

**Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського
МОЗ України**

На правах рукопису

УДК :

364-787.522+616.89-039.76]:614.253.5:335.422-057.36(4770

НЕЧАЄВА ОЛЬГА ОЛЕГІВНА

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

**«ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОГРАМИ
«СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ АДАПТАЦІЇ»
З УЧАСТЮ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ПРОЦЕСУ
У РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗС УКРАЇНИ –
УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ»**

223 – медсестринство

Науковий керівник: доцент кафедри
внутрішньої медицини №1 Радецька Л.В.

Тернопіль – 2021

ЗМІСТ

Стор.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	4
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1 ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ.	
1.1. Основні напрямки медичної реабілітації учасників бойових дій в сучасних збройних конфліктах.....	8
1.2. Досвід функціонування систем медичної реабілітації учасників бойових дій за кордоном та в Україні.....	14
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.	24
РОЗДІЛ 3. РОЗДІЛ 3 РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ.....	32
3.1. Структура і характер патології у військовослужбовців-учасників бойових дій, які перебували на лікуванні у Комунальному Некомерційному підприємстві «Обласний клінічний госпіталь ветеранів війни Кіровоградської обласної ради» за 2019 рік.....	32
3.2. Особливості проявів у поранених військовослужбовців бойових стресових розладів.....	37
3.3 Зміст програми «Соціально-психологічної підтримки адаптації» з впровадженням медсестринського процесу у військових – учасників бойових дій Збройних Сил України.....	44
3.4 Ефективність впровадження медсестринського процесу у програму соціально-психологічної підтримки адаптації військових у процесі реабілітації травмованої особистості.....	60
ВИСНОВКИ.....	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	71
ДОДАТКИ.....	82

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АТО	–	Антитерористична операція
ВЛК	–	Військово-лікарська комісія
ВООЗ	–	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЗС	–	Збройні сили
ІПР	–	Індивідуальна програма реабілітації
ІППР	–	Індивідуальна програма профілактичної реабілітації
МО	–	Міністерство оборони
МР	–	Медична реабілітація
МСЕК	–	Медико-соціальна експертна комісія
ПР	–	Психологічна реабілітація
ПТСР	–	Посттравматичний стресовий розлад
СР	–	Соціальна реабілітація
СППА	-	Соціально-психологічна підтримка адаптації
УБД	–	Учасник бойових дій
ЯЖ	–	Якість життя

ВСТУП

Актуальність теми. З початку тимчасової окупації Російською Федерацією Автономної Республіки Крим та розпалювання збройного конфлікту в східних регіонах України, участь в антитерористичній операції (АТО) взяли понад 350 тисяч українців [1, 2]. В результаті негативного впливу факторів бойової діяльності військ, близько 90% військовослужбовців, які брали участь в АТО, потребують комплексної медичної реабілітації [3, 4].

Одним із пріоритетів державної соціальної політики та складовою медичної реформи на сучасному етапі є необхідність обґрунтування та удосконалення заходів комплексної медичної реабілітації військовослужбовців – учасників АТО, кількість яких постійно збільшується [1- 4].

Проте, заходи медичної реабілітації учасників бойових дій, що проводяться сьогодні у медичній і соціальній галузях суспільства, ще не набули системного і комплексного характеру. Таким чином, гостра потреба у підвищенні якості життя, медичного обслуговування, соціального захисту та медикопсихологічної допомоги військовослужбовців – учасників бойових дій, обумовили актуальність дослідження, визначили його мету і завдання.

Мета дослідження – ДОСЛІДИТИ ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОГРАМИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ АДАПТАЦІЇ ВІЙСЬКОВИХ З УЧАСТЮ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ПРОЦЕСУ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗС УКРАЇНИ – УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.

Завдання дослідження:

1. Провести науковий аналіз світових і вітчизняних джерел інформації щодо поглядів на особливості медичної реабілітації учасників бойових дій у сучасних умовах.

2. Дослідити структуру і характер патології у військовослужбовців-учасників бойових дій, які перебували на лікуванні у Комунальному

Некомерційному підприємстві «Обласний клінічний госпіталь ветеранів війни Кіровоградської обласної ради» за 2019 рік.

3. Вивчити особливості проявів у поранених військовослужбовців бойових стресових розладів.

4. Впровадити медсестринський процес у програму «Соціально-психологічної підтримки адаптації» військових – учасників бойових дій Збройних Сил України.

5. Дослідити ефективність впровадження медсестринського процесу у програму соціально-психологічної підтримки адаптації військових у процесі реабілітації травмованої особистості.

6. **Методи дослідження** – *методи системного підходу та системного аналізу, бібліосемантичний, історичний, медико-статистичний, соціологічний, експертних оцінок.*

– *методи системного підходу та системного аналізу* застосовано для комплексного аналізу і узагальнення результатів впродовж усіх етапів дослідження.

– *бібліосемантичний метод* – для вивчення вітчизняного та світового досвіду організації комплексної реабілітації учасників бойових дій.

– *соціологічний метод* – для отримання інформації щодо оцінки якості реабілітації учасників бойових дій, результатів впровадження рекомендацій щодо оптимізації комплексної реабілітації.

– *медико-статистичний метод* використовувався для статистичної обробки отриманих результатів дослідження, визначення їх статистичної достовірності.

Обсяг та структура магістерської роботи. Роботу викладено на 79 сторінках друкованого тексту. Робота складається із змісту, переліку умовних позначень, основної частини із вступом, аналітичним оглядом літератури, матеріалами і методами досліджень, розділів власних досліджень з аналізом та

узагальненням їх результатів, висновків, списку використаних джерел (63 найменувань, із них 56 кирилицею та 7 латиницею). Робота ілюстрована 10 рисунками та 5 таблицями.

РОЗДІЛ 1 ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1. Основні напрямки медичної реабілітації учасників бойових дій в сучасних збройних конфліктах

Проблема збереження здоров'я і працездатності військовослужбовців, що приймають участь у військових конфліктах, останнім часом привертає увагу великого числа дослідників [1, 2]. Широко розвиваються нові концептуальні підходи щодо медико-соціальної реабілітації поранених на різних етапах її застосування. Однак соціально-психологічні аспекти змісту й особливості реалізації комплексних програм медико-психологічної реабілітації, орієнтовані на окремі категорії поранених, на специфіку проявів соматичних та психічних розладів у військовослужбовців, на сьогоднішній день розроблені недостатньо [3, 6].

За даними літератури [4 - 8] встановлено, що серед учасників локальних війн і збройних конфліктів переважна більшість військовослужбовців потребують відновного лікування та реабілітації.

Сучасна бойова травма відрізняється особливою тяжкістю, множинністю і поєднаним ураженням (мінно-вибухові поранення), в зв'язку з чим, є потужним стресом для організму – фізичним і психічним [9]. Закономірні прояви травматичної хвороби, а також супутні розлади психічної адаптації вимагають додаткових зусиль з боку фахівців з їх виявлення, оцінки діючих і оптимізації подальших реабілітаційних заходів, що застосовуються у поранених [10,11].

Багатовекторність патогенетичних механізмів формування травматичної хвороби з каскадом структурно-функціональних порушень у всьому організмі пораненого, висока частота виявлення в клінічній картині постраждалих соматичних, неврологічних, ендокринних, функціональних розладів призводять до значних труднощів реабілітації даного контингенту пацієнтів [12,13].

За даними зарубіжних авторів, реабілітація поранених вимагає концептуальних підходів, проведення чіткого аналізу та розуміння специфіки

перебігу поранень в гострому та віддаленому періодах бойової травми [14, 15]. Однак, на жаль, у вітчизняній літературі практично відсутні дані щодо проблеми відновлення здоров'я військовослужбовців учасників бойових дій.

За час проведення АТО більш ніж 6200 військовослужбовців отримали поранення. Переважна більшість з них крім медичної потребує і психологічної реабілітації [13, 14]. За даними літератури психо-емоціональної сфери (гостра реакція на стрес, післятравматичні стресові розлади, наслідки ЧМТ, неврастенії) були діагностовані в усіх учасників АТО, які перебували на санаторно-курортному лікуванні [13-15].

Зважаючи на міжнародні статистичні дані про розвиток тяжких психоемоційних розладів у бувших учасників бойових дій, так званого афганського синдрому, в тому числі, які призводять не тільки до соціальної дезадаптації, але й до суїцидів, питання відновлювального медикопсихологічного санаторно-курортного лікування стає на перше місце для цієї категорії пацієнтів [15].

Лікування бойової травми вимагає оперативної оцінки стану поранених, прогнозу виявлених порушень, а також проведення усіх можливих лікувальнореабілітаційних заходів. Соматичні захворювання та травми досить часто супроводжуються психічними змінами, які значно затрудняють проведення реабілітації. Вони не дозволяють досягти необхідної якості життя хворих та інвалідів – кінцевої мети реабілітації. До того ж, психічні зміни в ряді випадків супроводжуються емоційними розладами, які спричиняють негативний вплив на основний патологічний процес [14]. Цей факт також необхідно враховувати при проведенні реабілітації учасників бойових дій.

Участь у бойових діях загально визнано вважається стресовим фактором найвищого ступеня інтенсивності. Тому обов'язковою складовою комплексу реабілітаційних заходів осіб, які постраждали внаслідок участі в бойових діях має бути медико-психологічна реабілітація (МПР) [3-6].

Учасники локальних воєн і збройних конфліктів є специфічним контингентом, який вимагає багатопрофільної реабілітації, а інваліди з їх числа можуть бути виділені в групу особливої соціальної значущості, оскільки серед ветеранів, вперше визнаних інвалідами, понад 50,0% – особи працездатного віку [12].

У структурі первинного виходу на інвалідність військовослужбовців на першому місці стоять поранення всіх локалізацій, на другому – хвороби серцево-судинної системи, на третьому – психічні розлади. У структурі інвалідності внаслідок військової травми на першому місці черепно-мозкові травми, на другому – травми опорно-рухового апарату, на третьому – травми органів зору, на четвертому – травми периферичної нервової системи, на п'ятому – поранення черевної порожнини [13].

Показники, що свідчать про ефективність реабілітації ветеранів залишаються на низькому рівні і не перевищують 2,0-3,0% при повторному огляді [12]. За даними літератури [16] 28% пацієнтів із травматичним пошкодженням головного мозку зазнають повторної госпіталізації впродовж 9 місяців після виписки з реабілітаційного центру, 11,3% – впродовж перших 3 місяців. Найчастішими причинами є інфекції (15%), неврологічні (13%), нейрохірургічні причини (11%), травма (7%), психіатричні (7%) і ортопедичні (7%) проблеми.

Питання реабілітації учасників бойових дій вимагає чіткого виділення об'єкту та предмету медичної реабілітації. Вважається, що безпосередніми об'єктами медичної реабілітації є поранені в ході АТО військовослужбовці. Предметом дослідження медичної реабілітації є причини і закономірності розвитку станів, потребуючих реабілітаційних заходів, методи їх проведення і форми оптимальної організації системи реабілітаційних заходів [15-17].

В літературі зроблено спробу розділити об'єкти реабілітації на контингенти. За даними авторів [118], безпосередніми об'єктами реабілітації є

хворі, травмовані, поранені та реконвалісценти після різних захворювань з тимчасовою втратою працездатності або її зниженням в різному ступені (первинний контингент); хворі хронічними захворюваннями; постраждалі з наслідками травм і поранень зі стійкою втратою працездатності і тимчасовою інвалідизацією, у яких в результаті прийнятих заходів можлива позитивна корекція (вторинний контингент); інваліди з наслідками захворювань, травм, поранень з різним ступенем стійкої втрати працездатності (третинний, або постійний, контингент, потребує реабілітації). Поранені в ході АТО військовослужбовці ввійдуть в усі три перераховані контингенти. Це залежатиме від ступеня змін функціональних можливостей людини в зв'язку з отриманим пораненням.

Під терміном реабілітація учасників бойових дій розуміють [18-21] комплекс державних, соціально-економічних, медичних, психологічних професійних та інших заходів на нормалізацію порушених і компенсацію втрачених функцій організму внаслідок поранення, ушкодження, захворювання, перебування в екстремальній ситуації, з метою відновлення боє- та працездатності.

Основними напрямками соціальної реабілітації учасників бойових дій є медична та психологічна реабілітація. Реабілітаційні заходи з учасниками бойових дій повинні складатись з декількох компонентів таких як медикопсихологічна допомога та соціальна підтримка.

Професійна реабілітація військовослужбовців – комплекс заходів, спрямованих на відновлення професійних навичок або перенавчання військовослужбовців, вирішення питань їх працевлаштування.

Екстрена реабілітація військовослужбовців – комплекс заходів щодо своєчасного попередження і швидкого відновлення порушених психосоматичних функцій, спрямованих на підтримку працездатності,

відповідної надійності діяльності військовослужбовців і профілактику у них різних захворювань

Під медичною реабілітацією військовослужбовців розуміють систему заходів, що спрямовані на профілактику патологічних процесів, які призводять до тимчасової втрати боє- та працездатності, і на раннє повернення поранених (в тому числі і інвалідів) в суспільство.

Психологічна реабілітація учасників бойових дій повинна включати в себе систему медико-психологічних заходів, направлених на відновлення емоційної і мотиваційної сфер, досягнення оптимального рівня адаптації особистості і професійних якостей поранених, що забезпечують військовопрофесійну працездатність.

На думку науковців [22] психологічна реабілітація учасників бойових дій повинна відповідати наступним принципам:

- професійність. Психологічна реабілітація військовослужбовців проводиться лікарями психофізіологами, які мають відповідний рівень освіти і в повній мірі володіють методами соціально-психологічного обстеження та лікування;
- обґрунтованість. Застосування надійних, доступних, перевірених, оптимальних методів психологічної реабілітації;
- індивідуальний підхід. Планування та застосування методів психологічної реабілітації з урахуванням особливостей соматичного та психічного стану, обумовленого бойовою травмою, кожного конкретного військовослужбовця;
- неперервність і тривалість. Психологічну реабілітацію необхідно розпочинати з моменту поступлення військовослужбовця у лікувальний заклад і продовжувати до повної нормалізації психо-фізіологічного стану.

Медико-соціальна реабілітація учасників локальних конфліктів повинна будуватися на принципах єдності лікування і реабілітації, послідовності і спадкоємності і розглядатися як єдиний динамічний процес [23].

У моделі соціально-психологічної реабілітації більшість дослідників виділяє такі основні напрямки:

1. Медична реабілітація. Залежно від стану здоров'я це може бути амбулаторний, стаціонарний або санаторний етап, індивідуальна або групова психотерапевтична робота з ветеранами з метою корекції стану [24].

2. Професійна реабілітація (навчання та перенавчання). Включає прийом на пільгових умовах до навчальних закладів ветеранів бойових дій, створення профорієнтаційних консультативних центрів, банку вакансій [18]. Інваліди військової служби – це в основному молоді люди, які на свою пенсію не в змозі утримувати сім'ю. Виникає почуття неповноцінності, а роль «нахлібника» не сприяє соціальній адаптації ветерана.

3. Допомога сім'ям ветеранів, тому що фактор сімейного благополуччя спричиняє позитивний вплив на процес реабілітації в цілому [19]. Увага громадських організацій в період адаптації до мирного життя, допомога в самореалізації [25]. Життєвий досвід людини, яка повернулася з війни, різко відрізняється від досвіду людей, які не воювали. Спогади, спільне минуле, невідоме рідним і знайомим, зближує учасників війни та викликає почуття єднання [19].

4. 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 [26].

Проблема реадаптації ветеранів сучасних воїн до мирного життя не може бути вирішена тільки за рахунок використання органів і установ системи

охорони здоров'я. Необхідно поетапна адаптація до мирного життя, яка повинна розпочатися на армійському рівні, продовжена лікувально-профілактичними установами при взаємодії з військоматами, психіатричної та соціальної службами, громадськими ветеранськими організаціями учасників воєн.

Реабілітаційні заходи повинні бути направлені не лише на усунення чи покращення фізичного стану пораненого, а й на усунення психологічних проблем, для того щоб допомогти пацієнтам реінтегруватись у сім'ю та суспільство в цілому [27-29].

У світі позитивно зарекомендували себе і були визнані перспективною організаційною формою центри реабілітації, до складу яких входять стаціонарні відділення, поліклініка, пансіонат, іноді включений і санаторний етап. Завдяки наявності необхідного обладнання та фахівців різного профілю (логопедів, соціологів, психологів, працетерапевтів, майстрів з професійного навчання) в них створені всі можливості й умови для здійснення комплексної реабілітації [24].

1.2. Досвід функціонування систем медичної реабілітації учасників бойових дій за кордоном та в Україні.

Перші роботи зі створення системи комплексної медико-соціальної реабілітації були опубліковані в II половині XX століття в США. Вони ґрунтувалися на результатах спостереження за учасниками військових дій у В'єтнамі (1964-1973 рр.) [30].

Реальна державна підтримка програми реабілітації учасників війни у В'єтнамі почалася з 1979 р, коли особливим законом (Public Law 96-22) для ветеранів була створена спеціальна система обслуговування, названа реадaptaційним консультуванням, в організованих для цього центрах підтримки. При цьому бралось до уваги те, що основною проблемою є труднощі

реадаптації ветеранів до мирного життя, і мета програми - це реальна допомога і підтримка. Перший центр був створений 1 жовтня 1979 р., а до 1990 р вже функціонувало 197 таких центрів із загальним бюджетом в 57 млн. доларів; за 12 років роботи центри відвідали 800 тис. ветеранів та 300 тис. членів їх сімей. Персонал цих установ в більшості своїй складається з ветеранів В'єтнаму. Крім цих центрів в США на сьогоднішній день діють численні державні організації, які надають допомогу ветеранам [31].

Розробка і втілення механізмів щодо забезпечення реабілітації ветеранів і учасників бойових дій є одним із важливих напрямків діяльності державних органів влади багатьох країн, що брали участь у збройних конфліктах. Як правило вона здійснюється як частина цілеспрямованої соціальної політики. Актуальність і методи такої системи реабілітації базуються на регулярних тривалих дослідженнях, які різко активізувались після війни у В'єтнамі і були підтримані урядами США та європейських країн. Саме державна інформаційна і фінансова підтримка відіграли вирішальну роль у становленні системи реабілітації військовослужбовців та учасників бойових дій. Слід також зазначити, що реабілітація військовослужбовців за кордоном має комплексний характер при якому існує тісний взаємозв'язок медичної і психологічної реабілітації з іншими рівнями допомоги [32].

Так, наприклад, для реабілітації учасників збройного конфлікту між силами центрального уряду Сьєрра-Ліоне Німецьке товариство технічної співпраці (GTZ) у співробітництві з урядом Сьєрра-Ліоне розробило спеціальний проект загальною вартістю 5 млн. євро. Цей проект передбачає довготривалу програму професійної та соціальної інтеграції учасників бойових дій в суспільство, забезпечення професійної освіти та перекваліфікації. За результатами цієї програми 80% бувших учасників військових формувань успішно пройшли навчальну програму і інтегрувались у суспільство [33, 34].

Урядом Шрі-Ланки була створена Служба Верховного Комісаріату з питань реабілітації – державний орган основним напрямком роботи якого є реабілітація військовослужбовців шляхом застосування психолого-соціальних, навчальних, творчих, духовно-релігійних програм. Для цього Служба Верховного Комісаріату з питань реабілітації розробила програму під назвою «4R» (реабілітація, повернення в суспільство, реінтеграція, примирення). На втілення цієї програми урядом Шрі-Ланки було виділено більше ніж 2,5 млрд. рупій (близько 17 мільйонів доларів).

Реабілітація ветеранів збройних сил Ізраїля, які отримали інвалідність здійснюється завдяки співробітництву уряду і Veit Halochem – міжнародній сітці закладів допомоги учасникам збройних конфліктів. Ці заклади існують завдяки співпраці різних країн а також відділу реабілітації при Міністерстві оборони Ізраїлю. Учасники бойових дій мають змогу проходити фізіотерапевтичні, гідротерапевтичні, реабілітаційні послуги. Крім цього учасники бойових дій щорічно отримують академічну стипендію для навчання. В 2014 році було виділено 519 академічних і 65 спортивних стипендій на суму від 2 до 5000 доларів США [31].

Для лікування і реабілітації військовослужбовців і ветеранів ЗС США широко застосовуються методи комплементарної та альтернативної медицини. Так для реабілітації військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом поряд з психотерапією, медикаментозним втручанням, фізіотерапією застосовується фітотерапія, гомеопатія, біологічно активні харчові добавки, йога, китайська гімнастика «тай-чі-хуань», акупресура, шіатсу, цигун, рейкі, аюрведа, терапія з асистуванням тварин (собак, коней) тощо. При чому вказані методи внесені до клінічного практичного керівництва США [33].

В основі організації реабілітаційного процесу є залучення до реабілітації конкретного хворого (пораненого) визначеної кількості фахівців, які складають мультидисциплінарну (міждисциплінарну) реабілітаційну бригаду (команду)

[34]. Роботу бригади і її склад було затверджено на Генеральній Асамблеї медичних фахівців з фізичної та реабілітаційної медицини ЄС у 2008 році [32].

До складу мультидисциплінарної бригади, як правило, функціонально входять наступні фахівці: лікарі-фахівці з фізичної та реабілітаційної медицини, реабілітаційні медсестри, фізіотерапевти, трудотерапевти, логопеди, клінічні психологи, соціальні працівники, протезисти та ортезисти і дієтологи (рис.1.1) [35-37].

В залежності від діагнозу пацієнта та конкретної мети реабілітаційного процесу до складу бригади можуть бути включені інші лікарі необхідного напрямку спеціалізації.

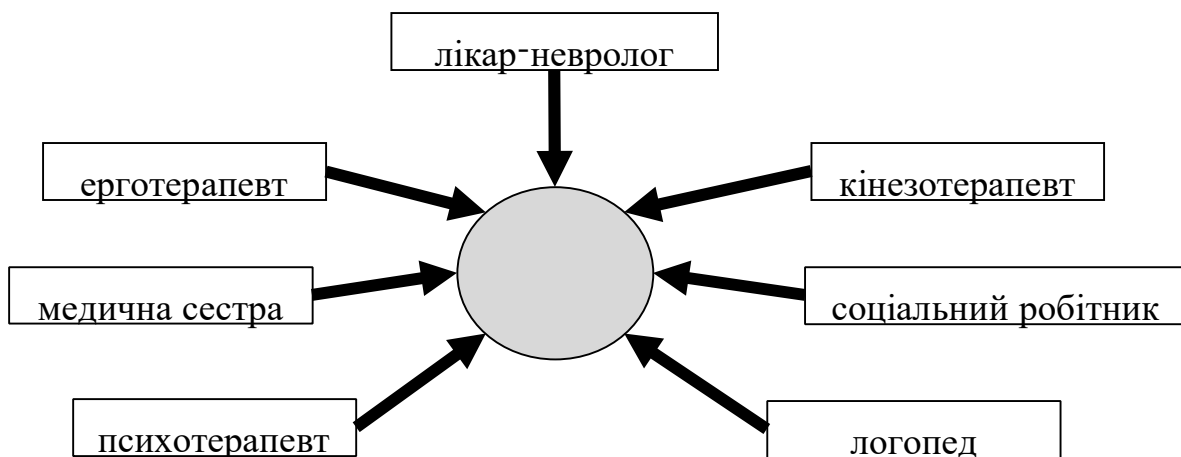


Рис. 1.1. Функціональна структура мультидисциплінарної бригади
за Ч. Ворлоу, 1998; Скворцовою В.І., 2002)

Бригаду очолює лікар – фахівець ФРМ, який несе відповідальність за організацію роботи команди. Повний склад бригади оправданий лише у випадку проведення реабілітації пацієнтів з тяжким станом та інвалідів. В той же час, при проведенні відновлювального лікування пацієнтів з менш важкою патологією і на певних етапах програми залучення всієї бригади висококваліфікованих спеціалістів вважається недоцільним. В окремих випадках реабілітаційні заходи можуть здійснюватись тільки одним фахівцем ФРМ. Це дозволяє зменшувати вартість реабілітації, яка в країна ЄС є досить

високою. Наприклад, витрати для хворих з травмою хребта в перший рік реабілітації складають 523089 \$, а в подальшому 79759 \$ щорічно [38].

Нажаль, в нашій країні на сьогоднішній день відсутні лікарі реабілітологи. Здійснені лише перші кроки до підготовки відповідних спеціалістів. Існуюча в Україні система професійної підготовки фахівців зі спеціальності «Фізична терапія. Ерготерапія» (раніше «Фізична реабілітація») має порівняно недовгу історію і на даний момент зіштовхується з певними проблемами. Сьогодні таких фахівців (ерготерапевтів) готують переважно в інститутах фізичної культури, що в подальшому ускладнює їх працевлаштування в лікувальні заклади.

Ерготерапія (лат. *ergon* – труд, заняття, грец. *Therapeia* – лікування) або Occupational Therapy (occupation (англ.) - заняття; синонім – трудотерапія або терапія якою-небудь діяльністю, заняттям – застосування цілеспрямованої діяльності з метою покращення або відновлення функціональних можливостей (рухових, емоційних, когнітивних, психічних) пацієнтів з обмеженими можливостями. Процес реабілітації передбачає взаємодію ерготерапевта з іншими 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) спрямовані на максимальне відновлення здатності пацієнта до самообслуговування, трудової діяльності, спілкування, відпочинку [18].

Така назва професії —occupational therapy була встановлена на Україні відповідно до Указу Президента України №678/2015 та погоджувальних листів Міністерства охорони здоров'я України (№3.14-10/1/3116- 15/2632 від 03.02.2016) та Міністерства соціальної політики України (№2816/0/14-16/13 від 26.02.2016), що відповідає вимогам Світової федерації ерготерапії Відповідно до Постанови Кабінету міністрів України «Про затвердження переліку галузей

знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти» №266 від 29.04.2015 року в переліку галузей знань і спеціальностей затверджена спеціальність 227 «Фізична терапія, ерготерапія» в галузі знань 22 «Охорона здоров'я» [19].

Випускники напряму підготовки «Фізична терапія, ерготерапія» готуються для роботи в якості фахівців з фізичної терапії та/або ерготерапії в державних та приватних медичних установах, фізкультурно-спортивних комплексах, оздоровчих та реабілітаційних центрах, середніх і вищих навчальних закладах, в системі санаторно-курортної реабілітації.

Фахівець з фізичної терапії, ерготерапії може займати посади: фізичний терапевт, ерготерапевт лікувально-профілактичних установ; інструктор лікувально-фізичної культури; масажист спортивних команд, фітнес-центрів, оздоровчих і лікувально-профілактичних установ; методист з оздоровчої фізичної культури; викладач вищих навчальних закладів в установах професійної освіти.

На жаль на даний час в Україні тільки з вересня 2017 року розпочалась підготовка спеціалістів зі спеціальності «Фізична терапія. Ерготерапія» у Національному медичному університет імені О.О. Богомольця, Запорізькому Державному медичному університеті та ряді інших медичних університетів України.

В Україні, основні терміни та поняття, що стосуються реабілітації визначені Законом «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» від 06.10.2005 р. № 2961-IV [39]. Відповідно до цього Закону, право на реабілітацію має та особа, яка визнана інвалідом. Інвалідність встановлює медико-соціальна експертна комісія (МСЕК). Після встановлення інвалідності реабілітація такого військовослужбовця проводиться в обов'язі, визначеному цим Законом.

Всі призначені заходи заносяться в «індивідуальну програму реабілітації інваліда» (ІПРІ), яка розробляється МСЕК за зареєстрованим місцем

проживання або лікування інвалідів. На основі цих документів затверджена форма ІПРІ (індивідуальної програми реабілітації інваліда) [40]. Виконання ІПРІ контролює МСЕК. Одним із видів реабілітаційних заходів, які можуть застосовуватися для реабілітації інвалідів є медична складова, яка передбачає медикаментозне лікування, відновлювальну терапію, реконструктивну хірургію, ендопротезування, забезпечення виробами медичного призначення, протезуванням [41].

Як видно з вище наведених даних, згідно з законодавчими документами, медичну реабілітацію зможуть проходити тільки ті військовослужбовці, які набули статус «інваліда війни». Однак, до набуття цього статусу проходить певний проміжок часу, подеколи довготривалий. А відсутність в цей час адекватних реабілітаційних заходів може приводити до глибокої інвалідності пораненого, зниження його життєздатності та соціальної активності. Крім цього, відсутність статусу «інваліда війни» не дозволяє юридично обґрунтувати перевід поранених для проходження медичної реабілітації в госпіталях ветеранів війни та санаторіях Міністерства охорони здоров'я, що дозволяло б розвантажити військово-медичні заклади в період масового поступлення поранених. Тому, організацію медичної реабілітації пораненим військовослужбовцям, які приймали участь в АТО можна умовно розділити на дві частини. В першій частині заходи будуть здійснюватись до отримання пораненим статусу «інваліда», а в другій – після отримання цього статусу [42, 57-59].

В ЗС України в даний час 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 багатопрофільних санаторіїв [43, 58].

До системи медичної реабілітації військовослужбовців Міноборони України залучені Ірпінський, Вінницький і Львівський військово-медичні клінічні центри, у яких функціонують реабілітаційні відділення, куди потрапляють бійці відразу після лікування. Крім того, існує три міністерські санаторії на 1400 ліжок. Окрім того, існує процес направлення бійців до госпіталів ветеранів війни, яких в Україні 29, а це ще 8 тис. місць [44,15].

На сьогоднішній день в нашій країні відсутнє чинне законодавство, що визначає спеціальні норми щодо реабілітації військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Єдиним документом, що стосується реабілітації військовослужбовців є протоколи зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі (ПТСР), затверджені Наказом МОЗ «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі» №121 від 23.02.16 р [19, 51]. Однак, дані протоколи регулюють вузькоспеціалізоване питання ПТСР і надання допомоги військовослужбовцям у закладах МОЗ. Порядок надання допомоги при інших захворюваннях та розладах, що мають місце у учасників бойових дій законодавством поки що не встановлений.

В цілому-ж, комплексно, питання функціонування систем медичної реабілітації учасників бойових дій в Україні науковцями ще не розглядалися. Тому цікавим за аналогією, на наш погляд, є підхід до удосконалення лікувально-профілактичного забезпечення пенсіонерів МО України, з використанням інтеграційно-координаційної моделі, Романюк Ю. А. [45]. Думка автора базувалась на необхідності виконання Міжгалузевої комплексної програми „Здоров'я нації на 2002-2011 роки—, рекомендацій ВООЗ та нормативно-правової бази України. Автором було розроблено та апробовано модель удосконаленої системи лікувально-профілактичного забезпечення пенсіонерів МО України, що подано як інтеграційно-координаційну модель.

В основі запропонованої моделі, як і будь-якої організаційної, передбачалось удосконалення усіх функціонально-структурних елементів.

Об'єктом управління даної моделі автором було обрано здоров'я пенсіонерів МО України. Суб'єктом управління – амбулаторно-поліклінічні заклади МО України з геронтологічними кабінетами, що дозволило автору виявити і здійснити інтеграційно-координаційну функцію між лікувально-профілактичними закладами МО України та закладами соціального захисту населення. Блок інформаційного забезпечення передбачав формування медичного реєстру пенсіонерів МО України та реєстру пенсіонерів, які потребували надання медико-соціальної допомоги.

Основними функціями запропонованої інтеграційно-координаційної моделі були інтеграційна і координаційна. Метою інтеграції було формування нових функціональних взаємозв'язків між лікувально-профілактичними закладами МО України та закладами соціального захисту населення для створення єдиної цілісної системи за рахунок більш раціонального, адекватного спільного використання існуючих людських, матеріально-технічних та економічних ресурсів. Принцип координаційної функції полягав у забезпеченні узгодженості дій усіх ланок (елементів) організаційної моделі шляхом встановлення раціональних зв'язків та обміну інформацією між ними.

Як бачимо, не дивлячись на нечисельні наукові публікації присвячені в основному фрагментарному розгляду та аналізу окремих аспектів фізичної та психологічної реабілітації військовослужбовців, військових пенсіонерів чи учасників бойових дій, в цілому, комплексно, питання функціонування систем медичної реабілітації учасників бойових дій в Україні науковцями ще не досліджувались. Після упровадження інтеграційно-координаційної моделі та удосконалення лікувально-профілактичного забезпечення пенсіонерів МО України автору вдалось покращити медико-соціального обслуговування пенсіонерів МО України шляхом інтеграції та координації роботи між

лікувально-профілактичними закладами МО України та закладами соціального захисту населення, покращити виявлення осіб, які потребують медикосоціальної допомоги та передача цих даних до медичного реєстру пенсіонерів МО України. Як позитивні якості запровадження інтеграційно-координаційної моделі автор відмічає покращення проведення геріатричної медичної реабілітації серед пенсіонерів МО України на всіх етапах медичної реабілітації та впровадження у практику лікувально-профілактичних закладів МО України досягнень геронтології та геріатрії: нових методів діагностики, лікування і профілактики передчасного старіння та аналіз їх ефективності. Зазначене позначилось на показниках вивчення причин захворюваності, первинної інвалідності та смертності серед пенсіонерів МО України [47,48].

Основним функціональним елементом запропонованої Романюк Ю.А. моделі є геронтологічний кабінет поліклінічного відділення, на який покладаються завдання щодо організації та координації заходів лікувальнопрофілактичного забезпечення пенсіонерів МО України [47]. Окрім створення геронтологічного кабінету, примірне положення якого наведене автором також у методичних рекомендаціях, у запропонованій моделі передбачалось створення медичного реєстру пенсіонерів МО України та осіб, які потребують медико-соціальної допомоги.

Дані про пенсіонерів МО України, які потребували медико-соціальної допомоги пропонувалось передавати до ТЦСО. Модель удосконаленої системи лікувально-профілактичного забезпечення покладено автором в основу розробленого Положення про порядок проведення диспансеризації пенсіонерів МО України. Базовим принципом цього Положення є проведення щорічних медичних обстежень пенсіонерів, розподіл їх на групи за наявними хронічними захворюваннями, ступенем рухової активності і здатністю до самообслуговування та проведення деяких інших медико-соціальних заходів. Після запровадження інтеграційно-координаційної моделі та удосконалення лікувально-профілактичного забезпечення пенсіонерів МО України автору

вдалось покращити медико-соціального обслуговування пенсіонерів МО України шляхом інтеграції та координації роботи між лікувально-профілактичними закладами МО України та закладами соціального захисту населення, покращити виявлення осіб, які потребують медикосоціальної допомоги та передача цих даних до медичного реєстру пенсіонерів МО України. Як позитивні якості упровадження інтеграційно-координаційної моделі автор відмічає покращення проведення геріатричної медичної реабілітації серед пенсіонерів МО України на всіх етапах медичної реабілітації та впровадження у практику лікувально-профілактичних закладів МО України досягнень геронтології та геріатрії: нових методів діагностики, лікування і профілактики передчасного старіння та аналіз їх ефективності. Зазначене позначилось на показниках вивчення причин захворюваності, первинної інвалідності та смертності серед пенсіонерів МО України.

Основним функціональним елементом запропонованої Романюк Ю.А. моделі є геронтологічний кабінет поліклінічного відділення, на який покладаються завдання щодо організації та координації заходів лікувальнопрофілактичного забезпечення пенсіонерів МО України. Окрім створення геронтологічного кабінету, примірне положення якого наведене автором також у методичних рекомендаціях, у запропонованій моделі передбачалось створення медичного реєстру пенсіонерів МО України та осіб, які потребують медико-соціальної допомоги [47, 48, 60-63].

Дані про пенсіонерів МО України, які потребували медико-соціальної допомоги пропонувалось передавати до ТЦСО. Модель удосконаленої системи лікувально-профілактичного забезпечення покладено автором в основу розробленого Положення про порядок проведення диспансеризації пенсіонерів МО України. Базовим принципом цього Положення є проведення щорічних медичних обстежень пенсіонерів, розподіл їх на групи за наявними хронічними захворюваннями, ступенем рухової активності і здатністю до

самообслуговування та проведення деяких інших медико-соціальних заходів [46-50].

Тому, на відміну від існуючих за кордоном систем медикопсихологічної реабілітації поранених, які ґрунтуються на державній підтримці, організація аналогічної допомоги в нашій країні перебуває на етапі становлення, що безперечно є стимулом до виконання цього дослідження і визначає доцільність проведення його наступних етапів.

РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Удосконалення системи медичної реабілітації військовослужбовців ЗС України є складним і багатогранним науковим завданням. Для його вирішення та отримання достовірних і обґрунтованих результатів необхідно було обрати ефективні і сучасні методи дослідження, розробити поетапну програму, обрати об'єкти і визначити обсяги.

При розробці програми застосовувався системний підхід. Використання системного підходу було обумовлено наступними чинниками. Методологія системного підходу представляє собою сукупність методів, направлених на кількісне і якісне вивчення взаємозв'язків, тотожностей і різниць між системами, їх окремими елементами та структурами. А його застосування забезпечує нам отримання достовірної та об'єктивної інформації про об'єкти та предмети дослідження. У системному підході значне місце мало і впровадження сестринського процесу у систему реабілітації військовослужбовців.

Така багатоетапна структуризація завдань дала можливість забезпечити послідовність та наступність зв'язку між етапами дослідження.

На *першому етапі*, шляхом застосування бібліосемантичного та історичного методів, передбачалось вивчення стану медичної реабілітації військовослужбовців МО України, вітчизняного та міжнародного досвіду організації систем медичної реабілітації військовослужбовців. Виявлено існуючі проблеми в проведенні відновного лікування та медико-соціальної реабілітації учасників бойових дій. За даними наукової літератури встановлено [14, 15], що серед учасників локальних війн і збройних конфліктів 93% військовослужбовців потребують відновного лікування та реабілітації. Показані існуючі проблеми в проведенні відновного лікування та медико-соціальної реабілітації учасників бойових дій. Доведено, що існуюча сьогодні в нашій країні система медико-соціальної реабілітації учасників бойових дій не спроможна забезпечити повноцінну реабілітацію військовослужбовців.

Результатом виконання завдань другого етапу дослідження стало формулювання наукового завдання дослідження. Це в свою чергу дозволило розробити програму та обсяг проведення досліджень, обґрунтування методів і методик для їх виконання.

На *другому етапі* дослідження був проведений ретроспективний та проспективний аналіз стану та результатів лікування 100 військовослужбовців – учасників АТО, які перебували на лікуванні у Комунальному Некомерційному підприємстві «Обласний клінічний госпіталь ветеранів війни Кіровоградської обласної ради» в період з липня 2019 року по вересень 2020 року, а також історій хвороби за 2019 рік.

З огляду на поширеність серед учасників АТО посттравматичних стресових розладів (ПТСР) була проведено діагностику виду і рівня психологічних розладів.

Діагностика виду і рівня психологічних наслідків участі поранених у бойових діях та їх психологічна реабілітація проводилась відповідно до Наказу Міністерства Оборони України від 09.12.2015 № 702 «"Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)" [51], а також Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на тяжкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад [52].

Для дослідження психологічного стану військовослужбовців, які після отримання поранення перебували на стаціонарному лікуванні в якості діагностичного психологічного тесту була використана Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (додаток). Дана діагностична методика є однією з методик, рекомендованих Науково-діагностичним центром гуманітарних проблем Збройних Сил України для застосування з метою діагностики

негативних психічних станів військовослужбовців, які перебували в районі ведення бойових дій [52, 53]. Обробка результатів, отриманих після проведення тестування за Короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР полягала в підрахунку кількості позитивних відповідей: чим більше відповідей — так дає респондент, тим більш виражені у нього негативні психологічні наслідки травматизації, такі як тривога і депресія, що вважаються найбільш специфічними проявами ПТСР.

«Пороговим» значенням для визначення наявності порушень психічного стану обрано наявність більше 4 відповідей — так.

Також для діагностики використовувалися наступні методи: індивідуальна бесіда (клінічне інтерв'ю), спостереження; діагностування (проведення психологічного тестування).

Крім цього здійснено аналіз структури та характеру небойової госпіталізованої захворюваності серед військовослужбовців – учасників АТО, які перебували на лікуванні протягом періоду дослідження.

Серед обстежених хворих виявлено посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та відповідно створено дві групи хворих з метою дослідження:

- група 1 – військовослужбовці, які мали ознаки ПТСР (57 осіб).
- група 2 – військовослужбовці, які не мали ознак ПТСР (20 осіб).

Узагальнення наукових результатів попередніх етапів досліджень дозволили упровадити нову ефективну модель медичної реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій і досягти оптимізації системи медичної реабілітації військовослужбовців. З цією метою нами впроваджено у комплекс реабілітації програму соціально-психологічної підтримки адаптації (СППА) ветеранів, яка розроблена в Українському Католицькому університеті, Інститутом психічного здоров'я (автори - В.В. Горбунова, А.Б. Карачевський, В.О. Климчук, Г.С. Нетлюх, О.І. Романчук) та призначена для самих ветеранів (учасників бойових дій, які повернулися до мирного життя), так і для їхніх близьких та рідних людей [4].

Для апробації реабілітаційної програми “Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів” «СППА» було сформовано: **контрольну** (n = 30) (пацієнти, яким діагностовано ПТСР та які погодились на участь у СППА) та **експериментальну** (n = 27) (пацієнти, яким діагностовано ПТСР та які не погодились на участь у СППА) групу (чоловіки, віком від 20 до 56 років).

Програма удосконалення системи медичної реабілітації військовослужбовців була сформована і проходила експериментальну апробацію за безпосередньої організації та участі автора та інших медсестер Комунального Некомерційного підприємства «Обласний клінічний госпіталь ветеранів війни Кіровоградської обласної ради».

СППА є передусім такою, що допомагає учасникам набути знань та умінь, корисних при переході із одних життєвих обставин у інші. Вона допомагає швидше адаптуватися до змін, сприяє гнучкості стратегій мислення та поведінки. Також вона допомагає близькому оточенню зрозуміти людину, яка адаптується, і зі свого боку опанувати методи допомоги і їй, і самим собі. Програма не розроблялася для індивідуальної роботи із ветеранами, вона розрахована на групові форми роботи. Програма не призначена для осіб, які мають гострі ураження та розлади фізичного здоров'я. У такому випадку рекомендованим є дочекатися стабілізації стану пацієнта, і лише потім пропонувати йому участь у програмі СППА (в) (це можна зробити, приміром, якщо пацієнт перебуває на стадії реабілітації, не страждає від сильних болей чи дисфункцій, і не має важких розладів психічного здоров'я).

Програма не призначена для лікування прямих наслідків психічної травми (гострого стресового розладу, посттравматичного стресового розладу, короткого психотичного розладу з очевидним стресором). У випадку підозри, що в учасника групи може бути такий розлад – необхідним є скерування його за фаховою допомогою.

Програма також не призначена для безпосередньої допомоги ветеранам, які страждають на зловживання психоактивними речовинами / залежність від них, помірну та важку депресію, генералізований тривожний розлад, соціальну фобію або прості фобії, соматоформні розлади, дисоціативні розлади, ускладнену реакцію втрати. У випадку підозри, що в учасника групи може бути якийсь із цих (або інших, не описаних тут) розладів психічного здоров'я – необхідним є скерування його за фаховою психотерапевтичною / психіатричною допомогою.

Програма не розроблялася для індивідуальної роботи із ветеранами. Вона розрахована на групові форми роботи. Програма СППА спрямована на те, щоб допомогти розривати підтримуючі цикли, які заважають ефективно адаптуватися до цивільного життя. Всього у програмі було 6 занять. Одне заняття проводиться з близькими та рідними ветеранів, п'ять – із самим пацієнтами. Оптимальна частота занять – 1 зустріч на тиждень. Така частота зумовлена домашніми завданнями, для виконання яких потрібен певний час або регулярна практика. Для забезпечення стабільності та передбачуваності важливо наперед узгодити розклад усіх занять. Важливо одразу ж на першому занятті отримати усю контактну інформацію – номери телефонів, електронні пошти, скайп-імена тощо, щоб мати змогу зв'язатися із учасником у разі його пропуску заняття або потреби заняття перенести. Рекомендована тривалість заняття – 2 академічні години + додаткові 30 хвилин для непередбачених ситуацій. Тобто, плануючи свій робочий день, варто виділити на проведення групи 2 години, з яких 1,5 – для основної роботи, та 0,5 – для відпочинку, рефлексії, записів, або для роботи з групою, якщо виникне така нагальна необхідність. Оптимальна кількість учасників – від 6 - 10 осіб. Нами було проведено заняття за програмою СППА з 5-ма групами (30 осіб).

Рекомендованим є наявність 2 ведучих медсестер, що пов'язано із можливістю додаткової уваги до учасників (більш уваги при роботі в підгрупах, також – можливість індивідуальної уваги без зупинки роботи

групи) та розподілом ролей(приміром, один ведучий керує вправою, а інший – стежить за станом учасників). Проте, робота в парі потребує також, щоб між ведучими були гарні (мінімум, нейтральні) стосунки, була довіра та впевненість у професіоналізмі одне одного, а також чіткі домовленості щодо розподілу ролей при веденні занять. Передусім, важливо щоб стосунки між учасниками та ведучими будувалися за засадах рівності та поваги. Йдеться не лише про вербальне озвучення цього, але й про загальний стиль ведення занять. Вони не повинні проводитися з позиції «вчитель-учні», а радше «рівний-рівному». Не є продуктивним також займати позицію «експерта», того, хто «краще знає», бо це може відштовхнути учасників, які б хотіли радше розуміння, аніж навчання. До кожного заняття медсестри готувалися, переглядаючи ці рекомендації та відповідні змісти занять. Продумували, що буде основним посланням певного заняття, та в який спосіб його краще донести до кожної конкретної групи. Адже хоча зміст та форми занять стандартизовані, проте кожна група може потребувати свої акцентів. Заздалегідь готували відповідні роздаткові матеріали.

Конфіденційність є основою для почуття безпеки в групі. Загальним правилом було те, що учасники групи та медсестра особисто, як ведучий, не можете за межі групи виносити будь-яку інформацію про інших учасників групи. Але учасники можуть говорити з людьми за межами групи про свій досвід, свої власні переживання та обговорювати отримані знання та навички.

До та після завершення СППА було проведене дослідження її медичної, соціальної та економічної ефективності за результатами методики “Рівня задоволеності якістю життя”, опитувальника для первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [53, 54].

Для визначення якості життя за допомогою загального опитувальника *MOS SF-36* використовують низку критеріїв:

1. Фізична активність (ФА) – суб'єктивна оцінка респондентом об'єму свого буденного фізичного навантаження. Зв'язок прямий: чим вищим є показник, тим більше фізичне навантаження, на думку респондента, він може витримати. Результат дорівнює середньому арифметичному суми балів таких видів діяльності:

а) надмірні зусилля (піднімати вагу, бігати, брати участь у спортивних змаганнях тощо); б) помірні зусилля (прибирати у квартирі, пилососити, пересувати неважкі меблі); в) піднімати або носити сумки з продуктами; г) підніматися на декілька поверхів сходами; д) підніматися на один поверх сходами; е) нахилитися, стати навколішки, зігнутися; є) пройти більше одного кілометра; ж) пройти декілька кварталів (200-300 м); з) пройти один квартал (100 м); и) самостійно митися та вдягатися.

2. Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ) – суб'єктивна оцінка респондентом ступеня обмеження своєї буденної діяльності внаслідок стану здоров'я за останні чотири тижні. Зворотний зв'язок: чим вищий показник, тим менше, на думку респондента, проблеми зі здоров'ям обмежують його буденну активність.

3. Біль (Б) – характеризує роль суб'єктивних больових відчуттів респондента в обмеженні його діяльності за останні чотири тижні. Зворотний зв'язок: чим вищий показник, тим менше, на думку респондента, больові відчуття заважають його буденній діяльності.

4. Життєздатність (ЖЗ) – суб'єктивна оцінка респондентом свого життєвого тону (енергія, жвавість тощо) за останні чотири тижні. Прямий зв'язок: чим вище показник, тим вище респондент оцінює свій життєвий тонус, більше часу за останні чотири тижні почував себе повним сил та енергійним.

5. Соціальна активність (СА) – суб'єктивна оцінка респондентом рівня своїх відносин із друзями, колегами по роботі, рідними за останні чотири тижні. Прямий зв'язок: чим вищий, показник, тим вище респондент оцінює рівень своїх соціальних зв'язків.

6. Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (PE) – суб'єктивна оцінка респондентом ступеня обмеження своєї буденної діяльності внаслідок емоційних проблем за останні чотири тижні. Зворотний зв'язок: чим вищий показник, тим менше, на думку респондента, його емоційний стан впливає на його буденну діяльність.

7. Психічне здоров'я (ПЗ) – суб'єктивна оцінка свого настрою (щастя, спокій тощо) за останні чотири тижні. Прямий зв'язок: чим вищий показник, тим кращий настрій був у респондента, тим більше за останні чотири тижні він почував себе спокійним та щасливим.

8. Загальне здоров'я (ЗЗ) – суб'єктивна оцінка респондентом свого загального здоров'я у теперішній час. Прямий зв'язок: чим вищий показник, тим краще респондент сприймає своє здоров'я у цілому.

9. Стан здоров'я в порівнянні із тим, яке було рік тому (ЗР) – суб'єктивна оцінка респондентом свого здоров'я та змін, що сталися протягом року. Прямий зв'язок: чим кращим стало здоров'я, тим вищий бал.

Статистична обробка матеріалу включала: збір, реєстрацію даних, статистичне зведення, групування первинного матеріалу та аналіз статистичних показників. При проведенні статистичної обробки отриманих результатів, що відповідали нормальному (гаусовському) розподілу, використовували методики, загальноприйняті у медико-біологічних дослідженнях.

Оцінку типу розподілу проводили за допомогою комп'ютерної програми Microsoft Excel із визначенням міри центральної тенденції між середньою арифметичною, модою та медіаною, а також симетричності та ексцесу.

При обчисленні статистичних величин були обраховані середня арифметична вибірки \bar{x} , стандартна помилка (m). Основна частина математичної обробки виконувалась з використанням програми Microsoft Excel та стандартного статистичного пакету *STATISTICA 8.0*.

РОЗДІЛ 3 РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ

3.1. Структура і характер патології у військовослужбовців-учасників бойових дій, які перебували на лікуванні у Комунальному Некомерційному підприємстві «Обласний клінічний госпіталь ветеранів війни Кіровоградської обласної ради» за 2019 рік

Результати даного етапу дослідження ґрунтуються на аналізі структури та характеру бойової патології військовослужбовців. Аналіз структури та характеру бойової патології військовослужбовців проводився шляхом вивчення результатів лікування поранених військовослужбовців, які перебували на лікуванні у Комунальному Некомерційному підприємстві «Обласний клінічний госпіталь ветеранів війни Кіровоградської обласної ради» протягом 2019 року.

Всі пацієнти, які знаходились під спостереженням, отримали поранення в зоні проведення антитерорестичної операції. Вік пацієнтів коливався від 19 до 61 років. Розподіл поранених за демографічною характеристикою представлений в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1. Вікова структура поранених військовослужбовців

Вік поранених, років	Структура поранених, %
молодше 20	1,7
20-30	51,5
31-40	32,4
41-50	11,8
51-60	2,5
старше 60	0,1
Всього	100

Як видно з даних, представлених в табл. 3.1, серед поранених переважали особи віком від 20 до 30 років. Їх питома вага серед всієї кількості аналізуємих випадків становила 51,5%. Значний відсоток серед поранених складала також особи віком від 31 до 40 років – 32,4%.

Розподіл поранених за ступенями тяжкості їх стану на момент надходження у Комунальному Некомерційному підприємстві «Обласний клінічний госпіталь ветеранів війни Кіровоградської обласної ради» представлений на рис. 3.2.

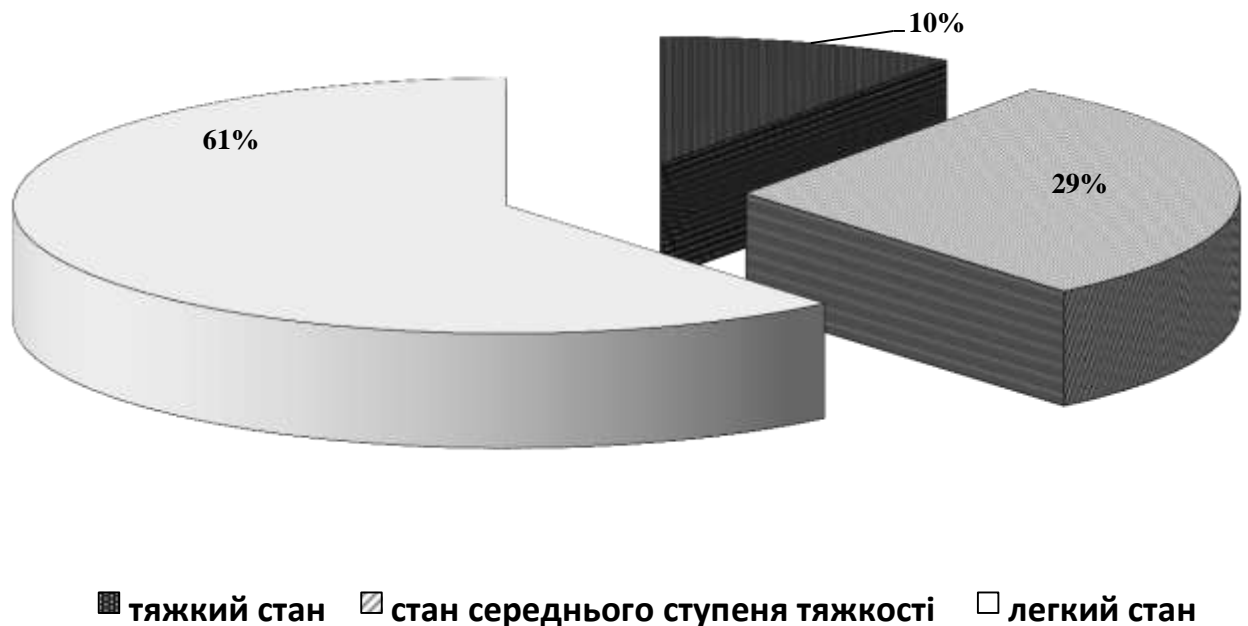


Рис. 3.1. Розподіл поранених за ступенем тяжкості їх стану

Як бачимо, у більшості поранених – 61,1% пацієнта стан на момент поступлення був оцінений як легкий. У тяжкому стані на лікування поступило 9,9 % поранених. У 29% поранених стан на момент поступлення був оцінений як середнього ступеня тяжкості.

Звертає на себе увагу тривалий термін відновлення здоров'я військовослужбовців. Тривалість лікування незалежно від ступеня тяжкості поранення в усіх випадках перевищувала три тижні. Найбільш тривалий термін лікування відмічений у пацієнтів з тяжким пораненням він в середньому був рівний 36,6 діб. Тривалість лікування у пацієнтів з пораненням середнього ступеня тяжкості складала 21,8 доби. При пораненні легкого ступеня тривалість лікування пацієнтів складала 24,2 діб. Дані представлені в табл. 3.2.

Таблиця 3.2. Тривалість лікування поранених залежно від ступеня тяжкості поранення

Ступінь тяжкості поранення	Середня тривалість лікування, діб
Тяжке поранення	35,7
Поранення середнього ступеня тяжкості	22,8
Легке поранення	23,9

Пацієнти з пораненнями середнього ступеня тяжкості перебували на лікуванні у профільному відділенні до стабілізації їх стану, а потім для подальшого відновлення проходили курс реабілітаційного лікування. Тоді, як при пораненнях легкого ступеня, пацієнти не потребували реабілітаційного лікування і знаходились на лікуванні у профільному відділенні до повного одужання.

Переважає більшість поранених після проведеного лікування потребували відпустки за станом здоров'я. Питома вага поранених, яким після проведеного лікування надавалась відпустка за станом здоров'я складала 78,1%. Терміни цієї відпустки були різними. Найдовший термін відпустки, наданої пацієнтам за станом здоров'я, перевищував 30 діб. При цьому питома вага поранених, які потребували такої тривалої відпустки також була найбільшою і складала 54,2%. Питома вага поранених, яким була надана відпустка за станом здоров'я тривалістю 30 діб складала 39,6%. Найменшою була кількість поранених, які за станом здоров'я потребували відпустки тривалістю 15 діб. Питома вага цих поранених складала 6,2%.

Узагальнюючи отримані результати, можна сказати, що суттєві зміни видів зброї та боєприпасів, що застосовуються під час локальних війн та збройних конфліктів спричинили зміну структури бойової травми. Переважає більшість поранень потребують тривалого лікування. Лікування сучасної

бойової травми не може бути відокремленим від реабілітаційних заходів. Тому лікування та реабілітація військовослужбовців є актуальним питанням, яке постає сьогодні не тільки перед військовою, але і цивільною медициною та службами соціального захисту.

Розподіл пацієнтів за госпіталізацією у відповідні профільні відділення за 2019 рік представлений в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3. Розподіл пацієнтів за госпіталізацією в профільні відділення

Назва відділення	Кількість пацієнтів
Неврологічне відділення	1165
Терапевтичне відділення	678
Кардіологічне відділення	943
Хірургічне відділення	1147
Анестезіологічне відділення	76
Разом	4009

Як свідчать дані, наведені в таблиці, найбільша кількість хворих військовослужбовців за проаналізований період була госпіталізована в неврологічне та хірургічне відділення.

Аналіз представлених даних свідчить, що серед військовослужбовців, госпіталізованих у неврологічне відділення переважали пацієнти з дорсалгіями – 30%. Досить значною також була питома вага військовослужбовців, що лікувалися з приводу внутрішньочерепної травми – 24% та з приводу радикулопатій 23,5%.

Структура іншої неврологічної патології, з приводу якої військовослужбовці перебували на лікуванні, розподілилась наступним чином: віддалені наслідки черепно-мозкової травми – 6%; розлади вегетативної нервової системи – 5,8%; інші міжхребетні дискові ураження – 5%; мононевропатії верхніх кінцівок – 2,5%; реакції на тяжкий стрес, розлади адаптації – 2%; ураження лицевого нерву – 1,2%.

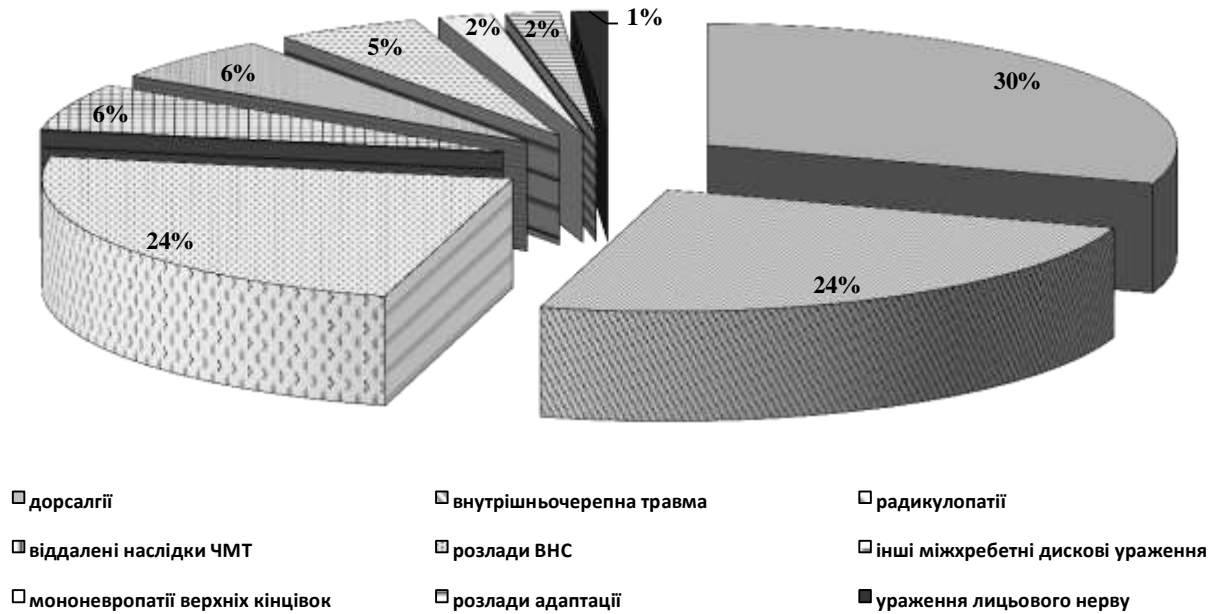


Рис. 3.2. Структура захворювань серед пацієнтів неврологічного відділення

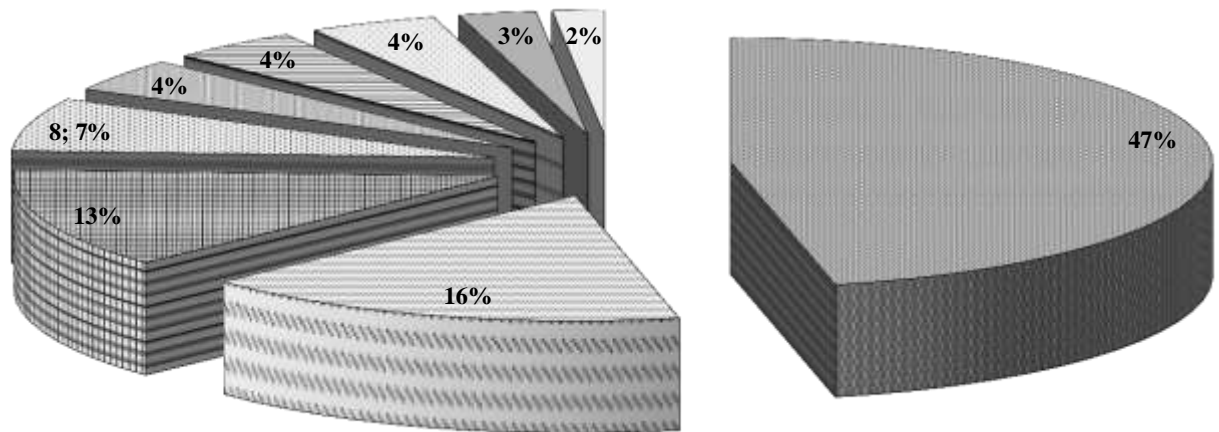
Значну питому вагу склали пацієнти, госпіталізовані у терапевтичне відділення. В табл. 3.4 представлені захворювання з приводу яких військовослужбовці були госпіталізовані у відділення загальної терапії.

Таблиця 3.4. Структура захворювань серед пацієнтів відділення загальної терапії

Захворювання	Структура захворювань, %
Пневмонія	25,2
Гострий бронхіт	20,3
Виразкова хвороба	12,2
Гастродуоденіт	9,8
Гастрит	9,1
Хронічний панкреатит	4,5
Ессенціальна первинна гіпертензія	8,1
Гіпертонічна хвороба	5,9
Хронічні обструктивні захворювання легень	4,9
Всього	100

Як видно з даних, представлених в таблиці, основну кількість госпіталізованих у відділення терапії військовослужбовців, склали пацієнти з гострими захворюваннями нижніх дихальних шляхів.

Розподіл питомої ваги кардіологічної патології з приводу якої були госпіталізовані військовослужбовці представлений на рис. 3.5.



- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> есенціальна гіпертензія | <input type="checkbox"/> стенокардія | <input type="checkbox"/> гіпертонічна хвороба |
| <input type="checkbox"/> ішемічна хвороба | <input type="checkbox"/> нейроциркуляторна дистонія | <input type="checkbox"/> інфекційний міокардит |
| <input type="checkbox"/> неуточнений міокардити | <input type="checkbox"/> трансмуральний інфаркт | <input type="checkbox"/> нестабільна стенокардія |

Рис. 3.5. Структура кардіологічної патології у військовослужбовців

Аналіз представлених даних свідчить, що серед пацієнтів, госпіталізованих в кардіологічне відділення найбільша питома вага припадає на хворих з есенціальною гіпертензією – 47%. Інша кардіологічна патологія розподілилась наступним чином: стенокардія - 16% ; гіпертонічна хвороба – 13%; інші форми ішемічної хвороби серця – 7%. Однакову питому вагу склали пацієнти з: нейро-циркуляторною дистонією – 4%, інфекційним міокардитом – 4% та неуточненим міокардитом – 4%. Незначну питому вагу склали хворі військовослужбовці з гострим трансмуральним інфарктом – 3% та нестабільною стенокардією – 2%.

Отже, враховуючи наведене вище, можна стверджувати, що переважну більшість серед госпіталізованих з приводу захворювань

військовослужбовців, складала пацієнти неврологічного профілю – 31,2%. При цьому серед неврологічних захворювань найбільша кількість припадала на дорсалгії – 30%.

3.2. Особливості проявів у поранених військовослужбовців бойових стресових розладів

Наявність хронічного травмуючого впливу на психіку самого факту перебування військовослужбовця в екстремальних умовах, отримання поранення того чи іншого ступеня тяжкості призводить до того, що військовослужбовці потребують не тільки медичної, але і психологічної допомоги.

Важливим моментом є також і те, що в післявоєнному періоді медико-соціальні проблеми у військовослужбовців можуть ускладнитися зміщенням клінічних акцентів поранення як в бік переважання наслідків фізичної бойової травми, так і в бік небойового пошкодження, обумовленого хронічним психоемоційним стресом.

Одним із клінічних видів бойової психічної патології є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), який може виникати в учасників бойових дій через будь-який чітко не встановлений проміжок часу після впливу травмуючого фактору (від декількох місяців до декілька десятків років).

Відповідно до МКХ-10 ПТСР відноситься до числа психогенних захворювань, що обумовлені впливом неординарного, надзвичайного стресу, який може викликати дистрес у будь-якої людини..

До змінених психічних станів, що можуть виникати у військовослужбовців у період ведення бойових дій, відносять: бойову стресову реакцію (початковий прояв дезадаптаційних розладів), бойову втому та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), а також реактивні стани як найважчі форми бойової психіатричної патології.

Рання діагностика негативних психічних станів, постстресових станів дозволяє на ранніх етапах виявити військовослужбовців з низьким адаптаційним потенціалом і високою вірогідністю ранніх і тяжких проявів бойової психічної травми та її наслідків, а також дозволяє розробити індивідуальну тактику і способи профілактики та відновлення кожного обстеженого військовослужбовця.

Враховуючи сказане вище, діагностику наявності негативних психічних станів у поранених військовослужбовців проводили наступним чином.

Діагностика виду і рівня психологічних наслідків участі поранених у бойових діях, вибір необхідних реабілітаційних заходів та їх психологічна реабілітація проводилась відповідно до Наказу Міністерства Оборони України від 09.12.2015 р. № 702 "Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)" [51], а також Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» [52].

Для дослідження психологічного стану військовослужбовців, які після отримання поранення перебували на стаціонарному лікуванні у ВМКЦ ЗР в якості діагностичного психологічного тесту була використана Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (додаток). Дана діагностична методика є однією з методик, рекомендованих Науково-діагностичним центром гуманітарних проблем Збройних сил України для застосування з метою діагностики негативних психічних станів військовослужбовців, які перебували в районі ведення бойових дій [53, 54].

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР призначена для первинного скринінгу перерахованих симптомів у осіб, що пережили різного виду психічні травми.

Обробка результатів, отриманих після проведення тестування за Короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР полягала в підрахунку кількості позитивних відповідей: чим більше відповідей — так дає респондент, тим більш виражені у нього негативні психологічні наслідки травматизації, такі як тривога і депресія, що вважаються найбільш специфічними проявами ПТСР.

«Пороговим» значенням для визначення наявності порушень психічного стану є наявність більше 4 відповідей — так.

Крім цього з кожним із поранених проводилась психологічна бесіда (клінічне інтерв'ю). Дана методика застосовувалась з метою вивчення психологічного стану військовослужбовця після отримання ним поранення. Вона ґрунтується на вербальній соціально-психологічній взаємодії між психологом та пораненим з яким проводиться бесіда. Вона дала можливість шляхом постановки під час бесіди спрямованих запитань виявити у учасника бойових дій таких психологічних розладів, як перебільшене реагування, агресивність, порушення пам'яті і концентрації уваги, депресія, тривожність, галюцинації, проблеми зі сном (тяжкість засипання, переривчастий сон).

Психологічне обстеження з використанням вищеперерахованих методик було проведено серед 100 військових, які перебували на лікуванні у Комунальному Некомерційному підприємстві «Обласний клінічний госпіталь ветеранів війни Кіровоградської обласної ради».

На основі аналізу результатів психологічного обстеження військових встановлено наступне. Серед 57 (57%) обстежених були виявлені ознаки ПТСР. У 33 % поранених ознаки ПТСР не були виявлені.

За результатами тестування було встановлено, що серед 57 пацієнтів у яких було діагностовано наявність ПТСР у 30 із них при підрахунку

результатів кількість позитивних відповідей, отриманих під час первинного скринінгу за Короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР значно перевищувала «порогове» значення. Обробка отриманих результатів (відповідно до інструкції) полягала в підрахунку кількості позитивних відповідей: чим більше відповідей — так дає респондент, тим більш виражені у нього негативні психологічні наслідки травматизації, такі як тривога і депресія, що являються найбільш специфічними проявами ПТСР. «Пороговим» значенням для визначення наявності порушень психічного стану є більше 4 відповідей — так.

Графічне зображення розподілу пацієнтів за результатами тестування за Короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР представлено на рис. 3.6.

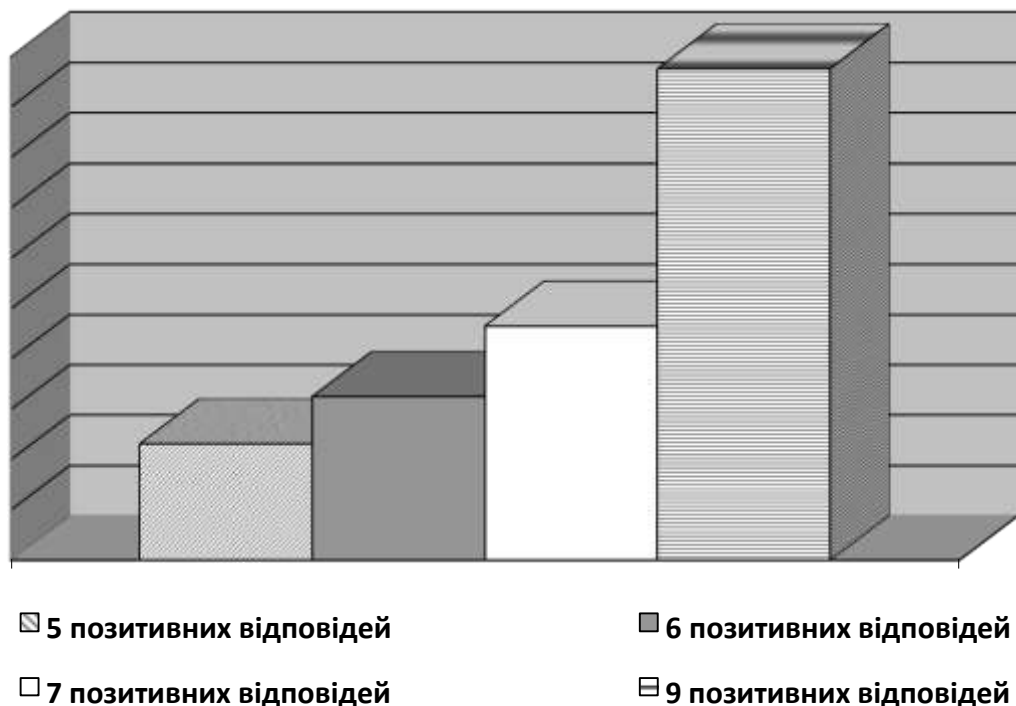


Рис. 3.6. Розподіл відповідей пацієнтів за результатами тестування за Короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР

Наявність у 57 військових ознак ПТСР підтверджують і результати проведеної з ними психологами психодіагностичної бесіди (клінічного

інтерв'ю). Аналіз отриманих результатів дозволив виділити наступні групи психологічних ознак ПТСР у обстежених поранених. Серед ознак порушення психологічного стану переважна більшість поранених (45%) скаржились на порушення сну. Питома вага інших порушень психологічного стану у поранених з ПТСР розподілилась наступним чином: 34% скаржились на емоційну нестійкість; 31% - дратівливість, підвищену емоційність; 27% - нездатність розслабитись; 27% - погану концентрацію уваги; 20% - погіршення пам'яті; 11% - замкнутість, байдужість; 8% - пригнічений настрій.

Серед 43 поранених у яких за даними тестування за Короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР не було діагностовано наявність ПТСР результати розподілились наступним чином. Переважна більшість даної категорії опитаних – 58,2% пацієнтів дали відповідь «так» на 3 запитання; 31,3% пацієнтів відповіли «так» на 2 запитання; 10,4% пацієнтів відповіли «так» на 2 запитання. Це і стало підставою для припущення відсутності у них ознак ПТСР оскільки у жодного із поранених не було відмічене перевищення «порогового» значення позитивних відповідей.

Відсутність ознак ПТСР у 43 осіб з 100 обстежених на нашу думку може бути обумовлене наступними чинниками. За даними наукової літератури вважається, що реакція військовослужбовця на вплив стресорів бойової обстановки залежить як від їх значущості для конкретного учасника бойових дій, так і його здатності до контролю власної поведінки. Ступінь впливу на психіку військовослужбовця тих чи інших бойових стресорів визначають його індивідуальні психологічні особливості та особистісні якості, тип нервової системи, професійна та психологічна готовність.

Крім цього вважається, що у певній категорії військовослужбовців психологічні наслідки перебування на війні, отримання поранення можуть проявлятися не відразу після повернення до мирного життя, а лише через деякий час. Тобто у них розвивається один із варіантів ПТСР – віддалений

ПТСР. При такій формі ПТСР симптоми стресового розладу відсутні протягом 6 місяців після отримання психологічної чи фізичної травми [53].

Отже участь у збройному конфлікті, отримане поранення є потужним стресовим фактором, що призводить до різнопланових функціональних порушень організму в тому числі і психологічних.

Дана категорія пацієнтів потребує як медичної так і психологічної реабілітації. Тому проблема відновлення фізичного і психологічного здоров'я військовослужбовців потребує поглибленого вивчення.

Нами було вивчено показники якості життя у хворих. Для досягнення мети дослідження вибірку було розділено на дві групи:

- група 1 – військовослужбовці, які мали ознаки ПТСР (57 осіб).
- група 2 – військовослужбовці, які не мали ознак ПТСР (20 осіб).

На першому етапі дослідження було проведено порівняльну характеристику середніх показників за методикою “Рівня задоволеності якістю життя” між групою 1 і групою 2.

Результати дослідження, представлені в таблиці 1, дають змогу переконатися в наявності достовірних відмінностей між середніми показниками, отриманими за методикою “Рівня задоволеності якістю життя” в групах 1 і 2.

Таблиця 3.5. Порівняльна характеристика середніх показників за методикою “Рівня задоволеності якістю життя”

Показник	Середнє значення показника в групах		Стд.відх. σ		Рівень значимості
	Група 1	Група 2	Група 1	Група 2	
Робота	24,46	28,62	7,51	5,10	p<0,05
Особистісні досягнення	25,15	31,31	6,43	5,27	p<0,05
Здоров'я	22,56	33,10	6,78	4,75	p<0,05
Спілкування з близькими	25,37	32,68	5,44	5,58	p<0,05

людьми (друзі, рідні)					
Підтримка (внутрішня і зовнішня)	22,87	30,31	6,57	5,51	p<0,05
Оптимістичність	24,25	27,89	3,86	5,51	p<0,05
Напруженість	23,09	30,51	6,75	5,59	p<0,05
Самоконтроль	24,46	28,68	5,06	4,29	p<0,05
Негативні емоції	22,40	30,20	6,07	5,59	p<0,05
Індекс якості життя	23,85	30,37	4,12	3,44	p<0,05

Як бачимо, за всіма показниками, в тому числі і за індексом якості життя, респонденти групи 1 мають достовірно відмінні результати стосовно рівня задоволеності якістю свого життя від респондентів групи 2.

Найбільшу задоволеність, хоча й на середньому рівні, військовослужбовці першої групи відчують за показниками роботи, оптимістичності, напруженості, самоконтролю, негативних емоцій, індексу якості життя. За всіма іншими показниками методики респонденти відчують задоволення на низькому рівні (особистісні досягнення, здоров'я, спілкування з близькими людьми (друзями, рідними), підтримка (внутрішня і зовнішня).

Військовослужбовці другої групи задоволеність якістю свого життя відчують на високому рівні за показниками особистісних досягнень, здоров'я, підтримки (внутрішньої і зовнішньої), оптимістичності, напруженості, негативних емоцій та індексу якості життя. На середньому рівні вони задоволені роботою, спілкуванням з близькими людьми (друзями, рідними), самоконтролем.

На нашу думку, саме інтенсивність бойового досвіду та негативний вплив на психіку військовослужбовців бойових стрес-факторів вплинули на рівень задоволеності якістю життя досліджуваних військовослужбовців.

3.3 Зміст програми «Соціально-психологічної підтримки адаптації» з впровадженням медсестринського процесу у військових – учасників бойових дій Збройних Сил України

Отже, у попередніх розділах нами досліджено особливості і структуру бойових ушкоджень у військовослужбовців ЗС України – учасників бойових дій, які потребують комплексної медичної реабілітації на регіональному рівні і на їх основі виявлено потребу військовослужбовців – учасників бойових дій в проведенні комплексу реабілітаційних заходів. Результати проведеного нами дослідження свідчать про те, що учасники бойових дій відносяться до особливого контингенту пацієнтів, які вимагають застосування спеціально розробленої, в деяких випадках навіть індивідуальної системи лікувально-реабілітаційних заходів.

Проблемі реабілітації учасників бойових дій серед значної кількості медико-соціальних питань сучасної військової та цивільної медицини відводиться особливе місце. Це, в першу чергу, обумовлене тим, що вона є системою заходів, що мають державну значимість. Від правильного функціонування цієї системи залежить ефективність вирішення широкого спектру лікувально-реабілітаційних заходів щодо комплексної реабілітації військовослужбовців. Тому сучасна комплексна система реабілітації військовослужбовців повинна базуватись як на науково-обґрунтованій концепції, так і на державній підтримці.

На думку багатьох науковців, основна концепція реабілітації представляє собою систему заходів, спрямованих на видужання пацієнта, компенсацію і відновлення порушених в результаті хвороби або травми функцій органів і систем пацієнта, профілактику рецидивів захворювання, його ускладнень, розвиток навиків самообслуговування та трудової діяльності [53].

Основою реабілітаційного процесу є принципи плановості, комплексності, системності, індивідуалізації, інформативності, неперервності та наступності [14].

Складовими частинами поняття реабілітації є дві взаємозалежних категорії. Перша з них – це мета реабілітації, яка завжди є соціальною, оскільки передбачає досягнення максимально доступного відновлення соціальної дієздатності та працездатності. Друга – це засоби досягнення цієї мети шляхом усунення причин порушення дієздатності та працездатності: наслідків хвороби, травми, поранення, операції.

Як свідчать дані наукової літератури [51, 53] сучасна реабілітаційна система повинна складатись з трьох основних періодів: стабілізації, мобілізації (видужання) та реактивізації. Тому основними завданнями зазначених періодів є наступні. У першому періоді – ліквідація симптомів захворювання, запобігання ускладненням. У другому – визначення компенсаторних можливостей організму та їх максимальний розвиток, а в третьому – відновлення працездатності.

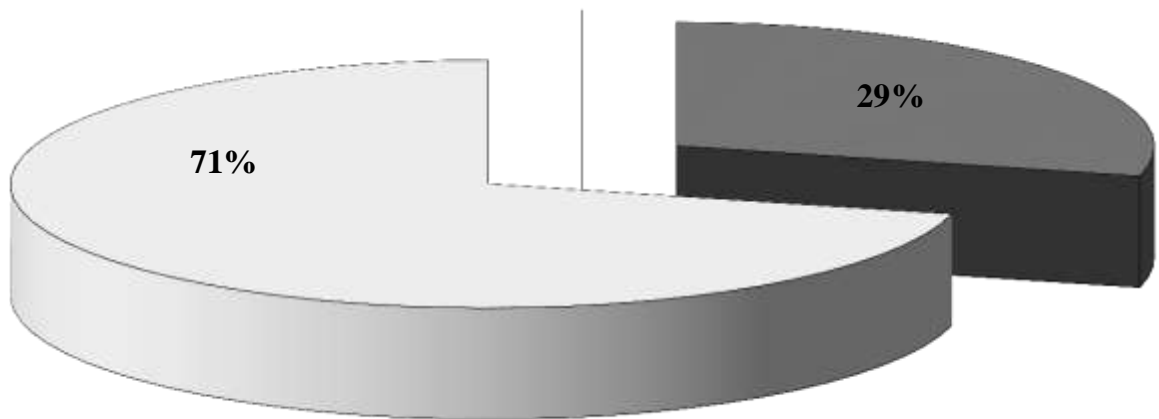
Результати проведеного нами дослідження свідчать про те, що учасники бойових дій відносяться до особливого контингенту пацієнтів, які вимагають застосування спеціально розробленої, в деяких випадках навіть індивідуальної системи лікувально-реабілітаційних заходів.

Медико-соціальна реабілітація військовослужбовців повинна складатися з комплексних заходів, що включають в себе медичний, психологічний, професійний та соціальний аспекти. Кінцевою метою роботи системи медикосоціальної реабілітації даної категорії пацієнтів є відновлення їх фізичного, психологічного, професійного та соціального статусу.

Нами проаналізовано 95 історій хвороби військовослужбовців – учасників АТО, лікованих у кардіологічному, терапевтичному, хірургічному, неврологічному відділеннях Комунального Некомерційного підприємства

«Обласний клінічний госпіталь ветеранів війни Кіровоградської обласної ради» в період з липня 2019 року по вересень 2020 року.

Рис.3.7. Графічний аналіз розподілу потреби військовослужбовців у проведенні спеціалізованого реабілітаційного лікування



- потребують спеціалізованого реабілітаційного лікування не
- потребують спеціалізованого реабілітаційного лікування

Розробка науково обґрунтованої функціонально-організаційної моделі реабілітації учасників бойових дій ґрунтувалась на аналізі медичних, психологічних та соціальних потреб військовослужбовців учасників бойових дій.

У зв'язку з цим першочерговості набуває необхідність розробки особливої моделі реабілітації учасників бойових дій. І такою моделлю є програма соціально-психологічної підтримки адаптації (СППА) ветеранів, розроблена в Українському Католицькому Університеті [4].

Суть програми полягає у наступному.

Програма соціально-психологічної підтримки адаптації ветеранів призначена для самих ветеранів (учасників бойових дій, які повернулися до мирного життя), так і для їхніх близьких та рідних людей.

Ця програма є передусім такою, що допомагає учасникам набути знань та умінь, корисних при переході із одних життєвих обставин у інші. Вона допомагає

швидше адаптуватися до змін, сприяє гнучкості стратегій мислення та поведінки. Також вона допомагає близькому оточенню зрозуміти людину, яка адаптується, і зі свого боку опанувати методи допомоги і їй, і самим собі.

Для прикладу наведемо порядок проведення двох занять – 1 – з родичами пацієнтів, 2 – з самими пацієнтами-військовослужбовцями.

Приклад плану заняття з рідними учасників програми.

План заняття:

1. Представлення цілей програми та цілей заняття, плану заняття.
2. Знайомство з учасниками.
3. Розповідь про проблеми ветеранів.
4. Коли треба скеровувати за фаховою допомогою.
5. Правила поведінки з ветеранами.
6. Як мотивувати звернутися за допомогою?
7. Підсумки.

Мета заняття: налаштувати близьких ветеранів на співпрацю, пояснити програму СППА (в), їх цілі та зміст роботи, дати їм основні правила поведінки із ветеранами та мотивації; також – налаштувати на створення спільноти взаємопідтримки.

Хід заняття. Привітайтеся з групою, назвіть своє ім'я та дайте учасникам основну інформацію про себе: свій фах, досвід роботи тощо. Запропонуйте поставити Вам запитання, які кого цікавлять.

Познайомте з цілями програми. Скажіть таке: «Програма СППА створена, щоб спільно з ветеранами попрацювати над рядом життєвих складнощів, з якими вони стикаються при поверненні до цивільного життя. Ця програма створена не для того, щоб когось лікувати, або робити щось із ними. Вона створена для спільної праці, для навчання дуже корисним інструментам, які допоможуть їм вирішувати ряд проблем та складнощів. А якщо їх і так немає – то вони допоможуть зроби так, щоб вони й надалі не виникали, щоб життя стало спокійнішим, щоб емоції врівноважилися, в думках навівся лад, а стосунки налагодилися. Ця програма – це наче майстерня або тренажерний зал,

а не щось лікувальне. Але щоб програма була успішною, ваша підтримка є надзвичайно важливою». Розкажіть, скільки триватимуть заняття, скільки всього буде занять, познайомте із розкладом та обговоріть, наскільки важливими є відвідування занять.

Покажіть учасникам заняття весь план занять та розкажіть про цілі кожного заняття.

Знайомство з учасниками. Запропонуйте учасникам розповісти про себе, та про те, чому вони тут. Формат цього знайомства має бути максимально простий.

Розповідь про проблеми пацієнтів. Запропонуйте розповісти, з якими проблемами вони стикнулися після повернення додому учасника АТО, з якими проблемами він стикнувся. По ходу розповідей робіть записи і відмічайте, чим може допомогти програма СППА (в) та говоріть про це. Розкажіть про складнощі повернення до цивільного життя: Експерт із допомоги ветеранам при поверненні до цивільного життя, Дж. Монро (Бостон, США) виділяє 8 навичок військових, які роблять це повернення певним викликом. Йдеться про те, що в часі військового життя ці навички є просто необхідними, а при звільненні зі служби вони нікуди не зникають автоматично і провокують низку складнощів та нерозуміннь з боку оточення: Безпека. Для ситуації війни бути в ситуації фонового очікування на небезпеку є звичним. І така звичка у цивільному житті може провокувати нерозуміння з боку близьких, спроби уникати небезпеки шляхом ізоляції, обмеження свого життєвого простору. Довіра та ідентифікація Ворога. Військовий навчений автоматично не довіряти, бо для виживання краще первинно припустити, що навколо є ворог, допоки не буде доведено протилежне. В той же час, у цивільному житті, така недовіра може руйнувати стосунки, і тому числі – родинні. Орієнтація на Місію. Первинне завдання в часі війни – виконання задачі, яка поставлена командуванням. В цивільному ж житті очікується ініціатива, самостійний пошук завдань, балансування різних пріоритетів тощо. Прийняття рішень. У військовому житті потрібно приймати швидкі рішення віддавати накази щодо життя/смерті, навіть коли немає

достатньо інформації. Разом з тим, часто доводиться швидко виконувати накази, не обдумуючи їх. Вдома, особливо у родині, рішення приймаються переважно кооперативно, люди беруть певний час для цього, для збору інформації тощо. Тактика готовності до реагування. У зоні бойових дій критично важливо бути готовим до негайної реакції. Тримання обладнання, усього іншого необхідного в чистоті, у відповідному місці тому є важливим. Вдома ж бруд, неприбрані кімнати тощо є тим, що може тригерувати та провокувати надмірні реакції. Непередбачуваність. Людина є в небезпеці, якщо ворог може передбачити її рух, повсякденні справи, розташування тощо. І тому військові вчаться змінювати свої графіки, приховувати інформацію. Але вдома регулярні активності, стабільний графік може бути важливий, і особливо потрібний дітям. Емоційний контроль. Військові вчаться контролювати свої емоції, бо їхній прояв часто може бути небезпечний. Алкоголь і наркотики часто допомагають у цьому, сприяючи емоційному онімінню. Але емоції, небезпечні в часі війни, критично необхідні для стосунків з людьми після повернення. Розмови про війну. Розмови про війну можуть емоційно перевантажувати ветерана, він може боятися, що ці історії засмутять рідних та близьких, що вони їх відкинуть, або що цивільні люди просто не зрозуміють прийнятих рішень, їх необхідності, не збагнуть пережитого досвіду. Тому це важко робити, але необхідно для зцілення.

КОЛИ ТРЕБА СКЕРОВУВАТИ ЗА ФАХОВОЮ ДОПОМОГОЮ.
Скажіть про те, що програма СППА (в) не призначена для безпосередньої допомоги ветеранам, які мають посттравматичний стресовий розлад, депресію, залежність від алкоголю тощо. Наголосіть, що при цих проблемах теж можлива допомога, але в іншому форматі, більш індивідуально припасована. Дайте свої контакти для звернень у разі потреби, або контакти інших центрів допомоги. Також розкажіть про симптоми ПТСР, щоб близькі могли у разі чого, вчасно їх помітити і зробити правильне скерування (див. відповідний розділ цього посібника «У яких випадках потрібне скерування учасника групи за фаховою допомогою»).

ПРАВИЛА ПОВЕДІНКИ З ВЕТЕРАНАМИ. Учасник війни може мати нав'язливі спогади, нічні жахіття, негативне сприйняття себе та інших, істотне погіршення настрою, дратівливість, агресивність або, навпаки, відстороненість та байдужість. Варто пам'ятати, що жоден з цих проявів не вказує на ненормальність чи якісь відхилення. Навпаки, усі вони є нормальною реакцією психіки на ненормальні події.

За сприятливих обставин та з плином часу усі згадані симптоми минають і людина повертається до звичайного життя та відновлює свою продуктивність. До всього, як свідчать результати останніх досліджень, людям, які пережили несприятливі події та подолали її наслідки, властиве посттравматичне зростання. Вони не лише повністю зцілюються, але часто стають сильнішими, мудрішими, приязнішими, досягають значних успіхів у діяльності, будують міцніші стосунки та змінюють на краще не лише власне життя, життя своїх рідних та найближчого оточення.

Важливу роль відновленні відіграє атмосфера в родині та ставлення близьких і рідних.

ПІДСУМКИ. Підведіть підсумки, сказавши: «Ми розпочинаємо сьогодні важливу роботу, спрямовану на підтримку ваших рідних та близьких. Зі свого боку, ми розраховуємо на вашу підтримку, і заздалегідь вдячні за неї. У разі необхідності, ми будемо до вас звертатися за допомогою. Також Ви можете мати з нами контакт, розмови».

Заняття 2. Цінності, ресурси, мета.

План заняття:

1. Представлення цілей програми та цілей заняття, плану заняття.
2. Знайомство.
3. Формулювання правил групи.
4. Розповідь про проблеми та формулювання цілей. Розробка шкал.
5. Цінності та ресурси.
6. Домашні завдання.
7. Підсумки.

Мета заняття: налагодити стосунки між учасниками групи та ведучими, познайомити правилами роботи групи, її завданнями, обговорити проблеми учасників та сформулювати цілі; а також – навчити шукати і використовувати ресурси для подолання складнощів.

Хід заняття. 1. ПРЕДСТАВЛЕННЯ ЦІЛЕЙ ПРОГРАМИ ТА ЦІЛЕЙ ЗАНЯТТЯ, ЗМІСТУ ЗАНЯТТЯ

Привітайтеся з групою, назвіть своє ім'я та дайте учасникам основну інформацію про себе: свій фах, досвід роботи тощо. Запропонуйте поставити Вам запитання, які кого цікавлять.

Познайомте з цілями програми. Скажіть таке: «Ми зібралися тут для того, щоб спільно попрацювати над рядом життєвих складнощів, з якими ви стикаєтеся при поверненні до цивільного життя. Ця група створена не для того, щоб когось лікувати, або робити щось із вами. Вона створена для спільної праці, для навчання дуже корисним інструментам, які допоможуть вирішити ряд проблем та складнощів. А якщо їх і так немає – то вони допоможуть зроби так, щоб вони й надалі не виникали, щоб життя стало спокійнішим, щоб емоції врівноважилися, в думках навівся лад, а стосунки налагодилися. Я хочу запропонувати, щоб ви сприймали цю групу як майстерню або тренажерний зал, а не як щось лікувальне. От тільки тут ми будемо тренувати не тіло, і майструвати не якісь вироби – ми будемо тренувати наші думки, емоції та поведінку, а майструвати – своє власне життя».

Розкажіть, скільки триватимуть заняття, скільки всього буде занять, познайомте із розкладом та обговоріть правил щодо пропуску / попереджень про пропуски. Познайомте з цілями цього заняття: налагодити стосунки між учасниками групи та ведучими, познайомити правилами роботи групи, її завданнями, обговорити проблеми учасників та сформулювати цілі; навчити шукати і використовувати ресурси для подолання складнощів. Покажіть план заняття (заздалегідь написаний на дошці). Запитайте, чи все зрозуміло, і чи є запитання? Якщо запитання стосуються чогось, про що йтиметься далі – скажіть, що дуже скоро відповідь на це питання з'явиться.

ЗНАЙОМСТВО Запропонуйте учасникам познайомитися один із одним, та розповісти про себе кілька слів. Ви можете використати одну із вправ (на вибір): «Розкажи за мене». Поділіть учасників на пари, та дайте таку інструкцію: «Зараз я запропоную вам в парах познайомитися. Назвіть себе, та розкажіть про себе те, чим готові поділитися. Ви можете ставити запитання, уточнювати. Але якщо на якесь запитання ви не хочете відповідати – так і скажіть своєму партнерові». Для виконання цієї частини вправи дайте учасникам від 5 до 10 хвилин. Після цього запропонуйте усім повернутися в коло, і дайте наступну інструкцію: «А тепер я попрошу вас розповісти трішки, тільки не про себе, а про того, з ким ви спілкувалися щойно. Якщо є щось, про що б ви не хотіли, щоб ваш партнер розповідав на групу – скажіть йому про це перед тим, як він почне говорити». Ви також можете брати участь у вправі, якщо кількість учасників групи непарна.

«Клубок». Для цієї класичної вправи слід мати заздалегідь клубок ниток. Почніть говорити першим, показавши приклад. Можете повторити текст свого представлення групі на початку, але краще, якщо ви додасте щось більш особисте – про захоплення, чи про настрої тощо. Після цього візьміть в руку кінець нитки, і тримаючи його, передайте клубок наступному учаснику. Учасник, який отримав клубок, так само розповідає про себе, і передає його далі, затиснувши свій фрагмент нитки. По завершенню знайомства клубок опиняється у вас, і можете завершити вправу такими словами: «Ось у нас і утворилася мережа, спільнота, у якій ми всі виявилися пов'язаними між собою, і нехай ця мережа стосунків піде усім нам на користь, і буде тим, що допомагатиме долати складнощі і досягати своїх цілей».

ФОРМУЛЮВАННЯ ПРАВИЛ ГРУПИ Скажіть далі таке: «Далі дуже важливим є, щоб усі учасники групи поділилися тим, чому вони тут, що їх привело у цю групу. Але це вже дуже особиста інформація, і ділитися з нею можна лиш тоді, коли відчуваєш себе у безпеці. Тому ми зараз із вами разом складемо наш «кодекс», або набір правил, слідувати яким стане обов'язковим для кожного учасника. Є кілька правил, які запропоную я, бо вони є класичними для будь яких груп, але також якщо комусь буде важливим якесь інше правило, - ми його обговоримо і можемо включити до нашого переліку». Використовуючи дошку, або великий лист паперу,

запишіть такі правила, кожне з ним обговорюючи з учасниками (чи зрозуміле воно; чи зрозуміло, як його виконувати; чи всі згодні його виконувати чи є якісь доповнення, зміни): Конфіденційність; Відсутність насмішок та знецінення; «Я-висловлювання» замість «Ти-висловлювань»; Говорити по черзі; Дбати про свій комфорт, не забуваючи про комфорт інших; Приходити вчасно, а у випадку форс-мажорних обставин повідомляти ведучого. Запропонуйте учасникам доповнити цей перелік своїми ідеями. Запитайте, чи усі згодні ці правила виконувати. Якщо учасники запитують, яке покарання передбачено за їх порушення – обговоріть такі можливості. Покарання, якщо таке буде передбачено, не повинно бути принижуючим особисту гідність або бути неприємним. Це може бути прихід раніше наступного заняття й підготовка приміщення, або затримка після групи й допомога з його прибиранням.

РОЗПОВІДЬ ПРО ПРОБЛЕМИ ТА ФОРМУЛЮВАННЯ ЦІЛЕЙ. На цьому етапі не підтримуйте дискусій, спроб учасників «допитувати» або сперечатися із озвученими складнощами. Наголосіть, що кожен має свої складнощі, і щоб не тримати їх у собі й говорити про них, важливо, щоб був хтось, готовий просто для початку вислухати. Важливо, щоб кожен мав змогу висловитися. Наступний крок – розробка шкал. Скажіть учасникам таке: «Ми маємо точку А, це перелік проблем, а точку Б – нашу ціль. У декого цих точок кілька. Але коли ми рухаємося по місцевості з точки А в точку Б, нам дуже важливо мати певні маркери, які б показували, що ми рухаємося у правильному напрямку, і як довго нам до мети. В дорозі це може бути компас, одометр, GPS-навігатор, у нас – це будуть шкали, які ми зараз будемо розробляти. Ми почнемо цю роботу сьогодні, але продовжите ви її самостійно». Запропонуйте комусь із учасників, хто був би готовий, стати зразком для групи. Зобразіть на дошці точку «А» та на певній відстані від неї точку «Б», як показано нижче. Підпишіть під т. А проблему, під т. Б – ціль. З'єднайте їх відрізком. Запитайте в учасника: «Як Ви знатимете, що наближаєтеся до мети?». Можете задавати допоміжні запитання, не обов'язково всі, головне – наштовхнути на думку: Що змінюватиметься у Вашому житті? Щойно учасник озвучить одну або кілька характеристик / ознак / фактів, запишіть їх під відрізком, який з'єднує А та Б, і допоможіть визначитися зі

способом вимірювання (якісний, кількісний, розмірність шкали тощо). Попросіть записати, а також зафіксуйте у своїх робочих записах (або сфотографуйте дошку). Залежно від часу, який лишився, це може бути хтось один, а може – більше учасників, які б хотіли разом із Вами розробити шкали. Запропонуйте усім учасникам спробувати розробити хоча б по одній шкалі до однієї проблеми/цілі. Обговоріть та допоможіть учасникам із розробленими шкалами. Також запропонуйте їм спробувати вперше оцінити, де на розробленій шкалі вони перебувають зараз. ЦІННОСТІ ТА РЕСУРСИ. Запропонуйте учасника наступний блок роботи. Скажіть таке: «Пережитий досвід часто блокує доступ до наших цінностей та до ресурсів. Цінності – це те, заради чого ми щось робимо, а ресурси – це те, що дає нам сили і допомагає відновлюватися, сповнює енергією. І коли ми вирушаємо у подорож до нашої мети, дуже важливо запитися ресурсами, щоб не виснажитися у дорозі, і дуже важливо розуміти, заради чого ми йдемо цим шляхом, щоб не зупинитися на півдорозі або не збитися на манівці». Запропонуйте провести інвентаризацію своїх цінностей. Нехай учасники запишуть перелік того, що їм у житті важливо, і потім поділяться з іншими. Скажіть, що цей перелік відкритий, і його можна доповнювати, коли хтось нагадає щось із забутого. У такому ж форматі обговоріть ресурси: «Що Ви робили у житті раніше, що давало вам сили і наснаги, і зараз перестали це робити? Або й далі робите? Або щоб вам завжди хотілося робити, але Ви цього не робили через низку причин?». Обговоріть з учасниками, і також запропонуйте, щоб кожен, якщо почує про щось, що його зацікавить, дописав до свого списку ресурсів. Ви також можете долучатися до пропозицій, і додавати, якщо учасники забудуть, фізичну активність (різні види, ігрові у тому числі), їжу, стосунки, творчість (конкретизуйте, яку).

Отже, до розробки СППА повинні залучатись всі члени мультидисциплінарної команди, а також хворий та його родичі. Важливу роль при обходженні з хворим має взаємодія між медичним персоналом та пацієнтом. Однією із найважливіших ланок СППА є робота медсестер, як координаторів

програми, впровадження медсестринського процесу. Особистість медсестри, стиль її поведінки може як позитивно, так і негативно впливати на хворих. Важливим моментом для виникнення позитивних психологічних відносин і довіри між медичними працівниками й хворими є кваліфікація медсестри. На загальний стан хворого великий вплив має ставлення до нього медичного працівника. Важливим моментом у відношенні медсестри і хворого є довіра, яка заснована на оцінці професійних та особистих якостей медсестри. До недавнього часу медичну сестру розглядали як пасивного виконавця рішень лікаря, як його помічника, але не як партнера в лікуванні хворих і наданні їм допомоги. Робота медсестер з пацієнтами – військовими не обмежується лише роздаванням медикаментів, виконанням ін'єкцій, вимірюванням температури тіла, організацією консультацій і спостереженням за станом хворого та технікою безпеки. Медична сестра повинна звертати увагу і на особистість хворого і приймати безпосередню участь у реабілітаційному процесі. Тільки таким чином вдається досягти доброго результату.

Медична сестра, постійно перебуваючи біля ліжка хворого, бере на себе основну функцію догляду за хворим — покращання його фізичного та морального стану. Медичні сестри проводять із хворими більше часу, ніж лікарі й обслуговуючий персонал. Ефективність догляду за хворими прямо пропорційна тому, наскільки медичні сестри поділяють повсякденні життєві потреби і переживання хворих. Тобто, головним у діяльності медичної сестри завжди є акцент на здатності сприймати й розуміти особистість і почуття хворого, його проблеми і труднощі.

Психологічний вплив медсестри на хворого, у тих випадках, коли вона при обходженні з пацієнтом виконує свої обов'язки механічно, не враховуючи індивідуальні особливості пацієнта, є мінімальним або, навіть, викликає зворотний ефект «психологічного протесту» проти надання формальної

медичної допомоги. Наявність взаємної поваги у стосунках медичної сестри і хворого дасть змогу хворому вільніше виявляти свої відчуття та побажання. В роботі з військовими важливим є все: і особистість медсестри, її зв'язок з оточуючим середовищем, з друзями на роботі, з лікарем і особистість самого хворого тощо. Психологія обходження з хворими визначається не тільки наповненням психологічного змісту всіх видів діяльності, пов'язаних з доглядом за хворими.

Сучасний комплексний підхід до лікування хворого повинен поєднувати три основні види терапевтичної дії: біологічної, психологічної та соціальної. Цей підхід можна застосовувати для всіх захворювань, так як будь-яка хвороба дезорганізує психологічну рівновагу та соціальне функціонування людини. Він особливо значимий при хронічних соматичних і психічних захворюваннях, психосоматичних розладах та неврозах. У процесі лікувальної діяльності важливу роль відіграє вміння вислухати пацієнта, що необхідно для формування контакту між ним і медпрацівником, зокрема, медичною сестрою. Необхідно враховувати і особливості захворювання при поводженні з хворим. Так, вони по-різному реагують на госпіталізацію в лікарню, перебування в ній, лікування, режим, вимушену бездіяльність, обмеження особистої свободи і спілкування з іншими хворими.

Звичайно, крім власне переживань, тобто емоційних порушень, у кожного хворого є також певні уявлення про хворобу, різні думки — судження і висновки, пов'язані з нею. Також, хворому притаманні й такі психологічні процеси, як боротьба мотивів, прийняття рішення, прагнення до певної мети.

Значимим моментом у лікуванні пацієнта є вміння зрозуміти хворого, налагодити з ним позитивний контакт, цьому сприяє перший контакт з хворим. Тому слід при першій зустрічі справити на пацієнта позитивне враження. Для

прояву довіри до медпрацівника має значення перше враження, від зустрічі хворого з ним. При цьому значення для людини має актуальна міміка медичного працівника, його жестикуляції, тон голосу, виразу обличчя, що впливають з попередньої ситуації і не призначені для хворого, а також його зовнішній вигляд. Варто пам'ятати, що контакт з хворим має дві сторони – інформаційну та емоційну. Все це сприяє виробленню методу поводження з хворими. Хворий і медичний персонал повинні підтримувати постійний контакт. Для цього визначають мету лікування і його перспективи. Щоб поставити перед хворим певну мету, слід враховувати його особистісні якості і стан вольових процесів. Необхідно всю поведінку хворого підкорити досягненню конкретної мети лікування. Певну роль тут можуть відіграти хворі, які одужують. Іншим психологічним моментом є підтримання надії на успіх лікування.

Процес лікування будь-якого захворювання супроводжується різними психологічними явищами, пов'язаними з особистістю хворого, особистістю лікаря і медичної сестри та методами лікування, які застосовуються в кожному окремому випадку. Уміння медичного персоналу враховувати психологічні фактори лікування дозволяють їм глибше оцінити ефективність терапії і прогноз захворювання. Гарний контакт з лікарем та медичною сестрою потрібен кожному хворому для гарантії того, що вони разом успішно справляться із хворобою. Відсутність контакту або формальні взаємини лікаря та медичної сестри і хворого різко знижують інформативність анамнезу, погіршують результативність лікування.

При обходженні з хворими варто пам'ятати, що хвороба впливає не лише на органи людини, але також на особистість хворого. Тому слід враховувати, що у хворих з меланхолічним і холеричним типом темпераменту частіше виникають і важче перебігають захворювання. У людей зі слабкою волею захворювання може призвести до стану пасивності, депресії. У людей з сильною

волею спостерігається прийняття і впровадження в життя рішень, спрямованих як на боротьбу з хворобою та раціональне пристосування до життя, так і на розвиток надцінних і маячних ідей.

Для того, щоб створити умови для побудови сприятливих взаємин з хворими, лікарі і середні медичні працівники повинні чітко уявляти весь комплекс переживань хворого, пов'язаних з хворобою. Зрозуміло, що, крім власне переживань, у кожного хворого є також певні уявлення про хворобу, різні думки – судження і висновки, пов'язані з нею. Крім того, хворому притаманні й такі психологічні процеси, як боротьба мотивів, прийняття рішення, прагнення до певної мети, тобто явища, що відносяться до вольової сфери. При налагодженому контакті з медсестрою пацієнт швидше одужує, а від лікування спостерігається кращий ефект, спостерігається значно менше побічних дій та ускладнень.

Завдання медичного персоналу полягає в тому, щоб створити у хворого розумне ставлення до хвороби, яке забезпечить найкраще дотримання лікувального режиму і проведення лікування загалом.

Оскільки для хворого є важливими здатність до емпатії та стиль спілкування медичного персоналу, то при поводженні з ними обов'язково слід це враховувати. В.О. Ташликов описав психологічні типи медичного працівника, які складають альтернативні пари: співпереживаючий або емоційно-нейтральний, директивний або недирективний [3, с. 285]. Тому для кожного конкретного хворого потрібно виробити індивідуальний підхід, при якому йому буде комфортніше спілкуватися і відповідно досятиметься кращий терапевтичний ефект.

Психологічні особливості хворого в умовах лікувальних взаємовідносин та взаємодії проходять у тісному контакті із психологічними особливостями медичних працівників. Важливу роль під час взаємодії медичного працівника і хворого відіграє сприймання і розуміння один одного. На ці процеси, в першу чергу, впливає психологічна установка.

Хворий і медичний персонал повинні підтримувати постійний контакт. Для цього слід визначити мету лікування і його перспективи. Щоб поставити перед хворим певну мету, слід враховувати його особистісні якості і стан вольових процесів. Для формування ефективного контакту з пацієнтом доводиться враховувати низку якостей, якими характеризується особистість хворого, таких, як темперамент, здібності, інтелект, характер і т. д. Необхідно всю поведінку хворого підкорити досягненню конкретної мети лікування.

Відповідно, психологічна підготовка, допомагає вивчити хворого. Тим, хто працює з хворими, потрібне вміння розпізнати і зареєструвати певні явища, а нерідко й уміння здогадуватися, про що може йти мова. У цьому допомагає знання фактів і вражень, що впливають на хворого. Будь-яка діяльність медичної сестри повинна органічно включати в себе елементи психотерапії. Вже сам зовнішній вигляд і робоча форма можуть мобілізувати і підбадьорити хворого, а можуть пригнітити його стан.

Отже, вся робота медичної сестри, починаючи з вимірювання температури і закінчуючи складними процедурами і маніпуляціями, містить елементи психотерапії.

Етичною основою медичної сестри є гуманізм та милосердя, повага до невід'ємних прав людини і громадянина. Відновлення і покращення здоров'я

пацієнта є для медичної сестри найвищою винагородою за її працю. Співчуття та повага до життя пацієнта є невід'ємною рисою в професії медичної сестри. Медична сестра повинна діяти в рамках своєї компетентності, щоб захистити права пацієнта, які були проголошені ВООЗ та Всесвітньою медичною асоціацією.

У роботі і поведінці медична сестра має бути взірцем високої культури, ввічливості, скромності та акуратності. Чуйно й уважно ставитися до хворого, стримувати себе в різних ситуаціях, бути коректною при звертанні до пацієнта.

Іншим психологічним моментом є підтримання надії на успіх лікування. Емоційне обнадіювання має поєднуватись з поясненням хворому основних типів перебігу захворювання. Це застереження хворого від розчарувань у лікуванні при можливому погіршенні його стану. Пацієнт знатиме, що деяке загострення захворювання закономірне, передбачене лікарем і що воно не стане на перешкоді сприятливому перебігу хвороби.

Буває, що часті психоемоційні перевантаження у процесі професійної діяльності, а також деякі особливості психічної індивідуальності призводять до того, що характер медпрацівника змінюється, деформується. Проявляються такі негативні риси, як байдужість, грубість, дратівливість при контакті з хворими, а іноді – пригніченість від безсилля, особливо при лікуванні важкохворих пацієнтів. Тому медичній сестрі слід оберегати себе від професійної деформації, а також намагатись зберегти душевну рівновагу пацієнта, утвердити в ньому позицію на одужання.

3.4 Ефективність впровадження медсестринського процесу у програму соціально-психологічної підтримки адаптації військових у процесі реабілітації травмованої особистості

Травмована особистість – це суб’єкт, що пережив інтенсивний страх і безпомічність через значну загрозу своїй психологічній цілісності або загрозу благополуччю значущої особи. Якщо опрацювання травматичного досвіду особистості не відбувається вчасно або ж не відбувається взагалі, зростає ймовірність появи симптомів посттравматичного стресового розладу. Його базовими характеристиками є: 1) інтенсивне перепроживання травматичної події у формі інтрузивних спогадів (флешбеки, нічні кошмари) і формування неадекватних тригерів; 2) уникання думок, почуттів, ситуацій, які нагадують про травматичний досвід; 3) гіперзбудливість, що заважає нормальному сну та концентрації уваги, дратівливість й агресивність, надмірна настороженість і лякливість [14]. Однак у результаті когнітивного, емоційного та поведінкового опрацювання постраждалим свого травматичного досвіду стають можливими і посттравматичне зростання, успішна реінтеграція особистості в повсякденне життя [53]. Тому перше завдання психореабілітаційної роботи – це допомагати постраждалим усвідомити причинно-наслідкові зв’язки симптомів страждання з травматичною подією і запобігати виникненню тяжких постстресових станів. На цьому шляху найбільш ефективними показали себе засоби когнітивно-поведінкового підходу – і з погляду продуктивності, і з погляду швидкості опрацювання відповідної симптоматики.

Саме засоби когнітивно-поведінкового інформування покладено в основу курсу “Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів” (СППА) [4]. Гіпотеза емпіричної перевірки ефективності зазначеного курсу полягла в тому, що після 30 днів від початку програми досліджувані демонструватимуть позитивні зміни у своєму психологічному стані.

Як дослідницьку тактику було обрано план для нееквівалентних груп – із попереднім вимірюванням в експериментальній та контрольній групах, експериментальним впливом на першу групу і повторним заміром показників в обох групах.

У дослідженні взяли участь ветерани АТО – чоловіки віком від 26 до 34 років, які на момент збирання даних повернулися із зони бойових дій від теперішнього часу до 1 року тому.

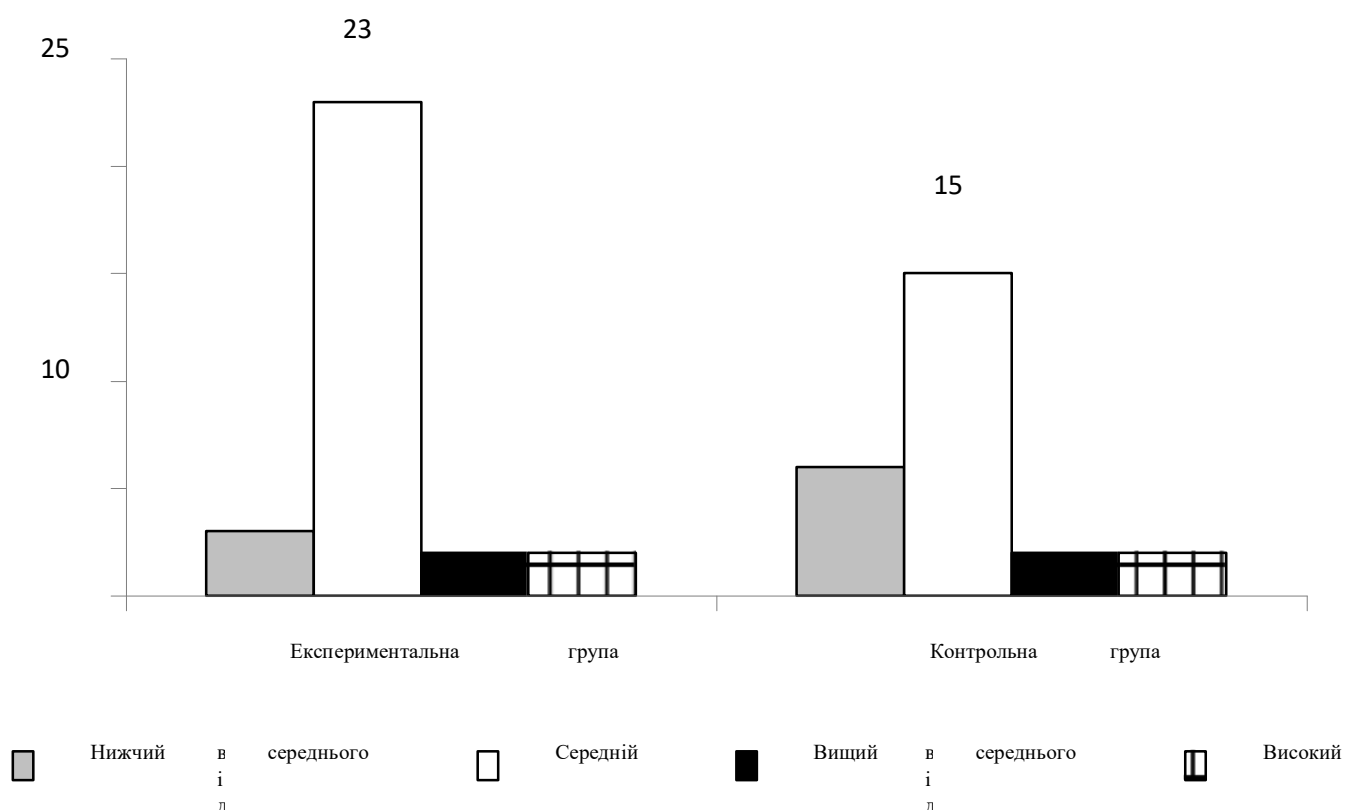
До експериментальної групи увійшло 30 осіб, до контрольної – 27.

За незалежну змінну було взято критерій застосування СППА – номінативні дані контрольної та експериментальної груп. Залежну змінну було представлено рівнем психотравматизації, що вимірювався “Шкалою впливу подій” (“Impact of Event Scale” в адаптації Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії). Ця методика складається з 22 тверджень-труднощів; досліджуваному пропонується визначити, наскільки ці труднощі виснажували його протягом останнього тижня, обравши один із запропонованих варіантів: “анітрохи” (0 балів), “трохи” (1 бал), “помірно” (2 бали), “досить сильно” (3 бали), “дуже сильно” (4 бали). Під час обробки аналізувалися сумарні бали та бали за трьома субшкалами: уникнення, інтрузії, гіперзбудження.

Упродовж періоду надходження даних за “Шкалою впливу подій” досліджувані по чергово включалися до експериментальної та контрольної груп: з першими проводили тренінг СППА, після якого учасники повторно заповнювали опитувальник по завершенні користування, другим – тільки

заохочення до повторного заповнення опитувальника через 30 днів. Щоб визначити рівні психотравматизації досліджуваних, на основі отриманих даних було встановлено внутрішньогрупові норми. Для експериментальної групи: низький рівень – до 19 балів, нижчий від середнього – від 19 до 34 балів, середній – від 34 до 64 балів, вищий від середнього – від 64 до 79 балів, високий – понад 79 балів.

Рис. 3.8. Рівні психотравматизації в учасників експериментальної та



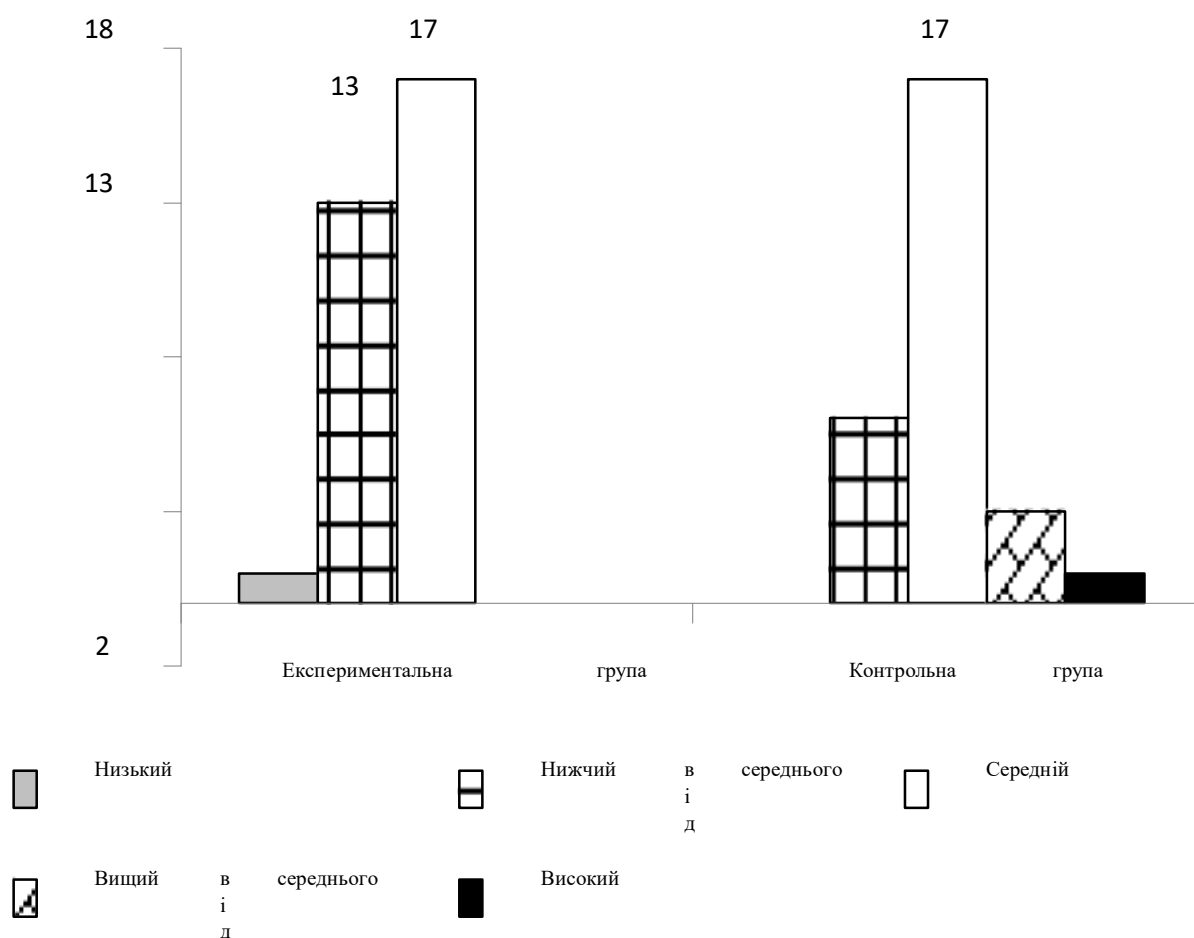
контрольної груп до експериментальних впливів

Для контрольної групи, відповідно, низький рівень – до 13 балів, нижчий від середнього – від 13 до 30 балів, середній – від 30 до 63 балів, вищий від середнього – від 63 до 80 балів, високий – понад 80 балів.

Перші заміри психотравматизації показали переважання середніх показників як в експериментальній (23 особи), так і в контрольній (15 осіб) групі. Тобто більшість досліджуваних демонстрували помірні вияви симптомів уникнення, інтрузії та гіперзбудження (рис. 3.8).

У результаті дії СППА у досліджуваних експериментальної групи і тільки плин часу для досліджуваних контрольної групи – було виявлено певні зміни в стані учасників. Так, в експериментальній групі значно збільшилася кількість осіб, які мають рівень психотравматизації нижчий від середнього (3 – до впливів і 13 – після впливів), з'явилась особа з низьким рівнем, а осіб з рівнем, вищим від середнього і високим, не виявлено взагалі. У контрольній групі другий замір, порівняно з першим, також засвідчив деякі зрушення: незначне збільшення кількості осіб із середнім рівнем психотравматизації (15 – до, 17 – після) і з високим рівнем стало на одну особу менше.

Рис. 3.9. Рівні психотравматизації в учасників експериментальної та контрольної груп після експериментальних впливів



Аби підтвердити достовірність розбіжностей у масиві отриманих результатів, було здійснено статистичні процедури в програмі SPSS 16.0. Першим кроком була перевірка вибірки на нормальність розподілу даних (тест “1-Sample K-S”). Оскільки показники рівня значущості (Asymp. Sig.) за кожною шкалою не перевищували 0,05, розподіл даних було прийнято як близький до нормального. Тому для подальшої перевірки розбіжностей у групах до експериментального впливу і після нього можна було користуватися параметричним критерієм t-Стюдента.

Завдяки опції “Independent Samples T-test” було виявлено значущі розбіжності між показниками експериментальної групи до і після того, як учасники користувалися мобільним застосунком. Так, за шкалою уникнення показник t становив 3,7 (при $p = 0,001$), за шкалою інтрузії $t = 2,6$ (при $p = 0,013$), за шкалою гіперзбудження $t = 2,2$ (при $p = 0,034$). Як бачимо, рівні значущості не перевищували показник 0,05 за жодною шкалою, тому показники в групі до експериментальних впливів і після них можна вважати достовірно різними.

За такою ж процедурою було порівняно вимірювані дані в контрольній групі. Ці розбіжності не можна вважати достовірними, адже рівень значущості (Sig.) за кожною шкалою мав набагато більші значення, ніж 0,05: за шкалою гіперзбудження $p = 0,9$, за шкалою інтрузії $p = 0,86$, за шкалою уникнення $p = 0,85$. Отже, статистично значущих розбіжностей між показниками досліджуваних до і після часового проміжку в 30 днів у контрольній групі немає.

Спостерігаємо також певну симетричність між показниками критерію за шкалами. Так, найбільші розбіжності і в експериментальній, і в контрольній групах виявлено за шкалою уникнення. Тобто в результаті використання застосунку більшість досліджуваних перестали уникати розмов і спогадів про травматичний досвід, і така ж тенденція може бути ймовірною за звичайного плину часу.

Загалом, у результаті проведених обчислень встановлено, що ефект від використання досліджуваними програми “Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів” є статистично значущим, тому цей інструмент психологічної допомоги можна вважати ефективним.

Слід, однак, враховувати контингент досліджуваних, аби уникнути помилкової екстраполяції результатів на ширші вибірки, адже за інших умов користування застосунком могло б і не спрацювати. По-перше, учасниками дослідження були молоді особи, які не демонстрували негативного ставлення до програми. По-друге, вони самі виявили бажання взяти участь у дослідженні, що вже їх певним чином характеризує: вони не мали ускладнень із вмотивованістю і від самого початку були відкритими до самодопомоги. По-третє, рівень їхньої психотравматизації був загалом середнім, тобто не йшлося про наявність важких станів.

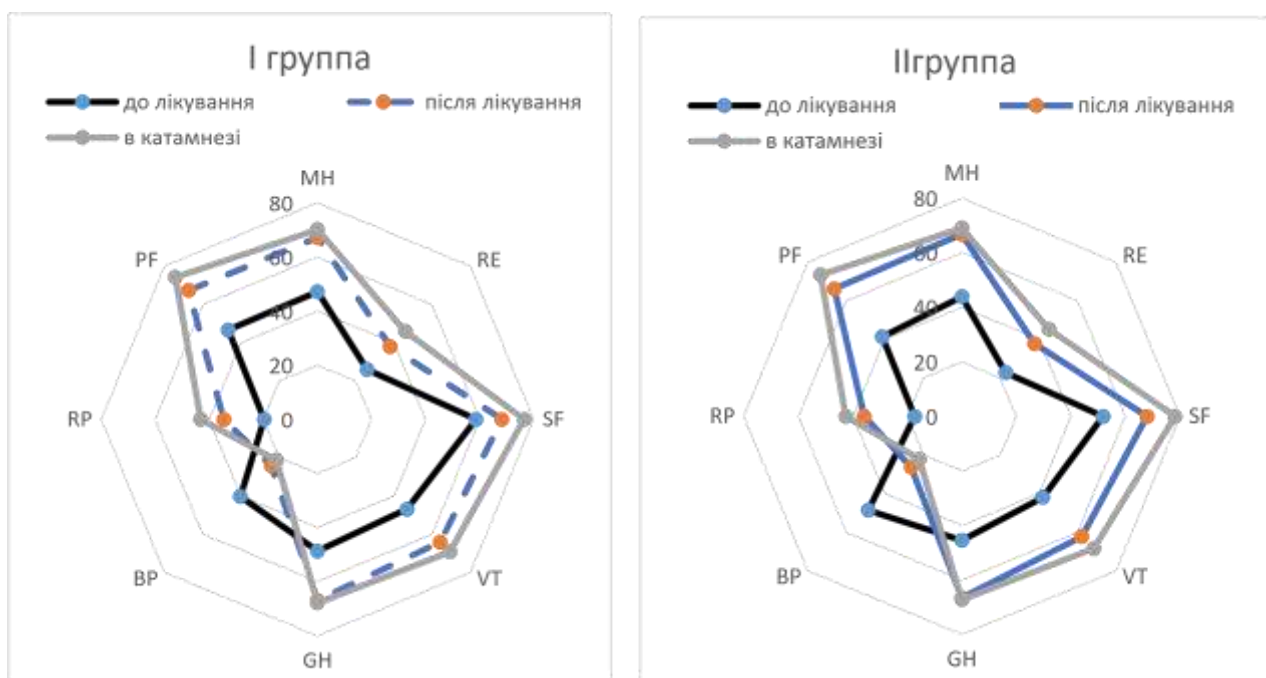
З огляду на такий результат можна констатувати, що СППА зменшує у постраждалих вияви симптомів психотравматизації, а в разі поєднання з очними інтервенціями може замінити чи суттєво розширити певні етапи реабілітації. Курс “СППА” може значно спростити діагностичну частину реабілітаційного процесу, адже травмований, який уже орієнтується у власній симптоматиці завдяки попередньому інформуванню, надаватиме більш точні відомості про свої стани, менше вдаючись до катастрофізації чи применшення їхньої значущості. Доречним був і моніторинг емоційних, когнітивних та поведінкових змін, зокрема, завдяки функції “Щоденник настрою”. На підтримувально-профілактичній стадії інформаційний компонент “СППА” можна також окремо використовувати для запобігання ретравматизації.

Для визначення ефективності комплексної тренінгової програми СППА використовувалась і методика «Рівень задоволеності якістю життя», що дозволяє отримати інформацію без застосування, великого за обсягом,

комплексу психодіагностичних методик, що визначають наявність ознак психологічної травматизації, особливо за умов обмежень у часі.

У роботі використовували опитувальник MOS SF36. Отримані результати свідчать про суттєве зниження показників якості життя у військових-учасників бойових дій. Якість життя в даного контингента хворих значно погіршується за рахунок зниження фізичного функціонування, рольового емоційного функціонування, загального здоров'я, наявності соматичного болю. У цих умовах відбувається зниження суспільної соціальної активності, погіршується психологічний стан та емоційне здоров'я пацієнтів. Проведена порівняльна оцінка ефективності застосовуваних лікувальних заходів з урахуванням динамічних змін якості життя. Більш позитивні результати з покращенням показників шкали MOS SF-36 отримані в умовах реалізації медичної реабілітації за розробленою стратегією (рис. 3. 10).

Рис. 3.10. Середні показники шкали SF-36, за різними субсферами, у військових після СППА



Примітка. MH — психічне здоров'я; RE — ролеве функціонування, що обумовлене емоційним станом; SF — соціальне функціонування; VT — життєва активність; GH — загальне здоров'я; BP — інтенсивність болю; RP — рольове функціонування, що обумовлене фізичним станом; PF — фізичне функціонування

Динамічна оцінка життєдіяльності на фоні СППА виявила підвищення рівня якості життя за всіма шкалами, що характеризують фізичне, рольове фізичне, психологічне й соціальне функціонування пацієнтів, при цьому традиційне лікування здійснювало менш виражений інтегративний позитивний вплив на означені критерії.

Отримані дані переконують, що емоційно-психологічні показники доцільно враховувати при обранні індивідуального підходу в реабілітаційно-відновному лікуванні військових, оскільки від цього значною мірою буде залежати як покращення якості життя, так і успіх лікування в цілому.

Узагальнюючи результати виконаної роботи, можна з достатньою впевненістю зробити підсумок, що когнітивні розлади у військових-учасників бойових дій у більшості виявляються на фоні отриманих фізичних травм, а також психологічних порушень.

Динамічна оцінка якості життєдіяльності на фоні СППА виявила підвищення рівнів якості життя за всіма шкалами, що характеризують фізичне, рольове фізичне, психологічне й соціальне функціонування пацієнтів

Результати госпітальної шкали оцінки тривоги і депресії по завершенню СППА продемонстрували зниження тривоги / депресії від рівнів субклінічно вираженої тривоги / депресії до нормальних показників.

ВИСНОВКИ

1. Виявлено відсутність єдиного підходу до організації проведення заходів медичної, психологічної та соціальної реабілітації учасників бойових дій, та необхідність у підвищенні якості їх медичного обслуговування, соціального захисту і медико-психологічної допомоги.
2. Встановлено, що сучасна бойова травма вимагає тривалого та ефективного періоду лікування та реабілітації.
3. Виявлено, що у структурі госпіталізованої захворюваності військовослужбовців учасників АТО найбільш чисельною є група пацієнтів із захворюваннями нервової системи та хірургічною патологією.
4. Доведено, що одним із негативних наслідків участі військовослужбовців у воєнному конфлікті є прояви посттравматичного стресового розладу (ПТСР).
5. Виявлено показники потреби військовослужбовців – учасників АТО у проведенні заходів медичної реабілітації. Найчисельніші групи складають учасники бойових дій із посттравматичним стресовим розладом.
6. Впровадження медсестринського процесу та застосування програми соціально-психологічної підтримки адаптації військових у процесі реабілітації травмованої особистості є ефективним, простим та доступним для застосування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. 1. Аналітична доповідь до Щорічного Послання Президента України до Верховної Ради України «Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2015 році». К. : НІСД, 2015. 684 с.
2. Бриндіков Ю. Л. Сучасний стан психологічної реабілітації учасників бойових дій в Україні. Сучасні проблеми психології у контексті історикопсихологічного пізнання : Матеріали круглого столу (Київ, 15 квітня 2016 р.). Київ : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2016. С. 13–14.
3. Бадюк М. І. Медична реабілітація учасників бойових дій на регіональному рівні / М. І. Бадюк, І. М. Гайда // Екстрена медицина: від науки до практики № 1 (27) 2018. – С. 21-30.
4. Горбунова, В. В., Карачевський, А. Б., Климчук, В. О., Нетлюх, Г. С., & Романчук, О. І. (2016). Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп. Львів: Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету.
5. Наказ ГШ Збройних Сил України “Про затвердження Інструкції з організації психологічної декомпресії військовослужбовців Збройних Сил України” № 462 від 27.12.2018.
6. Попелюшко Р. П. Основні критерії та діагностика посттравматичних стресових розладів у комбатантів [Електронний ресурс] / Р. П. Попелюшко // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки. – 2016. – Вип. 2(1). – С. 164-168. – Режим доступу до ресурсу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2016_2%281%29_30
7. Психология кризисных и экстремальных ситуаций : психодиагностика и психологическая помощь : учеб. пособ. / под ред. Я. С. Хрусталёвой. – «СанктПетербургский государственный университет», 2013. – 142 с.

8. Психологічна корекція посттравматичних стресових розладів : навч.-метод. комплекс / укл. Л. М. Москалюк. – К. : Вид-во Національної академії внутрішніх справ, 2014. – 38 с.

9. Агаев Н.А. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. / Н. А. Агаєв, О. М. Кокун, І. О. Пішко [та ін.]. – Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – 234 с.

10. Актуальные проблемы неврологии и нейрореабилитации: Сборник научных работ: под общ. ред. проф. В.А. Малахова. – Х.: Апостроф, 2012. – 166 с.

11. Алещенко В. І. Психологічна реабілітація військовослужбовців з постстресовими психічними розладами: Навчальний посібник / В.І. Алещенко, О.Ф. Хміляр. – Харків, ХУПС. – 2005. – 84 с.

12. Андрієнко О.І. Досвід оздоровлення учасників АТО в умовах ДП «Санаторій «Новомосковський» ПрАТ «Укрпрофздоровниця» / О.І. Андрієнко, Л.Є. Прокопович, В.В. Калюжна // Матеріали XV науково-практичної конференції «Проблеми та перспективи етапного відновного лікування». – 1011 вересня 2015 р., Тернопіль. Т.: 2015. – С. 16 – 17.

13. Бадюк М.І. /Оптимізація медичної допомоги і військових підрозділах і частинах тактичного рівня Збройних Сил України у сучасних умовах // Бадюк М.І., Середа І.К., Микита О.О. // Україна. Здоров'я нації. – 2016.

– №4/1(41). – С.13–18.

9. Блінов О. А. Види та напрямки психологічної допомоги психотравмованим військовослужбовцям / О. А. Блінов // Вісник Національного університету оборони України. Зб-к наук. праць. – К. : НУОУ, 2014. – Вип. 4 (41). – С. 168-173.

10. Василевский В.Г. Формирование взглядов на проблему боевого психотравматического стрессового расстройства / В.Г. Василевский, Г.А.

Фастовцов // Рос. психиатр. журн. – 2005. – №2. – С.7–10.

11. Вдовина И.В. Посттравматические стрессовые расстройства у военнослужащих и их реабилитация / И.В. Вдовина // Психологическая газета. – 2010. - № 5. – С. 13.

12. Білий В. Я. Еволюція поглядів та розвиток системи лікувально-евакуаційного забезпечення військ – уроки для Збройних Сил України // В.Я. Білий, А. В. Верба, В. О. Жаховський / Медичне забезпечення антитерористичної операції: науково-організаційні та медико-соціальні аспекти: зб. наук. праць. – К.: ДП «НВЦ» Пріоритети», 2016. – С. 60–76.

13. Блінов О. А. Види та напрямки психологічної допомоги психотравмованим військовослужбовцям / О. А. Блінов // Вісник Національного університету оборони України. Зб-к наук. праць. – К. : НУОУ, 2014. – Вип. 4 (41). – С. 168-173.

14. Василевский В.Г. Формирование взглядов на проблему боевого психотравматического стрессового расстройства / В.Г. Василевский, Г.А.

Фастовцов // Рос. психиатр. журн. – 2005. – №2. – С.7–10.

15. Вдовина И.В. Посттравматические стрессовые расстройства у военнослужащих и их реабилитация / И.В. Вдовина // Психологическая газета. – 2010. - № 5. – С. 13.

16. Заруцький Я. Л. Вказівки з воєнно-польової хірургії; за ред. Я.Л.Заруцького, О.О.Шудрака. – К.: СПД Чалчинська Н.В., 2014. – 396 с.

17. Волоха В.Г. Стан санаторної реабілітації прикордонників, які постраждали під час антитерористичної операції в Україні / В.Г. Волоха, О.В. Футрук, І.К. Бабова [та ін. // Матеріали XV науково-практичної конференції «Проблеми та перспективи етапного відновного лікування». – 10-11 вересня 2015 р., Тернопіль. – С. 38–39.

18. Волянський О. М. Коли починається медична реабілітація на госпітальному етапі надання медичної допомоги пораненим військовослужбовцям, які приймали участь в антитерористичній операції? / О.

М. Волянський, А. Ю. Кіх // Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія. – 2015. – №1. – С. 72 – 77.

19. Гайда І. М. Медична реабілітація військовослужбовців Збройних Сил України на регіональному рівні: метод. рекомендації / І. М. Гайда., М. І. Бадюк, Ю. І. Сушко. – Київ: УВМА, 2018. – 32 с.

20. Гайда І. М. Обґрунтування інтеграційно-координаційної моделі медичної реабілітації учасників бойових дій на регіональному рівні / І. М. Гайда // Військова медицина України. – 2017. – Т. 17. – № 3-4. – С.23–29.

21. Гайда І. М. Реабілітація учасників бойових дій у сучасних умовах / І. М. Гайда, Б. Б. Жупан // Військова медицина України. – К., 2016. – Т. 16. – №1. – С.107–112.

22. Гайда І. М. Роль ранньої діагностики психологічного стану учасників АТО у виборі необхідних реабілітаційних заходів / І. М. Гайда, М. І. Бадюк // Військова медицина України. – 2018. – Т. 18. – № 1. – С. 128–132.

23. Гайда І. М. Структура сучасної бойової травми у військовослужбовців Збройних Сил України / І. М. Гайда, Б. Б. Жупан // Військова медицина України. – 2016. – Т.16. – № 3. – С.111–115.

24. Гайда І. Особливості структури та перебігу сучасної бойової травми у військовослужбовців Збройних Сил України /І. Гайда, М. Бадюк, І. Сушко // Патологія. – Запоріжжя., 2018. – Т. 15. – № 1(42). – С. 73–76.

25. Гуманенко Е.К., Козлова В. С. Политравма: травматическая болезнь, современная стратегия лечения / Е. К. Гуманенко. – ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 608 с.

26. Гур'єв С. О. Аналіз медико-санітарних наслідків військових дій під час проведення сучасних контртерористичних операцій / С. О. Гур'єв, П. В. Танасієнко, Н. В. Гуселетова, О. О. Мостипан. // Екстренна медицина від науки до практики. – 2014. – №4. – С. 3–8.

27. Гусева Н. К. Организация на муниципальном уровне медикосоциальной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста – ветеранов боевых действий / Н. К. Гусева, В. А. Соколов, И. А. Соколова // Воен-мед. журн. – 2006. – № 7. – С. 11–15.

28. Денисенко М.М. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів, / М. М. Денисенко, Р. В. Лакинський, Л. Ф. Шестопалова, І. В. Лінський // Український вісник психоневрології. – 2017. – Том 25, випуск 2 (91). – С.40– 44.

29. Дмитренко Г. М. Психологічна реабілітація учасників АТО: види діяльності практичного психолога / Г. М. Дмитренко // Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: зб. наук. праць. – Суми: Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2016. – С. 248–252.

30. Назаров В.А. Сравнительный анализ факторов, влияющих на состояние психического и социального здоровья инвалидов – участников боевых действий в Чеченской республике и в республике Афганистан / В. А. Назаров, А.В. Захаров // Проблемы.реабилитации. – 2000. – № 2. – С. 122–126.

31. Напреев О.К. Психолого-психіатрична допомога постраждалим при збройних конфліктах. Метод. реком. / О.К. Напреев, О.Г. Сиропятов, О.В. Друзь та ін. – Київ, 2014. – 34 с.

32. Нечаев Э.А.,. Особенности огнестрельных ранений живота в Афганистане / Э.А. Нечаев, П.Г. Алисов, Г.Н. Цыбуляк // Актуальные проблемы военно-полевой хирургии и хирургии катастроф: Труды ВМедА. – СПб., 1994. – Т. 239. – С. 124–131.

33. Нечипоренко В. В. Психические расстройства и особенности медико-психологической реабилитации ветеранов локальных войн с боевыми ранениями / В. В. Нечипоренко, В. М. Лыткин, Е. А. Лисицына //

Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. – 2007. – № 1. – С. 52–54.

34. Іпатов А. В. Обґрунтування системних заходів з профілактики інвалідизуючих захворювань у військовослужбовців / А. В. Іпатов, О. В. Сергієні, Г. І. Тітов // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2007. – № 4.– С. 75–80.

35. Іпатов А.В. Комплексна технологія реабілітації інвалідів в Україні / А. В. Іпатов //Медична реабілітація, курортологія, кінезотерапія.– 2004. – №3(39).–С. 44– 45.

36. Кекелидзе З. И. Клинико-динамические особенности психических расстройств у заложников в зоне боевых действий: сравнительный аспект / З. И. Кекелидзе, Ф. С. Насруллаев, В. С. Гребенников, Ю. Р. Красковский, С. Д. Малиновская // Психиатрия чрезвычайных ситуаций: сб. научных работ под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2003. – С. 27–44.

37. Кіх А. Ю. Проблеми організації і проведення медикопсихологічної реабілітації військовослужбовців / А. Ю. Кіх, О. М. Волянський, О. А. Блінов // Актуальні проблеми психологічної допомоги, соціальної та медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції : матеріали науково-практичної конференції, 3 червня, 2015 р., Київ / Міністерство оборони України, Національний університет оборони України імені Івана Черняховського. – К.: НУОУ, 2015. – С. 169–171.

38. Кіх А.Ю. Форма та порядок складання індивідуальної програми медичної реабілітації військовослужбовців / А.Ю. Кіх, О.М. Волянський // Наука і практика – 2015. – №1/2. – С. 49-54.

39. Козачок М.М., Коваль М.М. Питання реабілітації хворих у Збройних Силах України / М.М. Козачок, М.М. Коваль // Проблеми військової

охорони здоров'я: зб. наукових праць УВМА. – Київ, 2007. – Вип.19. – С.355 – 365.

40. Кондрюкова В.В. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців силових структур, звільнених у запас : навчально-методичний посібник / В.В. Кондрюкова, І.М. Слюсар. – К.: Гнозис, 2013. – 116 с.

41. Король С.О. Організаційні, діагностичні та лікувальні аспекти надання допомоги при вогнепальних пораненнях стопи / С.О. Король //Травма. – 2015. – Том.16, №5. – С.11-14.

42. Майданюк В.П. Аналіз ефективності функціонування мобільних лікарсько-сестринських бригад ВМКЦ Південного регіону в АТО/ В.П.Майданюк // Науково-практична конференція «Проблемні питання надання хірургічної допомоги пораненим в АТО: Тези доп. – К:ГВКГ, 2015. – С.10.

43. Матяш М.М Реабілітація інвалідів — учасників бойових дій в Київській області // Матяш М.М., Дикун О.П., Матяш О.М., Гриненко Ю.А.// «Міжнародний неврологічний журнал». – 2017 – № 4 (90). – С.23–34.

44. Матяш М.М. Соціально-стресові розлади у структурі українського синдрому // Український часопис. – 2016. – № 3(113). – С. 118–121.

45. Матяш М.М. Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції // Український медичний часопис. – 2014. – № 6(104). – С. 124–127.

46. Медична реабілітація військовослужбовців з ушкодженням опорнорухового апарата та їхніми наслідками: Методичні рекомендації / за редакцією В.Б. Андронатія, В.І. Рудя. – Київ: УВМА. – 2014. – 26 с.

47. Романюк Ю.А. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи лікувально-профілактичного забезпечення пенсіонерів Міністерства

оборони України: автореф. дис.... канд. мед. наук: спец. 14.02.03 /Романюк Юлія Анатоліївна; НМАПО ім. П. Л. Шупика. – К., 2010. – 22 с.

48. Титаренко, Т. М. (2017). Стратегії сприяння посттравматичному зростанню особистості. Психологічні науки: проблеми і здобутки, 10 (1), 217–232.

49. Медична та соціальна реабілітація: навчальний посібник / за заг. ред. І.Р. Мисули, Л.О. Вакуленко. – Тернопіль: ТДМУ, 2005. – 402 с.

50. Михайлов Б.В. Комплексна санаторно-курортна реабілітація осіб, постраждалих внаслідок участі в АТО / Б.В. Михайлов, Т.А. Алієва, О.О. Галаченко // XV науково-практична конференція «Проблеми та перспективи етапного відновного лікування» 10-11 вересня 2015 р: тези доп. – Тернопіль, 2015 – С. 102-103.

51. Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів): Наказ Міністерства Оборони України від 09.12.2015 № 702 /

Офіційний сайт Верховної Ради України. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0237-16/card2#Card>. – Назва з екрану.

52. Радиш Я.Ф. Медична реабілітація військовослужбовців як наукова проблема: теоретико-методологічні засади (за матеріалами літературних джерел) / Я.Ф. Радиш, О.М. Соколова // Економіка та держава. – 2012. – №3. – С. 103–106. 53. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : метод. посіб. / Н. А. Агаєв, О. М. Кокун [та ін.]. – К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – 234 с.

54. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад / Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної

- (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.
– Київ, 2016. – 52 С.
55. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 320 с.
56. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание; под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко / А. А. Новик, Т.И. Ионова // . М.: ЗАО «Олма Медиа Групп, 2007. – 320 с.
57. Brown, A. M. (2016). An App for Every Psychological Problem: Vision for the Future (Doctoral dissertation, Regent University).
58. Apolinário-Hagen, J., Kemper, J., & Stürmer, C. (2017). Public acceptability of E-mental health treatment services for psychological problems: A scoping review. *JMIR mental health*, 4(2):e10. doi: 10.2196/mental.6186.
59. Donker, T., Petrie, K., Proudfoot, J., Clarke, J., Birch, M. R., & Christensen, H. (2013). Smartphones for smarter delivery of mental health programs: a systematic review. *Journal of medical Internet research*, 15(11):e247. doi: 10.2196/jmir.2791.
60. Dicianno, B. E., Parmanto, B., Fairman, A. D., Crytzer, T. M., Yu, D. X., Pramana, G., ... Petrazzi, A. A. (2015). Perspectives on the evolution of mobile (mHealth) technologies and application to rehabilitation. *Physical therapy*, 95(3), 397–405.
61. Whaley, C. R. (2018). Contemporary Telemental Healthcare Delivery: The Therapeutic Relationship and Applied Considerations. *Western Undergraduate Psychology Journal*, 6(1). Retrieved from <https://ojs.lib.uwo.ca/index.php/wupj/article/view/1973/1277>. Kuehn, B. M. (2011). Mobile PTSD care. *Journal of the American Medical Association*, 306(8), 815–815.
62. Bush, N. E., Dobscha, S. K., Crumpton, R., Denneson, L. M., Hoffman, J. E., Crain, A., ... Kinn, J. T. (2015). A virtual hope box smartphone app as an

accessory to therapy: Proof of concept in a clinical sample of veterans. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 45(1), 1–9.

63. Kuhn, E., Greene, C., Ruzek, J., Nguyen, T., Wald, L., Schmidt, J. ... Ruzek, J. (2014). Preliminary evaluation of PTSD Coach, a smartphone app for posttraumatic stress symptoms. *Military medicine*, 179, 12–18.

ДОДАТКИ

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР призначена для первинного скринінгу перерахованих симптомів у осіб, що пережили різного виду психічні травми.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. _____ Дата _____

Вік _____ Стать _____ Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: «З часу пережитого критичного інциденту (надзвичайних обставин) або психічної травми чи відчуваєте Ви більшою мірою, ніж зазвичай, наступні стани? Оберіть тільки один варіант відповіді (—так|| або —ні||) та зробіть позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланка».

	Так	Ні
1. Нездатність «розслабитися» (напруженість).		
2. Роздратування та поганий настрій.		
3. Вторгнення в свідомість неприємних образів або спогадів про інцидент.		
4. Неуважність, погане зосередження уваги.		
5. Сильний смуток, печаль.		
6. Сильна втома, нестача енергії.		
7. Потрясіння або паніка.		
8. Прагнення уникати всього, що нагадує про інцидент або травмуючу подію.		
9. Труднощі із засипанням, погіршення сну.		
10. Зниження інтересу до життя, до звичної діяльності, у тому числі – професійної.		

Обробка та інтерпретація результатів

Обробка результатів полягає в простому підрахунку кількості позитивних відповідей: чим більше відповідей —так|| дає респондент, тим більш виражені у нього негативні психологічні наслідки травматизації, такі як тривога і депресія, найбільш специфічні прояви ПТСР.

«Пороговим» значенням для визначення наявності порушень психічного стану є більше 4 відповідей —так||.