість, спалахи гніву, агресивність?	0	1	2	3	4
16. Ви свідомо йшли на "великий ризик" чи робили речі, які могли заподіяти Вам шкоду?	0	1	2	3	4
17. Перебували у стані надмірної настороженості, пильності, тривожного очікування?	0	1	2	3	4
18. Ви нервово реагували, легко лякалися?	0	1	2	3	4
19. Вам було важко зосередитися?	0	1	2	3	4
20. Вам було важко заснути або залишатися в стані сну?	0	1	2	3	4

2.2 Характеристика пацієнтів

В ході дослідження було проаналізовані результати лікування пацієнтів з діагнозом посттравматичний стресовий розлад, які проходили лікування у закладі в період 2023-2025 роки. Середній вік пацієнтів у 2023 та 2024 роках склав 35,9, у 2025 – 36,9.

Пацієнти з ПТСР розділені на дві категорії: хто проходив лікування одноразово і ті хто госпіталізувався декілька разів.

Масова частка військовослужбовців серед пацієнтів, як видно з таблиці 2.1, в середньому складало 41.63%. Серед них жінок 79 осіб, що складає 0,89%. В Таблиці 2.2 надана статистичні дані в річному розрізі.

Таб. 2.3 Статистичні данні щодо госпіталізації
КНП «ОКЗПНД та СЗХ» ЗОР за 2023-2025 роки

Рік	Загальна кількість пацієнтів	Чоловіки		Жінки		Цивільні		Військові	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2023	7231	5857	80,99	1374	19,01	3895	53,86	3336	46,14
2024	7448	6069	81,48	1378	18,52	4456	59,83	2992	40,17
2025	6384	5363	84,01	1021	18,99	3922	61,43	2462	38,57

Пацієнтам, які є військовослужбовці, надійшовшими за направленням військових частин, і яким було діагностовано діагноз ПТСР складають в середньому третину (29,72%) серед пацієнтів цієї категорії.

Таб. 2.3 Діагноз ПТСР було встановлено

Рік	Загальна кількість пацієнтів військових	Діагноз ПТСР		Діагнози інші	
		абс.	%	абс.	%
2023	3336	1076	32,25%	2260	67,75%
2024	2992	1061	35,46%	1931	64,54%
2025	2462	528	21,45%	1934	78,55%

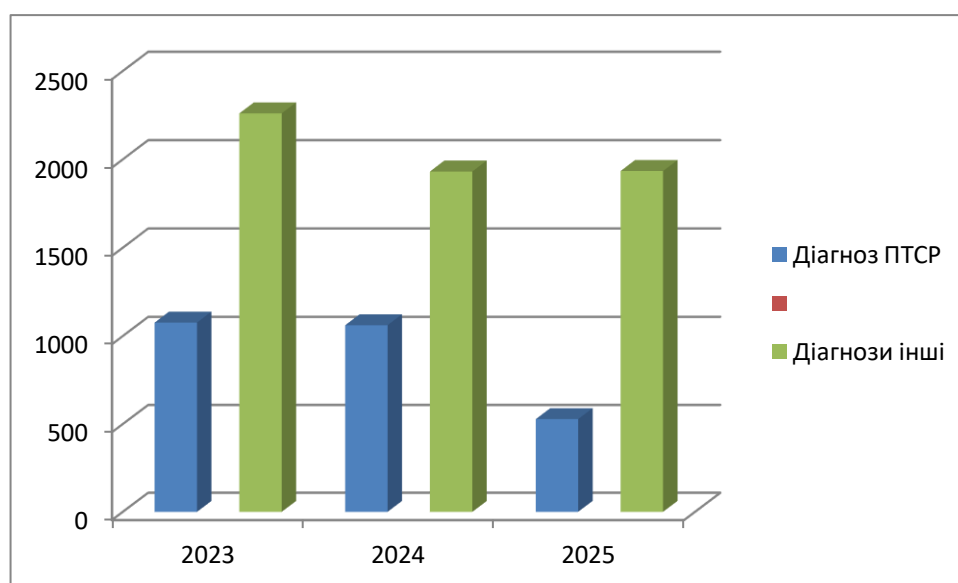


Рис. Графічне зображення частки ПТСР серед інших діагнозів

Лікування ПТСР триває від кількох місяців до декілька років, залежно від тяжкості. Стаціонарне лікування триває набагато менше, а втім, саме стаціонарне лікування, коли інтенсивність спілкування пацієнта з медичними працівниками та іншими фахівцями в сфері охорони психічного здоров'я сягає максимуму, є часом, коли може бути сформована і зміцнена віра пацієнта у можливість його одужання, що є запорукою успіху наступних етапів терапії [17].

Але повторні госпіталізації свідчать не про неефективність лікування, а про хронічний перебіг розладу та складність адаптації до цивільного чи службового середовища. Зачастую пацієнти з ПТСР потребують повторного стаціонарного лікування протягом першого року після травматичної події, тому що перші пів року високий рівень рецидиву, та перебіг розладу може мати циклічний перебіг, прив'язаний до дат.

Таб. 2.4 Розріз повторних госпіталізацій серед пацієнтів з ПТСР

Рік	2023		2024		2025	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Загальна кількість пацієнтів з діагнозом ПТСР	1076		1061		528	
1 госпіталізація	902	83,83%	912	85,96%	336	63,63%
2 госпіталізація	140	13,01%	126	11,87%	174	32,95%
3 госпіталізація	28	2,6%	12	1,13%	13	2,46%
4 та більше госпіталізацій	6	0,56%	11	1,04%	5	0,96%

Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги посттравматичного стресового розладу, має тривати не менше 12 місяців.

Звичайне стаціонарне лікування триває в середньому 20-25 днів. І саме в цей період, коли інтенсивність спілкування пацієнта з медичними працівниками, психологами, реабілітологами, формується віра пацієнта у можливість одужання, що є запорукою успіху наступних етапів терапії [17].

2.3 Дослідження професійних ризиків медичних сестер при роботі з пацієнтами з ПТСР

Для дослідження емоційних реакцій, професійних ризиків таких як вторинний травматичний стрес, синдром вигорання були проведені опитування сестер медичних, які надають допомогу пацієнтам, в тому числі, з ПТСР.

У відділеннях, де отримують спеціалізовану стаціонарну допомогу працює 30 сестер медичних стаціонарних, 5 знаходяться у відпустці без збереження заробітної плати, як ті, що виїхали за межі країни з початком війни, 1 медичний брат – мобілізовано у лави ЗСУ.

Таб. 2.5 Якісна характеристика медичних сестер з надання стаціонарної допомоги військовослужбовцям згідно стажу роботи.

Показник	Вік	Стаж роботи
Мінімальний	30	12
Максимальний	61	39
Середній	45,8	24,6

Серед осіб, які надають допомогу військовим, більшість жінки (1 чоловік, 29- жінок), у віці від 30 до 40 років – 8 осіб (26,66%); в віці від 40 до 50 років – 12 осіб (40%); в віці від 50-61 – 10 осіб (33,34%).

Таким чином, віковий склад сестер медичних майже гомогенним.

За стажем роботи сестринський колектив теж гомогенний: більшість мали стаж роботи від 10 до 20 років (9 осіб (30%) та від 20 до 30 років (13 осіб (43,33%)), а менш всього було працівників зі стажем роботи більше 30 років (8 осіб (26,67%)). Молодих спеціалістів чи сестер медичних, які мали б стаж менше 10 років – не має.

Опитування співробітників проводилось з використанням двох методик.

1. Методика В. В. Бойко «Методика діагностики рівня емоційного вигорання» та опитувальник емоційного вигорання К. Маслачі, С. Джексон (в адаптації Н. Е. Водоп'янової). Ця методика розкладає синдром професійного вигорання на три компонента: емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію особистісних прагнень.

Опитувальник складається з 22 пунктів, за якими можливе обчислення значень 3-х шкал: «Емоційне виснаження», «Деперсоналізація», «Редукція професійних досягнень».

Таб. 2.6 Показники емоційного вигорання серед медичних сестер з надання стаціонарної допомоги військовослужбовцям

	Низький рівень		Середній		Високий	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Емоційне виснаження	11	36,66	6	20	13	43,34
Деперсоналізація	13	43,33	7	23,33	10	33,34
Редукція професійних досягнень	7	23,33	9	30	14	46,67

Емоційне виснаження спостерігається у 43,34% відсотків медичних сестер, що проявляється у зниженні емоційного тону, посилені психічної втоми та нестійкості емоційних реакцій, що проявляється у зниженні здатності до самоконтролю, підвищеній дратівливості та швидкому емоційному виснаженні. Це, своєю чергою, ускладнює ефективну комунікацію, знижує рівень емпатії та терпимості, що нерідко призводить до зростання кількості конфліктних ситуацій із пацієнтами, непорозумінь і напруженості у взаємодії.

Кожна третя медична сестра (33,34%) має відчуття стороннього спостерігача, що проявляється в емоційному усуненні та байдужості, формальному виконанні професійних обов'язків без особистісної включеності та співпереживання, а в окремих випадках – у негативізмі та цинічному відношенні.

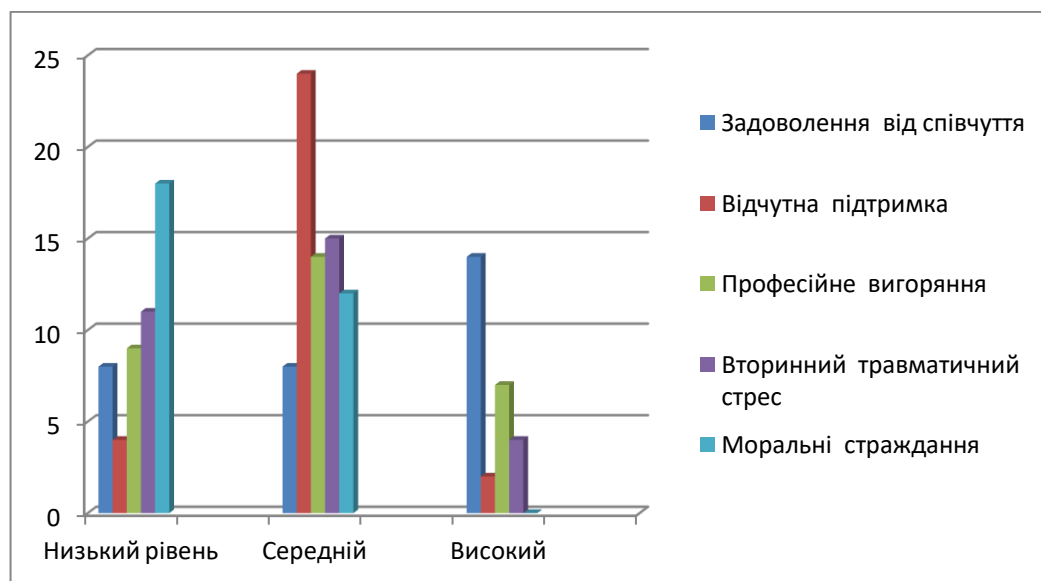
Лише 23,33% медичних сестер мають низький рівень професійної мотивації, наростання негативізму щодо службових обов'язків, тенденцію до зняття з себе відповідальності, до ізоляції від оточуючих, усунення та неучасті, уникнення роботи спочатку психологічно а потім фізично.

2. Шкала оцінки якості життя для професійних медичних працівників ProQOL (Professional Quality of Life Scale) дозволяє оцінки якості життя

медичних працівників, пов'язаної з їхньою професійною діяльністю, опитувальник, який вимірює співчуття, втому та професійне вигорання.

Таб. 2.7 Показники оцінки якості життя серед медичних сестер з надання стаціонарної допомоги військовослужбовцям

	Низький		Середній		Високий	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Задоволення від співчуття	8	26,66	8	26,66	14	46,68
Відчутна підтримка	4	13,33	24	80,01	2	6,66
Професійне вигорання	9	30	14	46,66	7	23,34
Вторинний травматичний стрес	11	36,67	15	50	4	13,33
Моральні страждання	18	60	12	40	0	0



Майже половина опитаних медичних сестри (46,68%) має відчуття внутрішньої винагороди, яке виникає, коли усвідомлює ефективність своєї роботи.

Сприйняття підтримки відчувається на середньому рівні через кадровий голод. Суттєва нестача молодшого медичного персоналу, велика кількість «складних» пацієнтів суттєво ускладнює виконання службових завдань медичним сестрам. Накопичення втоми суттєво знижують здатність ефективно

виконувати професійні обов'язки. Зазвичай він розвивається поступово і з часом посилюється.

Половина респондентів відчуває середній рівень вторинного травматичного стресу — це пов'язаний із професійною діяльністю вплив травматичних подій, пережитих опосередковано, зокрема через спостереження за сильними стражданнями, насильством чи смертю інших. Через те, що дуже велика кількість співробітників мешкає в передмісті, яке постійно перебуває під обстрілами, все більше людей вимушені покидати свої домівки, це призводить до порушення звичного ритму життя, зростання емоційного напруження та відчуття невизначеності, що, своєю чергою, негативно впливає на психологічний стан працівників, їхню працездатність і загальне самопочуття.

Попри все моральні страждання працівників залишаються на досить низькому рівні (60%).

Отримані дані оброблялись методами математичної статистики на комп'ютері за допомогою обчислювальних таблиць Excel 2010 (з пакетом «Аналіз даних»).

ІІІ. ОСОБЛИВОСТІ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО СУПРОВОДУ ПАЦІЄНТІВ З ПТСР

Актуальна ситуація, пов'язана із війною, спричинює важкі наслідки для всіх громадян України. Вона кардинально модифікує й актуалізує роль медичної сестри у сфері відновлення та збереженні ментального здоров'я пацієнтів з психічними розладами. На перший план виходить резильєнтність і збереження психічного здоров'я самих фахівців. Відомо, що умовою позитивного прогнозу та ефективності процесу психологічної підтримки і лікування пацієнтів, є емпатичний контакт між двома сторонами процесу. Він цілковито залежить від рівня резильєнтності та емоційної стійкості фахівця [20].

Медичні сестри лікувальних закладів майже постійно перебувають у полі переживань і страждань своїх пацієнтів.

Працівники, які працюють з військовими відчують травму і перебувають в ній, вони не є спостерігачами - вони відчують подвійне навантаження травматичних подій: ті, яким ділиться пацієнт, і тими, що переживає особисто мешкаючи у прифронтовому місті [20].

В полі професійної діяльності медичної сестри, яка працює у психіатричному закладі, знаходиться пацієнт з психологічними проблемами, психічними порушеннями. Особливими завданнями медичної сестри психіатричного закладу, які відрізняють її роботу від роботи в інших сферах медицини є те, що вона бере активну участь у оцінці психічного стану пацієнта, змін у поведінці, настрою, мисленні, у пом'якшенні сприйняття пацієнтів їх оточення, сприяє усуненню ознак психологічної залежності у пацієнтів з психічними порушеннями.

Будь яка професійна діяльність медичної сестри має включати елементи психотерапії [21]. При роботі з військовослужбовцями медична сестра - важлива ланка психоемоційної підтримки. Фізична присутність, чуйність, емпатійність, повага, доброзичливе ставлення та постійна комунікація сприяють зниженню рівня тривоги, формують довіру та сприяють одужанню.

Лагідне ставлення, мова без професійного жаргону, тактовний стиль, спокійний тон позитивно впливають на емоційний стан пацієнтів.

Військовослужбовці – учасники бойових дій часто вирізняються характерними особливостями, що виявляються у певних психічних станах, процесах, властивостях, поведінці. Це, насамперед, можуть бути підвищена дратівливість, схильність до поганого настрою, нетерплячість, підвищена реактивність, напруженість, ознаки депресії, підвищена стомлюваність, апатичність, тривожність, страх, фобічні реакції, почуття провини, синдром втрати, агресивність, гнів, образа, злість, гіперболізоване відчуття справедливості, а також фіксація на втратах, труднощі з засинанням, нічні кошмари, тремор, неможливість зняти напругу, в тому числі тілесну, постійне відчуття небезпеки тощо [22].

При роботі з військовими, ветеранами на перший план виходять характерні особливості, які проявляються властивостями особистості, які обумовлені навичками виживання: орієнтація на місію, реагування на загрозу, нікому не довіряти, окрім близьких друзів, дій непередбачуванно, емоційний контроль, рішення та відповідальність.

Ключова ідея психіатричної допомоги пацієнтам з психологічною травмою війни – бути поруч із пацієнтом та підтримувати контакт. Знаходитись серед пацієнтів, спілкуючись з ними – це не про «поговорити», а метод знизити тривогу, підтримати, допомогти прийняти та усвідомити свої емоції. Постійний, але не нав'язливий, контакт допомагає пацієнтам відчувати довіру та безпеку. Зможе легше помітити погіршення стану, своєчасно запобігти суїциду.

Медична сестра, надаючи допомогу, повинна знати базовий етикет при спілкуванні з військовими.

Екологічна комунікація з військовими забезпечує своєчасне та якісне надання медичної допомоги, зменшує рівень стресу та покращує процес і результати лікування. Не змушуйте розмовляти про війну. Розмовляти треба відкрито, щиро. Потрібно, перед початком розмови, структурувати власні думки та запитання до пацієнта. Розмова має бути спокійною, чіткою з

короткими фразами, без переживань та драматизму. Не слід використовувати слова «кліше, на кшталт «Так, я розумію», «Війна - це пекло», «Час лікує», «Нічого страшного».

Уважно слухати, коли пацієнт починає говорити, не втручатися з запитаннями, а саме слухати, щоб уникнути можливої агресії і непорозуміння.

Не оцінювати і не засуджувати. Не давати оцінок «правильно/неправильно». Не знецінювати пережитий досвід, не порівнюємо його з досвідом інших пацієнтів.

Медична сестра повинна уникати давати поради, без переконання, що її вислухають.

При спілкуванні треба уникати тригерних тем. Нав'язливе розпитування може стати причиною погіршення стану. Такі питання недопустимі у спілкуванні з пацієнтами: «Як там?», «Ти вбивав?», «Що ти відчував?», «Чи тобі воно сниться?». На ці теми можна говорити, тільки тоді, коли пацієнт сам за хоче про це розповісти, але тільки слухати і в будь-якому випадку не перебивати, перепитувати. Головне правило «Ми чуємо, ми приймаємо».

Пацієнти з військовим досвідом, який докорінно змінює сприйняття світу, побудували кордони, повага до яких — це не просто ввічливість, а форма базової підтримки. Маються на увазі не тільки емоційні кордони, а і фізичний простір. Завжди краще спочатку встановити зоровий контакт або запитати дозволу. Раптові торкання можуть викликати дискомфорт або захисну реакцію.

Необхідно усвідомлювати ризик впливу чинників оточення, які можуть зумовити травматичну реакцію. Пацієнтів із ПТСР слід захистити від впливу провокуючих тригерів, які можуть погіршити їхній стан або перешкодити лікуванню (наприклад, оцінка їх стану або отримання лікування у галасливому чи обмеженому приміщенні, розміщення їх у шумному стаціонарному відділенні або застосування фізичного обмежування) [23].

Медична сестра організує безпечне середовище, що є частиною комплексної терапії ПТСР, вільне від тригерів, що забезпечує спокій, приватність та передбачуваність. Хоча, відокремлення військових від інших

пацієнтів, суперечить нормам надання медичної допомоги в Україні, для здійснення соціальної інтеграції та належному догляду, саме створення відділень для військових з травматичними розладами, забезпечує охоронний режим. Простір відділення відкритий, з чіткою навігацією, м'яке освітлення, низький рівень шуму, уникання раптових звуків, які часто є тригерами для пацієнтів із ПТСР. Безпечне середовище для пацієнтів з ПТСР – це простір вільний від тригерів, що створює спокій, приватність та передбачуваність, що допомагає знизити гіперзбудження та уникнути флешбеків.

Не звинувачуйте військового і не дорікайте йому через те, як він може реагувати та проявляти емоції. Зберігаючи гідність пацієнта, не допускаючи поширення, серед осіб, які не задіяні в наданні допомоги, особливості поведінки у «хвилину слабкості».

Медична сестра відділення де отримують спеціалізовану медичну допомогу пацієнти з ПТСР, повинні знати як поводитись з агресивною поведінкою при ПТСР, що є проявом гіперзбудження, мозок режимі «бий або біжи». Вона проявляється спалахами гніву, дратівливістю, імпульсивністю та нездатністю контролювати емоції.

Агресивна поведінка – один з мимовільних способів, яким організм людини «намагається» знизити високу внутрішню напругу. Прояв злості, гніву або агресії може зберігатися достатньо тривалий час і заважати самому постраждалому або оточуючим [26].

Гнів і злість — це природні емоції, які часто виникають у людей під час переживання нещастя. Тому, відчуваючи гнів, важливо знаходити безпечні способи його вираження, щоб не нашкодити ні собі, ні іншим. Дослідження показують, що люди, які стримують і пригнічують агресію, частіше стикаються з проблемами зі здоров'ям, ніж ті, хто вміє екологічно проявляти свої емоції.

Треба розуміти, що агресія — це не «поганий характер», а симптом захворювання, який потребує професійного лікування, а не осуду.

Потрібно максимально обмежити кількість оточуючих. При можливості дати пацієнту «випустити пару» (покричати, щось розбити). Демонструйте

доброзичливість. Навіть якщо ви не згодні з пацієнтом, не звинувачуйте його самого, а висловлюйтеся з приводу його дій. Інакше агресивна поведінка буде спрямована на вас. Якщо не надати допомогу розлюченій людині, це призведе до небезпечних наслідків: через зниження контролю за своїми діями, людина здійснюватиме необдумані вчинки, може завдати каліцтва собі та іншим [27].

При агресії направленої на персонал чи іншого пацієнта медична сестра повинна зберігати спокій, говорити тихо та повільно, дотримуватися безпечної дистанції та уникати різких рухів. Кожен медичний працівник повинен дотримуватись правил особистої безпеки.

Ключовим аспектом безпечної взаємодії з агресивним пацієнтом є правило не залишатися наодинці та мати шлях до відступу. Тримання безпечної дистанції, трохи більше витягнутої руки, дасть час зреагувати на раптовий напад. Під час бесіди в палаті чи кабінеті розміщайтесь ближче до дверей, ніж пацієнт. Ніколи не дозволяйте пацієнту опинитися між вами та виходом. Спілкуватися з пацієнтом «обличчям до обличчя» може сприйнятися, як виклик. Безпечніше спілкуватися в півоберта. Щоб мінімізувати можливий фізичну шкоду допоможе зібране волосся, відсутність ланцюжків, шарфів, краваток. В досяжності пацієнта не повинно бути гострих предметів, все повинно бути прибрано з поля зору. Вкрай небезпечно мати олівець заткнутий у зачіску, чи за вухо.

Практичні поради при наданні медичної допомоги пацієнту при агресивній поведінки [27]:

Таб.3.1 Психологічні та організаційні заходи при агресивній поведінки пацієнта.

Агресивна поведінка	Психологічні та організаційні заходи
Роздратування, невдоволення, гнів, які особа не здатна стримувати.	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись.

	Усі наступні дії потрібно виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації.
Агресія, не прив'язана до конкретного предмету, може бути перенесена на будь-кого чи будь-що, привід неважливий.	Спробуйте перервати агресію будь-якою нейтральною пропозицією активної дії.
Словесні образи, прискіпливість, лайка, пошук приводу, щоб виплеснути лють.	Не відповідати агресією на агресію, говорити рівним, стриманим тоном. Вислухати без перебивання, показати, що його чують і розуміють. Тримати дистанцію, бути готовою покликати колег або охорону при загрозі.
М'язове напруження: пружинна хода, можливо незначний тремор рук, ніг від напруження, різкі рухи (нездатність робити плавні рухи), напружені м'язи обличчя. Мова різка, містить багато емоційних компонентів.	Демонструйте доброзичливість, не сперечайтесь, не звинувачуйте, навіть якщо ви не згодні з потерпілим – не давайте йому приводу для розгортання суперечки.
Підвищення кров'яного тиску: спочатку обличчя може почервоніти, а із загостренням стану – збліднути; набухання вен та артерій на шиї та руках.	Допоможіть пацієнту усвідомити свої почуття і тим самим оволодіти ними і собою. Зверніть його увагу на те, що він відчуває: «Ви злитесь, хочете розтрощити все вщент. Давай разом подумаємо, як нам виходити з цієї ситуації...».
	Другий рівень
	Визначити небезпечність дій постраждалого для оточуючих і його самого. За потреби прийняти рішення

	щодо здійснення заходів ізоляції чи постійного нагляду аби не стався суїцид.
	Третій рівень
	Навчання засобам контролю гніву.
	Навчання релаксаційним вправам та заспокійливому диханню як способам зниження напруження, збудження.

Пацієнт із ПТСР може відчувати почуття провини за скоєне, перед загиблими, провину вцілілого. Пацієнт відноситься до власного життя не як дар, а як «помилку» або «несправедливість». Це часто призводить до аутоагресії (самопошкодження) та суїцидальних думок, як способу «спокутувати провину» або «зрівнятися з загиблими».

Суїцидальні наміри — це ухвалення рішення про самогубство та виникнення безпосереднього прагнення до його здійснення. При догляді за пацієнтами з суїцидальними намірами роль медичної сестри є критичною, оскільки саме вона проводить найбільше часу безпосередньо поруч із хворим. Основним завданням медичної сестри є організація забезпечення безпеки пацієнта. Медична сестра повинна організувати безпечне середовище без гострих предметів, ременів. Контроль за заблокованими вікнами.

Таб. 3.2 Психологічні та організаційні заходи при суїцидальних намірах пацієнта.

Ознаки	Психологічні та організаційні заходи
Пацієнт висловлює наміри про можливість скоєння суїциду, веде часті розмови про смерть. Стає нелюдимим та сторониться оточення,	Будьте присутнім, включеним і зосередженим на пацієнті. Слухайте. Говоріть відкрито і чесно.

часто намагається усамотнитися. Різко змінює поведінку.	Запитайте, як ви можете допомогти і запевнити людину, що ви готові допомогти. Не давати поради. Не тисніть на пацієнта, нехай розкривається у своєму темпі.
---	--

Таб. 3.3 Психологічні та організаційні заходи при типових проявах ПТСР.

Ознаки	Психологічні та організаційні заходи
Тривога, напруга – пацієнт озирається, неспокійний, багатомовний	Звертайтеся спокійно, темп повільний, пояснюйте свої дії, забезпечте відчуття безпеки.
Замкнутість, відчуження	Не тисніть на пацієнта, дати простір, але показувати готовність допомогти та вислухати.
Смуток, пригніченість	Бути уважною не оцінювати, не вішати «ярлеки», дозволити висловлювати емоції, підтримувати.
Відмова приймати допомогу	Повага до гідності. Спробувати пояснити користь допомоги, але залишити вибір за пацієнтом
Флешбеки	Забезпечити спокій та безпеку, говорити рівним голосом, нагадати, що він у безпеці. Спробувати повернути пацієнта в теперішній час. Не робити різких рухів.

Однак навіть емпатичність і неформальне спілкування не гарантують успішної співпраці під час реабілітації. Абсолютно типовою є ситуація, коли, наприклад, пацієнт відмовляється ходити на заняття чи виконувати певні вправи, бо відчуває біль або дискомфорт, перебуває в поганому настрої чи розчарований повільним прогресом. У таких випадках відповіддю на раціональні аргументи лікаря чи медперсоналу стає фраза «ти мене не розумієш». З подібною реакцією стикається абсолютна більшість медичних працівників, і цей бар'єр суттєво ускладнює роботу реабілітаційних відділень. Так, один із медпрацівників емоційно описував подібну ситуацію з пацієнтом фразою «так що мені, ногу тепер відпиляти, щоб зрозуміти?». Ця відповідь є влучною ілюстрацією емоційного тиску, з яким стикається цивільний персонал під час роботи з військовими, що мають важкі поранення. Ці непорозуміння з пацієнтами може згладжувати інтервенція «рівний-рівному», ментори якої стають перекладачем між пацієнтом та медичним працівником, вони дуже часто знімають емоційне напруження, стають «захисником» перед пацієнтами, якщо ті поведуться агресивно, дозволяють собі нетактовні висловлювання щодо працівників лікарні, саботують процес лікування [28].

Поважаючи особисті кордони пацієнта, слід зазначити професійні кордони, які є не лише етикою, а основою терапевтичної безпеки. Медичні сестри внаслідок здатності глибоко розуміти емоційний стан, переживання пацієнтів, майже постійно знаходяться у орбіті їх переживань і страждань.

Медичні сестри не завжди можуть емоційно відсторонитися від травматичного досвіду пацієнта щоб уникнути власних негативних переживань, і це стає основою відповідних емоційних реакцій, професійних ризиків, таких як втома від співчуття, вторинний травматичний стрес, синдром вигорання, що, в свою чергу, може призвести до вторинного травматичного стресового розладу (ВТСР). Адже непрямий вплив травми може спричиняти значні емоційні, когнітивні, поведінкові наслідки для людей залучених до надання допомоги пацієнтам з ПТСР.

Несприятливо позначається на психологічному стані робота у прифронтовому місті. Сенсорне перевантаження від звуків вибухів, сирен формують стійки тригери, які можуть викликати панічні атаки навіть поза роботою.

Майже всі працівники закладу стикнулися з втратою домівок особисто, чи своїх близьких — це вже не просто робоче середовище, а спільнота людей із глибокою травмою. А постійне відчуття загрози через наближення фронту лише підсилює тривогу, виснаження й невизначеність.

ВИСНОВКИ

Вплив травми є одним із найважливіших і поширених факторів ризику психічного та фізичного здоров'я. Найпоширенішим стресом, пов'язаним з посттравматичним стресовим розладом, зазвичай є війна та бойові дії.

Посттравматичний стресовий розлад – це поширений хронічний тривожний розлад, який може виникнути після переживання травматичної події. Третина військовослужбовців, які надходять на лікування до КНП «ОКЗНПД та СЗХ» ЗОР мають діагноз ПТСР.

Повторні госпіталізація при ПТСР — це поширене явище, яке часто свідчить не про неефективність лікування, а про хронічний перебіг розладу та складність адаптації до цивільного чи службового середовища. Військові після виписки потрапляють в середовище, де присутні тригери, що призводить до гострого рецидиву. Коморбідні стани ускладнюють перебіг лікування, розвиток залежностей (алкоголь, психоактивні речовини), як способу «самолікування», часто призводять до рецидивів.

Лікування ПТСР передбачає як психотерапевтичну допомогу, так і використання психофармакологічних засобів. Зазвичай застосовують комбінацію різних психотерапевтичних підходів, адже цей розлад є багатогранним і проявляється одночасно на психологічному, біологічному та соціальному рівнях.

Стаціонарне лікування має чітко окреслені терапевтичні завдання. Передусім воно спрямоване на корекцію емоційних розладів, зниження суїцидальних проявів і лікування супутніх (коморбідних) станів, які часто супроводжують ПТСР. Важливу роль відіграє оцінювання змін у перебігу розладу як загалом, так і щодо окремих симптомів, оскільки це допомагає визначити подальшу тактику лікування та соціальної адаптації пацієнта.

ПТСР є серйозним тягарем не лише для окремої людини, а й для суспільства загалом. Люди з ПТСР частіше, ніж представники загальної популяції, вживають психоактивні речовини, стикаються з порушеннями психосоціального функціонування та демонструють суїцидальну поведінку.

Окрім підвищеної потреби в психіатричній допомозі, вони також частіше користуються медичними послугами, що супроводжується більшими витратами, зокрема через наявність супутніх захворювань.

Медичні сестри сьогодні вже не є лише сторонніми спостерігачами складних і травматичних історій — для багатьох із них цей досвід є особисто значущим. Емпатія означає здатність не лише усвідомлювати й розуміти внутрішній світ пацієнта, а й певною мірою переживати його почуття, зокрема біль і смуток.

Необхідність для медичної сестри зберігати співчутливість і залишатися емоційно залученим до пацієнта може посилювати її власні травматичні переживання та активізувати попередній травматичний досвід. У результаті виникає ризик розвитку вторинної травми, яка здатна впливати на самосприйняття та негативно позначатися на її психологічному стані.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Горшков О.О., Баранов І.І. Особливості клінічної діагностики посттравматичного стресового розладу з психотичними симптомами. Український медичний часопис. 2024. №4(162). С.59-62.
2. Гончар-Чердаклі Л. Супутні прояви та розлади при ПТСР. Дарниця. 2022.
URL: <https://darnytsia.ua/doctors/ptsr/suputni-proyavy-ta-rozlady-pry-ptsr>
3. Герасименко Л.О. Посттравматичний стресовий розлад. НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія. 2021 №8(129). С. 27-32.
4. Murray B Stein, Sonya Norman. Posttraumatic stress disorder in adults: Psychotherapy and psychosocial interventions. 2025
URL: https://www.uptodate.com/contents/posttraumatic-stress-disorder-in-adults-psychotherapy-and-psychosocial-interventions?topicRef=500&source=see_link (дата звернення 16.03.2026).
5. Sareen J. Posttraumatic stress disorder in adults: Epidemiology, pathophysiology, clinical features, assessment, and diagnosis. 2025.
URL: <https://www.uptodate.com/contents/posttraumatic-stress-disorder-in-adults-epidemiology-pathophysiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis>
6. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.07.2024 №1265
URL: https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cefbef633be/dn_1265_19072024_dod.pdf (дата звернення 16.03.2026)
7. Атаман О. В. Патологічна фізіологія в запитаннях та відповідях: навч. посіб 6-те вид.,Вінниця: Нова Книга, 2021. 568 с.
8. МКХ-11. Розділ 06: Психічні і поведінкові розлади та порушення нейропсихічного розвитку (статистична класифікація) / За заг. ред. В.Д. Мішиєва; уклад.: В.Д. Мішиєв, Б.В. Михайлов, Є.Г. Гриневич, В.Ю.

Омелянович (Переклад з англійської Б.В. Михайлова). — Київ: МОРІОН, 2023. — 304 с.

9. Емі Б. Адлер , Ян А. Гутієррез Гостра стресова реакція в умовах бойових дій: нові дані та інтервенції, засновані на досвіді. *Актуальні звіти з психіатрії*. 2022. С. 277-283.

10. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5-TR. Львів: «Компанія «Манускрипт», 2024. – 592 с.

11. Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації. Клінічна настанова, заснована на доказах. Міністерства охорони здоров'я України Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України. 2024. С. 217.

URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2024/07/kn_2024_ptsr.pdf (дата звернення 16.03.2026)

12. Чабан О.С., Хаустова О.О., Омелянович В.Ю. Психічні розлади воєнного часу: монографія. Київ: Видавничий дім Медкнига, 2023. С. 232.

13. Горшков О.О., Баранов І.І., Домініченко Я.Л. Особливості клінічної діагностики посттравматичного стресового розладу з психотичними симптомами. *Український медичний часопис*. 2024. № 4(162). С. 59-62.

14. Bailey C., Cordell E., Sobin S, Neumeister A. Recent Progress in Understanding the Pathophysiology of Post-Traumatic Stress Disorder. National Center for Biotechnology Information. 2020.

URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3629370/>

15. Безшейко В.Г. Адаптація шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2023 № 3. С. 30-31.

16. Агаєв Н.А., Кокур О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2020. С. 234.

17. Лінський І. В., Підкоритов В. С., Кузьмінов В. Н. Динаміка постстресової симптоматики у пацієнтів зі стрес-асоційованими розладами протягом

стандартного стаціонарного лікування. Український вісник Психоневрології. 2025. №1(122). С. 4-11.

18. Чорна В.В., Коломієць В.В., Гозак С.В., Єлізарова О.Т. Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців. Молодий вчений. 2023. С. 28-39.

19. Про психіатричну допомогу: Закон України від 22.02.2000р. №1489-III
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#top> (дата звернення 18.03.2026).

20. Омельченко Я.М., Кісарчук З.Г., Гурлева Т.С., Лазос Г. П. [та ін.]. Застосування психотерапевтичних технологій у наданні допомоги постраждалим з проявами посттравматичного стресового розладу: практичний посібник. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. С. 256.

21. Чабан О.С. Медсестринство в психіатрії. Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. 264с.

22. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сириця М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. Київ: 7БЦ, 2023. 175 с.

23. Мурза Х. Рекомендації щодо ведення осіб із посттравматичним стресовим розладом. НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія. 2020 № 3. С. 39-43.

24. Кокун О.М., Мороз В.М., Лозінська Н.С., Пішко І.О. Психологічна профілактика психотравматизації військовослужбовців Збройних Сил України : метод. посіб. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2021. 301 с.

25. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо надання першої психологічної допомоги та профілактики посттравматичного розладу: наказ Міністерство охорони здоров'я України від 03.03.2022 № 405

URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-03032022--405-pro-zatverdzhennja-metodichnih-rekomendacij-schodo-etapnosti-nadannja-medichnoi-dopomogi-poranenim-ta-travmovanim> (дата звернення 18.03.2026).

26. Інструкція протоколи надання психологічної допомоги військовослужбовцям збройних сил України в бойових (екстремальних) умовах. Головне управління морально-психологічного забезпечення Збройних Сил України. 2021. 48с.

27. Перша психологічна допомога в гострих стресових ситуаціях / за ред. В.І. Осьодло, С.О. Ларіонов. Харків, 2022. 88с.

28. Подворчанська В., Полек Т., Лисенко Є., Бевзюк Д., Гриценко Г. Підхід «рівний-рівному» в реабілітації військових та ветеранів: між гнучкістю та стандартизацією. Дослідження міжнародного досвіду та практик в Україні. Київ, 2025. 92с.

29. Про затвердження Порядку надання психіатричної допомоги в стаціонарних умовах: наказ Міністерство охорони здоров'я України від 07.12.2023 № 2085

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0122-24#Text> (дата звернення 18.03.2026).