

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

щодо організації послуг
ветеранам і ветеранкам на рівні
первинної медичної допомоги



В Україні немає такої родини, яку б не торкнулась російсько-українська війна, починаючи із 2014 року. Ми воюємо, волонтеримо, підтримуємо як близьких, так і зовсім незнайомих нам людей, тому що в боротьбі проти агресора не має бути тих, хто залишається осторонь. На жаль, за ці роки гинуть кращі з нас, жертвуючи собою заради свободи кожного та кожної українця та українки. Частина людей повертаються з фронту в тил із травмами або медичними станами, які потребують тривалого спостереження і лікування. Власне тому на війні та після неї лише стійкість і синергія тилу та фронту можуть зробити нас більш стійкими. Коли українці повертаються з фронту, вони мають розуміти, що їхні родини та вони самі отримають всю необхідну допомогу і медичні послуги, яких потребують, безоплатно та якісно.

До 2014 року слово «ветеран» асоціювалось зі старшою людиною із хронічними серцево-судинними та іншими хворобами. Зараз цей образ дуже змінився. Зараз ветерани і ветеран-

ки – це люди різного віку, статі, соціального статусу, релігійних та інших переконань, із різними медичними станами та потребами. Тоді як правильно забезпечити ці потреби всіх ветеранів у тилу? Наша відповідь – через стійкий, усвідомлений та емпатійний контакт із медиками первинної медичної допомоги, оскільки із цими людьми ми найчастіше контактуємо в системі охорони здоров'я протягом життя, та саме ПМД є вхідними воротами в систему.

У цих методичних рекомендаціях ми зібрали всі наші знання, досвід, українські й світові рекомендації із ведення ветеранів для того, щоб взаємодія між ветеранами і сімейними лікарями була емпатійною, із збереженням гідності та якісною, забезпечуючи потреби усіх.

Читаючи кожну сторінку цих рекомендацій, безперервно навчаючись і покращуючи якість послуг для ветеранів – пам'ятайте, що ці люди та їхні родини заслуговують на найбільшу повагу, найкращі й найефективніші послуги.

АВТОРИ ТА АВТОРКИ

Анастасія Ходан – сімейна лікарка і співзасновниця у свої.рідні, членкиня ГО «Академія сімейної медицини України», національна мастер-тренерка з психічного здоров'я за програмою mhGap.

Ігор Заставний – сімейний лікар і співзасновник у свої.рідні, член ГО «Академія сімейної медицини України», національний мастер-тренер з психічного здоров'я за програмою mhGap.

Катерина Зінов'єва – лікарка фізичної та реабілітаційної медицини.

Завідувачка реабілітаційного відділення в КНП «Ужгородська міська багатoproфільна клінічна лікарня УМР». Членкиня правління та голова Закарпатського осередку Українського товариства фізичної та реабілітаційної медицини.

Ксенія Возніцина – директорка ДЗ «Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова поляна» МОЗ України». Авторка організаційної моделі зі створення центрів відновлення психічного здоров'я для постраждалих від війни в Україні. Експертка з вивчення та лікування посткомоційного синдрому. Лідерка в організації реабілітаційної допомоги ветеранам у сфері психічного здоров'я. Тренерка, авторка посібників та публікацій по роботі з травмою війни та інтеграції суспільства та ветеранів. Лікарка-невролог.

Віталій Климчук – доктор психологічних наук, секретар Національної психологічної асоціації, професор кафедри соціальної та практичної психології Житомирського державного університету імені Івана Франка.

Марта Пивоваренко – науковиця, психологиня, консультантка з питань психічного здоров'я та інклюзії у Міжнародному благодійному фонді Олександра Терещенка. Має значний досвід роботи на керівних посадах у громадському секторі та є тренером і супервізором когнітивно-процесуальної терапії від ПРООН в Україні.

Андрій Тихоненко – лікар-невролог вищої категорії, завідувач відділення Центру реабілітації учасників АТО та учасників бойових дій. Загальний стаж роботи – 45 років, стаж роботи на посаді завідувача – 25 років.

Марія Торопчина – лікарка фізичної та реабілітаційної медицини, координаторка україно-норвезького проєкту у сфері реабілітації.

Остап Музика – фізичний терапевт відділення відновлювального лікування клініки відновлювального лікування та реабілітації військово-медичного клінічного центру Західного регіону.

Юлія Амеліна – молодша сержантка, ерготерапевтка відділення реабілітації та відновлювального лікування клініки відновлювального лікування та реабілітації Військово-медичного клінічного центру Західного регіону, викладач кафедри фізичної терапії та ерготерапії Українського католицького університету, перша заступниця голови Правління Українського товариства ерготерапевтів.

Олег Чабан – доктор медичних наук, професор, директор Навчально-наукового інституту психічного здоров'я Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця, професор кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця. Академік Академії наук вищої освіти України, Президент Всеукраїнської асоціації психосоматичної медицини.

Олена Бурлака – провідна наукова співробітниця ДУ «Всеукраїнський центр материнства і дитинства Національної академії медичних наук України». Докторка медичних наук, Заслужена лікарка України.

Наталія Ружи́ло – заступниця медичного директора з медсестринства КНП «Обласна клінічна лікарня Івано-Франківської обласної ради», експертка департаменту охорони здоров'я обласної держадміністрації з питань медсестринства. Членкиня Колегії МОЗ. Співзасновниця громадської організації «Асоціація сімейних медичних сестер». Заслужена працівниця охорони здоров'я.

Антоні́на Салєє́ва – директорка КНП Харківської обласної ради «Центр протезування та реабілітації». Кандидатка технічних наук, доцентка.

Оксана Макар – кандидатка медичних наук, доцентка, завідувачка кафедри реабілітації ФПДО ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького».

Тетя́на Кравчу́к – ерготерапевтка відділення раннього реабілітаційного втручання клініки відновлювального лікування та реабілітації Військово-медичного клінічного центру Західного регіону.

Микола Свищ – фізичний терапевт, реабілітолог, бойовий медик.

Олег Миська – фізичний терапевт, військовий медик.

ЗМІСТ

I. ОПЕРАЦІЙНЕ УПРАВЛІННЯ Й ОРГАНІЗАЦІЯ МЕРЕЖІ ПОСЛУГ НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	5
I.1. Загальна інформація.....	6
I.1.1. Переваги організації процесів допомоги на рівні первинної медичної допомоги.....	6
I.1.2. Світовий досвід формування мережі надання допомоги людям і можливий приклад для ветеранів/ветеранок.....	7
I.1.3. Мережа надання допомоги ветеранам/ветеранкам в Україні.....	10
I.2. Організація команди для формування мережі надання допомоги ветеранам і ветеранкам первинною медичною допомогою.....	11
I.3. Рекомендації до складових мережі надання допомоги ветеранам/ветеранкам.....	11
I.3.1. Неформальні послуги.....	12
I.3.2. Соціальні послуги.....	12
I.3.3. Формальні послуги.....	13
II. РЕКОМЕНДАЦІЇ З НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВЕТЕРАНАМ І ВЕТЕРАНКАМ.....	15
II.1. Загальна інформація.....	16
II.2. Профілактичний огляд та профілактика захворювань у ветеранів.....	16
II.3. Вакцинація ветеранів.....	19
III. РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ПМД З ОЦІНКИ ТА ВЕДЕННЯ ВЕТЕРАНІВ/ВЕТЕРАНКОМ ІЗ ПОШИРЕНИМИ В ЦІЙ ГРУПІ ЛЮДЕЙ ПРОБЛЕМАМИ ІЗ ФІЗИЧНИМ ТА ПСИХІЧНИМ ЗДОРОВ'ЯМ.....	21
III.1. Оцінка та ведення сімейним лікарем ветеранів/ветеранок із поширеними в цій групі людей проблемами.....	22
III.1.1. Посткомоційний синдром (наслідки «контузії») — автограф війни.....	22
III.1.2. Головний біль.....	24
III.1.3. Запаморочення та порушення рівноваги.....	26
III.1.4. Шум у вухах.....	27
III.1.5. Утома.....	27
III.1.6. Безсоння.....	27
III.1.7. Біль у нижній ділянці спини (БНС).....	28
III.1.8. Стани, пов'язані із впливом гербіцидів та інших хімічних речовин.....	29
III.2. Оцінка та ведення сімейними лікарями найпоширеніших розладів сфери психічного здоров'я.....	30
III.2.1. Гостра реакція на стрес або ж гострий стрес.....	32
III.2.2. Пролонгована реакція горя — утруднене горювання.....	34
III.2.3. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).....	35
III.2.4. Дисоціативний розлад.....	38
III.2.5. Помірно-тяжкий депресивний розлад.....	40
III.2.6. Тривожні розлади.....	42
III.2.7. Обсесивно-компульсивний розлад.....	45
III.2.8. Панічний розлад.....	46
III.2.9. Поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю, наркотиків чи інших ПАР, залежності.....	48
III.2.10. Інші значущі скарги у сфері психічного здоров'я: соматичні болі.....	50
IV. ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ.....	53
IV.1. Що таке фізична (активна) реабілітація і чому вона потрібна?.....	54
IV.2. Біопсихосоціальна модель МКФ.....	54
IV.3. Що охоплює фізична реабілітація? Які фахівці залучені у процес?.....	56
IV.4. Фахівці з реабілітації.....	57
IV.5. Чому реабілітація може бути потрібна ветерану/ветеранці?.....	58
IV.6. Маршрут ветерана/ветеранки у процесі фізичної реабілітації.....	59
IV.7. Виявлення потреби у спрямуванні на визначення потреб у реабілітаційній допомозі за допомогою WHODAS 2.0.....	61
IV.8. Індивідуальний реабілітаційний план (документування процесу реабілітації).....	62
IV.9. Обладнання, яке має бути в реабілітаційному відділенні.....	63
IV.10. Допоміжні засоби з реабілітації.....	63
IV.11. Реабілітація за кордоном.....	64
IV.12. Допротезна реабілітація та догляд за куксою.....	66
Примітки.....	71
Додатки.....	74
Глосарій.....	91
Список використаних джерел.....	95

РОЗДІЛ І

ОПЕРАЦІЙНЕ УПРАВЛІННЯ Й ОРГАНІЗАЦІЯ МЕРЕЖІ ПОСЛУГ НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

I.1. Загальна інформація

Мета – забезпечення ветерана/ветеранки та членів їхніх родин найякіснішими послугами охорони здоров'я: від первинного рівня і аж до спеціалізованої допомоги завдяки чіткішому розумінню **потреб здоров'я ветеранів, безпосередньо пов'язаних зі стресом**, пережитим військовим досвідом і травматичними подіями, що могли відбутися впродовж служби Батьківщині.

I.1.1. Переваги організації процесів допомоги на рівні первинної медичної допомоги

Первинна медична допомога (ПМД) – це підхід до охорони здоров'я, який охоплює всіх членів суспільства, спрямований на забезпечення максимально можливого рівня здоров'я й добробуту та їхнього справедливого розподілу, зосереджує увагу на потребах людей на ранніх етапах усього континууму – від зміцнення здоров'я та профілактики захворювань до лікування, реабілітації та паліативної допомоги, і є максимально наближеним до повсякденного середовища людей¹ (включно із середовищем ветеранів і ветеранок).

Базово ПМД включає три компоненти: комплексні інтегровані медичні послуги, які охоплюють первинну медичну допомогу, а також послуги та функції громадського здоров'я, які функціонують як центральні компоненти цієї системи; мультисекторальну політику та дії для управління детермінантами здоров'я; залучення та розширення можливостей окремих осіб, сімей і громад для активізації соціальної участі та покращення самообслуговування й самозабезпечення у сфері охорони здоров'я.

Концепція первинної медичної допомоги чи не найкраще забезпечує стратегію універсального медичного покриття від Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), яка передбачає, що всі люди повинні мати доступ до необхідних медичних послуг, коли і де вони цього потребують, без фінансових труднощів. Ця концепція включає повний спектр основних медичних послуг – від зміцнення здоров'я до профілактики, лікування, реабілітації та паліативної допомоги.

В Україні первинна медична допомога існувала із самого початку Незалежності, але у зв'язку з відсутністю стратегії та загальнонаціонального розуміння її ролі, перетворювалась із допомоги, яка керується вищеописаними концепціями, на таку, яка слугує лише для ведення паперової документації та скерування на вищий медичний рівень. Після створення Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років² і аж до її імплементації нарешті з'явилась роль ПМД, принаймні у трансформуванні системи та кроків до її розвитку³. Станом на 2025 рік подальше формування ролі первинної медичної допомоги, розширення її компетенцій та функцій і вектор подальшого розвитку все ще є приводом для дискусій у професійних та управлінських колах, але вже зараз зрозуміло, що ПМД – це основа системи охорони здоров'я, яка має вирішувати переважну більшість потреб щодо профілактики здоров'я жителів України, має бути доступною, чіткою, зрозумілою, універсальною й всеосяжною.

Війна з росією, яка почалась у 2014 році, та повномасштабне вторгнення росії в Україну у 2022 році дали ще більше розуміння важливості допомоги ветеранам і ветеранкам по всій країні. Тож така допомога має бути максимально різносторонньою, доступною і наближеною до людей, а власне первинна медична допомога може мати достатньо потужностей для цього і її основна мета спрямована на таке забезпечення.

Кількість ветеранів збільшується щодня, відповідно і кількість звернень по допомогу від таких осіб та їхніх сімей теж постійно зростає. Водночас йдеться не лише про скарги на порушення фізичного здоров'я та функціонування, але і на проблеми із психічним здоров'ям.

Якщо говорити з погляду статистики, то станом на 13.05.2025 року в Україні є 2536 надавачів послуг ПМД, які уклали договір із Національною службою здоров'я України (НСЗУ). У цій системі працює понад 23 тис. лікарів, які надають допомогу 32,6 млн жителів України, що вже встигли підписати декларацію з лікарями ПМД. Це свідчить про те, що така мережа є добре розгалуженою, охоплює переважну більшість українців, є доступною і зрозумілою для всіх. Уже не кажучи про те, що її ефективне функціонування, високий професіоналізм лікарів і медичних се-

стер ПМД здатні економити значну кількість коштів платників податків (що особливо важливо за умов обмеженого ресурсу країни), оскільки не вимагає відносно значних капіталовкладень, дороговартісного обладнання чи великих приміщень та іншої інфраструктури.

Згідно з повідомленням від міністерки в справах ветеранів Наталії Калмикової, станом на 2 грудня 2025 року в Україні налічується понад 1,5 млн ветеранів та ветеранок⁴. Внаслідок повномасштабного вторгнення росії ця кількість суттєво зросла і зростатиме надалі. Утім, на жаль, не існує інформації щодо кількості ветеранів, які зареєстровані в Електронній системі охорони здоров'я та мають декларацію, підписану з лікарем ПМД, у зв'язку зі строгою секретністю такої інформації. Враховуючи той факт, що за даними Держстату станом на 01.11.2021 чисельність населення України – 41,27 млн осіб, а задекларованими в лікарів ПМД є 32,6 млн, отже 79% українців мають декларацію із сімейним лікарем, серед яких, вочевидь, є ветерани та ветеранки. Усі вищеописані факти дозволяють зробити висновки про те, що первинна медична допомога – це ідеальні та універсальні «вхідні ворота» для українських ветеранів і ветеранок у систему охорони здоров'я (зокрема реабілітацію), за умови обізнаності лікарів і медичних сестер/братів, правильної інформаційної кампанії та зрозумілих маршрутів пацієнтів на рівні первинних медичних практик, громад, районів і областей України.

У зв'язку з усім вищеописаним, рекомендуємо, щоб «вхідними воротами» медичної допомоги ветеранам була саме первинна медична допомога громади завдяки її доступності, економічній доцільності, гнучкості, наближеності до людей і можливості вирішення широкого спектра завдань, відповідно якісної оцінки та можливості скерування для отримання інших видів допомоги. Сімейний лікар/терапевт громади може стати координатором допомоги для ветерана/ветеранки за умови чіткості функціонування всієї мережі, щонайменше на рівні первинної медичної практики (включає лікаря/лікарку, медичних сестер/братів і всіх задекларованих пацієнтів).

А проте сімейний лікар/терапевт не виступатиме лише тією людиною, яка скеровує на інші рівні надання допомоги, а отримає чіткий інструмент, який зможе використовувати в роботі для проведення профілактичних процедур та обстежень для ветеранів. Такий інструмент описаний далі в цих рекомендаціях.

Проте, перш за все, команда ПМД має збудувати власну мережу допомоги ветеранам, алгоритм створення якої ми теж опишемо нижче, та налагодити алгоритм профілактичних процедур для ветеранів, керуючись цими рекомендаціями, але не лише ними, і наявними в громаді ресурсами.

I.1.2. Світовий досвід формування мережі надання допомоги людям і можливий приклад для ветеранів/ветеранок

Ряд науковців, ВООЗ та інші міжнародні організації пропонують розглядати медичну, соціальну й інші види допомоги різним групам людей у вигляді пірамід послуг для оптимального та ефективного використання ресурсів, спрощення доступу до послуг і зменшення фінансового навантаження на людину, її сім'ю та громади (наприклад, піраміда послуг від Narasimhan et al.⁵ або піраміда оптимального поєднання сервісів у сфері охорони психічного здоров'я від ВООЗ⁶). Концепція пірамід передбачає, що в їхній основі (тобто займає найбільше місця, часу й уваги системи) є самопоміччя, далі за зменшенням долі участі – неформальна допомога у громадах (соціальна, психологічна й ін.), первинна медична допомога та врешті – спеціалізована медична допомога (хірургія, реабілітація та ін.). Інакше кажучи, самопоміччю, неформальній допомозі та ПМД слід приділити найбільше уваги, щоб навчити всіх учасників процесу, відслідковувати успіхи і маршрути та внести корективи у пророблену роботу. Ветеранові або ветеранці, лікарям ПМД та органам місцевого самоврядування слід надати достатньо знань, розуміння маршрутів і їхнього налагодження для якісного забезпечення функціонування цієї піраміди. Для того, щоб зрозуміти концепцію участі самопоміччя та ПМД у процесі якісного супроводу ветеранів, ми маємо оглянути світовий досвід щодо цього питання.

Сполучені Штати Америки (США). Медична допомога ветеранам у США забезпечується за участі багатьох інституцій, зокрема Департаменту ветеранських справ США (аналог Міністерства у справах ветеранів в Україні) Адміністрації охорони здоров'я. Адміністрація охорони здоров'я ветеранів (VHA): 1) проводить навчання більшості (60%) медичних працівників: лікарів, медсестринського та підтримуючого персоналу; 2) надає підтримку медичних досліджень. Медична система Департаменту ветеранських справ США:

- складалась із 54 лікарень у 1930 році;
- складається з 152 лікарень, 800 місцевих поліклінік, 126 будинків по догляду і 35 доміцильних установ (що діють на дому). Одна з найбільших у світі систем охорони здоров'я і працює на базі Національного центру ПТСР. Національний центр ПТСР – маркетингова назва урядової структури, що визначає пріоритети медичних послуг для ветеранів на основі доказового лікування ветерана (evidence-based treatment), ґрунтованого на трьох критеріях: 1) кількості досліджень, 2) якісних показниках самих досліджень, 3) комплексності експертних рекомендацій (згоді експертного лікарського середовища, що лікування працює)⁷. Національний центр ПТСР має 7 філій у різних штатах США, у яких проходять різноманітні дослідження та навчання: від нейротравми до розробки мобільних додатків для полегшення життя ветерана. На основі передових досліджень він складає рекомендації щодо терапій першого вибору⁸ та контролює якість послуг, проводячи моніторинги та оцінки.



[Доказове лікування ветерана](#)

У 2018-му система медичної та психологічної допомоги ветеранам була покращена відповідно до пріоритетів та ініціатив, викладених у Плані реформ Президента на 2018 рік. Департамент у справах ветеранів (DVA або просто VA) та Департамент оборони США (відповідник нашого Міністерства оборони) розробили Спільний виконавчий комітет (JEC) та опублікували спільну заяву про стратегічне бачення і «Спільний стратегічний план DoD та VA США на 2019–2021 рр.» для формування, зосередження й визначення пріоритетів координації та обміну зусиллями між відповідними елементами обох міністерств. Він включив план модернізації електронних медичних карток ветеранів для уніфікації протоколів лікування й об'єднання медсистеми під управлінням US DoD/VA collaboration office. Результатом роботи Спільного виконавчого комітету стала концепція Карти шляху ветерана (Journey Map of Veteran), що розглядає здоров'я ветерана від моменту рекрутингу на службу в армії до моменту смерті (не зважаючи на причини смерті – під час виконання службових обов'язків чи вже після звільнення зі служби). Карту шляху ветерана розробляються з метою сприяння безперешкодному переходу від військової кар'єри до цивільного життя, підвищуючи ефективність оцінки здоров'я, скорочуючи витрати і знижуючи імовірність інвалідизації через некоректну чи невчасну оцінку стану та підвищує оперативність сумісної роботи медсистем Департаменту у справах ветеранів і Департаменту оборони.



[Терапії першого вибору за оцінками урядової структури Національного центру ПТСР при пережитому травматичному стресі](#)

Якщо підсумувати основні принципи роботи медсистеми у США, то самопомозі надається значна частина уваги через гарячі лінії, додатки для смартфонів, освітні матеріали та інші доступні ресурси. Цікаво зауважити, що існує розгалужена мережа волонтерів різних профілів і можливість прямого контакту з іншими ветеранами/ветеранками, які переживають подібні проблеми і готові поділитись досвідом у групах рівний-рівному.

Існують рекомендації щодо звернення до спеціалістів і вимоги щодо надання ПМД. Лікарі всіх рівнів володіють інформацією щодо подальшого скринінгу, маршруту пацієнта та доступних сервісів. Також є можливість звернення до **Ветеранських центрів** – від національного до рівнів громад, де кожному нададуть усю необхідну психосоціальну інформацію, є можливість входити в групи ветеранів і ділитися досвідом з іншими. Виглядає так, що Департамент ветеранських справ виступає своєрідним великим хабом для концентрації інформації та ресурсу для ветеранів.

Велика Британія. У цій країні допомога ветеранам, як і всім іншим громадянам, надається переважно через систему Національної служби здоров'я (NHS/НСЗ). Для отримання всіх видів допомоги та інформації ветеран/ветеранка мають бути зареєстровані в системі через свого сімейного лікаря/лікарку. У системі ПМД існують т. зв. veteran friendly первинні послуги, які надають спеціалісти, пройшовши спеціалізоване навчання з допомоги ветеранам і до яких рекомендують звертатись насамперед, якщо проблема пов'язана з бойовими діями.

Таку акредитацію пропонує, наприклад, Royal College of General Practitioners. Водночас, за планами НСЗ (NHS Long Term Plan)⁹ усі практики ПМД у Великій Британії мають отримати таку акредитацію. Кожен акредитований лікар ПМД має закодувати в електронних медичних записах статус ветерана для швидшого отримання послуги, якщо проблема є наслідком бойових дій, зрозумілішої статистики та маршруту пацієнта.

Також існує Оборонна медична система (DMS/ОМС), яка функціонує паралельно із НСЗ для військових або резервістів. У цій системі є свої лікарі ПМД і військові медичні центри.

У 2019 році, переймаючи досвід США зі створення центру US DoD/VA collaboration office (центр, який забезпечує міжвідомчу співпрацю) для координації зусиль оборонного сектору щодо уніфікації протоколів лікування солдатів і ветеранів, Британський уряд створив на базі Міноборони департамент ветеранських справ, який зараз контролює дотримання протоколів лікування у війську і після звільнення зі служби.

Окрім цього, цікаво зауважити, що мережа волонтерської допомоги та фінансування є чітко координованою НСЗ та ОМС і ветеран/ветеранка або військовий/військова може самостійно подати заявку через НСЗ або ОМС для отримання, наприклад, кращого протеза чи слухового апарата.



[Плани НСЗ](#)

Австралія. Здебільшого допомога ветеранам/ветеранкам у цій країні забезпечується за посередництва Департаменту ветеранів через систему карток ветеранів, які дозволяють отримати різний обсяг послуг коштом платників податків. Для отримання всіх видів допомоги та послуг потрібно звернутися до лікаря ПМД, який зможе надати їх самостійно або скерувати ветерана за маршрутом. Найцікавішим є той факт, що Департамент ветеранів оплачує лікарю ПМД, коли ветеран записується на 45-хвилинний скринінг здоров'я, відповідно до національного стандарту. Всі лікарі ПМД володіють методом скринінгу і можуть його провести самостійно й надати відповідні рекомендації. Також в Австралії добре розвинена інформаційна система, соціальні послуги і самодопомога.

Якщо підсумувати досвід інших країн, можна зрозуміти, що найбільшу роль у медичних і соціальних послугах ветеранам відіграє кілька речей:

- Зрозумілий простий маршрут, описаний відповідною інституцією, початком якого є сам/сама ветеран/ветеранка та лікар ПМД. Його забезпечують через інформаційну кампанію, освіту ветеранів, лікарів, соціальних працівників і волонтерів.
- Виокремлення ветеранів в електронних медичних записах для кращої статистики та маршрутів і, відповідно, джерел фінансування послуг.
- Профілактичні огляди ветеранів на найбільш розповсюджені захворювання через лікаря ПМД та/або відповідний медичний центр для ветеранів.

- Утворення ветеранських груп, у яких можна знайти допомогу, пораду та підтримку peer-to-peer (рівний-рівному).
- Наявність одного чи двох інформаційних та організаційних хабів для ветеранів на центральному рівні, які забезпечують інформацією та можуть поєднати багатьох учасників процесу.
- У деяких країнах пропонують спеціалізовану освітню сертифікацію медиків для допомоги ветеранам.

Виходячи з усього вищесказаного, у мережу надання медико-соціальної допомоги ветеранам/ветеранкам в Україні має входити: спільнота ветеранів, соціальні служби, волонтери та благодійні організації, психологи й психотерапевти, первинна медична допомога, спеціалізована медична допомога, Міністерство ветеранів.

Для зрозумілого прикладу, на основі досвіду інших країн і міжнародних організацій ми сформували можливу піраміду послуг ветеранам, де найбільшу частку займає самопомога, а найменшу – спеціалізована медична допомога (Рис. 1).



Рисунок 1. Варіант піраміди послуг ветеранам і ветеранкам, на основі досвіду інших країн та міжнародних організацій

І.1.3. Мережа надання допомоги ветеранам/ветеранкам в Україні

Послуги ветеранам/ветеранкам в Україні можна умовно поділити на формальні (медичні та психологічні), соціальні й неформальні.

Неформальні (самопомога, групи підтримки ветеранів, сервіси громадських організацій та ін.)

До неформальної частини належать адвокаційні кампанії у громадах, інформування для самопомоги, ветеранські групи підтримки, громадські організації та благодійні фонди, які здатні забезпечити різнопланові сервіси допомоги ветеранам/ветеранкам.

Соціальні

До соціальної частини належать соціальні служби й управління, комунальні заклади обласного рівня для ветеранів/ветеранок «Ветеранські простори»; ветеранські хаби; інші організації для ветеранів/ветеранок, які постраждали від гендерно-зумовленого насильства, центри, дружні до молоді, інклюзивно-ресурсні центри, відділи соціальної роботи, центри соціального обслуговування. Також до цієї частини належать послуги з повернення до зайнятості, самозайнятості та пристосування робочого місця до потреб ветерана, у якого є статус особи з інвалідністю.

Формальні Медичні

- Первинна медична допомога
- Спеціалізована медична допомога

До медичних послуг можна віднести первинну (сімейні лікарі, терапевти та медичні сестри і брати ПМД), спеціалізовану (лікарі-спеціалісти, медичні сестри і брати СМД, фахівці з реабілітації, поліклініки, лікарні загального профілю) та високоспеціалізовану (військові госпіталі, реабілітаційні центри та центри протезування, спеціалізовані національні інституції та ін.) медичну допомогу.

Психологічні

До психологічної допомоги можна віднести інституції (усіх форм власності), структурні підрозділи чи окремих надавачів таких послуг, які діють на території громад, районів та областей, а також працюють через сформований Міністерством у справах ветеранів України Реєстр постачальників послуг з психологічної реабілітації для ветеранів і членів їхніх сімей¹⁰.



[Реєстр суб'єктів надання послуг із психологічної допомоги для ветеранів і членів їх сімей](#)

І.2. Організація команди для формування мережі надання допомоги ветеранам і ветеранкам первинною медичною допомогою

Для забезпечення належної та всеосяжної допомоги ветеранам/ветеранкам та їхнім сім'ям і сім'ям загиблих героїв та героїнь слід насамперед налагодити мережу такої допомоги. Така мережа має включати неформальну, соціальну, медичну та психологічну компоненти.

На рівні громад рекомендуємо дотримуватись чіткої координації між вищезгаданими чотирма компонентами. Для такої координації можна залучити помічників ветеранів, місцеві відповідні дорадчі та консультативні органи і групи при органах місцевого самоврядування та ОВА.

Для координації послуг ветеранам у громадах завжди слід залучати:

1. Керівника/цю підприємства ПМД або заступника/цю (медичний/у директор/ку).
2. Представників лікарів підприємства (обраний лікар/завідувач).
3. Представників спільноти ветеранів/ветеранок у громаді.
4. Представників громадських організацій, які надають послуги ветеранам/ветеранкам та діють на відповідній території.
5. Представників місцевих соціальних служб.
6. Представників служби зайнятості.

В результаті такої координації команда ПМД має створити чіткий і зрозумілий маршрут ветеранів із різними станами та потребами.

Водночас важливо зауважити, що в процесі формування маршрутів команда ПМД не має керуватись формалізованим принципом, і під час вибору компонентів мережі завжди узгоджувати позицію ветеранської спільноти та всіх зацікавлених сторін.

І.3. Рекомендації до складових мережі надання допомоги ветеранам/ветеранкам

Приклад формування мережі представлений у *Додатку 1* (Маршрут перенаправлень ветеранів) цієї методички. Він може відрізнятись залежно від різних умов і мати інший вигляд, проте зобов'язаний орієнтуватись на задоволення потреб ветеранів та ветеранок. Запропонований маршрут може бути простим і доступним у щоденному використанні лікарями та медичними сестрами/братами.

I.3.1. Неформальні послуги

Неформальні послуги у громадах забезпечують групи ветеранів/ветеранок, громадських організацій та інших інституцій, які не входять у жоден інший з усіх згаданих видів допомоги ветеранам/ветеранкам.

Неформальні послуги мають бути направлені на виконання кількох основних завдань:

- сприяти самостійності ветерана/ветеранки в опіці про себе, своє здоров'я та свою сім'ю;
- сприяти створенню спільнот ветеранів/ветеранок у громадах, областях;
- забезпечувати інформування ветеранів/ветеранок щодо законодавчих або інших процесів на рівні громад, областей, країни;
- допомагати ветеранам/ветеранкам у вирішенні проблем зі здоров'ям або в соціальній сфері;
- контролювати надання якісної та пріоритетної допомоги ветеранам/ветеранкам у закладах охорони здоров'я;
- організовувати розважальні, освітні та інформаційні події для ветеранів/ветеранок і їхніх сімей;
- захищати ветеранів/ветеранок від стигматизації.

Послуги, які може отримати ветеран/ветеранка на неформальному рівні:

- Групи підтримки «рівний-рівному» різних напрямків.
- Консультативні послуги щодо дій у різних життєвих ситуаціях.
- Інформування щодо мережі допомоги ветеранам.
- Пошук житла та/чи роботи для себе і членів родини.
- Соціальні підприємства для ветеранів/ветеранок, зокрема для людей з інвалідністю.
- Отримання інформації щодо гуртків для дітей і членів сім'ї.
- Проведення фестивалів, освітніх та інформаційних заходів, інших подій для ветеранів/ветеранок та їхніх сімей.
- Допомога з реінтеграції ветерана/ветеранки у громаду.
- Інформаційні кампанії на підтримку ветеранського здоров'я.

I.3.2. Соціальні послуги

Соціальні послуги забезпечують соціальні служби, шелтери та інші організації для ветеранів/ветеранок, які постраждали від насильства, інклюзивно-ресурсні центри, відділи соціальної роботи, центри соціального обслуговування, помічники ветеранів та ін.

Соціальні послуги мають бути направлені на виконання кількох основних завдань:

- допомога в реінтеграції ветерана/ветеранки у громаду;
- допомога з пошуком житла, роботи для ветеранів/ветеранок та їхніх сімей або забезпечення таким житлом на коротку перспективу;
- забезпечення захисту ветеранів/ветеранок від насильства, стигматизації;
- допомога в повсякденному житті ветеранам з інвалідністю;
- адвокація доступності приміщень і споруд для ветеранів/ветеранок з інвалідністю;
- захист прав дітей і сімей ветеранів/ветеранок, які потрапили у складну життєву ситуацію;
- оцінка побутових умов ветеранів за місцем проживання/роботи.

Послуги, які може отримати ветеран/ветеранка на рівні соціальних послуг:

- надання або пошук місця проживання;
- оцінка безпечного середовища проживання ветеранів/ветеранок та їхніх сімей;
- роз'яснення щодо отримання соціальної допомоги, зокрема матеріальної;

- прихисток у випадку насильницьких дій щодо ветерана/ветеранки;
- послуги щодо пошуку роботи, започаткування бізнесу, особливо для категорій ветеранів/ветеранок з інвалідністю.

I.3.3. Формальні послуги.

Медичні послуги.

Первинну медичну допомогу ветеранам забезпечують амбулаторії, центри первинної медичної допомоги, поліклініки, фізичні особи-підприємці або товариства з обмеженою відповідальністю та заклади охорони здоров'я інших форм власності, які працюють на відповідній території. Саме ПМД охоплює найбільшу кількість різних груп людей.

Первинна медична допомога має бути направлена на виконання наступних завдань:

- забезпечення збереження честі та гідності ветерана/ветеранки під час надання медичних послуг;
- координація ветерана/ветеранки в системі охорони здоров'я та за її межами;
- забезпечення широкого і доступного об'єму послуг для ветерана/ветеранки на рівні громади;
- забезпечення ветерана/ветеранки інформацією щодо послуг, як медичних, так і немедичних, у громаді та за її межами;
- збереження здоров'я ветерана/ветеранки та покращення якості життя;
- інтеграція ветерана/ветеранки у громаду.

Послуги, які може отримати ветеран/ветеранка на рівні ПМД:

- лікування найрозповсюдженіших захворювань ветерана/ветеранки без необхідності звертатись у спеціалізовані медичні підприємства;
- скринінг здоров'я, вакцинація та інші комплексні регулярні профілактичні огляди, превентивні та психогігієнічні втручання й оцінка стану відповідно до загальноприйнятих стандартів;
- оцінка рівня інтеграції в суспільство та психосоціальні втручання;
- вчасне та якісне скерування для отримання неформальних, соціальних, спеціалізованих медичних послуг із постійним дистанційним супроводом лікарем\медичною сестрою\фельдшером первинної ланки, відстежуванням маршрутів та отриманням зворотного зв'язку про результат;
- супровід ветеранів/ветеранок із інвалідністю та скерування на реабілітацію.

Спеціалізована медична допомога (включно із реабілітаційними, паліативними послугами) ветеранам забезпечується лікарнями, центрами, клініками, госпіталями та шпиталями всіх форм власності. Для розуміння найрозповсюдженіших станів у ветеранів/ветеранок, які можуть потребувати втручання спеціалізованої медичної допомоги, фахівець ПМД має розуміти їхню етіологію, базове лікування та класифікацію, тому вони будуть перераховані у наступному розділі.

Послуги у сфері психічного здоров'я

Послуги з охорони психічного здоров'я ветеранам/ветеранкам у різних обсягах надають лікарі всіх рівнів, соціальні інституції, психологічні служби, психотерапевти, лікарі-психіатри, медичні психологи, які працюють на підприємствах та в інституціях усіх форм власності. Слід зауважити, що за стандартами ВООЗ та Національного центру ПТСР у США ці послуги надаються не лише фахівцями зі сфери психіатрії, а й медичними працівниками, які не є вузькими спеціалістами в цій галузі та працюють у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я, оскільки

важливим є доступ до послуг психічного здоров'я для ветеранів і членів їхніх родин, а також членів родин загиблих комбатантів. Тому всі фахівці та інституції повинні володіти навичками оцінки і ведення станів, описаних у цих методичних рекомендаціях, забезпечувати дотримання прав ветеранів, уміти надавати базову сервісну допомогу, а також брати до уваги можливі наслідки впливу стресу на психосоціальне благополуччя ветеранських родин. А за необхідності (з допомогою мережі перенаправлення) забезпечити доступ до ширших послуг, тому необхідна обізнаність лікарів щодо правил скерування, що є частиною їхніх посадових обов'язків. Проте діагноз психічних розладів, до яких належить весь кластер постстресових розладів, включно із ПТСР, згідно із Законом України про психіатричну допомогу від 2000 року, має право встановити лише лікар-психіатр¹¹.

Послуги з охорони психічного здоров'я мають бути направлені на виконання наступних завдань:

- підтримка психічного здоров'я ветерана/ветеранки й інформування щодо можливих ризиків у сфері психічного здоров'я, безпосередньо пов'язаних зі стресом і його наслідками;
- надання якісних і комплексних послуг у сфері охорони психічного здоров'я;
- раннє виявлення та реагування на проблеми психічного здоров'я ветерана/ветеранки;
- вирішення проблеми браку послуг у сфері охорони здоров'я та розширення доступу до наявних послуг, які може отримати ветеран/ветеранка у сфері охорони психічного здоров'я;
- профілактика, раннє виявлення, інформування та захист психічного здоров'я ветерана/ветеранки.



[Закон України
про психіатричну
допомогу](#)

Послуги із охорони психічного здоров'я, які може отримати ветеран/ветеранка:

- оцінка стану психічного здоров'я та якості життя;
- рекомендації щодо ризиків, превенції погіршення психічного здоров'я та адаптивних можливостей;
- ранні втручання для збереження психічного здоров'я ветерана/ветеранки;
- навчання ветеранів психосоціальним втручанням;
- вчасні та доцільні скерування на вторинну та третинну ланку із подальшим супроводом ветерана/ветеранки чи/та члена родини;
- надання психологічних, психотерапевтичних послуг лікування ветерана/ветеранки, заснованого на доказах;
- Інформування ветеранів/ветеранок щодо важливості збереження психічного здоров'я;
- координація ветерана/ветеранки для отримання психосоціальних сервісів допомоги або інших послуг, зокрема в дистанційному форматі (телемедицина, платформи для реєстрації е-Ветеран, мобільні додатки для смартфонів та ін.).

РОЗДІЛ II

РЕКОМЕНДАЦІЇ З НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВЕТЕРАНАМ І ВЕТЕРАНКАМ

II.1. Загальна інформація

Згідно з прогнозами експертів, кількість ветеранів і ветеранок, членів їхніх сімей та сімей полеглих воїнів після перемоги може сягнути понад 3 мільйони, тобто приблизно 10% населення України. На сайті Міністерства у справах ветеранів можна переглянути актуальну деперсоналізовану статистику щодо кількості та розподілу за регіонами України учасників бойових дій. Уже станом на червень 2023 року, наприклад, кількість учасників бойових дій у Дніпропетровській області становила 7,9% населення, у Львівській – 7,5%, у Харківській – 6,2%.¹²



[Інформація про кількість учасників бойових дій](#)

Враховавши цю інформацію, можемо припустити, що кожен сімейний лікар, що має 1 800 укладених декларацій, у середньому надає допомогу 18 ветеранам/ветеранкам, а станом на завершення війни цей показник становитиме близько 180 ветеранів/ветеранок.

У зв'язку із цим виникає потреба у глибшому ознайомленні з потребами цієї групи пацієнтів, особливо враховуючи, що кількість ветеранів/ветеранок постійно збільшується у зв'язку з російсько-українською війною, а також те, що таких послуг потребуватимуть також волонтери й інші громадяни України, що не є комбатантами.

Враховуючи відсутність національних досліджень і статистичних даних щодо стану здоров'я учасників/учасниць бойових дій, користуватимемось інформацією Центру контролю та превенції захворювань США¹³ та адаптуватимемо отриману інформацію відповідно до ситуації в Україні.

Відповідно до статистичних даних, у ветеранів/ветеранок є дещо вищий ризик розвитку деяких станів, порівняно з людьми, які не брали участі в бойових діях. Завданнями сімейного лікаря є вчасно виявити та/або профілакувати ці стани або захворювання. Для цього можна використовувати профілактичні методики, алгоритм (чек-лист) під час огляду та консультації ветерана/ветеранки. Під час кожного наступного візиту слід контролювати дотримання рекомендацій із чек-листа та користуватися Маршрутом ветерана, затвердженим місцевою Командою з імплементації або створеним на підприємстві і, за необхідності, скеровувати на інший рівень чи вид надання допомоги.

Сімейний лікар – це один із лікарів першого контакту ветерана/ветеранки, тому допомога чи інформування має бути максимальним із можливим використанням інформаційних матеріалів, залученням відповідних громадських організацій, соціальних служб та інших відповідальних інституцій.

Стани, ризик розвитку яких є підвищеним у ветеранів/ветеранок, порівняно із середньо популяційним ризиком, можна умовно поділити на кілька видів – порушення фізичного здоров'я, порушення психічного здоров'я та обмеження функціонування/непрацездатність/потреба в реабілітації.

У цих методичних рекомендаціях ми далі опишемо рекомендації щодо оцінки та ведення захворювань, ризик виникнення яких є вищим у ветеранів або людей, які були в зоні бойових дій, порівняно з іншим населенням.

II.2. Профілактичний огляд та профілактика захворювань у ветеранів

Попри те, що сімейний лікар не може охопити всіх можливих станів, пов'язаних зі здоров'ям ветеранів/ветеранок, завжди слід намагатися провести якомога ретельніший огляд та опитування ветерана/ветеранки для вчасного лікування або скерування для отримання спеціалізованої медичної допомоги. Ветеран/ветеранка при цьому може звернутися з іншої причини, проте завжди слід пропонувати пройти первинний огляд, опитування та профілактичний огляд із використанням інструменту, що запропонований у Додатку 2.

На що слід звертати увагу з точки зору **соматичного здоров'я** (детальний чек-лист профілактичних обстежень, які варто проводити всім ветеранам/ветеранкам, незалежно від причини звертання, у Додатку 2):

1. Визначення індексу маси тіла – після повернення із зони бойових дій один раз, а далі – за потреби чи відповідно до інших рекомендацій.

Згідно з опитуванням, проведеним серед громадян США віком старше 20 років у 2015–2018 рр., що були розподілені за ознакою ветеран/неветеран, близько 64,7% неветеранів мали надмірну вагу або ожиріння, тоді як серед ветеранів/ветеранок цей показник становить 76,1%.

2. Визначення рівня глюкози крові – після повернення із зони бойових дій один раз, а далі – за потреби чи відповідно до інших рекомендацій.

Проведені дослідження показали, що у людей із ПТСР є підвищений ризик захворіти на цукровий діабет II типу. Наприклад, у дослідженні «Зв'язок між посттравматичним стресовим розладом і діабетом II типу...»¹⁴, автори підтверджують взаємозв'язок між ПТСР та розвитком ЦД II типу, а також вказують, що механізм впливу психічного розладу на розвиток діабету потрібно досліджувати детальніше.

Наказом №504 МОЗ регламентовано перелік осіб, яким потрібно проводити визначення глюкози крові натще та частоту таких досліджень, проте ветеран чи ветеранка можуть не належати до вікових категорій, визначених Наказом. Разом з тим слід врахувати підвищений ризик ЦД серед ветеранів.¹⁵

Тому, на нашу думку, визначення рівня глюкози крові є доступним методом дослідження, який можна виконати безпосередньо в кабінеті сімейного лікаря за допомогою глюкометра, він не є затратним щодо матеріалів і часу, проте раннє виявлення порушення толерантності до глюкози буде давати прогностично кращі результати щодо ускладнень внаслідок ЦД II типу.



[Наказ МОЗ №504
«Про затвердження
Порядку надання
первинної медичної
допомоги»](#)

3. Швидкі тести на ВІЛ і гепатити – після кожного повернення із зони бойових дій і через 6 місяців.

Військові, перебуваючи в зоні проведення бойових дій, мають високий ризик контакту із кров'ю, в умовах постійної небезпеки не завжди вдається використовувати засоби індивідуального захисту (наприклад, медичні рукавички при евакуації поранених), тому тестування на гепатити В і С та ВІЛ є важливим для ветеранів/ветеранок.

4. Аудіографія – один раз після кожного повернення із зони проведення бойових дій, а потім – лише за потреби.

Згідно з опитуванням, проведеним серед громадян США віком старше 20 років у 2015–2018 рр., що були розподілені за ознакою ветеран/неветеран, близько 13% неветеранів мали проблеми зі слухом, у той час, як серед ветеранів/ветеранок цей показник становить 37%.

Що стосується шуму у вухах, то він найчастіше виникає при зниженні слуху чи отосклерозі, внаслідок впливу гучного шуму, вибухів, пострілів та ін. і може спричиняти страждання людини, навіть призводити до депресії.

Первинний скринінг можна провести в кабінеті сімейного лікаря чи медичної сестри із використанням додатків на телефон та навушників, якщо доступ до професійної аудіографії є обмеженим.

Настанови з ведення пацієнтів із шумом у вухах можна переглянути за посиланням:

<https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3619>





**Настанови з інтерпретації аудіограми та порушення слуху мож-
на переглянути за посиланням:**

<https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3621>

5. Визначення гостроти зору – один раз після кожного повернення із зони проведення бойових дій, а потім – за потреби.

Порушення зору може з більшою частотою траплятись у ветеранів/ветеранок у зв'язку з перенесеними мінно-вибуховими травмами, дією хімічних речовин, високим ризиком потраплянням сторонніх тіл в очі, а також є проявом посткомоційного синдрому. Ви можете первинно оцінити гостроту зору за допомогою таблиць, які зазвичай є у кабінеті сімейного лікаря чи медсестри/медбрата, та провести офтальмоскопію, якщо персонал володіє відповідними навичками та має необхідне обладнання, якщо доступ до консультації лікаря-офтальмолога є обмеженим. Проте після цього все ж слід за найпершої можливості скерувати пацієнта до фахівця, щоб виключити інші складні стани та проблеми.

6. Вимірювання артеріального тиску (АТ) – один раз після повернення з зони бойових дій, а надалі – відповідно до інших рекомендацій. Найкраще оцінювати рівень артеріального тиску за допомогою ведення щоденника тиску.

7. Ліпідограма – один раз після повернення з зони бойових дій, а надалі – відповідно до інших рекомендацій.

Згідно зі статистичними даними із різних країн, які вдалось опрацювати під час написання цих методичних рекомендацій, було виявлено, що у ветеранів/ветеранок вищий ризик мати ішемічну хворобу серця, гіпертонічну хворобу та інсульт, ніж в інших когорт населення. Враховуючи ці дані, доречним буде провести моніторинг АТ і ліпідемії хоча б один раз, навіть якщо ветеран/ветеранка не належать до вікової групи, якій рекомендовані такі скринінгові обстеження Наказом МОЗ №504.

8. Профілактичні обстеження на онкологічні захворювання:

а) для жінок ПАП-тест, тест на ВПЛ – якщо обидва тести не показали порушень, то повторювати їх щонайменше раз на 5 років, а при виявленні змін – відповідно до інших рекомендацій. Також слід проводити УЗД молочних залоз або мамографію (залежно від віку) одноразово після завершення служби, а потім згідно з Наказом МОЗ №504;

б) для чоловіків – визначення рівня PSA один раз після завершення служби, а надалі – за потреби та згідно з Наказом МОЗ №504;

в) для усіх – кал на приховану кров раз на 2 роки після завершення служби, а надалі – за потреби та згідно з Наказом МОЗ №504.

Згідно з опитуванням, проведеним серед громадян США віком старше 20 років у 2015–2018 р., ветерани/ветеранки незалежно від статі мають у 2,5 раза більший ризик захворіти на онкологічні захворювання (18,1% у ветеранів проти 8,3% у неветеранів), зокрема в 3 рази вищий ризик захворіти на колоректальний рак (1,4% проти 0,5% у неветеранів) та у 4 рази на рак легень (0,8% проти 0,2% у неветеранів). Що стосується жінок, то ветеранки мають приблизно у 1,5 раза більший ризик раку грудей (4,3% проти 2,8% у неветеранок) та раку шийки матки (1,6% проти 1% у неветеранок).

Разом з тим, в Україні немає програми скринінгу раку легень, а світовий досвід не показав його ефективності, тому його не розглядаємо у нашому інструменті. Натомість слід звернути увагу на туберкульоз легень у ветеранів. На жаль, якісних досліджень на цю тему немає, адже

є небагато країн із високою поширеністю туберкульозу серед населення та активними бойовими діями водночас. Тому рекомендуємо вважати ветеранів людьми із підвищеним ризиком захворіти на туберкульоз, враховуючи дуже важкі умови роботи та життя, можливе тривале перебування в закритому колективі, нерегулярне харчування, постійну зміну місця проживання, а також відносно високу поширеність куріння серед військовослужбовців.

9. Проведення скринінгу на туберкульоз легень – один раз після завершення служби, а потім – за потреби.

Для скринінгу слід використовувати опитувальник з Додатку 8¹⁶ до Стандартів медичної допомоги «Туберкульоз»¹⁷ (пункт 1 Стандарту II), а при відповіді «так» на будь-яке запитання слід скерувати пацієнта на рентгенографію ОГК або низькодозову КТ ОГК. Надалі цей скринінг слід проводити згідно з Наказом №504 МОЗ, тобто щороку за наявності факторів ризику.

II.3. Вакцинація ветеранів

Згідно зі ст. 4 Закону № 3551¹⁸ ветеранами/ветеранками війни є особи, які брали участь у захисті Батьківщини чи в бойових діях на території інших держав. До ветеранів/ветеранок війни належать: учасники бойових дій, особи з інвалідністю внаслідок війни, учасники війни.

Раніше багато українців, ймовірно, уявляли ветеранів в образі людини похилого віку, із тривалим досвідом участі в бойових діях та із видимими ознаками травм.

Проте зараз багато ветеранів/ветеранок – це молоді чоловіки і жінки.

І слід пам'ятати про те, що багато з них приймають рішення продовжувати воювати за Україну.

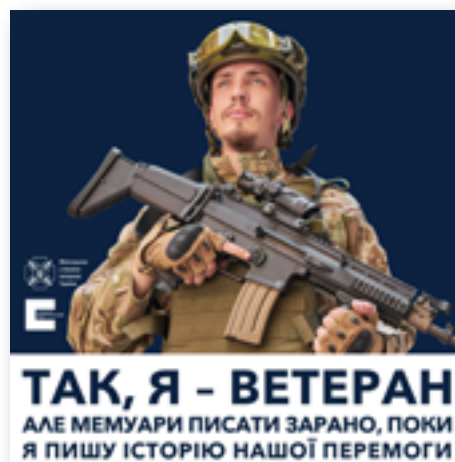
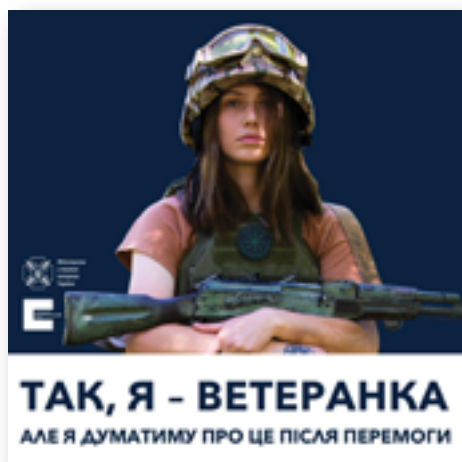


[Стандарти медичної допомоги «Туберкульоз»](#)



[Закон України Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту](#)

Український ветеранський фонд випустив серію матеріалів для того, щоб дати пересічним українцям зрозуміти, що ветеран/ветеранка не повинні бути подібними на шаблонний образ ветерана/ветеранки, а також що ці жінки та чоловіки зі статусом ветеранів/ветеранок найчастіше продовжують брати участь у бойових діях.¹⁹



Це ще одне нагадування, зокрема, лікарям первинної ланки – актуалізувати вакцинальний статус ветерана/ветеранки, що є однією з базових складових профілактики інфекційних захворювань, ризик яких підвищується в учасників бойових дій.

Вакцинація (обов'язкова та рекомендована)

1. Ветеранові/ветеранці слід провести всю вакцинацію, відповідно до Національного календаря щеплень (в тому числі від кашлюка, поліомієліту, дифтерії, правця, кору, паротиту, краснухи). При цьому варто наголосити на проведенні вакцинації від дифтерії, правця раз на 10 років (або і повного курсу вакцинації за умови, що раніше первинний вакцинальний комплекс не було проведено або інформація про нього відсутня) і поінформувати про необхідність екстреної вакцинації в разі отримання травм (зокрема вогнепальних та осколкових поранень).

Зверніть увагу, що раніше в Україні проводили вакцинацію від кору, паротиту та краснухи різними однокомпонентними вакцинами. Тому наявність записів про 2 щеплення, скажімо, від краснухи, не означає, що також були введені вакцини від кору та паротиту. Якщо ви не маєте переконливих даних про ці щеплення або підтвердження перенесених захворювань – слід провести вакцинацію КПК (2 дози). Навіть якщо людина хворіла на кір та краснуху, то ця вакцинація захистить від паротиту і проводити її безпечно.

2. Слід наголосити на вакцинації від гепатиту В – 3 дози.

Зверніть увагу, що до 2002 року вакцинація від гепатиту В не проводилась, тому, якщо пацієнт народився до 2002 року і ви не маєте переконливих даних про те, що вакцинація дійсно була проведена, рекомендуйте вводити 3 дози наявної вакцини від гепатиту В з відповідними інтервалами.

3. Слід рекомендувати проведення вакцинації від гепатиту А – 2 дози.

4. Слід рекомендувати проведення вакцинації від грипу – щорічно.

5. Слід наголосити на проведенні вакцинації від коронавірусної інфекції – відповідно до актуальних рекомендацій.

6. Слід рекомендувати проведення вакцинації від вірусу папіломи людини – 3 дози для жінок до 45 років незалежно від результатів тестування на ВПЛ.

7. Слід інформувати ветеранів про вакцинацію від сказу – а саме: в яких випадках слід провести імунізацію, як уникати зараження і які тварини переносять сказ, також важливо казати про те, що вакцину при ризику інфікування ввести слід якнайшвидше і про те, що смертність від сказу є 100%. Також можна повідомити про можливість планової вакцинації (0–7–28 день із першою ревакцинацією через рік та подальшими ревакцинаціями кожні 5 років).

Доконтактна профілактика сказу серед військовослужбовців є темою, яка потребує додаткового дослідження. Настанови різних країн посиляються на високу вартість та нестачу вакцин від сказу. Разом з тим, цю інформацію можна пояснити ветерану, після чого він зможе прийняти рішення про вакцинацію чи відмову від неї.

8. Слід рекомендувати проведення вакцинації від кліщового енцефаліту.

9. Слід рекомендувати проведення вакцинації від вітрянки – 2 дози (якщо немає інформації або підтвердження про перенесену вітряну віспу раніше).

10. Слід рекомендувати проведення вакцинації від пневмокока – 1 доза.

11. Слід рекомендувати проведення вакцинації від менингокока доступними вакцинами.

12. Слід переконатись, що ветеран має оновлені щеплення від COVID-19.

Актуальну інформацію про вакцинацію дорослих можна завжди отримати на Національному порталі імунізації:

<https://vaccine.org.ua/>



РОЗДІЛ III

**РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ПМД З ОЦІНКИ
ТА ВЕДЕННЯ ВЕТЕРАНІВ/ВЕТЕРАНОК
ІЗ ПОШИРЕНИМИ В ЦІЙ ГРУПІ ЛЮДЕЙ
ПРОБЛЕМАМИ ІЗ ФІЗИЧНИМ
ТА ПСИХІЧНИМ ЗДОРОВ'ЯМ**

III.1. Оцінка та ведення сімейним лікарем ветеранів/ветеранок із поширеними в цій групі людей проблемами.

III.1.1. Посткомоційний синдром (наслідки «контузії») – автограф війни

В умовах широкомасштабних військових дій в Україні велика кількість людей опиняються поруч із вибухами – як військовослужбовці, так і цивільне населення. Масоване використання агресором летальної високоенергетичної зброї з надпотужною вибуховою хвилею має прихований вплив на головний мозок.

Струс головного мозку від дії мінно-вибухової хвилі або легка черепно-мозкова травма (лЧМТ) має ряд відмінностей від такого в результаті удару, спортивних травм чи дорожньо-транспортної пригоди. Це окремий травматичний вплив на головний мозок, до якого додається ураження слухового та вестибулярного апарату, що нечасто зустрічається в клініці захворювань мирного часу. Біофізика вибухових травм обумовлює характерні структурні зміни мозку та відповідну клінічну картину. Струси головного мозку (в англійській літературі струс головного мозку має еквівалент – легка черепно-мозкова травма (лЧМТ) – mild traumatic brain injury (mTBI)) залишаються серйозним джерелом травм для збройних сил у всьому світі. Легка черепно-мозкова травма є одним із характерних поранень війни – «автографом війни», а травми, пов'язані з вибухом, становлять унікальну групу специфічних ушкоджень, що виникають саме під час війни.

Через ряд певних факторів (неправильний підхід до лікування або його відсутність у гострому періоді, повторні епізоди дії вибухової хвилі, преморбідні особливості та соматичний стан потерпілого, травми в анамнезі) струс головного мозку може мати віддалені наслідки.

Найчастіше дія вибухової хвилі викликає струс головного мозку (шифр ICP-2 – N79, МКХ-10 – S06) commotio (лат.), concussion (англ.) або еквівалент – легка черепно-мозкова травма (лЧМТ) mild Traumatic Brain Injury (англ. – mTBI), значно рідше – забій головного мозку легкого ступеня або ж контузію contusio (лат.). Коректна назва наслідків струсу від дії вибухової хвилі – посткомоційний синдром, postconcussion syndrome (англ.) При встановленому факті мінно-вибухової травми та наявності первинної медичної документації, наслідки травми кодуються за МКХ-10 шифром T90.5 (наслідки внутрішньочерепної травми голови, ICP-2 – A82) або F07.2 (посткомоційний синдром, ICP-2 – P71). За відсутності первинної медичної документації та неможливості однозначно підтвердити документально факт черепно-мозкової травми симптомокомплекс можна кодувати за шифром G93.4 («Енцефалопатія неуточнена») або в ПМД за класифікацією ICP-2 кодами A82 або N80.

Враховуючи умови війни, часто пацієнти можуть не мати документального підтвердження стосовно отриманої травми. Проте відсутність відповідної документації не виключає можливість отримання такої травми, тому рекомендується ретельно та якісно збирати анамнез щодо ознак ЧМТ.

Клінічні ознаки та виявлення

При підозрі у ветерана наявності наслідків лЧМТ або відомостей про перебування пацієнта/пацієнтки в зоні активних бойових дій необхідно ретельно його/її опитати і зібрати детальний анамнез. Наслідки дії вибухової хвилі можуть даватися взнаки через кілька років, проявлятися великою кількістю неспецифічних скарг, які значно погіршують якість життя. Рекомендовано поставити 4 скринінгові запитання щодо можливої травми (VA TBI screen Clinical Reminder), розроблені Міністерством у справах ветеранів США, проте враховуйте, що ці запитання слід задавати лише якщо ветеран не проти, та чітко пояснювати, чому ви задаєте саме такі запитання, оскільки в деяких випадках це може викликати ретравматизацію:

1) Чи перебували ви під час військових дій під впливом наведених нижче подій?

- перебування під вибухами або під дією ударної хвилі;
- ДТП;
- уламкове поранення вище плечей.

2) Чи перебували ви в одному з наведених нижче станів під час військових дій?

- втрата свідомості;
- дезорієнтація;
- втрата пам'яті;
- нудота;
- блювота;
- травма голови.

3) Чи спостерігали ви появу чи погіршення перелічених нижче симптомів пізніше?

- проблеми з пам'яттю;
- проблеми з рівновагою;
- чутливість до яскравого світла;
- дратівливість;
- головний біль;
- розлади сну.

4) Чи турбувало вас що-небудь із перерахованого впродовж минулого тижня?

- проблеми з пам'яттю;
- проблеми з рівновагою;
- чутливість до яскравого світла;
- дратівливість;
- головний біль;
- розлади сну.

При посткомоційному синдромі пацієнт має скарги у вигляді неспецифічного симптомо-комплексу, які можна об'єднати у 3 групи:

- **соматичні прояви:** запаморочення, головні болі, шум чи дзвін у вухах, зниження слуху чи зору, нудота, чутливість до гучних звуків чи яскравого світла, загальна слабкість, перепади артеріального тиску чи пульсу, метеочутливість, вегетативні розлади, ендокринні порушення, розлади сну;
- **когнітивні:** погіршення пам'яті, концентрації, уваги, утруднення процесів мислення, судження, складнощі в обробці інформації;
- **емоційні:** дратівливість, емоційна лабільність, конфліктність, агресивність, імпульсивність, схильність до депресії.

У разі, якщо пацієнт має симптоми всіх трьох груп та ствердно відповідає на всі 4 скринінгові питання, можна підозрювати наявність посткомоційного синдрому.

Рекомендації до ведення

Лікування та реабілітацію проявів легкої черепно-мозкової травми внаслідок дії вибухової хвилі рекомендовано проводити за Клінічною настановою Міністерства у справах ветеранів (VA) та Міністерства оборони (DoD) «Лікування та догляд за пацієнтами зі струсом мозку – легкою черепно-мозковою травмою» у перекладі українською.²⁰

Найкраще лікувати таких пацієнтів у системі первинної медичної допомоги. Не підсилювати значення черепно-мозкової травми як «причини» проблем пацієнта – сімейний лікар має використовувати підхід до лікування, який узгоджуватиметься з лікуванням хронічних, багато-симптомних захворювань. Побудова міцного терапевтичного партнерства між пацієнтом і лікарем має важливе значення для правильного ведення пацієнтів із черепно-мозковою травмою в анамнезі. Симптоми слід визнавати, а не позначати як психогенні, акцентуючи на поверненні до нормального стану та покращенні самопочуття. На рівні первинної ланки прийом таких пацієнтів рекомендовано проводити регулярно, а не за необхідності. Рекомендовано проводи-

ти психоосвіту щодо зменшення тяжкості симптомів, дотримуючись здорового способу життя. Слід пояснити пацієнту механізми нейропластичності та наголосити на її відновлювальному потенціалі подолання посткомоційного синдрому:

1) Налагоджувати сон (дотримуватись гігієни сну):

- пити каву не пізніше 12-ї дня;
- лягати та прокидатись в один і той же час, не спати вдень;
- не користуватися гаджетами за 2 години до сну;
- перед сном читати, приймати теплу ванну, проводити дихальні вправи;
- спати в темному прохолодному приміщенні.

2) Підтримувати фізичну активність у вигляді аеробних тренувань: плавання, хода, пілатес, біг, велосипедні прогулянки, йога.

3) Вживати їжу, корисну для роботи мозку: жирна риба, горіхи, какао, чорний шоколад, яйця, мед, ягоди, броколі, авокадо, зелений чай, цільнозерновий хліб, велика кількість води. Пояснити принципи «Тарілки здорового харчування».

4) Виконувати когнітивні вправи: вчити вірші, читати і записувати короткий зміст, робити звичайні справи не домінантною рукою, здобувати нові навички, вивчати мову або опанувати музичний інструмент, мати хобі, намагатись частіше спілкуватись з друзями та отримувати позитивні емоції, соціалізуватись.

Рекомендовано проводити оцінку стану ветерана/ветеранки із симптомами, пов'язаними з легкою черепно-мозковою травмою, на наявність одночасно супутніх психічних розладів (ПТСР, депресія, ризик самоушкодження чи самогубства, розлади внаслідок вживання ПАР) та соматичних проблем, наприклад, м'язово-скелетного болю. При необхідності скеровувати до фахівців із психічного здоров'я.

III.1.2 Головний біль

Посттравматичний головний біль (ПГБ) – одна з найпоширеніших тривалих скарг серед осіб, що мали в анамнезі лЧМТ. Важливо взяти до уваги травми шийного відділу та стан шийної мускулатури, що може потребувати додаткових видів лікування, направлених на цю проблему. Попри те, що ПГБ є окремою категорією болю голови, він часто має спільні риси з іншими типами головного болю. Рекомендовано розглядати три найпоширеніші моделі ПГБ:

- головний біль напруги, включно із цервікогенним компонентом;
- мігренозні головні болі;
- змішаний тип.

Діагностичні критерії, рекомендовані відповідно до типу болю в загальній практиці.

Тривалість болю:

- 1–3 дні, як при мігрені або довше, як при головному болю напруги тощо;
- дуже короткочасний біль, як при епізоді кластерного головного болю (30–180 хв) або нападі невралгічного болю (секунди).

Початок симптомів:

- раптовий, як при САК (упродовж хвилин), мігрені (упродовж години) або кластерному головному болю;
- розвивається впродовж кількох годин: мігрень, спровокована тривалим головним болем напруги;
- поступовий, як при головному болю напруги або новоутвореннях, що збільшуються, інфекційних процесах тощо.



[Настанова 00743.
Головний біль](#)

Частота виникнення, повторення:

- рецидивуючий, довготривалий біль часто є ознакою мігрені або головного болю напруги;
- епізоди кластерного головного болю виникають майже щодня протягом періоду нападів.

Локалізація болю:

- головний біль напруги часто локалізується в потиличній і скроневій ділянках, може бути одно- і двобічний;
- мігрень майже завжди, а кластерний головний біль постійно, є одностороннім;
- причини одностороннього головного болю у скроневій ділянці включають головний біль напруги, бруксизм, синусит, темпоральний артеріїт, дисфункцію скронево-нижньощелепного суглоба або неправильний прикус.

Характер болю:

- мігренозний біль часто пульсуючий або стукаючий; головний біль напруги є стискаючим, тиснучим;
- мігрень і головний біль, спричинений підвищеним внутрішньочерепним тиском, починаються рано-вранці;
- напад кластерного головного болю часто починається через кілька годин після сну.

Симптоми, пов'язані з головним болем:

- продромальні симптоми, такі як втома, позіхання, надмірна тяга до солодощів тощо свідчать на користь мігрені;
- симптом аури при мігрені може бути представлений порушенням зору (яскраве мерехтіння), рідко також одностороннім порушенням чутливості, утрудненням мови та ін.;
- під час епізоду транзиторної ішемічної атаки (ТІА) поле зору або його частини стають розмитими, проте відсутнє яскраве мерехтіння. Оніміння та порушення мови також можуть свідчити на користь ішемічних цереброваскулярних розладів. Після епізоду ТІА зазвичай не виникає головний біль;
- аура також може бути при епілепсії та пухлинах тощо;
- при головному болю напруги відсутня нудота чи блювання. У випадку наявності цих симптомів слід припустити мігрень, а також причина нудоти може бути пов'язана з підвищеним внутрішньочерепним тиском.

Провокуючі та полегшуючі фактори:

- напад мігрені може бути спровокований нервово-психічним перевантаженням або алкоголем;
- запахи і яскраве світло також можуть бути тригерами нападу;
- пацієнту з мігренню стає краще в темному приміщенні, а вживання алкоголю погіршує симптоми, тоді як при головному болю напруги стан може покращуватися після прогулянки або вживання алкоголю.

Фармакологічний анамнез:

- щоденний прийом анальгетиків пов'язаний зі значним ризиком виникнення головного болю, що виникає внаслідок надмірного використання медикаментів. Попросіть пацієнта детально розповісти про всі нещодавно застосовані анальгетики;
- уживання анальгетиків щонайменше 3 дні на тиждень призводить до розвитку рикошетного головного болю;
- триптани є ефективними лише при мігрені й кластерному головному болю.

Для медикаментозного впливу на **головний біль напруги** застосовуються: аспірин, ацетамінофен, нестероїдні протизапальні (НПЗЗ), антидепресанти, топірамиди. Пацієнти можуть досягти ви-

щого рівня полегшення болю, якщо медикаментозне лікування поєднується з нефармакологічними методами, такими як тренування з релаксації, установки біологічнозворотного зв'язку і особливо фізичної терапії (скерування до відповідного фахівця). Погано контрольований головний біль вимагає додаткової оцінки фізичних факторів або психологічних (скерування до ога/психотерапевта).

Уплив на **мігренозний головний біль** складається з профілактичних і лікувальних підходів. Профілактична стратегія включає спостереження за факторами ризику та тригерів виникнення нападу (порушення сну, затримка прийому їжі, стрес, специфічні продукти, напої, запахи); ведення «щоденника головного болю»; виконання регулярних фізичних вправ, підтримка режиму сну, прийому їжі.

Медикаментозне лікування включає наступні групи:

- НПЗЗ: ібупрофен, кеторолак, напроксен;
- агоністи 5-НТ рецепторів серотоніну: ризатриптан, золмітриптан, суматриптан;
- інші: аспірин, кофеїн;
- протиблювотні: прометазин;
- профілактична група антимігренозних засобів: протисудомні (габапентин, топірамат); бета-блокатори (пропранолол); альфа-адреноблокатори (празозин); інші (вітамін В2 (рибофлавін)).

III.1.3 Запаморочення та порушення рівноваги

Найчастішими причинами запаморочення є захворювання ший та доброякісне пароксизмальне позиційне головокружіння (ДППГ), тоді як інші стани зустрічаються рідше. У випадках, якщо запаморочення з'явилося раптово без впливу тригерів та не минає, слід виключити такий невідкладний стан, як гостре порушення мозкового кровообігу.

При виявленні синдрому запаморочення слід провести оцінку та ведення пацієнта за відповідними настановами.

Хочемо наголосити на тому, що при запамороченні, яке можна класифікувати як доброякісне позиційне пароксизмальне головокружіння (ДППГ) можна використати визвольні маневри, наприклад маневр Еплі, перед тим виконавши пробу Дікс-Голпайка. Також для диференційної діагностики та виключення транзиторної ішемічної атаки або неврити вестибулярного нерва при постійному головокружінні можна використовувати прийом HINTS. При стійких ознаках головокружіння рекомендоване ретельне неврологічне обстеження.

Dix-Hallpike and Epley's manoeuvre for assessing and treating BPPV

ГОЛОВОКРУЖІННЯ та запаморочення. ДППГ.

Проба Дікса-Холпайка. Маневр Еплі

HINTS-test. Запаморочення та головокружіння.



[Настанова 00745.
Запаморочення](#)



III.1.4 Шум у вухах

Згідно з опитуванням, проведеним серед громадян США віком старше 20 років у 2015–2018 р., що були розподілені за ознакою ветеран/неветеран, близько 13% неветеранів мали проблеми зі слухом, у той час, як серед ветеранів цей показник становить 37%.

Що стосується шуму у вухах, то він найчастіше виникає при зниженні слуху чи отосклерозі, внаслідок впливу гучного шуму, вибухів, пострілів та ін. й може спричиняти страждання людини, навіть призводити до депресії.

[Настанова 00843.
Шум у вухах](#)



[Настанова 00845.
Інтерпретація
аудиограми і
порушення слуху](#)



Наразі відсутня надійна доказова база щодо використання будь-яких, зокрема фармакологічних, методів лікування. Не є шкідливим використання методів короточасного покращення стану: використання генератора «білих шумів» (доступні безкоштовні програми через додатки PlayMarket²¹ або AppStore²²) або біологічного зворотного зв'язку (feedback therapy). При неефективності та погіршенні стану слід скерувати пацієнта до отоларинголога.

[Додатки –
генератори
«білих шумів»](#)



III.1.5 Утома

Утома є третім найпоширенішим симптомом, який супроводжує пацієнтів після лЧМТ. Рекомендовано використовувати багатовимірну шкалу оцінки втоми (MAF) або шкалу впливу (FIS). Увагу слід зосередити на збалансованості активності та відпочинку, для плану фізичних навантажень необхідно скерувати пацієнта до фізичного терапевта. Також рекомендована когнітивно-поведінкова психотерапія (КПТ).

III.1.6 Безсоння.

Безсоння – це частий симптом багатьох розладів та проблем. Важливо запитувати ветерана/ветеранку щодо цього симптому і надавати відповідну допомогу чи обстеження або перескерування.

[Рекомендації щодо безсоння](#)
[Настанова 00710. Безсоння](#)



Для контролю ефективності наданих вами рекомендацій лікування можна використовувати опитувальник нейроповедінкових симптомів (NSI) у Додатку 3.1. Цей опитувальник можна пропонувати пацієнту заповнювати вдома самостійно з певною періодичністю протягом 30–90

днів. Якщо стан покращується – порадьте продовжувати дотримуватись рекомендацій, якщо покращення нема або симптоми погіршуються – скеруйте до фахівців із ЛЧМТ, нейропсихологічної реабілітації або до лікувального закладу з мультидисциплінарною групою, яка складається з фахівців із психічного здоров'я (психіатра, психотерапевта, лікаря-психолога, практичного психолога), невролога, лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, фізичного терапевта.

Не рекомендовано скеровувати пацієнта для проведення нейровізуалізаційних досліджень на рутинній основі та без чіткої аргументації.

III.1.7. Біль у нижній ділянці спини (БНС)

Хронічний біль у нижній ділянці спини серед ветеранів і ветеранок складає значну частку внаслідок перенавантажень, переохолоджень, носіння важкого, перебування у вимушених позах під час виконання бойових обов'язків. Близько 90% випадків БНС не потребують специфічного лікування, лише 7–8 % припадає на біль, пов'язаний з ураженням корінців спинномозкових нервів, і ще 1–2% – на специфічну і небезпечну патологію (рак, інфекції, переломи тощо).

Клінічні ознаки та виявлення

Першочергово слід виключити наявність «червоних прапорців»:

- порушення чутливості кінцівок;
- слабкість у м'язах;
- порушення функції органів тазу (наприклад, нетримання сечі чи калу або еректильна дисфункція);
- поява болю вночі;
- підвищення температури та невмотивована втрата ваги;
- онкологічні хвороби, туберкульоз в анамнезі, травми хребта в анамнезі, неврологічний дефіцит, який прогресує.

За наявності вищезазначених проявів при БНСі скеруйте пацієнта до невролога чи нейрохірурга.

При відсутності «червоних прапорців» ведіть пацієнта за настановою:

Настанова 00435. Біль у попереку

NICE рекомендує стратифікацію ризиків при першому зверненні пацієнта з гострим болем у спині за допомогою опитувальника STarT Back. Він містить 9 уточнювальних запитань щодо впливу болю на життєву активність, ставлення пацієнта до свого стану та ризику хронізації («жовті прапорці»). Опитувальник STarT у Додатку 4.

«Жовті прапорці» – психосоціальні фактори ризику хронізації: велика кількість загострень (більше 3 разів на рік), пасивна больова поведінка: захисна або уникаюча, надмірно активна больова поведінка, недостатнє фізичне навантаження та/або значне неадекватне зменшення фізичної активності при болю, емоційні порушення (депресія, тривога, страх), постільний режим, неправильні песимістичні уявлення про причини болю, оманливе уявлення про причини болю («защемлення нервів», «випадіння диска»).

«Блакитні прапорці» – матеріальна зацікавленість хворіти довше і не виходити на роботу, «перешкоди в поверненні до праці»:

- суттєві труднощі на роботі;
- низький рівень незалежності в управлінні робочим часом (впливи на методи та розклад, наприклад, неможливість скласти власний план, організувати свою роботу, організовувати робочий простір і розклад);
- поганий чи неадекватний рівень соціальної підтримки з боку керівництва та колег;
- поганий рівень визнання зусиль (соціального визнання, нематеріальних досягнень, кар'єр-



ного зростання);

- несприятливий клімат у колективі;
- низький рівень задоволеності роботою;
- схильність пов'язувати розвиток болю з роботою.

«Чорні прапорці» – психосоціальні фактори, що збільшують ймовірність використання болю як джерела отримання вигоди:

- низька якість системи експертизи непрацездатності;
- посилення інтенсивності скарг на функціональні порушення із часом приводить до того, що пацієнт відмовляється від участі в реабілітаційних заходах;
- матеріальна компенсація на час заходів щодо відновлення працездатності;
- безробіття.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ВЕДЕННЯ

Основна рекомендація щодо лікування болю в попереку – зберігати рухову активність наскільки це можливо та виконувати спеціальні вправи. Прості, але правильно підібрані вправи і рекомендації щодо рухового режиму допоможуть впоратися з проблемою. Немає певних комплексів вправ, які є більш дієвими за інші. Сучасний підхід наголошує на тому, що людина має робити вправи, які їй підходять і до яких вона фізично підготовлена. Це може бути йога, пілатес, плавання, стретчинг і навіть ходіння. Вони так само ефективні, як і спеціальні вправи на укріплення м'язового корсета. Рекомендована консультація фізичного терапевта або лікаря ФРМ для визначення рівня та обсягу фізичних вправ.

Застосування ізольовано знеболювальних, протизапальних препаратів не пришвидшує відновлення. Проте, можна призначати ці ліки, якщо пацієнт має функціональні обмеження діяльності через біль. Проінформуйте пацієнта, що препарати є лише допоміжним засобом для людей із болем у попереку.

Не рекомендовано рутинно призначати візуалізацію (комп'ютерна й магнітно-резонансна томографія) пацієнтам із неспецифічним болем у спині (з/без ішіасу), оскільки результат не вплине на подальшу тактику ведення. Більшість змін на МРТ є нормальними віковими змінами, які не мають кореляції з болем та не можуть спрогнозувати його в майбутньому, а також можуть характеризувати спосіб життя людини. У більшості випадків неможливо ідентифікувати структурне джерело болю, тому для постановки діагнозу і визначення терапевтичного втручання достатньо клінічного огляду.

Нещодавній систематичний огляд показав, що МРТ асоціюється зі збільшенням часу непрацездатності (від 13 до 120 днів) у пацієнтів із гострим болем без ознак серйозних патологій. Тобто час відновлення збільшується порівняно з пацієнтами, яким не робили МРТ.

III.1.8. Стани, пов'язані із впливом гербіцидів та інших хімічних речовин

Враховуючи недостатню кількість якісної інформації з офіційних джерел та досліджень впливу хімічних речовин на українських військових, ми керуємось відповідним досвідом військових Сполучених Штатів Америки. Зокрема під час війни у В'єтнамі використовувались Агент Оранж та інші гербіциди²³, які в довготерміновій перспективі, відповідно до досліджень, могли призводити до збільшення частоти певних захворювань у ветеранів (перераховані далі).

Інші види хімічної зброї / хімічних агентів, які попри правила ведення війни, можуть бути використані противником, можна умовно за ефектами поділити на чотири категорії:

- шкірно-нарівні агенти (люїзит, іприт, аналоги іприту, фосгеноксим);
- респіраторні агенти (аміак, бром, хлор, гідрогену хлорид, бромометан, метилізоціанат,



[Veterans' Diseases
Associated with
Agent Orange](#)

- оксид осмію, фосген, фосфін, фосфор, сульфурілуфторид);
- нейротропні агенти (зарин, зоман, табун, VX);
- інші.

Метою цих методичних рекомендацій не є детальний розбір видів хімічної зброї та відповідних настанов, оскільки найбільший ефект від застосування таких агентів відбувається в гострій фазі. Завданнями первинної медичної допомоги є обізнаність та особлива увага до можливих віддалених наслідків застосування хімічних агентів та/або зброї у ветеранів, які перераховані нижче.

Онкологічні захворювання:

- рак дихальних шляхів, зокрема рак легень;
- рак простати;
- рак сечового міхура;
- амілоїдоз;
- хронічна лейкемія;
- ходжкінська лімфома;
- множинна мієлома;
- рак шкіри.

Цукровий діабет II типу.

Паркінсонізм.

Периферична нейропатія.

Гіпотиреоз.

Нещодавно²⁴ з'явилась інформація про систематичне використання військовими РФ заборонених Конвенцією про хімічну зброю сльозогінних гранат К-51 із 2-Хлоробензальмалононітрилом (CS). Тривале та часте перебування під дією цього газу може спричинити²⁵ розвиток глаукоми, катаракти, астми.

Крім того, у звіті Держдепартаменту США²⁶ було зазначено про використання росією забороненого цією ж Конвенцією отруйного газу хлорпікрину, який може бути смертельним або дуже токсичним залежно від дози, проте довготривалі наслідки дії цієї речовини невідомі.²⁷



[Facts About Riot Control Agents](#)

III.2. Оцінка та ведення сімейними лікарями найпоширеніших розладів сфери психічного здоров'я

Варто враховувати, що проблеми сфери психічного здоров'я ветеранів можуть бути безпосередньо пов'язані із сильними стресогенними (як психологічними, так і фізичними) чинниками, що мали вплив під час бойових дій, так і бути наслідком попередньо наявного недіагностованого психічного, неврологічного чи розладу внаслідок вживання психоактивних речовин. Також **травматичний стрес** може спровокувати прояв захворювання, у зоні ризику якого був ветеран/ветеранка. Коморбідність безпосередньо пов'язаних зі стресом психологічних проблем є високою саме у групі учасників бойових дій.

Консультації в закладах охорони здоров'я мають бути короткими, гнучкими та мають стосуватися найбільш нагальних проблем психічного здоров'я, про які варто комунікувати з пацієнтом у разі, якщо ви дізнались що він/вона перебував/ла в гуманітарних умовах/отримали бойовий досвід.

1. Гостра реакція на стрес (за ВООЗ – гострий стрес).
2. Пролонгована реакція горя – утруднене горювання.
3. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).
4. Дисоціативний розлад.

5. Помірний/тяжкий депресивний розлад.
 6. Тривожні розлади.
 7. Обсесивно-компульсивний розлад.
 8. Панічний розлад.
 9. Поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю, наркотиків чи інших ПАР, залежності.
 10. Інші значущі скарги у сфері психічного здоров'я (соматичні болі).
- Використовуйте як скринінговий інструмент *Додаток 2.2. Оцінка стану психічного здоров'я.*

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ НАДАННЯ ДОПОМОГИ В СФЕРІ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ВЕТЕРАНАМ ВІЙНИ

Дозвольте ветерану/ветеранці говорити, не перебиваючи його/її.

Відповідно до проведених досліджень²⁸, більшість пацієнтів/пацієнток завершить свою розповідь про скарги та причину звернення до 2 хвилин (медіана – 59 секунд), якщо лікар при цьому їх не перебиватиме та не ставитиме уточнювальних запитань.

Це показує, що якщо дозволити ветерану/ветеранці говорити, не перебиваючи його/її, тривалість консультації фактично не збільшиться. До того ж, це покаже пацієнту/пацієнтці, що тут із повагою ставляться до нього/неї, а також, що його/її скарги важливі, отже це може збільшити довіру до лікаря та прихильність до процесу лікування.

Люди у стані стресу не завжди можуть надавати чіткі пояснення. Якщо таке сталося, поставтеся до цього з терпінням і попросіть пацієнта/ пацієнтку пояснити.

Намагайтеся не квапити пацієнтів/пацієнток. Не примушуйте пацієнта/пацієнку обговорювати або описувати потенційно травматичну подію, якщо він/вона не хоче розкриватися. Це може викликати повторне переживання події та страждання. Просто дайте йому/їй зрозуміти, що ви тут для того, щоби слухати його/її.

Додатково проговорюйте, що: «Все, що тут відбувається, є конфіденційним, і цей простір (де ви зараз перебуваєте) є безпечним для розмови».

Врахуйте, що питання конфіденційності може стояти ще гостріше, коли мова йде про психічні труднощі, оскільки існує стигма в суспільстві щодо такого типу проблем здоров'я.

- *Із чутливістю реагуйте на готовність ветерана/ветеранки починати відкривати вам свій важкий досвід (наприклад, втрату, військову сексуальну травму, насильство або самошкодження).*
- *Завжди намагайтеся максимально пояснити ветерану/ветеранці те, що ви робите чи що збираєтеся зробити, із повною повагою до прав особи.*
- *Не засуджуйте ветерана/ветеранку за їхню поведінку. Ніколи не смійтеся з людини.*

Люди з психічними, неврологічними чи пов'язаними із вживанням психоактивних речовин розладами можуть мати незвичну поведінку. Вам потрібно розуміти, що це може бути пов'язано з їхнім захворюванням. Залишайтеся спокійними і терплячими. Ніколи не смійтеся з людини. Ніколи не засуджуйте пацієнта/пацієнтку. Якщо людина поводиться неналежно (наприклад, збуджена, агресивна, погрожує), пошукajte джерело її проблеми та запропонуйте рішення. Залучайте її опікунів або інших працівників організації до створення тихої, спокійної атмосфери. Якщо люди переживають дуже сильний стрес або надзвичайно збуджені, можливо, вам потрібно буде поставитися до їхнього консультування як до пріоритетного й одразу ж запросити їх до місця проведення консультацій.

Проявіть емпатію.

Емпатія дуже важлива для створення довірливих взаємин лікаря та ветерана. Проте в цьому

випадку емпатія повинна бути щирою.

III.2.1. Гостра реакція на стрес або ж гострий стрес

Ветерани/ветеранки під час служби та участі в бойових діях страждають від різноманітних потенційно травматичних подій і втрат, тому вони можуть страждати і від гострого стресу, і від горя. Симптоми, оцінка/виявлення та рекомендації щодо ведення гострого стресу та горя дуже подібні. Але їхнє ведення буде відрізнятися при пролонгованій реакції горя – утрудненому горюванні, тому ми окремо подаємо рекомендації до ведення утрудненого горювання.

Клінічні ознаки та виявлення

Потенційно травматична подія, яку ветеран/ветеранка могли пережити під час несення служби, військових дій призводить до широкого спектра реакцій: емоційних, когнітивних, поведінкових і соматичних. Більшість таких реакцій є самовідновлювальними та не перетворюються на психічний розлад. Реакції, які не є клінічно значущими та не потребують клінічного ведення, є найбільш поширеними. Це тимчасові реакції, щодо яких ветерану/ветеранці не потрібна допомога та які не обмежують повсякденне функціонування. У таких випадках медичні працівники мають підтримувати, допомагати людям розібратися з їхніми потребами та занепокоєннями і спостерігати за тим, чи відбудеться видужання природним шляхом. Та з тяжкою реакцією на стрес ветерани/ветеранки можуть звернутися до закладу охорони здоров'я по допомогу.

У ветерана/ветеранки діагностують **значні симптоми гострого стресу**, якщо звернення відповідає **всім таким критеріям**:

- потенційно травматична подія сталася впродовж останнього місяця (не довше);
- симптоми з'явилися після події та заважають нормальному функціонуванню й соціальній активності;
- звернення відбулось саме через ці симптоми.

Перевірте, чи немає у ветерана/ветеранки таких симптомів:

- відчуття, ніби людина в шоці, спантеличення або заціпеніння чи неспроможність щось відчувати;
- тривожних думок/емоцій (наприклад, людина часто сльозлива або відчуває злість);
- тривоги щодо загроз, пов'язаних із травматичною/ими подією/ями;
- проблем зі сном;
- повторювання страшних снів, флешбеків або нав'язливих спогадів про події, що супроводжуються сильним страхом або жахом;
- тілесних переживань та болю, пов'язаних зі спогадами;
- здригання або відчуття перебування «на межі»: надмірного занепокоєння та пильності до загрози або сильної реакції на неочікувані раптові рухи або гучний шум;
- проблеми з концентрацією уваги;
- навмисного уникнення думок, спогадів, діяльності або ситуацій, які нагадують людині про подію (наприклад, уникнення розмов про проблеми, які нагадують людині про події, або уникнення відвідування місць, де сталася подія);
- гіпервентиляції (тобто швидкого дихання, браку дихання);
- медично не пояснюваних скарг на соматичні симптоми, наприклад: прискорене серцебиття, запаморочення; головний біль, генералізовані хронічні болі; дисоціативні симптоми, пов'язані з тілом (наприклад, медично не обґрунтований параліч, неспроможність говорити або бачити, «псевдосудоми»);
- змін у поведінці: агресія; соціальна ізоляція та відчуження; ризикована поведінка.

Перевірте, чи немає в людини фізичного захворювання, яке може пояснити ці симптоми або інших психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин (зокрема й депресії) описаних далі по тексту, які можуть пояснити такі симптоми. З'ясу-

вавши – лікуйте ветерана/ветеранку відповідним чином.

При підозрі у ветерана/ветеранки значних симптомів гострого стресу варто без призначення фармакологічного лікування скласти план ведення хвороби.

Рекомендації до ведення

Ветерану/ветеранці, які звернулися за лікуванням задля подолання симптомів гострого стресу, може знадобитися базова психологічна підтримка, яка включатиме уважне вислуховування й одночасне не наполегливе, та все ж стимулювання говорити, необхідність лікування супутніх захворювань чи супутніх проблем психічного здоров'я. Важливим буде з'ясування проблем і реагування на занепокоєння ветерана/ветеранки, задоволення його/її базових потреб, слідує протоколу **першої психологічної допомоги** або ж забезпечення **психологічних засобів відновлення**, а також надання доступу до необхідних психосоціальних послуг, пов'язаних із родиною чи соціальними службами. Але якщо супутніх захворювань не виявлено – гострий стрес за рекомендаціями ВООЗ **не передбачає призначення медикаментів для ведення симптомів** гострого стресу.

Європейський і американський протоколи роботи на етапі надання Першої психологічної допомоги

[Psychological
First Aid For All](#)



[Psychological
First Aid: Field
Operations Guide](#)



Мобільний безплатний додаток українською мовою для смартфонів для першої психологічної допомоги

[PFA Mobile: Android Version \(in Ukrainian\)](#)



[PFAmobileUkraine](#)



У випадку, якщо **ведення симптомів** є гострою потребою ветерана/ветеранки – за алгоритмом дій слід надати прицільну допомогу для зниження симптомів стресу. Наприклад, проблеми зі сном чи безсоння, як симптом гострого стресу (це трапляється у двох із трьох осіб, що зазнали впливу травматичної події) потребуватиме ведення за допомогою контролю вживання збуджуючих речовин, скорочення стресорів і зовнішніх факторів, налагодження сну (гігієни сну) та

однакового режиму сну. У виняткових випадках, коли психологічні втручання (техніки релаксації, стретчинг – фізіологічне розтягування та вправи на засинання) недоступні або виявилися неефективними, а безсоння призводить до значних проблем у повсякденному функціонуванні ветерана/ветеранки, можна розглянути можливість короткострокового медикаментозного лікування (3–7 днів) бензодіазепінами. Консультація лікаря-психіатра дозволяє обрати найкращу схему призначення медикаментів для ведення кожного конкретного симптому

Схему призначення медикаментів для ведення симптомів, включно з безсонням²⁹ сімейні лікарі та медсестри можуть взяти у Посібнику mhGAP з надання допомоги за гуманітарних надзвичайних станів mhGAP-ГУМ, який можна знайти на ресурсах ВООЗ у англійській версії mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG) Clinical Management of Mental, Neurological and Substance Use Conditions in Humanitarian Emergencies з українським перекладом.



Запропонуйте ветерану/ветеранці додаткову психосоціальну підтримку задля зменшення стресу та посилення мереж соціальної підтримки, опрацюйте поточні психосоціальні стресогенні чинники. Навчіть ветерана/ветеранку керувати стресом: поясніть, що таке нормальна реакція на горе та гострий стрес. Надавши необхідні консультації, попросіть ветерана/ветеранку повернутися до вас за 2–4 тижні, якщо не буде ніякого покращення або якщо симптоми посиляться.

Про додаткові інтервенції можна прочитати у веденні посттравматичного стресу.

III.2.2. Пролонгована реакція горя – утруднене горювання

Горе – це емоційне страждання, яке переживають ветерани/ветеранки після втрати. Хоча більшість таких реакцій є самовиліковними/самовідновлюваними та не перетворюються на психічний розлад, люди з **тяжкою реакцією горя** можуть звернутися до закладу охорони здоров'я по допомогу після **вагомої втрати**. Подібно до симптомів гострої реакції на стрес, люди, які переживають горе, можуть мати цілий спектр неспецифічних психологічних і медично не пояснюваних скарг на соматичні симптоми. Ветерану/ветеранці можна поставити діагноз «значні симптоми горя» (ЗСГ) після втрати, якщо симптоми призводять до тривалих труднощів із повсякденним функціонуванням (довше, ніж це прийнято в культурі, релігійній традиції) або ветеран/ветеранка звернулася по допомогу через симптоми ЗСГ і вказують на труднощі із психологічним відновленням.

Клінічні ознаки та виявлення

Медичний працівник, який не є спеціалістом у сфері психічного здоров'я, в умовах війни, коли доступ до спеціалістів і різних варіантів терапії є обмеженим, може виявитись першою особою, до якої звертається ветеран/ветеранка із симптомами важкої втрати та пролонгованої реакції горя, і тому оцінка та ведення будуть необхідними для усунення блоків чи бар'єрів на шляху нормального проживання горя. Питання оцінки включатимуть уточнення щодо нещодавньої вагомої втрати: побратима, членів родини або друзів, домівки, грошей, засобів до існування, життя, яке було до інвалідності близького/близької, втрати громади. Зникнення родича також може стати причиною утруднення горювання і супроводжуватись «значними симптомами горя». Важливо перевірити, чи не має людина фізичного захворювання, яке може пояснити ці симптоми, або необхідності лікування іншого психічного, неврологічного розладу чи розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин (включно з депресією, доволі подібною у симптоматиці).

Для оцінки стану важливо уточнити, як вплинула втрата на людину. Перевірити, чи переживає ця особа **симптоми пролонгованої реакції горя**:

- довготривала тривога, гостра туга й заглибленість у втрату;
- почуття провини чи сильні емоційні болі;
- унікаюча поведінка, уникання нав'язливих спогадів, образів і думок про померлу людину

(чує голос померлої особи або померла особа приходить до неї у снах);

- проблеми зі сном;
- тривала соціальна ізоляція та відчуження;
- медично не пояснювані скарги на соматичні симптоми (наприклад, мігрені, генералізовані болі);
- значні функціональні і соціальні труднощі і видимі для інших осіб поведінкові зміни.

Зазначені симптоми принаймні останні 6 місяців тривають (упродовж періоду, можливо, значно довшого, ніж прийнято в культурі цього ветерана/ветеранки) і це свідчить про необхідність ведення пролонгованої реакції горя.

Рекомендації до ведення

Допоможіть ветерану/ветеранці, які звернулися, забезпечити базову потребу й отримати практичну допомогу, доступ до медпослуг, зв'язатися з родиною та соціальними службами. Застосовуйте для цього *Додаток 1*. (Маршрут ветерана для перенаправлення, який заздалегідь складений із контактами у вашій громаді).

Опрацюйте поточні психосоціальні стресогенні чинники, обговоріть міфи щодо горювання і перешкоди, які особа вказує як важливі, і які стають на заваді нормальному функціонуванню, про-вокують симптоми. Навчіть ветерана/ветеранку **навичкам управління стресом**, дихальним тех-нікам, візуалізації та руху, релаксації. Запитайте, чи було проведено або заплановано в майбутньо-му прийнятні церемонії/ритуали для туги. Якщо ні, то обговоріть перешкоди, а також можливості для подолання цих перешкод. З'ясуйте, що сталося з тілом померлого. Якщо необхідно, допомо-жіть ідентифікувати тіло. Якщо неможливо знайти тіло, обговоріть інші способи зберегти спомини про померлого, наприклад, проведення поминання. Заохочуйте ветерана/ветеранку всіма мож-ливими способами повернутись до рутинного, нормального буденного життя. У разі необхід-ності ведення симптомів – скористайтеся рекомендаціями як при гострій реакції на стрес і ПТСР. Врахуйте, що лікування пролонгованої реакції горя та посттравматичного стресу часто розпочи-нається одночасно. Порекомендуйте скористатися терапіями першого вибору: **когнітивно-про-цесуальною терапією** (CPT) (що включає 12-сеансний алгоритм терапії роботи з горем, також важливо додати сеанс роботи з вагомою втратою на самому початку терапії, можливо, як третій сеанс). Також **когнітивно-поведінкова** (CBT) та **пролонгована експозиційна терапія** – це ба-зові терапевтичні інструменти для рекомендації щодо перенаправлення ветерана/ветеранки на роботу із психотерапевтом чи іншим фахівцем із психічного здоров'я, що ними володіє.

Мотивуючи ветерана/ветеранку до лікування пролонгованої реакції горя, поясніть, що в результаті лікування симптоми прогнозовано зникнуть, але що ви не очікуєте, що у ветерана/ветеранки зникне відчуття важкої втрати. Відчуття важкої втрати може мати тривалий і різно-манітний перебіг. Мета психотерапевтичної роботи з горем – усунути блоки і бар'єри (спотво-рені когніції, припущення, очікування), що заважають нормальному проживанню важкої втра-ти. Тому основна увага у психотерапії приділятиметься точкам застрягання, на яких терапевту, можливо, доведеться зосередитися в роботі з ветераном/ветеранкою.

На завершення попросіть ветерана/ветеранку повернутися до вас за 2–4 тижні, якщо не буде ніякого покращення або якщо симптоми посиляться.

III.2.3. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)

Посттравматичний стрес включено в останнє, 5-те видання Діагностичного та статистично-го керівництва із психічних розладів (DSM-5-TR™, APA, березень 2022), як розлад, пов'язаний із травмою та стресом. ПТСР не обов'язково є єдиним або ж основним розладом, який розви-вається після впливу потенційно травматичної події. Такі події можуть спричинити розвиток й інших психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин, описаних далі. Оскільки ми знаємо, що симптоми ПТСР є майже універсальними та виникають одразу після дуже серйозних травматичних стресових ситуацій (наприклад, зґвалту-

вання), і що психічне відновлення займає декілька місяців за звичайних обставин, краще вважати діагностований ПТСР порушенням або затримкою нормального процесу відновлення, аніж розвитком унікальної психопатології.

Клінічні ознаки та виявлення

Ветеран/ветеранка на етапі оцінки має вказати на потенційно травматичну подію з високим ризиком смерті, пережиту не менше одного місяця тому. Потенційно травматична подія – будь-яка загроза смерті або серйозного поранення чи каліцтва, фізичного або сексуального насильства, присутність при звірствах, катуваннях, пережита самотійно, чи особисте переживання у ролі свідка, у яке були залучені інші особи, приголомшлива шокуєча новина про пережиту подію близькою людиною, повторювана чи надмірно сильно емоційно вражаюча (наприклад, якщо це особа, що надає допомогу на місці серйозної аварії/катастрофи і залучена у збір останків тіл загиблих, багаторазова участь як свідка в насильстві над дітьми) та ін. Щоб коректно й тактовно розпитати про таку подію, можна скористатися таким формулюванням: «Чи пережили ви, приблизно місяць тому, щось, що було надзвичайно загрозливим або страшним, через що ви відчуваєтеся дуже погано вдома або у своїй громаді, і що заважає вам нормально жити?».

Симптоми, що виникають услід за пережитою подією/подіями діляться на 4 кластери:

1. Симптоми перепроживання або інтрузивні, як повторювані та небажані згадування про подію, дистресові образи, нічні жахіття та думки про подію, наче вона відбувається тут і зараз (наприклад, у снах, які лякають, флешбеках. Симптоми переживаються як нав'язливі, неконтрольовані та супроводжуються інтенсивним страхом або жахом.
2. Симптоми уникнення – зусилля, навмисне спрямовані на уникання думок, почуттів та відчуттів, спогадів і навіть людей, діяльність або місця, пам'ятні дати чи ситуації, які нагадують ветерану про травматичну подію (наприклад, уникнення розмов про проблеми, які нагадують людині про події; або оминання місця, де сталася подія чи видів активності, що раніше приносила задоволення).
3. Негативне налаштування, що включає думки та почуття самозвинувачення, пов'язане із травмою, а також стійкі переконання про небезпечність світу. Емоційні симптоми, підкріплені негативними установками та переконаннями, також можуть включати почуття відстороненості, відрізаності від оточуючих і майбутнього, складності переживання позитивних емоцій.
4. Підвищене відчуття загрози, надмірне занепокоєння та настороженість, пильність до загрози або загостреної реактивності, сильна реакція на неочікувані раптові рухи чи гучний шум, здригання, збудливість, що включає проблеми зі сном, гнівання, саморуйнівну чи ризикову поведінку, проблеми з концентрацією уваги.

Щоб почати розмову про проблеми, інколи може бути корисним проведення оцінки симптомів. Алгоритм для фіксації симптоматики The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5)³⁰ завдяки лише 5 питанням можна зручно застосовувати. Позитивний результат скринінгу вимагатиме додаткової діагностики за допомогою рекомендованого структурованого інтерв'ю – Шкала посттравматичних стресових розладів, керованих лікарем для DSM-5 (CAPS-5)³¹. Проведення клінічної бесіди лікарем не завжди можливе через часові межі консультації. У цих випадках рекомендується додаткове оцінювання задля підтвердження здійснити за допомогою обґрунтованої анкети для самооцінки ветерана/ветеранки, використання якої спрямоване на таку ціль контрольного списку ПТСР для DSM-5 (PCL-5). Базовий план ведення ветерана/ветеранки із симптомами посттравматичного стресу включає періодичний скринінг PCL (шкала оцінювання ПТСР), залежно від



[The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 \(PC-PTSD-5\)](#)



[Clinician Administered PTSD Scale \(CAPS-5\)](#)

виду терапії варто оцінку проводити щосесійно, чи через дві сесії – щотижнево для спостереження прогресу. Всі терапевтичні втручання рекомендують проводити оцінку стану на початку надання допомоги і в кінці, щоб отримати об'єктивну інформацію про стабілізацію стану здоров'я ветерана/ветеранки.

Оцінка стану дозволяє ідентифікувати симптоми, що завдають ветерану/ветеранці шкоди, а також ідентифікувати комплексний ПТСР у разі численних травм чи довгої тривалості впливу стресових факторів. Триваюча загроза – це поняття з'явилося нещодавно, і велика кількість досліджень говорить про збільшення ризику ПТСР як наслідок виснаження нервової системи, яка так і не змогла відновитися після збільшення кількості травматичних випадків, накопичення травматичного досвіду.

Якщо всі наведені вище симптоми наявні або навіть наростають впродовж місяця після події й упливають на нормальне функціонування людини, а також немає супутніх захворювань, що могли б пояснити симптоми – ймовірно, буде необхідне лікування від ПТСР.

Рекомендації до ведення

Розпочати лікування важливо із присвячення часу для пояснення ветерану/ветеранці причин виникнення симптомів, які були реакцією на настільки травматичну подію. Роз'яснення результатів оцінки стану, під час якої було виявлено що ветеран/ветеранка страждає від посттравматичного стресового розладу і обговорення, які ж групи симптомів найчастіше зустрічаються при ПТСР. Це важлива частина мотивації ветерана/ветеранки щодо лікування, подолання симптомів із якими він/вона можливо намагався/лася самостійно впоратися деякий час (а часом і роки) і встиг/ла звикнутись із дискомфортом від їхнього прояву. Бажання ветерана зменшити симптоми ПТСР має бути найважливішим фактором, який визначатиме доцільність лікування. Психологічна едукація включатиме уточнення, що в більшості людей симптоми з'являються як реакція на травматичні події й із часом йдуть на спад, минають без лікування, а в деяких потребують лікування. Далі буде необхідне роз'яснення реакцій «бий-біжи» і «завмири», як ці реакції дозволяють пристосувати всю фізіологію та функціонування до короточасної боротьби, і чому травматичний досвід впливає на емоції, думки й тіло.

Люди з ПТСР часто відчують, що вони все ще перебувають під серйозною загрозою, і відповідно можуть бути дуже напруженими. У них може бути сильна реакція здригання або вони можуть постійно очікувати на небезпеку. Якщо ви володієте дихальними техніками, заземлення, методами релаксації – це буде дуже важливим для стабілізації ветерана/ветеранки. Але слід врахувати, що одним із ключових симптомів людей із ПТСР буде намагання уникати будь-чого, що могло б нагадати їм про подію. Таке уникання може призвести до проблем у їхньому житті, оскільки багато сил буде покладено на підтримку такої моделі, жертвуючи багатьма цінними для ветерана речами, людьми й активностями. У людей із ПТСР можуть бути й інші фізичні та психологічні проблеми, такі, як біль у тілі, хронічні болі, низький рівень енергії, втомлюваність, дратівливість і пригнічений настрій.

Якщо ветеран/ветеранка постраждала від значного порушення його/її прав (військова сексуальна травма, катування в полоні, несправедливе звинувачення), поговоріть із ним/нею про можливість звернення до державної агенції з питань захисту або правозахисної організації, якій ви довіряєте. Відновлення справедливості може значно стабілізувати ситуацію пацієнта, тож контакти варто мати в маршруті перенаправлення для вашого району чи регіону. Розвиток навичок подолання проблем не є частиною протоколу лікування ПТСР, але ви можете навчати своїх пацієнтів способам підвищення стресостійкості, якщо визначили, що навички ветерана/ветеранки в цій сфері є настільки поганими, що застосовуючи хибні способи подолання ветеран/ветеранка завдає собі шкоди (самопошкодження, вживання хімічних речовин для саморегуляції). Також навички стресостійкості важливі для роботи з ветеранами, які навіть лише під

час згадування чи обговорення, прописування травматичної події **дисоціюють**



[PTSD Treatment: Know Your Options](#)

Якщо є можливість – зверніться до підготовлених психотерапевтів, які працюють в одному з терапевтичних підходів першого вибору при пережитому травматичному стресі.³² Провідними терапевтичними підходами будуть базовані на когнітивній теорії – **когнітивно-процесуальна терапія** та **продовжена експозиційна терапія**, що в більшості досліджень показали найвищу ефективність у лікуванні ПТСР та інших супутніх розладів, які пов'язані з пережитою військовою травмою. Терапія третього вибору: **десенсибілізація та переробка травмуючих переживань за допомогою руху очей (EMDR)** є високоефективним інструментом включно з гострою реакцією на стрес, або з метою швидкої допомоги для стабілізації ветерана/ветеранки, у випадку якщо загроза ще триває і буде необхідність повернення до служби. **Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (КПТ-Т)** та **дитяче та сімейне втручання щодо травматичного стресу (CFTSI)**³³ – це моделі раннього втручання та вторинної профілактики, спрямовані на зменшення травматичних стресових реакцій і посттравматичного стресового розладу (ПТСР), що рекомендують проходити в сімейному форматі. Стан здоров'я, про який повідомляють пацієнти, після психотерапії значно поліпшується, а разом із ним протягом курсу лікування поліпшуються показники тривоги і дисоціації. Інші складні симптоми, як-от порушення відчуття власного «я» і поведінки, спрямованої на зниження напруги (наприклад, схильність до заподіяння шкоди самому собі та неконтрольовані емоційні спалахи), також помітно поліпшуються після лікування.

Обираючи терапевта, звертають увагу на те, чи отримує він додаткову супервізійну підтримку – це значно впливає на здатність терапевта надавати професійну допомогу ветеранам/ветеранкам із симптомами ПТСР та супутніми проблемами психічного здоров'я. Якщо із закладом охорони здоров'я з метою надання супервізії співпрацюють міжнародні спеціалісти у сфері психічного здоров'я, їх необхідно проінформувати про місцеву культуру та український ветеранський контекст.

Розгляньте можливість застосування антидепресантів (селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну або трициклічних антидепресантів) у разі, якщо згадані вище терапії першого вибору або **навчання з управління стресом** не дали результату, обговоріть схему медикаментозного лікування із фахівцем психічного здоров'я, доступним для вас.

Заплануйте проведення регулярного спостереження ветерана/ветеранки. Якщо вам вдалося знайти для ветерана/ветеранки психотерапевта у власній мережі перенаправлення – проговоріть із ним повернення на другу зустріч упродовж 2–4 тижнів і подальші зустрічі залежно від протікання розладу.

III.2.4. Дисоціативний розлад

Під час служби стрес-фактори, хронічний і травматичний стрес можуть вимагати вкладення всіх психічних ресурсів, що необхідні для боротьби. Перевантажена пережитими подіями психіка не встигає оговтатись від отриманого травматичного досвіду, який після звільнення зі служби може викликати різні проблеми із психічним здоров'ям. Ветеран/ветеранка може страждати і від ПТСР, і від дисоціативного розладу. Симптоми, оцінка/виявлення та рекомендації до ведення ПТСР та дисоціативного розладу дуже подібні. Але дисоціативний розлад може настільки утруднювати лікування ПТСР, що ведення дисоціативного розладу повинно передувати роботі з посттравматичним стресом (ПТСР).

Клінічні ознаки та виявлення

Хоча дисоціативні розлади трапляються відносно рідко, дисоціативні реакції досить часто

бувають у людей, що мали травматичний досвід. Насправді, перитравматична дисоціація, що виникає під час або відразу після травматичної події, є одним із найбільш надійних предикторів ПТСР. Основним симптомом є відключення від реальності, крім відсутності наступності між думками, спогадами та свідомими переживаннями людини. Дисоціація ветераном може проживатися, як період відірваності від себе чи оточення, який може видаватись пацієнту як «нереальність» (відсутність контролю над собою або «поза контролем»), зберігаючи усвідомлення того, що це лише почуття, а не реальність.

Для проведення повної оцінки може знадобитися більше одного візиту. Пацієнти можуть вказувати на серйозні проблеми в їхньому повсякденному житті. Якщо пацієнт дисоціює щоразу, коли йому нагадують про травму, така дисоціація може перешкоджати виконанню завдань, необхідних для терапевтичної допомоги. Дисоціація може бути обумовлена так само, як і реакція «бий-біжи» і виникати вже на сигнали, що раніше були нейтральними.

Головна задача оцінки при дисоціаціях у ветерана/ветеранки – визначити, чи є розлад настільки важким, що він не дозволить ветерану/ветеранці брати участь у лікуванні посттравматичного стресу. У цьому разі ветеран/ветеранка може лікувати дисоціативний розлад до або одночасно із застосуванням когнітивно-процесуальної терапії. Для більшості супутніх станів, із якими стикаються лікарі після травматичної події, існують науково обґрунтовані техніки когнітивно-поведінкової терапії. Однак у більшості випадків лікування посттравматичного стресу покращує супутні симптоми і може навіть усунути дисоціації взагалі, що виключить необхідність їхнього подальшого лікування.

Також вам варто переконатись, що дисоціації у ветерана/ветеранки не виникають як наслідок посткомойного синдрому, легкої черепно-мозкової травми чи іншого захворювання, що потребуватиме відповідного плану ведення захворювання.

Рекомендації щодо ведення

Зауважте, що хоча ветерану/ветеранці з постійними дисоціаціями доволі складно надати належну підтримку, але все ж **загальні принципи зняття стресу** та доказове лікування можуть сприяти швидкій стабілізації пацієнта/пацієнтки. Запропонуйте психологічну едукацію із ключовими повідомленнями, які необхідно надати ветерану/ветеранці:

- дисоціації не будуть завжди – їх можна контролювати та зменшувати;
- варто утримуватися від дисоціації, використовуючи **техніки заземлення** (наприклад, вказівка на дату, час, місце, безпеку або дотик до заздалегідь визначеного об'єкта як нагадування);
- стрес може погіршити симптоми;
- соціальна активність відволікає від дисоціацій;
- не варто вживати алкоголь, наркотики, інші ліки без призначення лікаря, оскільки вони можуть посилити симптоми;
- людині з дисоціаціями варто проходити **EMDR** та **когнітивно-процесуальну терапію**, інші терапії для управління симптомами.

Лікар повинен обґрунтувати, чому пацієнт має навчитися не дисоціювати у стресовому стані. Варто пояснити ветерану/ветеранці, що дисоціація фактично піддає його/її більшому ризику, адже якби справді була фактична небезпека – було б менше варіантів виходу із ситуації. Інше пояснення, яке ви можете надати: «Дисоціація – це екстрена реакція, подібна до реакції “бий-біжи”, яка відключає імунну систему та інші функції. Часте виникнення такої екстреної реакції порушує імунну функцію людини. ПТСР асоціюється із серйозними проблемами зі здоров'ям, і в людей, які часто дисоціюють, спостерігається вищий рівень багатьох фізичних розладів і захворювань».

Інший варіант лікування проблемної дисоціації – використання **протоколу когнітивно-процесуальної терапії-С** (КПТ-С). Запропонуйте ветерану/ветеранці написати розповідь, використовуючи техніки мінімізації дисоціації. Одна зі стратегій: пацієнт/пацієнтка ставить кухонний таймер на 5 хвилин і починає писати. Дзвінок служить механізмом переривання дисоціації,

повертаючи пацієнта до реальності. Потім кухонний таймер можна встановити на 6 хвилин, і пацієнт/пацієнтка повертається до зачитування або написання розповіді. Таймер можна встановлювати на дедалі більш тривалі проміжки часу, щоб забезпечити поступове звикання і зміцнити навички заземлення. Таким чином лікарі не повинні лякатися дисоціацій або будь-яких інших супутніх розладів, що супроводжують ПТСР, або вважати, що не варто вести пацієнтів, які зазнали великої кількості травм. Сплануйте проведення другої зустрічі впродовж 1 тижня та подальших зустрічей залежно від протікання розладу.

III.2.5. Помірно-тяжкий депресивний розлад

Значні втрати та стрес, що їх ветерани/ветеранки переживають під час служби, можуть призвести до горя, страху, почуття провини, сорому та безнадії, підвищуючи ризик розвитку помірного/тяжкого депресивного розладу. Утім, згадані емоції також можуть бути нормальною реакцією на жорстокість, із якою людина зіткнулася нещодавно. Розглянути ймовірність того, що в людини є помірний/тяжкий депресивний розлад, який необхідно вести, треба тільки в тому випадку, якщо в неї є **стійкі симптоми упродовж кількох тижнів**, і симптоми **призводять до значних труднощів** із виконанням повсякденної роботи.

Клінічні ознаки та виявлення

Всеохопний сум чи апатія та/або надмірна, неконтрольована тривожність чи страх, про який може говорити на прийомі ветеран – є важливою інформацією для оцінки стану. Людина може скаржитися на сильну втому, відгородитися від соціуму, часто залишатися в ліжку переважну частину дня. У неї можуть погіршитись особистісні стосунки, ефективність роботи та стан фізичного здоров'я, з'являться суїцидні ідеї. У категорію згаданих проблем входять і депресія, і тривожні розлади та посттравматичний стресовий розлад (який характеризується перепроживанням, уникненням та гіперзбудженням). Усі ці стани потребують ведення, бо призводять до втрати дієздатності. Легкі форми цих розладів належать до «Інших психологічних скарг».

Варто зазначити, що замаскована депресія до служби у війську часто є фактором ризику для швидшого розвитку посттравматичного стресу, якщо людина пережила травматичний стрес. А також, якщо людина розвинула посттравматичні симптоми і не отримала належного лікування, зазначений розлад із часом може переходити в депресію. Тому важливим є проведення належної оцінки, щоб узятись за подолання основної проблеми і досягнути покращення всіх коморбідних симптомів. Доцільним також при виявленні супутніх психологічних, неврологічних та поведінкових розладів є ведення їх одночасно з помірно/тяжкою депресією.

Виключіть депресію у випадку виявлення нормальної реакції на вагому втрату (наприклад, туга, переміщення) чи можливість пролонгованої реакції горя. Вище вже зазначено, як потрібно вести утруднене горювання.

Виключіть супутні соматичні захворювання, які можуть нагадувати депресивний розлад, але мати фізіологічне підґрунтя і потребувати іншої схеми лікування.

Під час скринінгу здоров'я сімейний лікар може зафіксувати необхідність лікування помірного/тяжкого депресивного розладу за виявлення наступних ознак: повсякденне нормальне функціонування ветерана/ветеранки значно погіршилося більше, ніж **два тижні тому**, і є принаймні **два ключових симптоми депресивного розладу**:

- зник інтерес до того, що раніше подобалось чи цікаво було робити (*істотно менший інтерес до діяльності, істотно менше задоволення від неї; може стосуватися і зниження сексуального бажання*);
- з'явилося почуття пригніченості або відчуття безнадії (*спостерігається стійкий пригнічений настрій*).

Застосування [РНQ-9, Опитувальника здоров'я пацієнта](#),³⁴ дозво-

лить вам швидко, задавши всього дев'ять запитань, виміряти ступінь вираженості симптомів депресії та тривожності. У ветерана/ветеранки, окрім основних скарг, повинні бути присутні також **принаймні кілька досить виражених додаткових симптомів** (або багато з перелічених, але меншої вираженості) **упродовж останніх двох тижнів**:

- порушений сон (надмірна кількість сну або нестача);
- значні зміни в апетиті або вазі (або збільшення, або зменшення, помітне оточуючим);
- віра у свою нікчемність або надмірне необґрунтоване почуття провини;
- відчуття безнадії, обрізаності майбутнього;
- нерішучість;
- втома або зниження рівня енергії;
- зниження спроможності концентруватися та утримувати увагу;
- помітне збудження;
- ветеран говорить або рухається повільніше, ніж у нормі;
- суїцидальні думки або дії.



[Опитувальник здоров'я пацієнта \(у Додатку 1 до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної \(спеціалізованої\) та третинної \(високо-спеціалізованої\) медичної допомоги «Депресія»](#)

Оцінка повинна включити обговорення детальніше думок або планів скоїти самоушкодження або суїцид та питання щодо вживання алкоголю і наркотиків, інших хімічних речовин. У пацієнтів із депресією можна відмітити маячню або галюцинації. Перевірте, чи вони є, і якщо вони були або є – врахуйте необхідність відповідних адаптацій лікування депресивного розладу. Проконсультуйтеся зі спеціалістом із питань психічного здоров'я, щоб не упустити ризику інших захворювань психічного здоров'я (психоз, біполярний розлад).

Рекомендації щодо ведення

Базовий план ведення помірної/тяжкої депресії передбачатиме передусім психосоціальні втручання. Запропонуйте психоедукацію, яка надасть ширшого розуміння депресивного розладу. Зокрема важливо знизити стигму щодо депресії. Важливим буде роз'яснення, що це дуже поширений стан, який може розвинути в будь-кого. Що трапляється він приблизно в половині людей із ПТСР. Варто пояснити, що депресія не є ознакою слабкості, й існує в суспільстві неправильна ідея про те, що люди можуть із легкістю контролювати депресію завдяки самій тільки силі волі. Загалом у ветерана/ветеранки стан депресії посилюватиметься негативними переконаннями та самозвинуваченням, і пригнічення й уникання може підіймати сильні складні негативні переживання.

Важливо активувати якомога більше регуляторів настрою, тому навіть якщо це складно, ветерану/ветеранці слід зайнятися якомога більшою кількістю видів активностей, що втішали раніше (**поведінкова активація**). Втрачену фізичну активність слід намагатися відроджувати, дотримуючись постійного ритму сну та прокидання, регулярного харчування.

Якщо депресія помірна чи м'яка, людина ще може продовжувати працювати, виконувати повсякденні завдання, однак усе перестає давати їй очікуване задоволення. Так поступово припиняється пошук зав'язків з іншими людьми, проходить відчуження і відсторонення від інших, примирення з неспроможністю вийти з такого стану. Визначте, яка соціальна діяльність, що нею раніше займалася особа, за умови поновлення має потенціал прямої або непрямої психосоціальної підтримки (наприклад, родинні зустрічі, відвідування зборів сусідів, ОСББ, громадська діяльність).

Задачею терапії буде стимулювати ветерана проводити час із близькими, яким він довіряє, і наскільки можливо включатись у соціальні активності, особливо пов'язані із застосуванням отриманих ветераном навичок відповідно до його патріотичних цінностей. Охоплена депресією людина відчуває безсилля й безнадійність, часто страждає мовчки, часто сердячись на себе і на інших. Одним із наслідків триваючого депресивного стану є підвищена сензитивність, залеж-

ність від думки інших людей, особливо близьких. Людина перестає бути резильєнтною до стресу, байдужою до того, що думають про неї інші. Залежність від зовнішньої оцінки і чутливість до критики породжує невпевненість, тривожність, а вона своєю чергою збільшує обумовленість поведінки залежністю від оцінки. Опрацюйте поточні **психосоціальні стресогенні чинники** і навчайте ветерана/ветеранку **навичкам управління стресом**.

Запропонуйте психотерапевтичну підтримку від фахівця психічного здоров'я, що володіє навичками роботи в одному з методів **доказового лікування ветерана**:

- когнітивно-поведінкова терапія;
- когнітивно-процесуальна терапія;
- пролонгована експозиційна терапія;
- EMDR.

Існує дедалі більше даних про те, що короткострокові психотерапевтичні втручання у випадку депресії є дуже ефективними і, наприклад, **консультування, спрямоване на вирішення проблем чи міжособистісна терапія** (MOT) на рівні з **поведінковою активацією** можуть проводитися відповідно підготовленими соціальними працівниками, які працюють із підтримкою супервізора.

Вам варто запропонувати ветерану/ветеранці регулярне спостереження. Заплануйте проведення другої зустрічі впродовж 1 тижня та подальші зустрічі залежно від протікання розладу, частоту прийомів можна зменшувати, якщо стан покращується.

Ветерану/ветеранці, особливо якщо в нього/неї важкий перебіг депресії, корисно було б також наперед включити у свій графік заходи поведінкової активації, які б дозволили стабілізувати симптоми. У процесі консультування потрібно спонукати ветерана до більш активної ролі в лікуванні з кожною наступною зустріччю. Лише із часом можливі поступові зменшення кількості зустрічей залежно від динаміки покращення стану. У випадках продіагностованого помірного/тяжкого депресивного розладу Керівництво mhGAP BOOЗ передбачає також фармакологічні втручання – тобто розгляд медиком (за сучасним протоколом від сімейного лікаря до невролога та психіатра) можливості призначити антидепресанти. Консультації в закладах охорони здоров'я за принципом роботи мультидисциплінарних команд дозволяють отримати консультацію колег-психіатрів чи неврологів щодо відповідного медикаментозного посилення психотерапевтичних втручань.

Спостерігайте за реакцією на соціальні інтервенції, поведінкову активацію й антидепресанти у пацієнта/пацієнтки з помірним чи тяжким перебігом депресивного розладу. Для того, щоби проявився вплив антидепресантів, може знадобитися кілька тижнів. Тож не хвилюйтесь, якщо покращення є дуже поступовими чи зміни проявляються повільно. Уважно спостерігайте за реакцією на призначені препарати перед тим, як рекомендувати збільшити дозу. Якщо з'явилися симптоми епізоду манії, негайно припиніть застосування медикаменту та перейдіть до оцінки (передіагностування, припустивши, що можливо у ветерана інше захворювання, наприклад, психоз чи біполярний розлад, яким характерні епізоди манії). Діяти треба невідкладно, оскільки в стані манії пацієнт у зоні великих ризиків для здоров'я та життя.

III.2.6. Тривожні розлади

Ветеран/ветеранка до служби в армії не стикались із таким рівнем насильства та втрат, як у ході виконання бойових завдань. Тривала **тривога** і занепокоєння, які як природна реакція на фізичну небезпеку дають змогу адекватного реагування на загрозу, в більшій частини учасників бойових дій із поверненням з війни йдуть на спад. Якщо труднощі з контролем хвилювання зберігаються і присутні більше ніж у половині днів – то можуть стати причиною звернення ветерана/ветеранки. Також занепокоєння може супроводжуватися знервованістю, дратівливістю, перебуванням «на межі», дрижанням, потовиділенням та нервозністю, приступами страху чи паніки, напруженістю м'язів, порушенням сну і швидкою втомлюваністю, шлунково-кишковим дискомфортом або й діареєю, труднощами з концентрацією уваги заважають нормальному щоден-

ному функціонуванню. У таких випадках варто провести оцінку стану щодо тривожного розладу.

Дуже часто тривожний розлад супроводжується фізичними або психічними захворюваннями, які здатні приховувати або посилювати симптоми тривоги.

Клінічні ознаки та виявлення

За наявності скарг ветерана/ветеранки на постійне (щонайменше останні два тижні) занепокоєння, що характеризується: 1) неспроможністю контролювати/припинити хвилювання; 2) відчуттям надмірної напруженості, тривожності, яка іноді може істотно заважати виконувати повсякденні завдання – варто звернутись до сімейного лікаря з метою ведення згаданих симптомів (NIMH 2014).

Виділяють декілька тривожних розладів, але власне **генералізований тривожний розлад** (ГТР) у DSM-5 300.02 (F41.1) типово називають загальним тривожним розладом. Люди з ГТР відчують тривогу, просто намагаючись пережити звичайний день, завжди вірячи, що все «підє погано». Ветеран/ветеранка на етапі оцінки стану має вказати на присутність усіх наведених нижче ознак:

1. Надмірне занепокоєння і тривога, які відбуваються дедалі частіше, упродовж щонайменше 6 місяців, щодо ряду різноманітних подій.

2. Ветерану/ветеранці важко контролювати хвилювання.

3. Тривога і занепокоєння пов'язані принаймні із трьома з наступних шести симптомів:

- неспокій, відчуття напруженості, скутості та нервозності;
- легка втомлюваність;
- труднощі з концентрацією;
- дратівливість;
- м'язова напруга;
- порушення сну, поверхневий не глибокий сон.

4. Тривога, занепокоєння або фізичні симптоми викликають клінічно значущий дистрес або порушення у важливих сферах функціонування.

5. Порушення не є наслідком фізіологічної дії речовин, не пов'язані з вживанням психоактивних речовин або захворюванням.

6. Порушення не можна пояснити іншим психічним розладом.

Під час оцінки стану варто перевірити, чи тривожність не має соматичної природи (наприклад, гіпертиреоз чи звуження магістральних церебральних судин, гіпертонія), що передбачатиме іншу схему лікування.

Важливо, що багато симптомів ГТР збігаються з депресією, що ускладнює діагностику обох розладів (ADAA, 2014). У закладах первинної медичної допомоги 45% тривожних розладів не ідентифікують належним чином і часто неправильно діагностують через соматичні скарги. Основним симптомом, на який почасти вказують ветерани/ветеранки, є не тривога, а біль або труднощі зі сном. Оскільки діагностування дуже часто призводить до встановлення неправильного діагнозу, багато пацієнтів із ГТР не отримують належного лікування.³⁵ Для виключення неврологічних порушень та інших психологічних проблем варто також призначити консультацію з неврологом і спеціалістом зі сфери психічного здоров'я.

Рекомендації щодо ведення ГТР

Базовий план ведення ГТР передбачатиме, як у випадку з депресією, психосоціальні втручання, які варто розпочинати до застосування медикаментів, або паралельно з ними. Запропонуйте психоедукацію, яка забезпечить краще розуміння значення **самодопомоги**: набуття навичок релаксації та управління стресом. Включення сім'ї чи вагомого оточення до психоедукації може значно знизити стигму щодо розладу, бо для ветерана/ветеранки симптоми, що можуть здаватися «дивними», є цілком реальними, і дуже важливо, щоб родичі не применшували розлад і не

очікували негайного покращення від лікування.

Консультації з лікарем загальної практики, підготовка якого достатня для визначення, чи симптоми, які спостерігаються, можуть бути наслідком тривожного розладу, чи є результатом соматичного захворювання, чи і того, і того – є важливою частиною лікування. При підозрі тривожного розладу сімейний лікар повинен проконсультуватися з фахівцем із психічного здоров'я щодо спільного ведення ветерана/ветеранки. Психотерапевт чи соціальний працівник із досвідом когнітивно-поведінкової терапії, ймовірно, буде найкращим вибором для ведення ГТР. Важливо також, щоб ветеран/ветеранка почувався/лася спокійно з лікарем і був можливий командний мультидисциплінарний підхід до лікування. З точки зору психотерапії, когнітивно-поведінкова терапія (CBT) особливо корисна при лікуванні ГТР. Цей підхід працює, навчаючи різних способів мислення, поведінки та реагування на певні ситуації. У разі успішності терапії результатом буде те, що пацієнт зможе відчувати меншу тривогу та/або занепокоєння (NIMH 2014). Різноманітні втручання на основі когнітивної теорії показали багатообіцяючі результати. Ці підходи значно відрізняються за типом і для ведення ГТР використовуються в комбінації. Практично половина пацієнтів, які отримували CBT, показали позитивну клінічну відповідь на лікування. Крім того, пацієнти, які проходили CBT, частіше демонстрували зниження тривоги та депресії. Таким чином, хоча CBT загальноновизнана як найефективніший метод лікування для цього розладу, немає консенсусу щодо того, який конкретний підхід з переліку терапій першого вибору є найбільш ефективним у лікуванні ГТР.³⁶

Хоча було показано, що CBT працює, її ефект для ГТР слабший, ніж для інших тривожних розладів. Цей висновок підсилює необхідність розробки додаткових методів для розширення стандартної методології CBT.

Обираючи психотерапевта для рекомендації/перенаправлення можна розглядати спеціалістів, що працюють під супервізією в таких підходах:

- когнітивно-поведінкова терапія;
- когнітивно-процесуальна терапія;
- пролонгована експозиційна терапія;
- **діалектична поведінкова терапія (DBT).**

Якщо б лікування не було обрано, слід розглянути підхід, який надає пацієнтам/пацієнткам інструменти для 1) ідентифікації, диференціації та опису своїх емоцій; 2) покращення їхнього прийняття афективного досвіду та здатність адаптувати свої емоції, якщо це необхідно; 3) зменшення залежності від занепокоєння як стратегії емоційного уникнення; 4) підвищення своєї здатності використовувати емоційну інформацію для визначення потреб, прийняття рішень, спрямування через емоції мислення, мотивації поведінки та управління міжособистісними стосунками.

Окрім звернення до спеціаліста з питань психічного здоров'я, багато пацієнтів можуть отримати додаткову користь від приєднання до **групи самодопомоги у форматі «рівний-рівному»** чи до **групи підтримки**. Також ветерану/ветеранці може бути корисно обговорити з побратимом/посестрою чи особою, якій він/вона довіряє, або капеланом свої занепокоєння. **Навички управляти стресом** / «тренінг щеплення від стресу», **консультування, спрямоване на вирішення проблем** або фізичні вправи також можуть бути корисними. Підтримка сім'ї може бути дуже важливою для сприяння одужанню людини з ГТР чим раніше, тим краще (до «закріплення» симптомів). Додаткові заходи, які слід включити у план ведення: **медитація та навчання релаксації**, практикування соматичних: дихальних, візуалізаційних і рухових технік подолання стресу в індивідуальному, парному чи груповому форматі.

Фармакологічне втручання на рівні спеціалізованої медичної допомоги зазвичай призначаються лікарем-психіатром, що входить до мультидисциплінарної команди медзакладу. Ліки від тривоги є потужними, і, хоча вони можуть почати діяти відразу, не слід покладатися на них для тривалого полегшення. Вони лише посилюють ефект від соціальних інтервенцій і психотерапії.

Антидепресанти також можуть бути корисними при лікуванні ГТР. Пацієнти, яким призначають ці ліки, повинні знати, що може знадобитися кілька тижнів, щоб вони почали діяти, і не варто виключати ймовірність побічних ефектів, таких як проблеми зі сном, головний біль або нудота (NIMH, 2014).

III.2.7. Обсесивно-компульсивний розлад

Навіть коли фізичні рани гояться, психологічний вплив на здоров'я ветерана/ветеранки може зберігатися роками. І попри те, що посттравматичний стресовий розлад є більш частим явищем, аніж інші спровоковані стресом захворювання серед ветеранів/ветеранок – ситуація, коли ПТСР і ОКР йдуть пліч-о-пліч, також трапляється. У ветеранів/ветеранок, які живуть із посттравматичним стресовим розладом, може розвиватися обсесивно-компульсивний розлад як супутнє захворювання. Є також ряд досліджень, результати яких свідчать про те, що ОКР недостатньо розпізнається і тому не відповідно лікується у ветеранів.³⁷

ОКР як тривожний розлад може розпочатися як спосіб впоратися зі стресом. Характеризується нав'язливими думками (обсесії) або нав'язливими діями – обрядами (компульсії), а найчастіше їхнім поєднанням. Головна ознака розладу – наявність «ментальної жуйки». Постійні нав'язливі думки, які спонукають людей з ОКР до виконання дій – ритуалів, що забезпечують відчуття контролю думок і на деякий час «знімають» тривогу. ОКР однаково поширене серед чоловічої і жіночої категорій пацієнтів, але чоловіки частіше, ніж жінки, мають коморбідні тики. ОКР також часто поєднується з депресією та суїцидальними думками.

Клінічні ознаки та виявлення обсесивно-компульсивного розладу

Симптоми обсесивно-компульсивного розладу поділяють на дві основні категорії: **нав'язливі думки, ідеї та компульсії**. У ветерана може бути лише одна категорія, або може бути й обидві. Людина може говорити про появу наполегливих стійких думок – обсесій, які обертаються навколо однієї болісної теми чи ідеї. Проявляється як «одержимість» страхом перед нездатністю терпіти невизначеність, страхом втратити контроль і заподіяти шкоду собі чи іншим або зациклитися на сексуальному, релігійному чи військовому об'єкті.

Компульсії – це поведінка, до якої людина з ОКР відчуває внутрішній примус. Найчастіше такі дії пацієнта пов'язані з нав'язливою ідеєю (обсесією). Це може проявлятися, наприклад, у зобов'язанні прати речі, молитися п'ять разів на день, дотримуватися суворого розпорядку чи виконувати конкретні ритуали.

Пацієнт/пацієнтка з ОКР може вважати, що його/її ритуали забезпечують безпеку або йому/їй самому/самій, або його/її близьким. Пацієнт/пацієнтка керується переконанням: «Якщо я не охоронятиму щовечора свій периметр будинку таким чином (інколи це кілька годин), тоді мій будинок буде атаковано». Переконавання може стосуватися найменших дрібниць, наприклад: «Якщо вийти з кімнати, не ввімкнувши і не вимкнувши світло двічі, то це вплине на те, що хтось помре».

Діагностика ОКР, на думку фахівців (Grant and Odlaug), проведена невчасно, і недостатньо приділена увага з боку фахівців призводять до поступового закріплення тривожної поведінки. У випадку роботи з ветеранами слід особливу увагу звертати на вищенаведені скарги тих, хто вже мав або має в анамнезі ПТСР. Часто страх, що станеться щось жахливе, стає підґрунтям, на якому й розвивається ОКР. Щоб запобігти втіленню різних жахливих речей у реальність, ветеран/ветеранка може почати практикувати обсесивно-компульсивну поведінку. Бажання людини контролювати жахливі речі, які можуть статися в житті вже після пережитого травматичного досвіду, розвиває ОКР як спробу взяти під контроль своє життя, інших людей і події, що можуть відбуватись у майбутньому. Спроба зробити все можливе, щоб запобігти повторенню жахливих речей, які вона колись пережила.

Рекомендації щодо ведення

Психотерапія є важливою частиною лікування ОКР. Чим більше ветеран/ветеранка буде спро-

можною руйнувати причини своїх внутрішніх примусів, тим краще бачитиме логічні помилки, що стоять за його/її страхом. Робота з глибинними переконаннями, що виникли/зазнали змін внаслідок травматичного досвіду, проводять у когнітивно-процесуальній терапії за допомогою сократівських запитань. Психотерапія людей з ОКР також направлена на освоєння нових, більш здорових механізмів подолання труднощів і вироблення моделей мислення, які будуть нагадувати про можливість протестувати/перевірити реальність щоразу, коли людина починає відчувати тривогу.

Лікування пацієнтів з ПТСР та ОКР варто починати зі зниження симптомів ПТСР, щоб побачити, чи покращуються симптоми ОКР. Щойно зменшиться кількість спогадів, що спрацьовують як **тригери**, жажіть і помилкових тривог, під час когнітивної роботи легше пояснити принципи поведінкової конфронтації та запобігання певній реакції.

Типи повторюваної поведінки у випадку ОКР можна розглядати разом із **питаннями безпеки** на сесіях ближче до закінчення терапії, коли вже вироблений тандем пацієнта з лікарем. Метою терапії буде змусити пацієнтів перевірити свій рівень небезпеки з допомогою конфронтаційних запитань. Згодом, відповідно до протоколу когнітивно-процесуальної терапії, можна запропонувати пацієнту/пацієнтці провести експеримент, щоб перевірити правильність його/її припущень. Поведінковий експеримент не є частиною психотерапевтичної роботи, але може бути дуже корисним у разі супутніх тривожних розладів. Симптоми ОКР також можна усунути в процесі роботи над **питаннями контролю**. У людини з ОКР виникає тимчасова ілюзія контролю, коли вона здійснює ритуал, покликаний зменшити її тривогу. Крім того, що ритуали (прибирання, перевірка тощо) незабаром починають контролювати людину, а не навпаки, психотерапевт може допомогти пацієнтові прийняти той факт, що він не може контролювати майбутнє і що ритуали не запобігають настанню майбутніх подій і можуть бути абсолютно недоречними.

Є також ряд фарм-втручань, які можуть допомогти в лікуванні obsесивно-компульсивного розладу. Медикаменти, призначені для зменшення депресії, можуть допомогти в посиленні психотерапії в лікуванні ОКР для кращого контролю внутрішнього емоційного стану, життя пацієнта.

III.2.8. Панічний розлад

Панічний розлад – це один із типів тривожних розладів, при якому людина переживає неочікувані та повторювані епізоди страху високої інтенсивності – панічні атаки, що зазвичай тривають кілька хвилин. Тривога та напади паніки іноді є симптомами посттравматичного стресового розладу. У ветеранів, які пережили травматичний досвід, можуть виникнути щоденні тривоги, зміни в режимі сну та спогади про травму. Але панічна атака більш раптова і зазвичай інтенсивніша (протягом коротшого проміжку часу), ніж щоденна тривога, яку може відчувати людина при одному з інших тривожних розладів.

Клінічні ознаки та виявлення

Ветеран/ветеранка вказуватиме про раптовість панічних атак, які відбуваються майже без попередження, зі втратою контролю. За тривалістю панічні атаки інтенсивні й нетривкі, але пацієнт може вказувати на внутрішнє відчуття що «це тривало вічно». Симптоми досягають піка протягом кількох хвилин. Лячна природа атаки змушує людину дуже тривожитися про її вплив на здоров'я, виникає страх, наче людина може померти під час нападу, піддається сумніву власна здатність справлятися при черговій атаці. Ветеран/ветеранка вказуватиме на зміну/адаптацію своїх звичок під життя з панічними атаками – уникання певних місць, дій чи людей, щоб тим чи іншим способом запобігти черговій панічній атаці. Варто зазначити, що стратегія уникнення не «припиняє» панічні атаки, а лише відсуває їх ненадовго. Часто панічні атаки можуть бути такими лячними, що однієї думки про них достатньо, щоб викликати новий напад.

Ветеран, що страждає від панічних атак, відчуває принаймні кілька з цих симптомів:

- сильне почуття небезпеки, що насувається;

- страх смерті або страх втратити контроль;
- швидкий, прискорений пульс;
- потовиділення;
- тремтіння;
- задишка або тиск у ділянці горла;
- дрижаки;
- припливи;
- нудота;
- черевні судоми;
- біль у грудях;
- біль голови;
- запаморочення, переднепритомний стан або непритомність;
- оніміння чи поколювання;
- почуття нереальності чи відстороненості;
- «тунельне бачення».

Часто люди з панічним розладом приходять на прийом зі скаргами на нібито небезпечне захворювання серця, легень або головного мозку, і увага лікаря часто зосереджена на загальних медичних симптомах. Подібні звернення ветерана можуть відбуватися раз за разом, бо він не отримує коректного діагностування, відповідно і від допомоги немає полегшення. Скористайтеся найпростішими скринінговими запитаннями для оцінки стану:

1. Чи відчуваєте ви більшу частину часу (за останні чотири тижні) занепокоєння, напругу і тривогу?
2. Чи часто у вас буває відчуття роздратованості та порушення сну?

Позитивні відповіді на ці обидва запитання можуть слугувати додатковою причиною (окрім згадки про атаки паніки) підтвердження підозри лікаря на панічний розлад.

Панічний розлад коморбідний із ПТСР та ОКР й часто йде пліч-о-пліч з агорафобією – острахом натовпу і відкритих просторів. Ветерани/ветеранки з агорафобією можуть зазнавати нападів паніки, коли їх змушують вийти на вулицю.

Існує сильний зв'язок між тривожним розладом і розладом, пов'язаним із вживанням психоактивних речовин, особливо ризики відмічені в дослідженнях серед ветеранської аудиторії. На жаль, багато ветеранів із тривогою звертаються до непродуктивних копінг-стратегій і вдаються до вживання ПАР, алкоголю чи наркотиків, щоб приховати біль.

Рекомендації щодо ведення

Результати дослідження, у якому вивчали вплив панічного розладу на якість життя ветеранів³⁸ свідчать про руйнівну природу впливу на всі сфери життя. Ці дослідження відображають необхідність підвищеної уваги до виявлення та лікування панічного розладу в установах первинної медико-санітарної допомоги.

Після виключення на етапі оцінки соматичних захворювань, які можуть імітувати тривогу, значного покращення стану для людей із панічним розладом можна досягти шляхом: психоедукації, навчання простих технік самодопомоги, релаксації та фармакотерапії. Залежно від тяжкості перебігу панічного розладу кожен із видів інтервенцій окремо або в поєднанні може сприяти покращенню стану.

Ефективність психоедукації недооцінена в роботі з ветеранською аудиторією. Практика свідчить, що елементарні знання тих психологічних явищ, із якими людина може зіткнутися в момент сильної тривоги, дозволить до них підготуватися. Ознайомлення з видами можливих



[Impact of panic disorder on quality of life among veterans in a primary care pilot study](#)

проявів та механізмами тривоги – це перші кроки на шляху до того, щоб вміти контролювати її. Роз'яснення простими і чіткими словами ветерану/ветеранці відмінностей між серцевим нападом і панічною атакою допомагають знизити тривогу. *Поясніть, що від панічного нападу люди не помирають. Він розвивається швидко, його симптоми досягають максимальної інтенсивності зазвичай протягом 5-10 хвилин і потім також швидко зникають. Таким чином, панічний напад виникає і минає сам собою, не представляючи реальної фізичної загрози для життя.*

Можна навчити ветерана/ветеранку ідентифікувати предикти панічного нападу, щоб підготуватись до атаки. А також технікам відволікання, щоб скоротити кількість успішних атак.

Часто лише думки про те, що панічний напад повториться, достатньо, щоб викликати новий напад паніки. Людина ніби опиняється в замкненому колі, коли наростаюча від страху атака тривоги спричиняє ще більшу тривогу, яка викликає новий напад.

Тимчасово зменшити рівень тривоги можна, використовуючи техніки самодопомоги.

Ефективним способом самодопомоги під час панічної атаки є дихальні вправи. Основне, для чого вони потрібні в цьому випадку – це збільшення кількості вуглекислого газу в крові та зменшення рівня адреналіну. Прискорене дихання, яке викликане панікою, змінює газовий баланс у крові та викликає ще більше неприємних відчуттів. Цьому ефекту можна запобігти шляхом уповільнення дихання. У Додатку 3.2 наведено один із варіантів седативної дихальної техніки самодопомоги під час панічної атаки «3-7-8», яку можна запропонувати пацієнтові.

У психологічному відношенні панічний розлад залишається одним з найбільш обтяжливих хворобливих станів. Попри те, що вегетативні прояви не є небезпечними для життя і здоров'я, подальше повторення нападів веде до зростання рівня тривожності, погіршуючи функціональність, якість життя людини, зменшуючи її здатність до соціальної адаптації, тому скеровуйте пацієнта на консультацію до лікаря-психіатра. Важливою залишається психотерапія. А адекватно призначена фармакотерапія тоді стає допоміжною і значно покращує якість життя. Робота в мультидисциплінарній команді дозволяє призначити найбільш сучасні та відповідні стану фармавтручання.

III.2.9. Поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю, наркотиків чи інших ПАР, залежності

Споживання алкоголю, наркотиків, знеболювальних чи інших ПАР може зрости чи бути пов'язаним із намаганням учасника/учасниці бойових дій справитися зі стресом, втратами або болем шляхом **непродуктивної копінг-стратегії**.

Споживання алкоголю або ПАР є шкідливим, якщо призводить до соматичних або психічних розладів, поведінки, що становить ризик для стану здоров'я, до проблем у родині/стосунках, сексуального та фізичного насильства, травмування чи аварій, насильства над дітьми та їх заглядання, фінансових труднощів та інших проблем безпеки. Ветеран/ветеранка з таким розладом прагне вживати алкоголь або інші речовини, до яких виникає залежність, і має проблеми з контролем вживання таких речовин. Особа продовжує вживати алкоголь або інші речовини, до яких виникає залежність, попри накопичення проблем.

Після потенційно травматичної події при вживанні алкоголю підвищується ризик виникнення залежності. Науково доведено, що вживання алкоголю чи наркотиків саме після військової травми призводить до легшого звикання, аніж після хронічного, але побутового стресу. Тож травматичний стрес піддає ризику людину швидше отримати розлад, пов'язаний із вживання ПАР.

Клінічні ознаки та виявлення розладу внаслідок вживання ПАР

Поговоріть із ветераном/ветеранкою про споживання алкоголю, наркотиків чи ПАР, не на-

даючи оцінку чи засуджуючи його/її. Розпочати розмову з ветераном варто обговорюючи напої зі вмістом алкоголю, кількість і модель споживання. Тригери споживання алкоголю/ПАР є важливими для оцінки залежності.

Зі скринінгу здоров'я можна скористатися кількома короткими запитаннями опитувальника AUDIT-C³⁹ (Розлади, пов'язані із ризикованим споживанням алкоголю), щоб за кількістю набраних балів зорієнтуватись, наскільки зростає ризик, що проблеми із алкоголем впливають на здоров'я ветерана/ветеранки та його безпеку. Медичні проблеми або травми, які виникають внаслідок споживання алкоголю або наркотиків, є вагомою причиною обговорити припинення/скорочення вживання.

Обговоріть із ветераном/ветеранкою «ціну, яку платить» він/вона за споживання в соціальному, професійному і особистому плані. Нерідко нав'язливі спогади про травматичні події, особливо жахіття й уявне повернення до минулого, властиве посттравматичному стресу, з'являються після того, як людина перестає пити або вживати наркотики. Вживання алкоголю чи ПАР може виявитись способом **уникнути спогадів** і запобігти небажаним емоціям у ветерана/ветеранки. Тому після детоксикації симптоми посттравматичного стресу можуть проявлятися заново.

При проведенні короткого загального фізичного огляду ветерана для того, щоб виявити соматичні ознаки хронічного споживання ПАР, важливо звертати увагу на:

- біль у животі;
- шлунково-кишкові кровотечі;
- кров у блювоті;
- кров у випорожненнях або чорні випорожнення;
- захворювання печінки чи їх тяжкі прояви: жовтуха, **асцит**;
- збільшені та ущільнені печінка та селезінка, **гепатична енцефалопатія**;
- значне зниження маси тіла;
- ознаки інфекцій, пов'язаних зі споживанням наркотиків (наприклад, ВІЛ, гепатит В або С, шкірні інфекції в місцях ін'єкцій або туберкульоз).

Проведіть оцінку людини на зловживання і алкоголем, і наркотиками, оскільки дуже часто люди споживають ПАР одночасно.

Рекомендації щодо ведення

Убезпечте родину ветерана/ветеранки від ризиків гендерно зумовленого насильства та дайте соціальну підтримку – зв'яжіться зі **службами захисту** та **неформальними сервісами у громадах, групами «рівний-рівному»** та **волонтерами**. Паралельно надайте необхідний медичний догляд щодо фізичних наслідків зловживання алкоголем або ПАР. Враховуючи коморбідність поведінкового розладу, можна передбачити необхідність лікування супутніх проблем психічного здоров'я, наприклад, помірного/тяжкого депресивного розладу чи ПТСР, або психозу.

Оцініть те, чи особа вважає споживання алкоголю або наркотиків проблемою і чи вона готова щось із цим робити. Розпочніть коротку мотиваційну бесіду щодо зловживання: переваги та негативні наслідки споживання алкоголю або ПАР; намагайтеся зрозуміти, що є мотивом людини до споживання алкоголю; підважуйте будь-яке надмірне відчуття переваг від споживання алкоголю чи ПАР; підкресліть певні негативні аспекти, пов'язані зі споживанням алкоголю та наркотиків, що їх людина недооцінює (непродуктивний копінг).

Мотиваційні інтерв'ю варто застосовувати упродовж кількох сесій. Якщо ветеран погоджується припинити вживати алкоголь або наркотики, проінформуйте його/її про те, що можливо, тимчасово з'являться симптоми абстиненції. Також щоб запобігти рецидиву під час прийому варто обговорити стратегії:



[Alcohol Use Disorders Identification Test \(AUDIT-C\)](#)

- 1) не зберігати вдома алкоголь або наркотики;
- 2) не відвідувати місць, де вживають алкоголь або наркотики;
- 3) заручитися опікою людини, якій довіряєте, під час повторних візитів;
- 4) заохочуйте ветерана/ветеранку брати участь у соціальній діяльності.

Розгляньте можливість скерувати людину до **груп самодопомоги «рівний-рівному»**, якщо такі є у громаді. Залежність від ПАР слід лікувати психотерапевтично. Знайдіть спеціаліста психічного здоров'я, що працює у груповому чи індивідуальному форматі під супервізією в одному з доказових методів лікування ветерана. Пацієнтів, які зловживають ПАР, можна лікувати за допомогою когнітивно-процесуальної терапії, якщо вживання виникло, як непродуктивний копінг для уникання проблем ПТСР. Але лише в тому разі, якщо існує «спеціальна угода» щодо відмови від вживання алкоголю під час терапії, і якщо особлива увага приділяється передбачуваній ролі зловживання алкоголем як уникаючої поведінки. Насправді, якщо ветеран/ветеранка проходить детоксикацію в стаціонарних умовах, для нього/неї відкриваються чудові можливості пройти курс лікування від ПТСР. Наразі, виходячи з клінічного досвіду, найкращим провісником успіху застосування когнітивно-процесуальної терапії в подоланні залежності є мотивація до змін. Спеціаліст повинен прямо запитати пацієнта, чи хоче він поліпшити симптоми ПТСР настільки, що зможе утриматися від вживання алкоголю або наркотиків, щоб почати лікування. Деякі пацієнти здатні впоратися з когнітивно-процесуальною терапією, включаючи написання письмових розповідей про травму, досить скоро після припинення зловживання ПАР, у той час як інші заявляють, що в них буде рецидив, якщо вони говоритимуть про травму навіть через роки утримання. У разі можливого рецидиву, ми не розпочинаємо лікування, але даємо знати, що можна розпочати терапію в будь-який момент, коли ветеран буде до цього готовий. Якщо бажання рецидиву виникає під час психотерапії – це може вказувати на точки застрягання, проблемні переконання або важливі емоції, які необхідно опрацювати у когнітивно-процесуальному підході. Після завершення курсу лікування ПТСР та залежності ветерану/ветеранці варто владнати поточні психосоціальні стресогенні чинники та конкретні сімейні/ подружні проблеми.

Заплануйте регулярне спостереження ветерана/ветеранки, який/яка долає чи подолав/ла залежність.

Якщо є причини підозрювати алкогольний абстинентний синдром, небезпечний для життя, розпочніть впроваджувати план кризового ведення алкогольного абстинентного синдрому та організуйте супроводжуване перевезення людини до найближчої лікарні.

III.2.10. Інші значущі скарги у сфері психічного здоров'я: соматичні болі

Забезпечуючи виконання завдань первинної медичної допомоги у доступі до послуг і збереженні честі та гідності ветерана/ветеранки, сімейний лікар має враховувати, що особливості служби, різноманітні травми та стрес-фактори, з якими стикається людина під час виконання службових обов'язків, підвищують ризики непомітного тривалого «замаскованого» розвитку хронічних захворювань. З метою запобігання переходу у хронічні соматичних та психологічних проблеми, що напряму залежать від стресу, вчасного виявлення поступового погіршення функціональності в більшості західних країн первинна ланка медицини напряму залучена до оцінювання стану здоров'я з допомогою скринінгу під час щорічних/регулярних профілактичних оглядів.

Соматичні скарги за клінічними ознаками лікарям загальної практики можуть здаватись несуттєвими чи безпідставними, якщо немає показів чи видимих ознак захворювання після проведення діагностики наявними на цей момент діагностичними засобами. Стигматизація в питаннях здоров'я у ветеранській групі є дуже високою, і непорозуміння лікарів загальної практики з ветераном не забезпечать розширення довіри до послуг. Почасти за скаргами приховані

не вигадані, а реальні тілесні болі. Стійкі несприятливі стосунки з оточенням і тривалий травматичний стрес можуть стати факторами, що провокуватимуть соматичні проблеми. Зазвичай людина, що зіткнулася з несприйняттям із боку лікаря, намагатиметься припинити негативні взаємини й уникнути подальших контактів.

Інші значущі скарги у сфері психічного здоров'я тому й включають базові рекомендації щодо початкової підтримки осіб з:

- 1) медично не пояснюваними скаргами на соматичні симптоми, які не мають явної причини; а також
- 2) зміни в настрої (наприклад, пригнічений настрій, тривожність), думках (наприклад, «ментальна гумка», слабка увага) та поведінці (наприклад, пасивність, агресія), які викликають занепокоєння, але не повністю відповідають критеріям згаданих раніше розладів. Такими скаргами можуть бути легкий депресивний розлад (м'яка депресія) і низка субклінічних розладів. Інші скарги щодо психічного здоров'я вважаються тяжкими у випадку, якщо вони мають негативний вплив на повсякденне функціонування ветерана/ветеранки, або якщо людина звертається по допомогу щодо них.

Клінічні ознаки та виявлення

Проведення загального фізичного огляду ветерана з метою виявлення причин, які б повністю пояснювали наявні симптоми, й опісля – відповідне медичне обстеження, може допомогти встановити контакт із пацієнтом. Пролікуйте виявлені причини, і перевірте чи симптоми все ще наявні. Якщо так – проведіть скринінги, щоб переконатися що симптоми не стосуються вищезгаданих психологічних проблем зі здоров'ям.

Проведіть розмову про стійку ризиковану поведінку: ініціювання насильницьких дій; вживання ПАР; жорстоке ставлення до інших; вандалізм; ризикована сексуальна поведінка. Поставте подальші запитання щодо гострого й травматичного стресу. Також у протоколах ВООЗ відзначають важливість при виявленні симптоматики депресії та видимих слідів самоушкодження, сигналів про бажання нашкодити собі інформувати ветерана/ветеранку про ризики, перевіряти готовність до скоєння самогубства.

Зважте на те, що зазвичай для виключення всіх фізичних причин і розладів потрібно більше ніж одна консультація лікаря.

Рекомендації щодо ведення

Запропонуйте ветерану базову психосоціальну підтримку, психоедукацію щодо стресу, реакцій «бий-біжи» та «замри» і способів управління стресом. Обговоріть методи посилення мережі соціальної підтримки, опрацюйте поточні психосоціальні стресогенні чинники.

Якщо не виявлено жодного соматичного захворювання, яке повністю пояснювало б наявні симптоми, обговоріть те, що симптоми є реальними та наведіть можливі пояснення, без запевнень ветерана/ветеранки. Обговоріть те, що симптоми не є уявними, і що важливо продовжувати працювати над симптомами, які призводять до значного стресу. Уточніть чи сама людина може пояснити причини цих симптомів. Це може дати вам підказку щодо причини, допомогти сформувати довірчі стосунки з ветераном завдяки емпатії, а також підвищити прихильність до ведення інших значущих скарг у сфері психічного здоров'я.

Не робіть лабораторних або будь-яких інших аналізів, якщо немає чіткого медичного показання до них, оскільки непотрібні додаткові клінічні обстеження можуть посилити віру людини в те, що в неї таки наявна фізична проблема і збільшити тривогу. Проінформуйте ветерана про те, що не було виявлено жодного серйозного захворювання. А результати клінічного огляду та лабораторних досліджень є нормальними.

Проводячи психоедукацію, поясніть, що емоційне страждання/стрес часто призводять до переживання тілесних відчуттів (болю у шлунку, напруження м'язів, «клубка в горлі» тощо).

Спитайте про можливий зв'язок емоцій/стресу, що їх переживає людина, та симптомів і обговоріть його. Заохочуйте людину продовжувати виконувати повсякденні справи (або знову почати ними займатися). Порекомендуйте дихальні техніки, релаксацію для щоденного практикування.

Якщо ви не спостерігаєте покращення або ветеран/ветеранка наполягає на тому, щоб продовжувати обстеження, проконсультуйтеся зі спеціалістом.

Порадьте ветерану/ветеранці повернутися до закладу охорони здоров'я, якщо симптоми не зникатимуть, погіршуватимуться або стануть нестерпними.

КОНТАКТИ.....

Якщо маєте питання чи пропозиції до команди, яка працювала над методичними рекомендаціями, заповніть форму для зворотнього зв'язку:

<https://forms.gle/P8wq7okRE5y2mFEp8>





РОЗДІЛ IV

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ

IV.1. Що таке фізична (активна) реабілітація і чому вона потрібна?

Фізична та реабілітаційна медицина – процес застосування комплексу реабілітаційних заходів, що передбачає профілактику, медичну діагностику, лікування та управління реабілітацією осіб усіх вікових груп зі станами здоров'я, що призводять до обмежень повсякденного функціонування, обмежень життєдіяльності та їх коморбідних станів, і приділяє особливу увагу порушенням та обмеженням активності особи з метою сприяння її фізичному й когнітивному функціонуванню (включаючи поведінку), участі (включаючи якість життя) і модифікації особистих факторів та факторів середовища із застосуванням мультидисциплінарного підходу.

В українське законодавство реабілітацію введено Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» у 2017 році та Законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я».

На відміну від санаторного та відновного лікування саме реабілітація має на меті відновити функції організму та можливості до активності, діяльності та участі особи.

Санаторно-курортне лікування з використанням електрофорезу, парафіну, хвойних ванн може коштувати значних грошей, але не допоможе відновити втрачені рухові чи мовленнєві функції. Справжня доказова реабілітаційна допомога передбачає тісну співпрацю мультидисциплінарної команди фахівців з ветераном/ветеранкою за індивідуально складеним планом відновлення.

Для цього реабілітація базується на активному підході, мультидисциплінарності та біопсихосоціальній моделі МКФ.

IV.2. Біопсихосоціальна модель МКФ

9 квітня 2022 року Міністерство економіки України своїм наказом №810-22 затвердило Міжнародну класифікацію функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) як Національний класифікатор НК 030:2022.

Раніше в Україні діяла переважно медична модель у реабілітації, у якій говорилося, що хвороба, яка спричинила обмеження життєдіяльності, має лікуватись медикаментозно. Медична допомога розглядається як основна проблема.

Також була інша, соціальна, модель уявлення про обмеження життєдіяльності, яка бачила проблему переважно як соціально створену, вирішення якої вимагає соціальних дій, і це колективна відповідальність суспільства загалом. Отже, це питання є ставленням до ідей, що вимагає соціальних змін, які на політичному рівні стають питаннями прав людини. Для цієї моделі обмеження життєдіяльності є політичним питанням.

МКФ базується на інтеграції цих двох протилежних моделей і використовує **біопсихосоціальний** підхід. Таким чином, МКФ намагається досягти узгодженого уявлення про різні перспективи здоров'я з біологічної, індивідуальної та соціальної точки зору.

Відповідно до ЗУ «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» біопсихосоціальна модель характеризує обмеження повсякденного функціонування/життєдіяльності як результат взаємодії людини з навколишнім середовищем, зокрема фізичних, психологічних і чинників середовища, з метою забезпечувати та підтримувати максимально високий рівень здоров'я і благополуччя, а також максимально ефективно функціонувати в суспільстві.

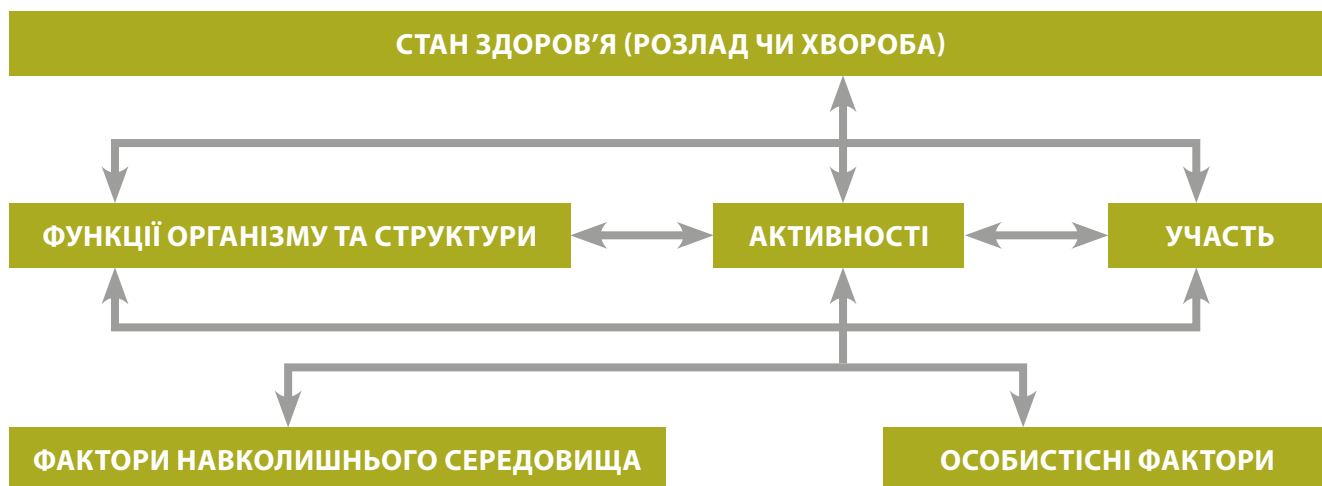
МКФ складається із двох частин, кожна з яких містить по два компоненти:

- функціонування та обмеження життєдіяльності (компоненти – «функції і структури організму» й «активність та участь»);
- контекстові чинники (компоненти – «чинники навколишнього середовища» та «особистісні чинники»).

МКФ не дивиться на наслідки травми чи захворювання як на безповоротний результат, а розглядає їх із точки зору обмежень для людини і як ці обмеження виправити за допомогою реабілітації.

За допомогою МКФ описується (кодується) стан функціонування особи та формується план реабілітаційних інтервенцій, ставляться цілі реабілітації та моніториться її результативність. Таким чином МКФ стає інструментом оцінки потреби людини в реабілітації, оцінки її стану, планування реабілітації та оцінки ефективності наданої реабілітаційної допомоги.

ВЗАЄМОДІЯ МІЖ КОМПОНЕНТАМИ МКФ



Пацієнт-, або ж людиноорієнтований підхід передбачає планування та проведення реабілітації з урахуванням потреб, можливостей та запиту ветерана/ветеранки, якому надається реабілітаційна допомога. Ветеран/ветеранка та його близькі, родина беруть безпосередню участь у розробці, реалізації та внесенні змін до індивідуального реабілітаційного плану.

Мультидисциплінарна команда фахівців, в першу чергу, спирається на конкретні потреби ветерана/ветеранки. Наприклад, його/її бажання керувати автомобілем, малювати чи повернутися в професію. Залежно від мети складається план занять, спрямованих на її досягнення. Мета може бути короткостроковою та довгостроковою.

Наприклад, ветеран/ветеранка має набути порушення слуху. Для нього/неї функціонування та обмеження життєдіяльності відображається на різних рівнях.

Стан здоров'я (розлад чи хвороба) – це узагальнююче поняття, що може означати захворювання, розлад, пошкодження або травму, діагноз ветерана/ветеранки. В нашому прикладі, у ветерана/ветеранки – набути порушення слуху.

Діяльність – це виконання завдання або дії особою.

Участь – це залучення особи в життєву ситуацію. У ветерана/ветеранки з набутих погіршенням слуху будуть спостерігатися проблеми у розмовах з людьми, як результат погіршення близьких стосунків.

Функції організму – це фізіологічні функції систем організму (в тому числі психологічні функції). У нашому прикладі можуть бути порушені емоційні функції, голосові функції, розрізнення мовлення.

Структури організму – це анатомічні частини тіла, такі як органи, кінцівки та їхні складові частини. У випадку нашого ветерана/ветеранки потрібно звернути увагу на структуру зовнішнього, середнього, внутрішнього вуха.

Особистісні фактори – мотивація, енергія пацієнта.

Фактори навколишнього середовища – підтримка друзів та родини.

За допомогою МКФ фахівці повинні сформувати категорійний профіль, де будуть вказані вищезгадані порушення згідно з рівнями, та розробити індивідуальний реабілітаційний план відповідно до потреб з акцентом на рівень участі та діяльності.

Усе це дозволяє встановлювати цілі та завдання реабілітації – визначення конкретних, вимірюваних, досяжних, відповідних і визначених у часі цілей, яких слід досягти внаслідок отримання реабілітаційної допомоги. Як результат, наш ветеран/ветеранка покращить функції слуху через використання слухового апарату, буде працювати з фахівцями для покращення діяльності у концентрації уваги, для розуміння і сприйняття мови та участі у розмовах з близькими. У такому випадку, ветеран/ветеранка зможе повернутися до активного та незалежного життя в соціумі.

IV.3. Що охоплює фізична реабілітація? Які фахівці залучені у процес?

Головним завданням фізичної реабілітації є:

- функціональне відновлення (повне або компенсація при недостатньому чи відсутності відновлення);
- пристосування до повсякденного життя і праці;
- забезпечення можливості працювати;
- реабілітаційний супровід ветерана/ветеранки.

Принципи фізичної реабілітації

- **Реабілітація не має прив'язки до інвалідності**, вона повинна надаватися відповідно до потреби в ній ветерана/ветеранки.
- **Реабілітація зосереджується не на діагнозі**, а на тому, які є наслідки для здоров'я особи, її можливостей до активності, діяльності та участі.
- **Ранній початок реабілітаційних заходів**. Це допомагає швидше відновити функції організму, попередити ускладнення та мінімізувати ризики інвалідизації. А у випадку інвалідизації – допомогти пристосуватися до життя.
- **Безперервність реабілітаційних заходів**. Цей принцип є основою ефективності реабілітації, тому що тільки безперервність і поетапна черговість реабілітаційних заходів – запорука скорочення часу на лікування, зниження інвалідності та витрат на відновне лікування.
- **Мультидисциплінарний підхід**. У рамках мультидисциплінарного підходу до реабілітаційної команди в ній працюють різні фахівці, у кожного з яких свої завдання (див. нижче). Саме це забезпечує комплексний погляд на потреби ветерана/ветеранки та підхід до формування індивідуального реабілітаційного плану та ін.
- **Забезпеченість допоміжними засобами з реабілітації** під час надання реабілітаційної допомоги.
- **Індивідуальність реабілітаційних заходів**. Реабілітаційні програми складають індивідуально для кожного ветерана/ветеранки чи особи з інвалідністю з урахуванням загального стану, особливостей перебігу захворювання, наявного рівня фізичного стану, особливостей перебігу захворювання, віку, статі, професії тощо.
- **Необхідність реабілітації в колективі**. Фізична реабілітація розглядає людину у взаємозв'язку з навколишнім середовищем (і живим, і неживим), тому бажано, щоб ветеран проходив реабілітацію або ж у звичному тренувальному середовищі, або ж у середовищі пацієнтів, які мають такі ж рухові дисфункції.
- **Повернення ветерана/ветеранки з інвалідністю до активного життя**.

Досягнення успішної реабілітації потребує численних фахівців охорони здоров'я із широким спектром клінічних навичок і досвіду. Вони повинні працювати разом гармонійно, але також ефективно, як команда, задля досягнення цілей реабілітації для ветеранів/ветеранок та їхніх родин. Об'єднана групова активність ефективною команди повинна забезпечувати синергію і приводити до кращих результатів, ніж сума результатів роботи кожної окремої людини, що працює поодиночі.

IV.4. Фахівці з реабілітації

До фахівців із реабілітації належать:

1) Лікарі фізичної та реабілітаційної медицини – аналіз функціонального стану людини, постановка цілей реабілітації та формування плану реабілітації спільно з іншими фахівцями з реабілітації - мультидисциплінарною реабілітаційною командою. Вони надають втручання двома різними способами: як і в багатьох інших спеціальностях, вони роблять це особисто, використовуючи спеціальні техніки та проведення терапії за допомогою командної роботи. Останнє особливо правильно, коли відбувається процес реабілітації з включенням інших фахівців реабілітації не лікарських спеціальностей.

Процес застосування комплексу реабілітаційних заходів, що передбачає профілактику, медичну діагностику, лікування та управління реабілітацією осіб усіх вікових груп зі станами здоров'я, що призводять до обмежень повсякденного функціонування, обмежень життєдіяльності та їх коморбідних станів, та приділяє особливу увагу порушенням і обмеженням активності особи з метою сприяння її фізичному і когнітивному функціонуванню (включно з поведінкою), участі (включно з якістю життя) і модифікації особистих факторів і факторів середовища із застосуванням мультидисциплінарного підходу. Професіоналами з фізичної та реабілітаційної медицини є лікарі фізичної та реабілітаційної медицини.

2) Фізичні терапевти – процес забезпечення розвитку, максимального відновлення і підтримання рухової та функціональної спроможності осіб з обмеженнями повсякденного функціонування або таких дій, у яких можуть виникнути такі обмеження. Фізичну терапію призначає, планує і здійснює фізичний терапевт або під його контролем.

3) Ерготерапевти, ерготерапія – процес відновлення, розвитку та/або підтримки навичок, необхідних для залучення особи з обмеженнями повсякденного функціонування до активного повсякденного життя та занять, які вона бажає, потребує або планує виконувати, а також модифікація заняттєвої активності особи та/або адаптації її середовища. Ерготерапія призначається, планується і здійснюється ерготерапевтом або під його контролем:

- *заняттєва активність* – цілеспрямована, тривала, регулярна, багатокomпонентна, бажана або очікувана діяльність, яка надає життю людини зміст і мету, є обов'язковою чи такою, яка приносить задоволення та відчуття досягнення. Складовими заняттєвої активності людини є: активність повсякденного життя, інструментальна активність повсякденного життя, продуктивна діяльність (робота), дозвілля, гра, освіта, відпочинок і сон, соціальна участь;
- *заняттєва участь* – виконання заняттєвої активності, що здійснюється за результатами безпосереднього особистісного вибору особою на основі мотивації та значущості активності для особи у сприятливому (безбар'єрному) середовищі.

Стани та ситуації, в яких ветерану може знадобитись допомога ерготерапевта (цей список не є вичерпним):

- хронічний біль;
- фізичні обмеження (включаючи обмеження діапазону рухів, мобільності);
- втрата кінцівок;
- порушення сну;
- потреба в навчанні користуванню та підборі обладнання для пересування (тростини та ходунки, інвалідні візки). Потреба в адаптації дому до нових умов (поручні, пандуси);
- потреба в допоміжних пристроях та обладнанні (наприклад, обладнання для ванної кімнати);
- депресія;
- тривога;
- посттравматичний стресовий розлад (ПТСР);
- зловживання психоактивними речовинами;
- нерегульований розпорядок дня та/або коригування способу життя і напрацювання нових корисних звичок;
- соціальна ізоляція;
- проблеми, спричинені черепно-мозковою травмою (ЧМТ).

Ерготерапевт використовуватиме різноманітні стандартизовані інструменти оцінки, щоб визначити вплив цих проблем у фізичному та психічному здоров'ї на повсякденне життя, домашні/сімейні ролі та здатність працювати. Разом з ветераном (та його сім'єю) розробляються стратегії, щоб подолати або впоратися з бар'єрами, на шляху адаптації до нових умов.

Скринінгові питання для визначення потреби в консультації ерготерапевта

1. Чи є важливі для вас заняття та обов'язки, з якими виникають труднощі, які ви раніше виконували (або зараз потребуєте їх виконувати)?
2. Чи є важливі ролі в житті, з виконанням яких виникають труднощі? (Наприклад, батька/матері, дружини/чоловіка, доглядальника/доглядальниці, утримувача сім'ї, робітника/робітниці, професіонала/професіоналки, студента/студентки або будь-яка інша важлива для вас роль).

4) Терапевти мови і мовлення – терапія мови і мовлення – процес відновлення та/або підтримки максимально можливого рівня всіх аспектів комунікації та/або ковання в осіб з обмеженнями повсякденного функціонування або ризиком їхнього виникнення для забезпечення оптимального рівня комунікативної взаємодії з навколишнім середовищем та/або безпечного процесу споживання їжі. Терапія мови і мовлення призначається, планується та здійснюється терапевтом мови й мовлення або під його контролем.

5) Протезисти-ортезисти – це спеціалісти у сфері медицини та охорони здоров'я, які пов'язані з дослідженнями та розробкою, проектуванням, виготовленням і застосуванням протезів та ортезів. Роль ортезиста/протезиста полягає в оцінюванні, призначенні, проектуванні, підгонці, моніторингу, проведенні терапії та навчанні щодо використання й догляду за відповідним ортезом/протезом, який відповідає вимогам людини.

6) Психологи, психотерапевти – відповідають за діяльність, спрямовану на відновлення та підтримку функціонування особи у фізичній, емоційній, інтелектуальній, соціальній і духовній сферах із застосуванням методів психологічної та психотерапевтичної допомоги у формах психотерапії, психологічного консультування або першої психологічної допомоги. Психологічну допомогу в реабілітації здійснює клінічний психолог (психолог, психотерапевт) у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди.

7) Сестри медичні з реабілітації – допомагають особам з інвалідністю та/або хронічними захворюваннями досягти та підтримувати максимальну працездатність. Медсестра реабілітаційної команди допомагає клієнтам адаптуватися до зміненого способу життя, водночас забезпечуючи терапевтичне середовище для розвитку ветерана/ветеранки та його/її родини.

8) Асистенти фізичних терапевтів та ерготерапевтів.

Проводити реабілітацію фахівці з реабілітації можуть як у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди, так і надавати реабілітаційну допомогу самостійно відповідно до мети, зазначеної в індивідуальному реабілітаційному плані, у формах, не заборонених законодавством.

IV.5. Чому реабілітація може бути потрібна ветерану/ветеранці?

Ветеран/ветеранка отримують поранення різного ступеня важкості під час ведення бойових дій. Відповідно до Білої Книги з фізичної та реабілітаційної медицини в Європі реабілітація – це комплекс заходів, які допомагають людям, що зазнають або можуть зазнати обмежень життєдіяльності, досягти і підтримувати оптимальне функціонування у взаємодії зі своїми середовищами. Що це означає на практиці?

Що у випадку отримання травм чи захворювання, а також у випадку погіршення психічного здоров'я ветеран/ветеранка повинні отримувати реабілітацію відповідно до реабілітаційних періодів. Завдання реабілітації має полягати у двох головних речах:

- поліпшення індивідуального функціонування, що проявляється, наприклад, у покращенні здатності особи до самообслуговування: можливості одягнутися, поїсти, переміститися з одного місця до іншого;
- внесення змін до середовища, у якому перебуває особа, наприклад, облаштування житла пандусами або доступною вбиральнею.

Важливо пам'ятати, що під час реабілітації ветеран/ветеранка обирає особисті індивідуальні цілі та разом з мультидисциплінарною командою фахівців рухається вперед для досягнення цих цілей. Наприклад, короткострокова ціль може бути такою: «Через тиждень я самостійно зможу піднятися сходами з першого поверху на третій». А довгострокова ціль: «Через місяць я зможу самостійно спустися з третього поверху на перший та пройти відстань до магазину/аптеки/тощо». Для досягнення цих цілей ветеран/ветеранка має займатися з фізичним терапевтом для покращення мобільності, отримати консультацію від ерготерапевта з приводу облаштування житла поручнями, якщо такі будуть необхідні, отримати консультацію від лікаря фізичної реабілітаційної медицини у випадку появи болю при ходьбі тощо

IV.6. Маршрут ветерана/ветеранки у процесі фізичної реабілітації

Після надання гострої медичної допомоги (реанімація, оперативні втручання, стабілізація гемодинаміки) поранені потребують гострої реабілітації.

Залежно від стану пацієнта реабілітаційна команда оцінює обсяг реабілітаційних втручань і визначають періоди реабілітації.

Реабілітаційні періоди

1. Гострий реабілітаційний період – це період реабілітації, який починається з моменту виникнення та/або виявлення обмеження повсякденного функціонування внаслідок розвитку гострого стану здоров'я.

Протягом цього періоду особі надається медична допомога та починає надаватися реабілітаційна допомога.

Ранній старт надання реабілітаційної допомоги – 24–72 години після стабілізації стану ветерана/ветеранки.

2. Післягострий реабілітаційний період починається з моменту, коли відповідно до клінічного протоколу за медичними показаннями особа не потребує цілодобового догляду лікаря-спеціаліста або при первинному діагностуванні стану здоров'я із хронічним перебігом після здійснення повного обсягу діагностичних заходів відповідно до клінічного протоколу та встановлення діагнозу захворювання (стану здоров'я), який є причиною або може призвести до обмеження повсякденного функціонування.

3. Довготривалий реабілітаційний період починається при виявленні обмеження повсякденного функціонування або стійкого обмеження життєдіяльності, або при хронічному перебігу хвороби, що прогресує та потребує реабілітації для досягнення й підтримки оптимального функціонування особи. Реабілітаційна допомога високого обсягу має надаватися періодично з метою підтримки оптимального функціонування особи.

КОДИ ЕЛЕКТРОННИХ НАПРАВЛЕНЬ, ЯКІ КОРИСНО ЗНАТИ ЛІКАРЮ ПМД

Направлення для захисника/захисниці виписується на консультацію лікаря ФРМ із кодом консультації А67022. Якщо у вашому регіоні або найближчій медичній установі немає лікаря ФРМ – потрібно виписати направлення на консультацію фізичного терапевта з кодом А67039 або на консультацію до ерготерапевта з кодом А67009.

А57001 – код направлення на нестационарну реабілітацію в плановому порядку. Алгоритм дій в електронній системі для вашого лікаря буде таким:

Епізод – Лікування – Електронне направлення – Планове – Діагнози

Стани після ендопротезування суглобів (стаціонарно 1 реаб. цикл для військових або амбулаторно 1 цикл для цивільних) упродовж 0–4 тижнів після виписки із стаціонару.

Стан після оперативних втручань на кістково-м'язовій системі (стаціонарно 1 реаб. цикл для військових або амбулаторно 1 цикл для цивільних) упродовж 0–4 тижнів після виписки із стаціонару.

Стани після ампутації кінцівок, крім кодів діагнозів першопричини класу S та T (амбулаторно макс. кількість реаб. циклів 4 на рік) упродовж 0–4 тижнів після виписки/переведення зі стаціонару.

Артрита, артрози (амбулаторно), упродовж 0–4 тижнів після виписки.

Стан після гострого мозкового інсульту (стаціонар/амбулаторно макс. кількість циклів 4 на рік) упродовж 0–8 тижнів після виписки/переведення зі стаціонару.

Стани після уражень нервової системи, крім кодів діагнозів першопричини класу S та T (стаціонар/амбулаторно) післягострий період упродовж 0–6 тижнів після виписки/переведення зі стаціонару.

Неврологічна дисфункція після хірургічних втручань, крім кодів діагнозів першопричини класу S та T (стаціонар/амбулаторно) упродовж 0–6 тижнів після виписки.

Стани після травматичного ушкодження нижніх кінцівок (стаціонар/амбулаторно) упродовж 0–4 тижнів після виписки.

Стани після травматичного ушкодження верхніх кінцівок (стаціонар для пацієнтів з кодами Y36 або Y36 та Y96, пацієнтів з ампутацією) упродовж 0–4 тижнів після виписки.

Стани після травматичного ушкодження головного мозку (стаціонар/амбулаторно) 0–4 упродовж тижнів після виписки.

Стани після травматичного ушкодження спинного мозку (стаціонар/амбулаторно) упродовж 0–4 тижнів після виписки.

Стан після травм внутрішніх органів та нервів, що їх іннервують (стаціонар/амбулаторно) упродовж 0–4 тижнів після виписки.

Стани після опіку або обмороження (стаціонар/амбулаторно) упродовж 0–4 тижнів після виписки.

Стани після травматичних ушкоджень декількох ділянок тіла (стаціонар/амбулаторно) упродовж 0–4 тижнів після виписки.

Після отримання електронного направлення на стаціонарну чи амбулаторну реабілітацію **можна самостійно обрати медзаклад для отримання послуг**. Щоб це зробити, потрібно:

- зайти на сайт [Національної служби здоров'я України](#);
- натиснути на посилання «Карта місць надання послуг за договорами з деталізацією за групами послуг»;
- обрати населений пункт;
- в полі «Група послуг» обрати 53-й пункт «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» або 54-й пункт «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах».

Якщо робота із сайтом здається складною – можна зателефонувати за номером НСЗУ 16-77 та отримати розгорнуту довідку про заклади, які надають відповідні послуги.

Стаціонарна реабілітаційна послуга за одним напрямом реабілітації має продовжуватись щонайменше 14 днів із тривалістю занять від 3 годин на день. За двома напрямами та більше – понад 21 день.

Амбулаторна реабілітація передбачає понад 14 днів інтенсивних занять, що мають тривати більше 1 години на добу.

Ветеран/ветеранка, залежно від важкості травми, може отримати від 2 до 8 реабілітаційних циклів упродовж року.

У рамках програми медичних гарантій є пакети реабілітаційних послуг. Щороку ці пакети доповнюють і вносять певні модифікації.

Амбулаторна реабілітація передбачає наступний перелік безоплатних послуг:

- реабілітаційне обстеження лікарем фізичної та реабілітаційної медицини та фахівцями з реабілітації – членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди;
- встановлення діагнозу та складання індивідуального реабілітаційного плану, програми реабілітаційної терапії;



[Кількість сеансів реабілітації, які оплачуються за Програмою медичних гарантій](#)

- визначення прогнозу за результатами реабілітаційного обстеження для планування подальшого реабілітаційного маршруту ветерана/ветеранки;
 - моніторинг клінічного стану і коригування реабілітаційного плану за потреби;
 - реабілітаційна допомога;
 - підбір, налаштування та навчання користування допоміжними засобами реабілітації;
 - психологічна допомога;
 - консультації лікарів;
 - навчання ветерана/ветеранки, членів родини або доглядачів особливостей догляду;
 - оформлення довідок, формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність та направлень на медико-соціально-експертну комісію та/або лікарсько-консультативну комісію тощо.
- У рамках реабілітації у стаціонарних умовах ветеран/ветеранка може розраховувати на такі послуги:
- реабілітаційне обстеження лікарем фізичної та реабілітаційної медицини, іншими спеціалістами і фахівцями з реабілітації;
 - складання індивідуального реабілітаційного плану та програми реабілітаційної терапії;
 - моніторинг клінічного стану й коригування реабілітаційного плану за потреби;
 - лабораторні та інструментальні обстеження;
 - консультації лікарів інших спеціальностей;
 - надання реабілітаційної допомоги одночасно за кількома напрямками;
 - цілодобовий медсестринський догляд;
 - психологічна допомога;
 - своєчасне знеболення на всіх етапах реабілітації;
 - лікарські засоби з Національного переліку основних лікарських засобів, медичних виробів та витратних матеріалів відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я;
 - харчування в стаціонарних умовах.

IV.7. Виявлення потреби у спрямуванні на визначення потреб у реабілітаційній допомозі за допомогою WHODAS 2.0

Опитувальник WHODAS 2.0 (Див. Додаток 6):

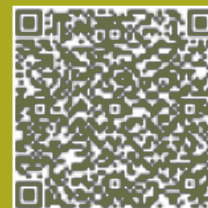
Розроблений фахівцями ВООЗ на концептуальній основі МКФ. Мета цього опитувальника – визначення загального показника здоров'я (функціонування) та обмеження життєдіяльності в основних сферах життя й забезпечення стандартизованого способу їхнього вимірювання (за останніх 30 днів оцінюється період ремісії).

Складається з шести доменів:

- **розуміння та спілкування** (оцінює комунікативну та мисленнєву діяльність; оцінені конкретні області включають концентрацію, запам'ятовування, вирішення проблем, навчання та спілкування);
- **пересування** (оцінює такі види діяльності, як стояння, переміщення вдома, можливість виходити з дому та ходити на велику відстань);
- **догляд за собою** (оцінює гігієну, одягання, їжу та перебування на самоті);
- **спілкування з людьми** (оцінює взаємодію з іншими людьми та можливі труднощі із цією життєвою сферою через стан здоров'я; у цьому контексті «інші люди» включають близьких або добре знайомих (наприклад, подружжя або партнер, члени сім'ї або близькі друзі) і невідомих (наприклад, незнайомці));
- **щоденна активність** (оцінює труднощі з повсякденними справами (тобто тими, якими люди займаються більшість днів, зокрема тими, що пов'язані з домашніми обов'язками, відпочинком, роботою та навчанням);

МОЗ затвердило два реабілітаційні маршрути:

1. Перелік ЗОЗ для реабілітації після ампутації - в кожній області є кілька ЗОЗ



2. Перелік ЗОЗ для реабілітації після ураження спинного мозку - 17 ЗОЗ



- **участь у суспільному житті** (оцінює соціальні аспекти, такі як діяльність громади; бар'єри і перешкоди в навколишньому середовищі респондента; та проблеми з іншими питаннями, такими як збереження особистої гідності).

Є три версії опитувальника.

На 36 питань – найбільш детальна, обчислює бали для шести доменів функціонування, обчислює загальну оцінку функціонування. Рекомендована ВООЗ. Додана у розділ 5 «Функціонування МКХ11».

Доступна у формах: для інтерв'ю, самостійно та проксі.

На 12 питань – корисна для короткого оцінювання загального функціонування в опитуваннях або дослідження наслідків для здоров'я в ситуаціях, коли часові обмеження не дозволяють застосувати більш довгу версію. Пояснює 81% дисперсії версії з 36 пунктів.

Доступна у формах: для інтерв'ю, самостійно та проксі.

Гібрид версій із 12+24 питань. Використовує 12 питань для перевірки проблемних сфер функціонування. На основі позитивних відгуків на 12 пунктів, респондентам можна поставити до 24 додаткових питань. Простий, адаптивний тест, який намагається повністю охопити 36 елементів, уникаючи при цьому негативних відповідей.

Доступна у формах: для інтерв'ю і комп'ютерно-адаптивне тестування (CAT).

Рекомендуємо використовувати версію **36-item опитувальника WHODAS 2.0**, оскільки вона:

- додана в розділ 5 «Функціонування МКХ11»;
- може бути заповнена ветераном/ветеранкою особисто офлайн або телефоном перед прийомом;
- передбачає можливість використання 2 флешкарт для зору.

36-item опитувальник WHODAS 2.0 ви знайдете в *Додатку 6*.

IV.8. Індивідуальний реабілітаційний план (документування процесу реабілітації).

Індивідуальний реабілітаційний план (ІРП) передбачає:

- здійснення комплексної вхідної оцінки стану ветерана/ветеранки з формулюванням реабілітаційного діагнозу перед початком реабілітації;
- проведення реабілітації за певною програмою, що укладена на основі оцінки стану ветерана/ветеранки;
- здійснення оцінки ефективності реабілітаційних заходів у динаміці та після завершення курсу реабілітації;
- складання рекомендацій щодо лікувальних і соціальних заходів, які необхідні на подальших етапах реабілітації.

ІРП розробляється й узгоджується мультидисциплінарною реабілітаційною командою після проведення реабілітаційного обстеження ветерана/ветеранки кожним членом мультидисциплінарної реабілітаційної команди та з урахуванням наявних порушень, обмежень повсякденного функціонування і потреб особи, й затверджується на загальних зборах команди лікарем фізичної та реабілітаційної медицини.

Індивідуальний реабілітаційний план складається з урахуванням результатів реабілітаційного обстеження, реабілітаційного періоду, визначення реабілітаційного прогнозу та місця (місць) проведення реабілітаційних заходів.

ІРП має містити загальні мету та завдання реабілітації з визначенням орієнтовних термінів їхнього досягнення, визначення переліку необхідних реабілітаційних заходів, кількісних потреб у фахівцях із реабілітації, потреб у реабілітаційному та іншому обладнанні, можливих потреб у продовженні надання реабілітаційної допомоги в іншому реабілітаційному закладі, відділенні,

підрозділі відповідно до рівня функціональних обмежень, можливостей, побажань, очікувань, прагнень особи, яка потребує реабілітації. Після затвердження індивідуального реабілітаційного плану кожен фахівець із реабілітації в рамках своїх професійних компетентностей за результатами реабілітаційного обстеження самостійно складає власну програму терапії, реалізує та оцінює її ефективність.

ІРП і внесені до нього зміни мають бути погоджені з ветераном/ветеранкою або її законним представником.

Положення про індивідуальний реабілітаційний план, порядок його фінансування та реалізації затверджуються Кабінетом Міністрів України.⁴⁰

Реабілітаційне обстеження – визначення ризику виникнення, наявності та ступеню порушень функцій і структур організму, обмежень активності й обмежень можливості участі ветерана/ветеранки, а також впливу факторів середовища та особистих факторів відповідно до Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я.

Обсяг реабілітаційної допомоги – показник, що визначається кількістю годин роботи фахівців з реабілітації з ветераном/ветеранкою за добу. Обсяг реабілітаційної допомоги може бути високим, середнім і низьким.

IV.9. Обладнання, яке має бути в реабілітаційному відділенні

Для того, щоб впевнитися, що реабілітаційне відділення надає сучасні реабілітаційні послуги, достатньо запитати, чи працює у відділенні мультидисциплінарна команда фахівців, та яке обладнання там є. Бажано, щоб у відділенні були наявні функціональні медичні ліжка, побутові предмети комфорту до кожного ліжка, електричний підйомник, крісла колісні й дошки для переміщення на них, інші допоміжні засоби реабілітації, такі як милиці, ролатори, вертикалізатори.

У **залі фізичної терапії** мають бути бруси для ходьби, сходи, платформи, кушетки, стельові підйомники, велотренажер, бігова доріжка, тому що завданням фізичної терапії є відновлення ходьби та мобільності людини.

Для **кімнати ерготерапії** потрібні різноманітні пристрої для симуляції реальних побутових ситуацій, пристрої для застібання гудзиків, одягання шкарпеток, набір тестів та пазлів для розвитку чутливості кистей та пальців. Це допомагає відновлювати здатність ветерана/ветеранки до самообслуговування та побутових дій.

У **кабінеті мови і мовлення** має бути планшет для занять з ветераном/ветеранкою, тематичні набори карток для розвитку мовлення. Також, тут мають бути дошки, трубки для тренування жування і кусання, спеціальний посуд для модифікованої їжі й пиття.

Повний перелік обладнання для реабілітаційних відділень, затверджений наказом МОЗ № 995 від 31 травня 2023, шукайте [за цим посиланням](#) на офіційному сайті МОЗ України.

Зверніть увагу! В реабілітаційному відділенні не повинно бути ванн, приладів для електрофорезу, УВЧ, магнітотерапії. Всі ці прилади належать до застарілої недоказової реабілітації, тому вони працюють на рівні структури та функції за МКФ (див. вище) і не мають нічого спільного з участю та діяльністю, поверненням ветерана/ветеранки до активного незалежного життя.

IV.10. Допоміжні засоби з реабілітації

Державою забезпечено два шляхи отримати допоміжні засоби та протезування для учасників бойових дій:

1. Як учасники бойових дій, ветерани/ветеранки мають право на безоплатне отримання допоміжних засобів реабілітації (ДЗР) відповідно до [постанови КМУ від 5 квітня 2012 р. № 321](#) «Про за-



[Наказ МОЗ № 995 від 31 травня 2023 р.](#)



[Постанова КМУ від 5 квітня 2012 р. № 321](#)

твердження Порядку забезпечення допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні та інші засоби реабілітації, їх переліку».

2. Відповідно до [постанови КМУ від 1 жовтня 2014 року № 518](#) «Деякі питання протезування та ортезування виробами підвищеної функціональності за новітніми технологіями та технологіями виготовлення, які відсутні в Україні, та/або спеціальними виробами для занять спортом окремих категорій осіб, які втратили функціональні можливості кінцівки або кінцівок».

Шлях особи для отримання ДЗР

До допоміжних засобів реабілітації, якими забезпечуються люди з інвалідністю, діти з інвалідністю та інші окремі категорії населення через структурні підрозділи соціального захисту населення, належать:

- **протезні вироби** (включно з протезно-ортопедичними виробами (ортези, протези), ортопедичне взуття);
- **засоби для пересування** (крісла колісні);
- **спеціальні засоби для самообслуговування та догляду** (допоміжні засоби для особистого догляду та захисту: наколінники, налокітники, рукавиці на протез, чохли для кукс верхніх і нижніх кінцівок, вкладиші із силіконової або гелевої композиції для кукс верхніх і нижніх кінцівок, подушки проти пролежневів та інші);
- **допоміжні засоби для особистої гігієни:** крісла-стілці, сидіння на унітаз, сидіння-надаставки на унітаз, щипці для туалетного паперу, стільці, табурети, сидіння для ванни та душу, східці, підставки для ванни, умивальники);
- **допоміжні засоби для особистої рухомості, переміщення та підйому** (палиці, милиці, ходунки, поручні);
- **меблі та оснащення** (столи, меблі для сидіння, ліжка, матраци проти пролежневів, перила та поручні, брусся, опори);
- **спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією** (магнітофони, диктофони, годинники, мобільні телефони для письмового спілкування).

Для створення Маршруту отримання засобів реабілітації використайте інформацію з Маршруту перенаправлень ветеранів з указанням контактів у вашій громаді (Додаток 1).

IV.11. Реабілітація за кордоном

Сьогодні існує можливість направлення ветерана/ветеранки на безоплатну реабілітацію за кордоном.

Для цього є два механізми.

Перший стосується захисників і захисниць, які перебувають у складі Сил безпеки і оборони України, постраждалих у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України. Це регулюється Постановою Кабінету міністрів України № 411 від 5 квітня 2022 року «Про забезпечення організації направлення осіб із складових сил оборони та сил безпеки, постраждалих у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України, на лікування за кордон».⁴¹

Ця Постанова визначає **порядок** направлення осіб зі складових Сил безпеки і оборони, постраждалих у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України, на лікування за кордон. У ньому описані **такі головні кроки:**

1. Направлення ініціюється закладами охорони здоров'я, у яких вони перебувають на лікуванні та/або реабілітації, про що складається клопотання щодо необхідності направлення захисника України для лікування за кордон.
2. У разі, коли захисники України перебувають на лікуванні та/або реабілітації у закладах охорони здоров'я, які не належать до сфери управління державних органів, що входять до складу сектору безпеки і оборони, клопотання надсилаються такими закладами охорони здоров'я до відповідних закладів охорони здоров'я, які належать до сфери управління державних органів, що входять до складу сектору безпеки і оборони (далі – військово-медичні заклади), із такими документами:
 - згода захисника/захисниці України або його/її законного представника на лікування за кордоном (за умови наявності висновку про необхідність направлення на лікування за кордон та письмового підтвердження готовності закладу охорони здоров'я іноземної держави на безоплатній основі прийняти на лікування) з обов'язковим наданням однозначної згоди на обробку персональних даних, що стосуються медичної інформації;
 - згода на обробку та передачу персональних даних закладам охорони здоров'я іноземних держав відповідно до законодавства в довільній формі;
 - виписка з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого за формою, затвердженою МОЗ.

Далі вже Наказом керівника військово-медичного закладу утворюється консиліум, який протягом трьох календарних днів від дати надходження розглядає клопотання, за результатами якого приймає рішення і готує висновок.

Військово-медичний заклад формує та надсилає до Командування Медичних сил Збройних Сил дозвіл керівника складової Сил безпеки і оборони, до якого належить захисник України, на виїзд за кордон та направляє інші документи до МОЗ України.

На основі зазначених документів МОЗ України підшукує заклад охорони здоров'я для спрямування захисника/захисниці.

Загалом процес може тривати від 3 до 6 тижнів.

За супровід захисника/захисниці за кордоном відповідає Міністерство закордонних справ України.

Другий (на період воєнного стану) – стосується захисників/захисниць, які вже не є у складі Сил безпеки і оборони, тобто вже є цивільними. Процедура відбувається відповідно до Наказу МОЗ 574 від 5 квітня 2022 року «Про затвердження Критеріїв направлення громадян України для лікування за кордон на період дії воєнного стану та визначення закладів охорони здоров'я, які здійснюють координацію направлення громадян України для лікування за кордон на період дії воєнного стану».⁴²

Цей наказ визначає критерії направлення громадян України для лікування за кордон на період дії воєнного стану.

Відповідність критеріям направлення громадян України за кордон для лікування під час дії воєнного стану підтверджується формою первинної облікової документації № 027/о «Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого», затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування»⁴³, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974, заповненою лікарем закладу охорони здоров'я, який здійснює координацію направлення громадян України для лікування за кордон.

Офіційний веб-сайт Міністерства Охорони Здоров'я України.
Актуальна інформація з реабілітації



IV.12 Допротезна реабілітація та догляд за куксою

З моменту ампутації кінцівки в людини починається відносно новий етап життя.

Ветерану необхідно знайти мотивацію і сили в собі для того, щоб підготувати себе до нових викликів і труднощів. З моменту проведення ампутації і формування кукси необхідно забезпечити належний догляд і контроль за її станом.

Допротезна реабілітація починається ще в лікарні. Обробка рани, бинтування, вправи для запобігання контрактури та підтримання амплітуди рухів – усе це створює оптимальні умови для подальшого протезування.

Зазвичай протезування проходить у два етапи: спочатку підбирається тимчасовий протез, а вже пізніше – виготовляється постійний індивідуальний. Тимчасовий протез можуть рекомендувати у медичному закладі, щоб правильно формувати розмір кукси – частини кінцівки, що залишається після ампутації. Він може бути не дуже естетичним та мобільним. Але на це не потрібно звертати багато уваги. Це тільки підготовчі, початкові технічні засоби. Покористувавшись тимчасовими виробами, зрозумівши його будову і функціонал, стає зрозумілим, на що слід звернути увагу при виготовленні в подальшому постійного індивідуального протезу.

Післяопераційні ускладнення ампутацій включають:

- біль;
- гематоми;
- інфекцію та некроз тканин;
- контрактуру суглобів;
- м'язову слабкість;
- фантомний біль.

Одразу після ампутації проводять заходи, спрямовані на ліквідацію набряку, профілактику утворення або усунення контрактур, підвищення загальної витривалості організму пацієнта, підготовку м'язової системи до якнайшвидшої вертикалізації. Всі ці своєчасно розпочаті заходи здатні значно скоротити терміни післяопераційного відновлення та забезпечити успішне раннє протезування. Після проведення ампутації необхідно правильно сформувати куксу. Початково її формує команда лікарів-хірургів. А в післяопераційному етапі потрібно займатись самостійно чи з допомогою медичних працівників.

Пацієнту слід дотримуватись вказівок хірурга щодо загоєння кукси. Раннє накладання еластичної пов'язки має ряд позитивних ефектів: знімає набряк і запобігає венозному застою, сприяє формуванню кукси, забезпечує захист шкіри, зменшує проблеми із зайвими тканинами та зменшує фантомний біль. Пов'язку накладають у вигляді вісімки (по діагоналі), забезпечуючи натяг еластичного бинта приблизно на дві третини його максимального розтягування. Після втрати еластичності бинт треба замінити.

Для кукси стегна використовують бинти шириною 10-15 см, гомілки – шириною 8-10 см. Кожен тур пов'язки перекриває, приблизно на половину ширини бинта, попередній. Тиск на кінцях (на торці кукси) повинен бути більшим, чим на початку кукси.

Пов'язка завжди повинна закінчуватися на лімфатичних вузлах вище набряку та має бути чистою і сухою, гладкою і без зморшок.

Також існують компресійні чохла та силіконові або гелеві лайнери, які зручніше одягати і вони з більшою ймовірністю залишаться на місці й не будуть зісковзувати. Однак вони показані

для циліндричних форм кукси. Для кукс складної форми (булавоподібна, з надлишком або дефіцитом м'яких тканин) їх складно підібрати, доцільніше використовувати еластичні бинти.

Якщо після накладення пов'язки присутні відчуття оніміння, пульсації, холоду потрібно відразу зняти і накласти її повторно з меншим натягом.

Для усунення або зниження фізичної чи психологічної реакції на подразник виконується десенсибілізація. Після ампутації кукса є дуже чутливою, тому важливими є процедури десенсибілізації, які можуть включати ніжний масаж, легкі постукування, вібрацію, постійний тиск і накладання різних видів пов'язок на чутливу ділянку. Після повного загоєння рекомендується активна масажна терапія, щоб запобігти спайкам шкіри та забезпечити додаткову сенсорну передачу на куксу, оскільки масажування цієї ділянки тренує пацієнта терпіти тиск, пов'язаний із контактом між куксою та гільзою протезу.

На пізній стадії відновлення проводити десенсибілізацію потрібно 2-3 рази на день протягом щонайменше 5 хвилин, проте метод і час десенсибілізації можуть відрізнятися залежно від стану кукси, і відповідні методи потрібно вибирати та застосовувати на основі обговорення з фізичним терапевтом.

Формування ампутаційної кукси

Формування кукси є дуже важливою частиною реабілітаційної програми перед носінням протеза. Оскільки неправильне формування може погіршити кровообіг та загоєння ран.

Чотири характерні методи формування кукси включають:

1. М'яка пов'язка

Метою м'якої пов'язки є фіксація кукси шляхом обгортання її у формі цифри 8 за допомогою еластичного бинта для сприяння загоєння та дозрівання ампутаційної кукси. Цей метод зменшує набряк кукси, запобігає виникненню гематом, покращує формування конусу та зменшує вплив бактерій для запобігання інфекції. Під час накладання м'якої пов'язки необхідно стежити за тим, щоб кровотік не обмежувався за рахунок застосування оптимального тиску, а для формування конічної форми кукси дистальну частину слід загорнути щільніше, ніж проксимальну.

2. Напівжорстка пов'язка

Накладання напівжорсткої пов'язки є ще одним методом фіксації, який використовується для зменшення набряку та кращого загоєння кукси. Цей метод має переваги жорсткої пов'язки та водночас використання еластичних матеріалів для фіксації кукси, що сприяє процесу загоєння. Одним із типів напівжорсткої пов'язки є повітряна шина.

Повітряна шина – це шина, що містить повітряну кишеню над перев'язаною куксою, яка стискає куксу та сприяє належному її формуванню. Перевага методу полягає в тому, що пневматична шина легко одягається, стан кукси легко спостерігати, і цей метод психологічно заспокоює пацієнта.

3. Жорстка пов'язка

Жорстка пов'язка передбачає фіксацію кукси гіпсовою пов'язкою після ампутації. Мета жорсткої пов'язки така ж, як і м'якої, але забезпечує кращий захист кукси від травми завдяки твердшій поверхні. Крім того, жорсткі пов'язки є ефективнішими, ніж еластичні бинти, адже запобігають набрякам і гематомам, а раннє дозрівання кукси досягається легше. Однак у жорстких пов'язок є недоліки: вони важчі за м'які пов'язки, знімання від кукси може спричинити дискомфорт через тертя, а стан кукси безпосередньо не видно. Тому для перевірки кукси, оцінки процесу загоєння рани або контролю температури та вологості кукси потрібна часта заміна гіпсової пов'язки, що може бути незручно. Якщо температура і вологість під гіпсовою пов'язкою не контролюються, а з кукси є виділення чи рана не загоюється, ймовірною причиною є приєднання бактеріальної інфекції. Ця ситуація потребує особливого догляду та уваги – необхідно звернутися до лікуючого лікаря.

4. Тимчасовий протез

Очікуючи повного загоєння рани кукси після ампутації, можна носити тимчасовий протез, щоб допомогти пацієнту навчитися цього перед носінням постійного протеза. За допомогою цього методу фіксування кукси є набагато ефективнішим, ніж обмотування еластичним бинтом, а також є можливість оцінити реабілітаційний потенціал пацієнта. Крім того, у разі ампутації нижньої кінцівки ходьба з протезом полегшує адаптацію, на відміну від використання милиць. Ця методика позитивно мотивує людину після ампутації. Це спрощує складні програми вправ і підвищує ймовірність швидкої виписки та соціальної реінтеграції. При виготовленні тимчасового протезу він повинен бути максимально схожим на постійний протез, який буде використовуватися в кінцевому підсумку.

Підтримка діапазону рухів і запобігання деформації

Після ампутації нижньої кінцівки, щоб запобігти контрактурам (обмежена рухливість в суглобах) та зберегти правильне положення в стані спокою, бажано не сидіти та не користуватися кріслом колісним протягом тривалого періоду часу. Після операції не варто на ліжку підкладати під куксу подушку, щоб не було згинання в кульшових і колінних суглобах. У разі ампутації вище коліна слід, коли це можливо, перебувати в положенні лежачи на животі, щоб забезпечити можливість збереження розгинання кульшового суглоба. Необхідно стежити за збереженням горизонтальної орієнтації тазу, щоб запобігти контрактурі відведення кульшового суглоба. Під час сидіння при ампутації нижче коліна слід уникати тривалого згинання коліна, а при використанні крісла колісного рекомендується тримати колінний суглоб розігнутим. Приблизно через 2-3 тижні після операції виконання легких вправ для зміцнення м'язів може допомогти запобігти контрактурам.

Рекомендовані вправи перед носінням протеза

Постійні фізичні вправи перед носінням протеза покращують кровообіг і силу м'язів кінцівок та збільшують діапазон рухів. Вправи також можуть допомогти запобігти контрактурі суглобів або виправити контрактури, які вже виникли, на додаток до зменшення набряку та покращення функції серцево-судинної системи.

Зазвичай основні вправи зосереджені на:

- покращення рівноваги;
- зміцнення м'язів для полегшення контролю ампутованої ділянки;
- тренування повсякденних дій, спрямованих на самообслуговування. Таких як завдання, пов'язані з одяганням та роздяганням, проведення гігієнічних процедур, пересідання на різновисокі поверхні, в автомобіль.

Типи вправ відрізняються для кожної ампутованої ділянки, тому визначаються індивідуально з лікарем. Проте існують певні вправи для розминки, які необхідно виконувати у всіх випадках. Наприклад, через сім днів після операції слід почати виконувати ізометричні вправи з такою інтенсивністю, яку пацієнт може витримати принаймні протягом трьох тижнів. У цих вправах людина глибоко дихає та чергує напруження та розслаблення м'язів кукси приблизно до трьох хвилин. Мета ізометричних вправ полягає в тому, щоб допомогти зберегти міцність м'язів. Ізометричні вправи – це силові вправи, акцент полягає у статичному утриманні м'язів. Без рухів у суглобах. Наприклад, утримувати пряму ногу в колінному суглобі, з навантаженням на край кінцівки. Або вправа «планка».

Ізотонічні вправи, які виконуються для збільшення сили м'язів, слід робити після того, як зменшиться біль або набряк кукси, що зазвичай відбувається приблизно через три тижні після операції. Для цих вправ найчастіше використовуються еластичні стрічки.

Догляд за шкірою кукси

Щоб запобігти зростанню післяопераційного рубця кукси, проводять глибокий фрикційний масаж вертикально по лінії рубця. Мета фрикційного масажу (масажу поперечним тертям) по-

лягає в тому, щоб підтримувати рухливість структур м'яких тканин, а також запобігати утворенню рубців.

Масаж може бути максимально ефективним при дотриманні таких основних принципів:

- правильне виконання процедури та пальпація конкретного сухожилля, зв'язки або м'яза;
- фрикційний масаж необхідно проводити поперек уражених волокон;
- пальці лікаря і шкіра пацієнта повинні рухатися як одне ціле, інакше рух підшкірної фасції проти м'язів або зв'язок може призвести до утворення пухирів або підшкірних синців;
- фрикційний масаж повинен бути достатньо глибоким;
- пацієнт повинен перебувати в зручному положенні.

Частота та тривалість лікування залежить від тяжкості та типу травми. Протез надягають після загоєння та формування кукси, фокусуючись на зменшенні її чутливості та набряку. У цей час, оскільки кукса вставляється в куксоприймач, можуть виникнути проблеми, пов'язані з тертям, такі як потертості, пухирі, набряки, а також бактеріальні інфекції, тому необхідна належна гігієна.

Потрібно щодня мити, очищувати та висушувати куксу, зробивши це частиною особистої гігієни. Можна використовувати контрастний душ та рідке мило для миття кукси, після чого потрібно витерти її насухо рушником. Шарпетки для кукси та лайнери для протезів слід щодня прати м'яким антибактеріальним милом без ароматизаторів і добре промивати. Потрібно робити це частіше, якщо на вулиці чи в приміщенні спекотно. Слід припинити одягати протез, якщо присутній біль або дискомфорт, та звернутися до спеціаліста.

При огляді пацієнта із ампутованою кінцівкою важливо звернути увагу на тривожні ознаки («червоні прапорці»).

1. Почервоніння шкіри кукси, набряк, виділення, підвищена температура шкіри над куксою або гарячка у пацієнта. При підозрі на інфекційний процес сімейний лікар може самостійно оглянути та надати рекомендації або скерувати до хірурга.
2. Висипання на шкірі кукси (можлива алергічна реакція, наприклад, контактна алергія на гільзу протеза). Сімейний лікар може самостійно оглянути та надати рекомендації або скерувати до дерматолога.
3. Виражені больові відчуття при дотику до кукси чи при носінні протеза, які не проходять через 1-2 години після усунення тиску. В такому випадку варто скерувати пацієнта до хірурга.
4. Фантомні болі – потрібний огляд хірурга та проведення додаткових обстежень (зокрема УЗД кукси). Над вирішенням цієї проблеми зазвичай працює мультидисциплінарна команда, що складається із хірурга, фізичного терапевта, сімейного лікаря, психолога/психотерапевта.

КОНТАКТИ.....

Якщо маєте питання чи пропозиції до команди, яка працювала над методичними рекомендаціями, заповніть форму для зворотнього зв'язку:

<https://forms.gle/P8wq7okRE5y2mFEp8>



ПРИМІТКИ

1. World Health Organization. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. No. WHO/HIS/SDS/2018.15. World Health Organization, 2018.
2. Квіташвілі, О. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. <https://healthsag.org.ua/strategiya/>.
3. Зараз діє Стратегія розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року <https://moz.gov.ua/storage/uploads/3b12eed8-260c-46e5-baa7-b8418d7187ee/UKR-Strategy-2030-.pdf>.
4. Станом на 25 липня 2024 року в Україні було 1 млн 300 тис. ветеранів, за інформацією заступника міністра у справах ветеранів України Руслана Приходька <https://www.rbc.ua/rus/news/veteraniv-ukrayini-stae-bilshe-k-zminitsya-1764664391.html>.
5. Narasimhan, M.; Allotuy, P.; Hardon, A. Self care interventions to advance health and wellbeing: a conceptual framework to inform normative guidance. *bmj*, 2019, 365.
6. Saraceno, B., et al. Reorganization of mental health services: from institutional to community-based models of care. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 2015, 21.7: 477?485.
7. Доказове лікування ветерана. <https://www.youtube.com/watch?v=7dzkS0ioqqw>
8. Терапії першого вибору за оцінками урядової структури Національного центру ПТСР при пережитому травматичному стресі <https://youtu.be/7ywmre5ohKU?si=xHLcTpCXIIQJ-zrP>.
9. Плани НСЗ <https://www.longtermplan.nhs.uk/>.
10. Перелік суб'єктів надання послуг, включених до Реєстру суб'єктів надання послуг із психологічної допомоги для ветеранів і членів їх сімей <https://mva.gov.ua/veteranam/perelik-subektiv-nadannya-poslug-vkluchenih-do-reestru-subektiv-nadannya-poslug-iz-psihologichnoi-dopomogi-dlya-veteraniv-i-chleniv-ih-simey>.
11. Закон України про психіатричну допомогу <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text>.
12. Інформація про кількість учасників бойових дій <https://data.gov.ua/dataset/034f43a4-133a-498f-8478-6076ed1013e4>.
13. Veterans Health Statistics Table. National Center for Health Statistics. https://www.cdc.gov/nchs/nhis/veterans_health_statistics/tables.htm.
14. Lukaschek K., Baumert J., Kruse J., et al. Relationship between posttraumatic stress disorder and type 2 diabetes in a population-based cross-sectional study with 2970 participants. *J Psychosom Res* 2013;74:340–5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23497837>.
15. Prevalence of and Trends in Diabetes Among Veterans, United States, 2005–2014 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5737977/>.
16. https://moz.gov.ua/uploads/10/53357-dodatok_8.pdf
17. https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/MOZ_nakaz_19.01.2023_102_standarty_dodatky.pdf
18. Закон України Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12#Text>
19. Інформаційна кампанія <https://veteranfund.com.ua/2022/08/16/16-08-2022/>.
20. Настанова 00743. Головний біль <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3530>
21. Генератор «білих шумів» для Android <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.tmsoft.whitenoise.generator.noise&hl=uk&gl=US>
22. Генератор «білих шумів» для AppStore <https://apps.apple.com/ru/app/noise-generator-full-spectrum/id1206450560?l=uk>
23. Veterans' Diseases Associated with Agent Orange. <https://www.publichealth.va.gov/exposures/agentorange/conditions/index.asp>

24. Росія систематично здійснює хімічні атаки проти українських військових – The Telegraph <https://suspilne.media/722114-rosia-sistematicno-zdijsnue-himicni-ataki-proti-ukrainskih-vijskovih-the-telegraph/>
25. Facts About Riot Control Agents <https://emergency.cdc.gov/agent/riotcontrol/factsheet.asp>.
26. United States Department of State and United States Agency for International Development FY. 2024 Annual Performance Report (p. 30) https://www.state.gov/wp-content/uploads/2025/02/FY_2024-APR_01-17-2024_Compliant-PDF.pdf.
27. Chloropicrin (PS): Lung Damaging Agent https://www.cdc.gov/niosh/ershdb/emergencyresponsecard_29750034.html
28. Lussier, M.- T., MD, MSC, Richard, C., PHD. (2006, November 10). Can Fam Physician. № 52(11): 1401–1402. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1783704/>
29. Базовий план ведення хвороби <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250138/9789241548922-ukr.pdf?sequence=1#page=21>.
30. Prins, A., Bovin, M. J., Kimerling, R., Kaloupek, D. G, Marx, B. P., Pless Kaiser, A., & Schnurr, P. P. (2022). Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5). <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/pc-ptsd5-screen.pdf>.
31. Clinician Administered PTSD Scale (CAPS-5). . <https://istss.org/clinical-resources/adult-trauma-assessments/clinician-administered-ptsd-scale/>.
32. PTSD Treatment: Know Your Options https://youtu.be/WQvrZVsYizo?si=I3G_9-ECdEtv5hsB.
33. Child and Family Traumatic Stress Intervention (CFTSI). <https://nationalgangcenter.ojp.gov/spt/Programs/3583>.
34. Опитувальник, зокрема, вміщено у Додатку 1 до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія» <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1003282-14#Text>.
35. Bandelow, B., Boerner, J. R., Kasper, S., Linden, M., Wittchen, H. U., Möller, H.J. (2013) The diagnosis and treatment of generalized anxiety disorder <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23671484/>.
36. Olatunji, B. O, Cisler, J. M., Deacon, B. J. (2010) Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20599133/>.
37. Gros, D. F., Magruder, K. M., & Frueh, B. C. (2013). Obsessive compulsive disorder in veterans in primary care: Prevalence and impairment. General Hospital Psychiatry, 35(1), 71–73. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.09.004>
38. Terri L. Barrera, Emily L. Hiatt, Nancy Jo Dunn, Ellen J. Teng. (2013, April). Impact of panic disorder on quality of life among veterans in a primary care pilot study. Comprehensive Psychiatry. Volume 54, Issue 3, Pages 256?261. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23102729/>
39. Alcohol Use Disorders Identification Test Audit-C Test <https://www.hepatitis.va.gov/alcohol/treatment/audit-c.asp#S2X>
40. Закон України «Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>.
41. Кабінет міністрів України. (2022, 5 квітня). Постанова № 411 «Про забезпечення організації направлення осіб із складових сил оборони та сил безпеки, постраждалих у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України, на лікування за кордон». <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2022-%D0%BF#n18>.
42. Міністерство охорони здоров'я України. (2022, 5 квітня). Наказ № 574 «Про затвердження Критеріїв направлення громадян України для лікування за кордон на період дії воєнного стану та визначення закладів охорони здоров'я, які здійснюють координацію направлення громадян України для лікування за кордон на період дії воєнного стану» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0414-22#Text>.

43. Міністерство охорони здоров'я України. (2012, 14 лютого). Наказ № 110 «Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації № 027/о "Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого"» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0682-12#n3>.
44. Міністерство охорони здоров'я України. (2011, 16 вересня). Наказ. № 595 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів». <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1159-11#Text>.
45. Ст 35-2 ЗУ Основи законодавства України про охорону здоров'я №2801-XII від 19.11.1992, зі змінами 2022., редакція від 12.01.2022. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
46. Sexual assault. Committee Opinion No. 499. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2011;118:396–9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21775873/>
47. Kimerling R, Gima K, Smith MW, Street A, Frayne S. The Veterans Health Administration and military sexual trauma. Am J Public Health 2007;97:2160–6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17971558/>

КОНТАКТИ.....

Якщо маєте питання чи пропозиції до команди, яка працювала над методичними рекомендаціями, заповніть форму для зворотнього зв'язку:

<https://forms.gle/P8wq7okRE5y2mFEp8>



ДОДАТКИ

Додаток 1

МАРШРУТ ПЕРЕНАПРАВЛЕНЬ ВЕТЕРАНІВ (ЗАПОВНЮЄТЬСЯ КОМАНДОЮ ДЛЯ ФОРМУВАННЯ МЕРЕЖІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ВЕТЕРАНАМ І ВЕТЕРАНКАМ У ГРОМАДІ)

ВИД ПОСЛУГИ	ЗАВДАННЯ	ОРГАНІЗАЦІЯ, КОНТАКТ ДЛЯ ЗАПИСУ
Первинна медична допомога	• Координація ветерана/ ветеранки в системі охорони здоров'я та за її межами. • Забезпечення широкого і доступного обсягу послуг для ветерана/ ветеранки на рівні громади. • Забезпечення ветерана/ ветеранки інформацією щодо послуг, як медичних, так і немедичних, у громаді та за її межами. • Збереження здоров'я ветерана/ ветеранки та покращення якості життя. • Інтеграція ветерана/ ветеранки у громаду. • Забезпечення збереження честі та гідності ветерана/ ветеранки у громаді.	
Спеціалізована медична допомога	Надання послуг спеціалізованої медичної допомоги (включно із реабілітацією, протезуванням та доглядом за протезами, паліативною допомогою, наркологічною, психіатричною та ін. допомогою).	
Психологічна допомога	• Підтримка психічного здоров'я ветерана/ветеранки та інформування щодо можливих порушень у сфері психічного здоров'я. • Надання якісних і комплексних послуг у сфері охорони психічного здоров'я. • Раннє виявлення та реагування на порушення психічного здоров'я ветерана/ветеранки • Послуги, які може отримати. ветеран/ветеранка у сфері охорони психічного здоров'я. • Профілактика, раннє виявлення, інформування та захист психічного здоров'я ветерана/ветеранки.	
Соціальна допомога	• Допомога в реінтеграції ветерана/ветеранки у громаду. • Допомога з пошуком житла, роботи для ветеранів/ ветеранок та їхніх сімей або забезпечення таким житлом на коротку перспективу. • Забезпечення захисту ветеранів/ветеранок від насильства, стигматизації. • Допомога в повсякденному житті ветеранам/ветеранкам з інвалідністю. • Адвокація доступності приміщень і споруд для ветеранів/ ветеранок з інвалідністю. • Захист прав дітей і сімей ветеранів/ветеранок, які потрапили у складну життєву ситуацію. • Оцінка побутових умов ветеранів/ветеранок за місцем проживання/ роботи.	
Неформальна допомога	• Сприяння самостійності ветерана/ветеранки в опіці про себе, своє здоров'я та свою сім'ю. • Сприяння створенню спільноти ветеранів у громадах, областях. • Забезпечення інформування ветеранів/ветеранок щодо законодавчих або інших процесів на рівні громад, областей, країни. • Допомога ветеранам/ветеранкам у вирішенні проблем зі здоров'ям або в соціальній сфері. • Організація розважальних, освітніх та інформаційних подій для ветеранів/ветеранок та їхніх сімей для досягнення багатьох цілей. • Захист ветеранів/ветеранок від стигматизації.	

Додаток 2.1

СОМАТИЧНЕ ЗДОРОВ'Я

Ім'я _____

Дата народження _____

1	ІМТ	Менше 25	Контроль через 1 рік
Лікар розраховує за формулою: $I=m/h^2$ де m – це маса тіла в кілограмах, а h – це зріст в метрах		Більше 25	Слід дотримуватися дієти й мати помірні фізичні навантаження. Повторимо визначення ІМТ через 6 місяців
Дата оцінювання		Дата наступного оцінювання	
Коментарі			

2	ЦД	Менше 12 місяців тому	
Коли ви востаннє здавали аналіз на рівень глюкози у крові?		Ніколи або більше 1 року тому	Слід визначити рівень глюкози крові натще
Рівень глюкози у крові		Менше або дорівнює 6,0 ммоль/л	Слід повторно здати аналіз не більше, ніж через 1 рік від попереднього дослідження
		> 6,0 ммоль/л	Слід здати глікований гемоглобін і скерувати на консультацію ендокринолога
Дата оцінювання		Дата наступного оцінювання	

3	СЛУХ	Так	Дуже добре. Далі такі обстеження слід робити лише за наявності скарг. Дотримуйтеся рекомендацій ЛОРа, якщо такі були
Чи проходили ви обстеження слуху (аудіометрію) хоча б 1 раз після останнього повернення із зони бойових дій?		Ні	Слід зробити аудіометрію хоча б 1 раз
Дата оцінювання		Дата наступного оцінювання	

4	ЗІР	Так	Дуже добре. Далі такі обстеження слід робити лише за наявності скарг. Дотримуйтеся рекомендацій офтальмолога, якщо такі були
Чи отримували ви консультацію офтальмолога хоча б 1 раз після останнього повернення із зони бойових дій?		Ні	Слід перевірити зір
Дата оцінювання		Дата наступного оцінювання	

5	ЩОДЕННИК АТ	Показники АТ у межах вікової норми	Повторити дослідження через 2 роки
Вимірювання АТ 2 рази на добу протягом 4-5 днів із отриманням повторної очної чи дистанційної консультації		Показники АТ підвищені	Надати рекомендації щодо подальшого ведення гіпертонічної хвороби
Дата оцінювання		Дата наступного оцінювання	

6	ЛІПІДОГРАМА	Показники у межах норми	Повторити дослідження через 2 роки
		Показники змінені	Надати рекомендації щодо подальшого ведення дисліпідемії
Дата оцінювання		Дата наступного оцінювання	

7	ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ	Двічі після останнього повернення із зони бойових дій з інтервалом щонайменше 3 місяці тестувався/лася на ВІЛ та гепатит С та щонайменше 1 раз на гепатит В	Дуже добре. Далі ці тести потрібно виконувати лише якщо ви в групі ризику
Коли ви востаннє проходили тестування на ВІЛ та гепатити В і С?		1 раз після останнього повернення із зони бойових дій	Слід повторно виконати тест на ВІЛ та гепатит С через 3 місяці від дати першого тестування
		Жодного разу після останнього повернення із зони бойових дій	Слід провести тестування на ВІЛ після та гепатити В і С зараз, а потім через 3 місяці повторно виконати тест на ВІЛ та гепатит С
Дата оцінювання		Дата наступного оцінювання	

8	ОНКОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ 8А ЗАХВОРЮВАННЯ ШК (оцінювання проводять ветеранам після 50 років)	Ніколи або більше 1 року тому	Слід здати кал на приховану кров
Коли ви востаннє здавали кал на приховану кров?		Менше 1 року тому і все було гаразд	Слід здати кал на приховану кров не пізніше, ніж через 1 рік від дати попереднього дослідження
		Менше 1 року тому і результат тесту був позитивним	Слід проконсультуватись із гастроентерологом щодо необхідності виконання колоноскопії
Дата оцінювання		Дата наступного оцінювання	

ЦЕЙ БЛОК ОЦІНЮВАННЯ ПРОВОДЯТЬ ЛИШЕ ДЛЯ ЧОЛОВІКІВ СТАРШЕ 40 РОКІВ

8	ОНКОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ 8Б ЗАХВОРЮВАННЯ ПРОСТАТИ	Ніколи або більше 2 років тому	Слід здати кров на PSA
Коли ви востаннє здавали аналіз крові на простатспецифічний антиген (PSA)?		Менше 2 років тому	- якщо показник був менше, ніж 2,5 нг/мл, то слід здати аналіз не пізніше, ніж через 2 роки від попередньої дати дослідження - якщо показник був рівний або більше 2,5 нг/мл, то слід здати аналіз не пізніше, ніж через 1 рік від попередньої дати дослідження
Дата оцінювання		Дата наступного оцінювання	

ЦЕЙ БЛОК ОЦІНЮВАННЯ ПРОВОДЯТЬ ЛИШЕ ДЛЯ ЖІНОК

8	8В ГІНЕКОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ	20-29 р	Була більше 3 років тому	Необхідна консультація гінеколога із проведення ПАП-тесту та дослідження на ВПЛ
	Коли ви востаннє були в гінеколога?		Була протягом останніх 3 років	Потрібно пройти огляд у гінеколога не пізніше, ніж через 3 роки від дати попередньої консультації та під час огляду провести дослідження на ВПЛ та цитологічне дослідження (ПАП-тест)
	Дата оцінювання		Дата наступного оцінювання	

8	8Г ГІНЕКОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ	30-49 р	Була більше 5 років тому	Необхідна консультація гінеколога із проведенням ПАП-тесту та дослідження на ВПЛ
	Коли ви востаннє були в гінеколога?		Була менше 5 років тому	Потрібно пройти огляд у гінеколога не пізніше, ніж через 3 роки від дати попередньої консультації та під час огляду провести дослідження на ВПЛ та цитологічне дослідження (ПАП-тест)
	Дата оцінювання		Дата наступного оцінювання	

8	8Д ЗАХВОРЮВАННЯ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ	20-39 р	Робила УЗД молочних залоз більше 2 років тому	Слід пройти УЗД молочних залоз зараз і надалі 1 раз на 2 роки
	Коли ви востаннє проходили обстеження молочних залоз (УЗД молочних залоз або мамографію)?		Робила УЗД молочних залоз менше 2 років тому	Слід пройти УЗД молочних залоз не більше, ніж через 2 роки від попередньої дати дослідження
	Дата оцінювання		Дата наступного оцінювання	

8	8Д ЗАХВОРЮВАННЯ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ	40-65 р	Робила мамографію більше 2 років тому або не робила ніколи	Слід зробити мамографію
	Коли ви востаннє проходили обстеження молочних залоз (УЗД молочних залоз або мамографію)?		Робила мамографію менше 2 років тому	Слід зробити мамографію залоз не більше, ніж через 2 роки від попередньої дати дослідження
	Дата оцінювання		Дата наступного оцінювання	

9	ТУБЕРКУЛЬОЗ	Ні	Використати опитувальник з Додатку 8 до Стандартів медичної допомоги «Туберкульоз»
	Чи проходили ви опитування щодо симптомів, що можуть свідчити про туберкульоз, хоча б 1 раз після завершення служби?	Відповіді «ні» на всі запитання опитувальника	Проводити скринінг щороку за наявності факторів ризику
		Відповідь «так» на будь-яке запитання опитувальника	Скерувати на рентгенографію ОГК або низькодозову КТ ОГК
	Дата оцінювання	Дата наступного оцінювання	

НОТАТКИ

Додаток 2.2

ОЦІНКА СТАНУ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ВЕТЕРАНА/КИ

Ім'я _____

Дата народження _____

1	Виявлення стрес-провокованих проблем психічного здоров'я	Ніколи	Контроль через 1 рік
	Іноді з людьми стаються незвично або особливо жакливі події, або загрозливі для їхнього життя чи здоров'я. Чи переживали ви потенційно травматичну подію та/або втрату, можливо стали свідком?	Так	Якщо так, задайте запитання 2, 3, 4 Оцінки стану психічного здоров'я ветерана/ки
Дата оцінювання		Дата наступного оцінювання	
Коментарі			

2	Подія/ї спровокувала/и сильний стрес, пов'язаний із реальною смертю або загрозою смерті, серйозними травмами або сексуальним насильством і сталась/-лись безпосередньо з вами, або ви були свідком події, або це сталося з рідними чи друзями-побратимами і досі ця подія продовжує викликати проблеми соціального чи приватного характеру?	Так	Якщо так, задайте запитання 4 зі скринінгу Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5)
		Можливо, але симптоми могли бути спровоковані ліками, психоактивними речовинами чи соматичною хворобою	Якщо так, перейдіть до запитань CAGE-AID або «Оцінки стану соматичного здоров'я» чи потреб реабілітації відповідно до відповіді ветерана/ветеранки
		Ніколи	Контроль через 1 рік
Дата оцінювання		Дата наступного оцінювання	

3	Подія відбулася близько місяця тому. Чи це так?	Так	Слід зазначити значні симптоми гострої реакції на стрес і вести цей випадок, якщо звернення відбулося саме через симптоми, які виникли після події. Далі такі обстеження слід проводити лише за умови збереження скарг чи наростання симптомів, які збереглися після місяця.
		Ні	Якщо потенційно травматична подія чи втрата відбулася більше місяця тому, то варто звернутися до клінічних ознак та провести оцінку симптомів нещодавньої вагової втрати, ПТСР або дисоціативного чи тривожного розладів
			Якщо потенційно травматична подія чи вагома втрата відбулася давно, обговоріть симптоми та їхній вплив на щоденне функціонування, а також чи не є симптоми наслідком помірно-тяжкого депресивного розладу, вживання алкоголю, наркотиків чи інших психоактивних речовин (ПАР) або соматичних захворювань
Дата оцінювання		Дата наступного оцінювання	

4	ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД	
Якщо потенційно травматична подія відбулася більше місяця тому, то запитайте: чи траплялось за минулий місяць таке: 1. У вас були нічні жахиття про цю подію (події) або ти думав/-ла про подію (події), коли ти цього не хотів/-ла? 2. Намагалися не думати про ці події, або робили усе можливе, щоб уникнути ситуацій/місць, які б про них нагадували? 3. Були постійно насторожі, надміру обачними або легко лякалися? 4. Почувалися занімілими або відчуженими від людей, справ або свого оточення? 5. Почувалися винними або не могли перестати звинувачувати себе чи інших у подіях або будь-яких проблемах, які могли виникнути унаслідок подій/-ї?	Так, мінімум на 3 із 5 запитань	Позитивний результат скринінгу означатиме необхідність додаткової діагностики, бажано за допомогою Шкали ПТСР-оцінки для DSM-5 (CAPS-5) у межах структурованого інтерв'ю. Проведення інтерв'ю лікарем не завжди можливе через часові межі консультації. У цих випадках рекомендовано провести додаткове оцінювання за допомогою підтвердженого контрольного списку питань ПТСР для D SM-5 (PCL-5) – це психометрично обґрунтована анкета для самооцінювання, яку можна використовувати ветерану/ветеранці самостійно (а також лікарю заповнювати зі слів пацієнта).
	Ні	Якщо ні, варто зазначити наступне: «Зрозуміло. У цьому випадку дозвольте мені проглянути, що ще я можу зробити для вас». Поверніться до карти здоров'я ветерана/ки і продивіться, чи не потрібно заповнити ще інші дані і дійте відповідно.
Дата оцінювання		Дата наступного оцінювання

5	ІНСТРУМЕНТ ДЛЯ ЦІЛЕЙ СПІЛЬНОГО СКРИНІНГУ НА ПРОБЛЕМИ З АЛКОГОЛЕМ І НАРКОТИКАМИ	
Запитуючи, маємо на увазі вживання наркотиків, включно з вживанням нелегальних препаратів і вживання рецептурних ліків, відмінних від приписаних лікарем: 1. Чи відчували ви коли-небудь, що вам слід скоротити вживання алкоголю або наркотиків? 2. Чи дратували вас люди, критикуючи ваше вживання алкоголю або наркотиків? 3. Чи відчували ви коли-небудь провини за вживання алкоголю або наркотиків? 4. Ви коли-небудь випивали або вживали наркотики із самого ранку, щоб заспокоїти нерви або позбутися похмілля («щоб продерти очі»)?	Так, упродовж якогось часу/періоду	Одна чи більше відповідей «так» вважається позитивним результатом скринінгового тесту, і вказує на можливе вживання ПАР. Потребує подальшої оцінки розладів, пов'язаних із ризиковим споживанням алкоголю, наркотиків, ліків, інших ПАР з допомогою оціночних методик CAGE та AUDIT-C та надання рекомендацій щодо подальшого ведення залежності
	Після досвіду пережитої потенційно травматичної події	Якщо так, перейдіть до запитань 2-4 «Оцінки стану психічного здоров'я ветерана/ки» і дійте відповідно, а також проведіть AUDIT-C (Розлади, пов'язані з ризиковим споживанням алкоголю) для визначення імовірності впливу на здоров'я ветерана/ветеранки та його/її безпеку. За наявності в AUDIT-C балів 4 і вище для чоловіка та 3 і більше для жінки рекомендовано провести оцінювання функції печінки: лабораторних досліджень та УЗД органів черевної порожнини.
	Ні	Дуже добре. Далі такі обстеження слід проводити лише за наявності скарг
Дата оцінювання		Дата наступного оцінювання

6	ІНСТРУМЕНТ ПОЧАТКОВОГО СКРИНІНГУ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ТРИВОЖНОГО РОЗЛАДУ, ТРЬОХ ІНШИХ ПОШИРЕНИХ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ — ПАНІЧНОГО РОЗЛАДУ, СОЦІАЛЬНОГО ТРИВОЖНОГО РОЗЛАДУ ТА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ	
За останні 2 тижні, як часто вас турбували такі проблеми: 1. Було відчуття нервозності, відчував/-ла надмірне напруження, тривожність? 2. Відчували неможливість припинити чи контролювати хвилювання?	Якщо на хоч одне запитання позитивна відповідь «більше половини днів» чи «майже щодня»	Значення трьох балів і більше у оцінці GAD-2 передбачає проведення подальшої оцінки тривожного розладу з допомогою GAD-7 або PCL-5 та надання рекомендацій щодо подальшого ведення розладу

Варіанти відповідей і бали: Зовсім не турбували – 0 балів, кілька днів з 2 тижнів – 1, більше половини днів – 2, майже щодня – 3. Оцінка GAD-2 коливається від 0 до 6 балів шляхом додавання.	Ствердна відповідь на обидва запитання: «кілька днів»	Оцінка менше трьох балів є недостатньою для подальшої оцінки тривожного розладу
	Якщо на обидва запитання ствердна відповідь: «жодного разу» – 0, або «кілька днів» – 1 бал	Контроль через 1 рік, загальна кількість балів менше 3-х передбачає відсутність тривожного розладу
Дата оцінювання	Дата наступного оцінювання	

7	СКРИНІНГ ДЕПРЕСІЇ В РАМКАХ ПІДХОДУ «ПЕРШОГО КРОКУ»	
За останні 2 тижні, як часто вас турбували наступні проблеми? 1. Зник/знизився інтерес до виконання завдань, що раніше приносили задоволення? 2. Почуття пригніченості, депресивності або безнадійності? Варіанти відповідей – бали: Зовсім не турбували – 0 балів, кілька днів з 2-х тижнів – 1, більше половини днів – 2, майже кожен день – 3 бали. Оцінка PHQ-2 коливається від 0 до 6 балів шляхом додавання.	Якщо на запитання відповідь «ТАК» більше «половини днів» чи «майже щодня» або сумарно 3 бали і більше	Ветерана/ветерану з позитивним результатом скринінгу варто додатково опитати за допомогою PHQ-9, на визначення відповідності критеріям депресивного розладу. PHQ-9 дозволить оцінити тяжкість депресії для призначення лікування, а в разі поганої відповіді на терапію – прискорене перенаправлення до спеціаліста із психічного здоров'я чи спільного ведення ветерана/-ки
	Відповідь «ТАК» на обидва запитання: «кілька днів» і «зовсім ні» є недостатньою для подальшої діагностики депресії, перевірте пов'язаність симптомів із соматичними хворобами чи потребами реабілітації, соціальними труднощами	Оцінка менше трьох балів є недостатньою межею для глибшого діагностування депресії.
	Якщо на обидва запитання відповіді: «жодного разу» – 0, або «кілька днів» – 1 бал	Контроль через 1 рік
Дата оцінювання	Дата наступного оцінювання	

8	РИЗИК САМОГУБСТВА	Так	Пацієнт, який відповів ствердно на контрольне питання, потребує подальшої оцінки ризику суїциду особою, яка компетентна оцінити цей ризик і надати рекомендації щодо «плану безпеки» та ведення/прискорене перенаправлення до спеціаліста із психічного здоров'я
	Чи були у вас думки про те, що вам краще було б умерти або про те, щоб заподіяти будь-яким чином собі шкоду?	Ні	Контроль через 1 рік
Дата оцінювання	Дата наступного оцінювання		

НОТАТКИ

Додаток 3.1

ОПИТУВАЛЬНИК НЕЙРОПОВЕДІНКОВИХ СИМПТОМІВ (NSI)

**ОЦІНІТЬ НАСТУПНІ СИМПТОМИ ЩОДО ТОГО,
НАСКІЛЬКИ ВОНИ ВАС ТУРБУВАЛИ ОСТАННІ ДВА ТИЖНІ.**
Метою цієї оцінки є відстеження симптомів протягом часу.
Будь ласка, не намагайтесь підрахувати бали.

0 = Немає – Рідко, якщо взагалі присутній; зовсім не проблема.

1 = Легкий – Часом присутній, але це не порушує моєї діяльності; зазвичай я можу продовжувати те, що роблю; насправді не заважає.

2 = Помірний – Часто присутній, час від часу порушує мою діяльність; зазвичай я можу з певними зусиллями продовжувати те, що роблю; я відчуваю певну стурбованість.

3 = Важкий – Часто присутній і порушує діяльність; я можу робити лише досить прості речі або докладати невеликих зусиль; я відчуваю, що мені потрібна допомога.

4 = Дуже важкий – майже завжди присутній, і я не маю можливості працювати на роботі, в школі чи вдома через цю проблему; можливо, я не можу функціонувати без допомоги.

СИМПТОМИ	0	1	2	3	4
Відчуття запаморочення					
Втрата рівноваги					
Погана координація рухів, незграбність					
Головні болі					
Нудота					
Проблеми із зором, розмитість					
Висока чутливість до світла					
Утруднення слуху					
Висока чутливість до шуму					
Оніміння чи поколювання в тілі					
Зміни смаку чи/та нюху					
Втрата або підвищення апетиту					
Погана концентрація уваги, легко відволікаюся					
Забудькуватість, не можу згадати певні речі					
Труднощі в прийнятті рішень					
Уповільнення думок, утруднення самоорганізації, неможливість довести справу до кінця					
Втома, зниження енергійності, швидка втомлюваність					
Труднощі із засинанням або легко прокидаюся					
Відчуття тривоги або напруженості					
Відчуття депресії чи пригніченості					
Дратівливість, легко вивести з себе					
Відчуваю, що легко розчаровуюсь через дрібниці					

Дата: _____

ПІБ: _____

Додаток 3.2

ОДИН ІЗ ВАРІАНТІВ ДИХАЛЬНОЇ ТЕХНІКИ САМОДОПОМОГИ ПІД ЧАС ПАНІЧНОЇ АТАКИ

3-7-8

Для початку максимально вирівняйте дихання, подовжуючи видих. Потім починайте. Вдихайте 3 секунди, потім утримуйте дихання 7 секунд і видихайте протягом 8 секунд. Намагайтеся дихати не тільки грудьми, але і животом. Зробіть вдих носом, а видих через рот. Ця техніка працює завжди. Якщо ви налаштували себе на її виконання, то швидко відчуєте результат.

Під час контрольованої напруги в тілі процеси в нашому організмі вибудовуються таким чином, що вегетативна нервова система «заспокоюється». Тому в момент панічної атаки ви можете зайняти максимально не зручну для себе позу. Таку, щоб ви відчували напругу в м'язах. Перебувайте в такій позі максимально довго.

Якщо під час панічної атаки вам просто необхідно рухатись, то виконайте наступні дії: *стоячи на ногах, необхідно напружувати всі м'язи тіла, притиснути плечі до голови, стиснути кулаки. Не згинаючи ніг, залишаючи їх напруженими, починайте ходити. Дихайте рівно, подовжуючи видих і ви будете відчувати, як напад поступово відступає.*

Не слід концентрувати увагу на симптомах, бо це лише посилює та загострює напад. *Щоб змінити центр уваги, слід спробувати робити нескладні математичні вправи в голові, як от відста відняти три, потім від отриманого числа віднімати три, і так далі.* Це гарно допомагає відволікти увагу від панічних відчуттів.

НОТАТКИ

Додаток 4

ОПИТУВАЛЬНИК БОЛЮ В СПИНІ

Хронічний біль в нижній ділянці спини серед ветеранів та ветеранок складає значну частку проблем за рахунок неадекватних, нефізіологічних перенавантажень, переохолоджень, перенесення важких предметів, перебування у статичних положеннях тривалий час впродовж виконання бойових задач, що призводить до формування м'язових асиметрій, міофіброзів та безконтрольних рухів. БНС це переважно неспецифічні та самолімітовані больові феномени міофасціального походження. Вони становлять близько 90% у структурі клінічних випадків і не потребують специфічного лікування. Лише 7 - 8% припадає на біль, пов'язаний з ураженням корінців спинномозкових нервів, і ще 1-2% – на специфічну і небезпечну патологію (рак, інфекції, переломи тощо).

**Діагностичний процес на першочерговому етапі роботи з пацієнтом
спрямований на виключення небезпечних патологій**

ВИЯВЛЕННЯ МАРКЕРІВ, ЩО СВІДЧАТЬ ПРО ХРОНІЧНІСТЬ БНС

Якщо згадані симптоми БНС доповнюються таким переліком скарг на здоров'я:

- порушення чутливості кінцівок;
- слабкість в м'язах;
- порушення функції органів тазу;
- поява болю вночі;
- підвищення температури;
- невмотивована втрата ваги;
- онкологічні хвороби;
- туберкульоз в анамнезі;
- травми хребта в анамнезі;
- неврологічний дефіцит, який прогресує;

в такому випадку необхідне додаткове дослідження NICE.

При виключенні перелічених скарг рекомендовано застосовувати підходи як для ветерана (ветеранки) з неспецифічним доброякісним больовим синдромом в спині.

При наявності вищезазначених проявів паралельно з наявністю болю в спині необхідні додаткові дослідження і скерування до спеціалізованої консультації.

NICE рекомендує розподіл груп ризику при першому зверненні пацієнта з гострим болем у спині за допомогою опитувальника STarT Back. Він містить 9 уточнювальних запитань щодо впливу болю на життєву активність, ставлення ветерана (ветеранки) до свого стану та ризику переходу гострого у хронічне протікання хвороби («жовті прапорці»).

СКРИНІНГ ПРИ НАЯВНОСТІ БОЛІ В НИЖНІЙ ЧАСТИНІ СПИНИ (БНС)

Думаючи про останні 2 тижні, позначте галочкою свою відповідь на такі запитання:

1	Загалом, наскільки вас турбував біль у спині за останні 2 тижні?			
	☐ ЗОВСІМ НІ	☐ ТРОХИ	☐ ПОМІРНО	☐ ДУЖЕ СИЛЬНО
				☐ НЕСТЕРПНО
#			ТАК	НІ
2	Мій біль у спині поширився на ногу(и) впродовж останніх 2 тижнів			
3	У мене був біль у плечі або шиї впродовж останніх 2 тижнів			
4	Через біль у спині я ходив лише на короткі відстані			
5	За останні 2 тижні я одягався повільніше, ніж зазвичай, через біль у спині			
6	Для людини з таким захворюванням, як у мене, не дуже безпечно бути фізично активним			
7	Тривожні думки хвилюють мене більшу частину часу			
8	Я відчуваю, що мій біль у спині нестерпний, і краще не стане			
9	Взагалі я не отримую задоволення від того, що подобалося мені раніше			

РОЗРАХУНОК БАЛІВ

Мінімальний рівень	поради, заспокоєння, вправи, ліки
Середній і високий рівні	наявність фізичних перешкод на шляху одужання, face-to-face консервативне лікування

ДЛЯ ЗАГАЛЬНОЇ КАРТИНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ ХРОНІЧНОГО БОЛЮ ТА ІНДИВІДУАЛЬНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПАЦІЄНТА РЕКОМЕНДОВАНО ВИКОРИСТОВУВАТИ СИСТЕМУ ДОДАТКОВИХ «ПРАПОРЦІВ», ОКРІМ «ЧЕРВОНИХ»

«ЖОВТІ ПРАПОРЦІ» – психосоціальні фактори ризику хронізації: велика кількість загострень, пасивна больова поведінка: захисна або уникаюча, надмірно активна больова поведінка, недостатнє фізичне навантаження та\ або значне неадекватне зменшення фізичної активності при болю, емоційні порушення (депресія, тривога, страх), постільний режим, невірні песимістичні уявлення о причинах болю, оманливе уявлення про причини болю («ущімлення нервів», «випадіння диска»).

«БЛАКИТНІ ПРАПОРЦІ» – матеріальна з ацікавленість хворіти довше і не виходити на роботу, «перешкоди в поверненні до праці»:

- Суттєві труднощі на роботі
- Низький рівень незалежності в управлінні робочим часом (впливи на методи та розклад, наприклад, неможливість скласти власний план, організувати свою роботу, організовувати робочий простір та розклад)
- Поганий чи неадекватний рівень соціальної підтримки з боку керівництва та колег
- Поганий рівень визнання зусиль (соціального визнання, нематеріальних досягнень, кар'єрного зростання)
- Несприятливий клімат у колективі
- Низький рівень задоволеності роботою
- Схильність пов'язувати розвиток болю з роботою

«ЧОРНІ ПРАПОРЦІ» – психосоціальні фактори, що збільшують ймовірність використання болю як джерела отримання вигоди:

- Низька якість системи експертизи непрацездатності
- Посилення інтенсивності скарг на функціональні порушення з часом (приводить до того, що пацієнт відмовляється від участі у реабілітаційних заходах)
- Матеріальна компенсація на час заходів щодо відновлення працездатності
- Безробітність

ЗАГАЛЬНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

ОСНОВНА РЕКОМЕНДАЦІЯ ЩОДО ЛІКУВАННЯ БОЛЮ В ПОПЕРЕКУ – ЗБЕРІГАТИ РУХОВУ АКТИВНІСТЬ НАСКІЛЬКИ ЦЕ МОЖЛИВО ТА ВИКОНУВАТИ СПЕЦІАЛЬНІ ВПРАВИ

1 Прості, але правильно підібрані вправи і рекомендації щодо рухового режиму допоможуть впоратися з проблемою. Немає певних комплексів вправ, які є більш дієвими за інші. Сучасний підхід наголошує на тому, що людина має робити вправи, які їй підходять і до яких вона фізично підготовлена. Це може бути йога, пілатес, плавання, стретчинг і навіть ходіння. Воно так само ефективне, як і спеціальні вправи на укріплення м'язового корсету.

РЕКОМЕНДОВАНА КОНСУЛЬТАЦІЯ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА АБО ЛІКАРЯ ФРМ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ТА ОБ'ЄМУ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ.

2 Застосування ізольовано знеболювальних, протизапальних препаратів не пришвидшує відновлення. Лікування хронічного болю в попереку за допомогою ліків застосовується, якщо у пацієнта є функціональні обмеження діяльності через біль. Проінформуйте пацієнта, що препарати є лише допоміжним засобом для людей з болем в попереку. Прості, але правильно підібрані вправи і рекомендації щодо рухового режиму допоможуть впоратися з проблемою. Немає певних комплексів вправ, які є більш дієвими за інші. Сучасний підхід наголошує на тому, що людина має робити вправи, які їй підходять і до яких вона фізично підготовлена. Це може бути йога, пілатес, плавання, стретчинг і навіть ходіння. Воно так само ефективне, як і спеціальні вправи на укріплення м'язового корсету.

3 Не рекомендовано рутинно призначати візуалізацію (комп'ютерна й магнітно-резонансна томографія пацієнтам із неспецифічним болем у спині (з/без ішіасу) з визначенням чітких показів (NICE, ACP), оскільки результат не вплине на подальшу тактику ведення. Більшість змін на МРТ є нормальними віковими змінами, які не мають кореляції з болем та не можуть прогнозувати його в майбутньому, а також можуть характеризувати спосіб життя людини. В більшості випадків неможливо ідентифікувати структурне джерело болю, тому для постановки діагнозу і визначення терапевтичного втручання достатньо клінічного огляду.

ВАЖЛИВО!

Нещодавній систематичний огляд Shraim et al. показав, що МРТ асоціюється зі збільшенням часу непрацездатності (від 13 до 120 днів) у пацієнтів з гострим болем без ознак серйозних патологій. Тобто час відновлення збільшується у порівнянні з пацієнтами, яким не робили МРТ.

Додаток 5

КОНТАКТИ ІНСТИТУЦІЙ, ЯКІ ДОПОМАГАЮТЬ ЛЮДЯМ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ПОЛОН І СЕКСУАЛЬНЕ НАСИЛЬСТВО В ПОЛОНІ

МЕРЕЖА ПЕРЕНАПРАВЛЕНЬ

Гаряча лінія кризової підтримки – це першомомента допомога для ветеранів, їхніх родин та всіх українців у складних ситуаціях

Телефонуйте: **0-800-33-20-29**

Звернутися на гарячу лінію можуть ветерани/ветеранки, члени їхніх родин — люди, які потребують кризової підтримки тут і зараз. Гаряча лінія покликана допомогти тут і зараз, дати опору і ґрунт під ногами в мить, коли здається, що весь світ довкола руйнується. Труднощі переживання кризових ситуацій, тривоги, страхи, проблеми у відносинах, самореалізації, сенсу життя — із цими та іншими викликами допоможуть впоратися фахівці гарячої лінії. Зокрема ті, хто опинився у критичних ситуаціях і потребує невідкладної та своєчасної фахової підтримки, можуть звернутися за номером: +38 (067) 400-46-60.

Лінія працює 24/7.

ДОКУМЕНТУВАННЯ ФАКТІВ ТОРТУР І ВОЄННИХ ЗЛОЧИНІВ, ПРАВОВА ПІДТРИМКА

Телефони для перенаправлення:

+38 (095) 903-33-61, +38 (068) 762-00-09, +38 (093) 454-40-54

Правова підтримка ЛЖВ: +38 (097) 383-36-09

Пошта: pgsichdnipro@gmail.com

ГАРЯЧІ ЛІНІЇ СУПРОВОДУ РОДИН

ФОРПОСТ – кваліфікована психологічна допомога для людей, які пережили полон та тортури

тел.: +38 (096) 839-76-17

e-mail: forpost.dnipro@gmail.com

Гаряча лінія психологічної підтримки сімей, члени родини яких зниклих безвісти, потрапили в полон, зазнали катувань чи сексуального насильства

+38 (067) 447-07-05

Психологічна гаряча лінія підтримує родини зниклих безвісти чи полонених, цивільних, що зазнали катувань чи були зґвалтовані під час війни росії в Україні. Звернутися можна за номером: +38 (067) 447-07-05.

Лінія працює щодня(час роботи — з 09:00 до 18:00).

ГО «Блакитний птах» — психологічна, соціальна та юридична допомога для людей, які пережили полон та тортури

З питань медичної і гуманітарної допомоги +38(099)668-72-80

Психологічна допомога +38 (095) 016-26-22

Юридична допомога +38 (095) 937-53-70

e-mail: p.o.bluebird@gmail.com

ДЗ «Центр психічного здоров'я та реабілітації "Лісова Поляна"»
МОЗ України стаціонарне лікування, курс медико-психологічної допомоги
+38 (073) 450-60-00

**Національна гаряча лінія з питань попереджень насильства,
торгівлі людьми та гендерної дискримінації**
0 800 500 335 (з мобільного або стаціонарного) або 116 123 (з мобільного)

Контактний центр надання безоплатної правової допомоги
0 800 213 102.
Урядова гаряча лінія 1547.

ГО «Дівчата» надає безкоштовну психологічну допомогу потерпілим від сексуального насильства в контексті воєнних злочинів
+38 (073) 460-38-60

Національна гаряча лінія запобігання суїциду
7333

НОТАТКИ

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Додаток 6

WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

ТАБЛИЦЯ ОЦІНЮВАННЯ ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ВСЕСВІТНЬОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я 2.0

Ім'я _____

Дата народження _____

ВАРІАНТ ІЗ 36 ПУНКТИВ ДЛЯ САМОСТІЙНОГО ЗАПОВНЕННЯ

Анкета містить запитання, що стосуються труднощів, пов'язаних зі станом здоров'я. Труднощі у стані здоров'я слід розуміти як нездужання чи захворювання, інші короточасні або тривалі проблеми зі здоров'ям, травми, психічні чи емоційні розлади, а також залежність від алкоголю та наркотиків.

Згадайте останні 30 днів і дайте відповідь на ці запитання. Подумайте про те, які труднощі у вас виникли під час здійснення наведеної нижче активності. Для кожного запитання просимо відмітити лише один варіант відповіді.

ЧИ ВИНИКАЛИ У ВАС ТРУДНОЩІ УПРОДОВЖ ОСТАННІХ 30 ДНІВ ІЗ:

	Жодних	Незначні	Помірні	Великі	Надзвичайно важко або неможливо вико- нати
РОЗУМІННЯМ ТА СПІЛКУВАННЯМ					
D1.1 Зосередженням на чомусь протягом десяти хвилин?					
D1.2 Запам'ятовуванням виконати щось важливе?					
D1.3 Аналізом та пошуком розв'язання проблем у повсякденному житті?					
D1.4 Виконанням нового завдання, дляприкладу: з'ясувати, як дістатися до нового місця?					
D1.5 Загальним розумінням того, що говорять люди?					
D1.6 Початком і підтриманням розмови?					
ПЕРЕСУВАННЯМ У ПРОСТОРІ					
D2.1 Тривалим стоянням, наприклад упродовж 30 хвилин?					
D2.2 Вставанням із положення сидячи?					
D2.3 Пересуванням вдома?					
D2.4 Виходом із дому?					
D2.5 Прогулянками на велику відстань, скажімо на 1 км (або еквівалентно)?					

ДОГЛЯДОМ ЗА СОБОЮ					
D3.1 Миттям усього тіла?					
D3.2 Одяганням?					
D3.3 Споживанням їжі?					
D3.4 Залишитися самому (-ій) на кілька днів?					
ВЗАЄМОДІЄЮ З ЛЮДЬМИ					
D4.1 Взаємодією з незнайомими людьми?					
D4.2 Підтриманням дружніх відносин?					
D4.3 Взаємодією з близькими людьми?					
D4.4 Пошуком нових друзів?					
D4.5 Сексуальною активністю?					
ЖИТТЄВОЮ АКТИВНІСТЮ					
D5.1 Виконанням домашніх обов'язків?					
D5.2 Належним виконанням найбільш важливих домашніх обов'язків?					
D5.3 Виконанням всієї домашньої роботи, яку потрібно було зробити?					
D5.4 Швидким виконанням домашньої роботи у разі потреби?					
Якщо ви працюєте (оплачувана або неоплачувана робота, самозайнятість) або навчаєтеся, дайте відповідь на подані нижче запитання D5.5–D5.8. Якщо ні, то перейдіть до запитання D6.1.					
УПРОДОВЖ ОСТАННІХ 30 ДНІВ ЧИ ВИНИКАЛИ У ВАС ТРУДНОЩІ, ПОВ'ЯЗАНІ ЗІ СТАНОМ ЗДОРОВ'Я, З:					
D5.5 Щоденною роботою/навчанням?					
D5.6 Належним виконанням найважливіших робочих / навчальних завдань?					
D5.7 Виконанням всієї роботи, яку ви повинні зробити?					
D5.8 Швидким виконанням роботи у міру потреби?					
УЧАСТЬ У ЖИТТІ СУСПІЛЬСТВА ПРОТЯГОМ ОСТАННІХ 30 ДНІВ:					
D6.1 Наскільки великі проблеми у вас виникали з участю у громадській діяльності порівняно з іншими людьми (наприклад, у святкових, релігійних або інших заходах)?					
D6.2 Наскільки великі проблеми виникали у вас через бар'єри або перешкоди у вашому середовищі?					
D6.3 Наскільки великі проблеми виникали у вас із відчуттям власної гідності через ставлення та дії інших людей?					
D6.4 Скільки часу ви витратили, щоб поліпшити стан свого здоров'я?					
D6.5 Наскільки сильними були ваші емоційні переживання через стан здоров'я?					
D6.6 Наскільки фінансово затратним є стан вашого здоров'я для вас і вашої родини?					
D6.7 Наскільки великі проблеми виникали у вашій сім'ї через проблеми з вашим здоров'ям?					
D6.8 Наскільки великі проблеми виникали у вас в тому, щоб робити щось самостійно для відпочинку або задоволення?					
Загалом за останні 30 днів упродовж скількох днів були ці труднощі?					
За останні 30 днів протягом скількох днів ви були повністю не в змозі займатися звичайною діяльністю або працювати через будь-які проблеми зі станом здоров'я?					Запишіть кількість днів_____
Упродовж останніх 30 днів на скільки днів ви скоротили або зменшили повсякденну або робочу активність через погіршення стану здоров'я? Не враховуйте дні, коли ви були абсолютно не в змозі щось робити.					Запишіть кількість днів_____

НОТАТКИ



КОНТАКТИ.....

Якщо маєте питання чи пропозиції до команди, яка працювала над методичними рекомендаціями, заповніть форму для зворотнього зв'язку:
<https://forms.gle/P8wg7okRE5y2mFEp8>



ГЛОСАРІЙ

Акубаротравма – ураження слухового апарату внаслідок дії вибухової хвилі.

Асцит – патологічне накопичення рідини в черевній порожнині.

Біполярний розлад – тяжкий психічний розлад, який характеризується чергуванням маніакальних та депресивних епізодів.

Виявлення – у цьому документі стосується процесу скринінгу чи оцінки ймовірності того чи іншого соматичного, психологічного, неврологічного або поведінкового розладу.

Галюцинації – хибне сприйняття реальності: людина чує, бачить речі, яких немає, відчуває їх на дотик чи вловлює їхній запах.

Генералізований тривожний розлад – тривалий стан, під час якого приводом для занепокоєння чи тривоги є навіть дрібні життєві події. Люди з ГТР відчувають хронічне, постійне та часто безпідставне занепокоєння. Деякі з найбільш поширених тем або турбот охоплюють роботу, сім'ю, здоров'я чи гроші. Такі занепокоєння можуть тривати протягом дня, у деяких випадках щодня, порушуючи соціальну діяльність, сімейне життя, роботу чи навчання.

Гепатична енцефалопатія – патологічний психічний стан, який включає сонливість, дезорієнтацію або кому, спричинену дисфункцією печінки.

Десенсибілізація та переробка травмуючих переживань за допомогою руху очей (EMDR) – психологічне лікування, в основу якого покладено ідею про те, що негативні думки, почуття та поведінка є результатом непропрацьованих спогадів. Терапія полягає у стандартних процедурах, які включають концентрацію уваги водночас на а) спонтанних асоціаціях на травматичні образи, думки, емоції та тілесні відчуття та б) двосторонній стимуляції, яка зазвичай забезпечується шляхом повторюваних рухів очей.

Дисоціативні розлади – це стани, які передбачають порушення чи зриви пам'яті, усвідомлення чи сприйняття. Деякі дисоціативні розлади спровоковані глибиною чи кількістю психологічних травм, але їм може передувати також сильний стрес, психоактивні речовини або взагалі відсутні ідентифікаційні тригери.

Дитяче та сімейне втручання щодо травматичного стресу (англ. Child and Family Traumatic Stress Intervention (CFTSI)) – метод психологічного лікування – раннього втручання та вторинної профілактики, спрямований на зменшення травматичних стресових реакцій і посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Його проводять дітям віком 7–18 років, які пережили потенційно травматичну подію, разом із батьками або опікунами. Приклади потенційно травматичної події включають сексуальне та фізичне насильство, насильство в сім'ї, зґвалтування, ВСТ чи напад та ін. [Child and Family Traumatic Stress Intervention \(CFTSI\)](#)

Діалектична поведінкова терапія (англ. Dialectical behaviour therapy (DBT)) – доказова нарративна психотерапія, заснована на когнітивно-поведінковій терапії, але спеціально адаптована для людей, які дуже інтенсивно відчувають емоції. Почалася як спроба лікування розладів особистості та міжособистісних конфліктів. Мета DBT – допомогти пацієнту а) зрозуміти та прийняти свої важкі почуття; б) засвоїти навички керування крайніми емоціями, збалансовуючи почуття.

Доказове лікування ветерана (англ. evidence-based treatment) – це методика, яка за кількістю досліджень, якістю проведення самих досліджень, комплексністю експертних рекомендацій (згода експертного середовища, що лікування дієве) доведено працює щодо того чи іншого виду соматичного або психологічного захворювання.

Інтервенції – втручання, або ж лікування, які відрізняються за рівнем інтенсивності надання допомоги ветерану/ветеранці чи члену родини.



Клінічні ознаки – симптоматика, характерна для стану, і яка стає причиною звернення ветерана/ветеранки за медичною чи психологічною послугою.

Когнітивно-процесуальна теорія (англ. Cognitive Processing Therapy (CPT)) – побудована на когнітивній теорії засвоєння досвіду, включно з травматичним. Відповідно до цієї теорії, одужання в разі ПТСР залежить від активації та подальшої корекції помилкових когніцій і пов'язаних із цим емоцій. Повне когнітивне оброблення травми полегшує негативні емоції, пов'язані із травмою, і зменшує симптоматику. Це лікування настійно рекомендується для лікування посттравматичного стресового розладу. Застосовує мануальний підхід до побудови терапевтичного втручання (зазвичай проводять у середньому 12-13 сесій) і допомагає пацієнтам навчитися оскаржувати та змінювати марні переконання, пов'язані з травмою. Роблячи це, пацієнт створює нове розуміння та концептуалізацію травматичної події, щоб зменшити її постійний негативний вплив на життя.

Когнітивно-поведінкова терапія (англ. Cognitive behavioral therapy (CBT)) – психологічне лікування, яке є одним із давніх і найпоширеніших методів терапії в Європі, поєднує когнітивні компоненти (спрямовані на те, щоб людина почала по-іншому думати, наприклад, шляхом виявлення та критичного розгляду нереалістичних негативних думок/когніцій) та поведінкові компоненти (спрямовані на те, щоб людина почала по-іншому діяти, наприклад, допомагаючи людині більше займатися діяльністю, яка приносить їй більше задоволення).

Консультування, спрямоване на вирішення проблем – методика психологічного лікування, яке містить систематичне використання *ідентифікації проблеми та технік вирішення проблем або психологічних засобів відновлення* упродовж низки сесій.

Легка черепно-мозкова травма (лЧМТ) (англ. Mild Traumatic Brain Injury (mTBI)) – ушкодження головного мозку внаслідок дії вибухової хвилі непроникаючого характеру.

Маячня – тверда впевненість у чомусь, що суперечить наявним доказам. Її неможливо змінити за допомогою раціональних аргументів, її також не приймають інші представники тієї ж культури або субкультури, до якої належить особа (наприклад, ця впевненість не є елементом релігійної віри).

Медично не пояснювані скарги на соматичні симптоми – це категорія проблем здоров'я, до якої належать будь-які соматичні/фізичні симптоми, які не мають явної органічної причини. Варто використовувати таке позначення лише тоді, а) якщо проведено необхідне фізичне обстеження; б) якщо стан особи не підпадає під критерії інших розладів, а також в) якщо вона звернулася по допомогу щодо скарг через стан здоров'я.

Міжособистісна терапія (MOT) – психологічне лікування, яке зосереджується на зв'язку між депресивними симптомами та міжособистісними проблемами, особливо пов'язаними з втраченою, конфліктом, ізоляцією та значними змінами в житті.

Навички управління стресом, або «тренінг щеплення від стресу» (англ. stress-inoculation training) – науково обґрунтований метод роботи, спрямований на зниження стресу та агресії, що застосовується на рівні психологічних засобів відновлення після травматичного інциденту з метою подолання проблем відновлення, або профілактики погіршення симптомів.

[Stress Inoculation Training for Post-Traumatic Stress Disorder](#)



Нав'язливі спогади – повторювані, небажані, тривожні спогади про травматичну подію.

Непродуктивна копінг-стратегія – стратегія подолання стресу, яка шкодить здоров'ю і не забезпечує подолання стресу, а дає короткострокове полегшення, що погіршує загальні симптоми розладу. Зазвичай характерна спробами впоратись із недугою, призначаючи собі алкоголь, наркотики і шкідливі речовини (зокрема й рецептурні лікарські препарати в невідповідній за хворюванню кількості) для полегшення фізичних або психологічних проблем без консультації з медичним працівником.

Перша психологічна допомога (англ. Psychological First Aid (PFA)) – науково обґрунтований модульний підхід для надання допомоги людям одразу після катастрофи чи тероризму: для зменшення початкового стресу та сприяння коротко- та довгостроковому покращенню функціонування. Його використовують служби швидкого реагування, системи управління інцидентами, надавачі первинної та невідкладної медичної допомоги, шкільні групи реагування на кризи, релігійні організації, служби з надання допомоги в разі стихійних лих, громадські організації та неформальні групи реагування на надзвичайні ситуації, капелани та підготовлені волонтери.

Поведінкова активація – метод психологічного лікування, який зосереджується на покращенні настрою шляхом залучення в дії, орієнтовані на виконання певного завдання та від яких людина колись отримувала задоволення, попри поточний знижений настрій. Його можна використовувати як окремо, так і як елемент когнітивно-поведінкової терапії.

Посткомоційний синдром – наслідки лЧМТ зі специфічним симптомокомплексом, який включає соматичні, когнітивні та емоційні прояви.

Потенційно травматична подія – це будь-яка подія, що загрожує життю, або спостереження за подією, що несе загрозу життю іншої особи. Наприклад, фізичне або сексуальне насильство (зокрема й гендерно зумовлене насильство), присутність при звірствах, серйозна аварія або фізичні ушкодження, небезпечні для життя.

Псевдосудоми – епізод, який може бути схожим на епілептичні судоми, але не є ними. Вони можуть дуже нагадувати епілептичні судоми, зокрема, зміною у свідомості та рухах, хоча укуси язика, значні синці через падіння та нетримання сечі трапляються рідко. Під час таких епізодів *немає електричної активності*, характерної для епілептичних судом. Причиною цих симптомів *не є неврологічний розлад чи прямий вплив речовини або лікарського препарату*. У пропозиціях до МКХ-11 такі епізоди включено в розділ про дисоціативні моторні розлади.

Психологічні засоби відновлення (англ. Skills for Psychological Recovery (SPR)) – науково обґрунтоване втручання, базоване на експертних рекомендаціях SAMHSA, розроблене для надання психологічної допомоги. Щодо часу надання, то SPR передбачене після надання першої психологічної допомоги (PFA) протягом тижнів і місяців після катастроф і масового насильства. SPR має на меті допомогти постраждалим набутися корисних навичок у період стресу та подолання труднощів після стихійного лиха. SPR не є формалізованою терапією для лікування психічного здоров'я, але використовує компоненти розвитку навичок із лікування психічного здоров'я, які були визнані корисними в різноманітних посттравматичних проблемах, включно з вирішенням проблем, плануванням позитивних дій, керуванням реакціями, корисним мисленням і формуванням здорових соціальних зв'язків. Дослідження показують, що підхід до розвитку навичок ефективніший, ніж підтримувальне консультування. SPR враховує рівні розвитку протягом усього життя та культурний контекст. SPR має на меті сприяти одужанню, підтримувати функціонування та запобігати поведінці, яка ускладнює ситуацію.

Пролонгована експозиція (ПЕ) – емпірично орієнтована терапія, яка найбільш досліджена і входить до терапії першого вибору у США, призначена для лікування ПТСР у різних умовах і в різних групах населення, що пережили травму. Складена за принципом роботи за керівництвом, загалом орієнтована на 8-15 сесій, основними терапевтичними компонентами є прямий (in vivo) і уявний вплив на травматичну подію. ПЕ трактує ПТСР як розлад, викликаний гіперактивним відчуттям страху, що призводить до унікальної поведінки і перешкоджає повному емоційному обробленню травми. Мета ПЕ полягає в полегшенні емоційного оброблення шляхом активації та подальшої модифікації цих страхів за допомогою конкретних імагінальних вправ.

Пролонгована реакція горя (утруднене горювання) – стан, що розвивається в людини, якщо певні симптоми горя тривають значний час. Включає сильну заглибленість у спогади про померлу людину, навіть мимовільно (під час сну, уникання думок про померлого) або глибоку тугу за нею, поєднану із сильним емоційним болем і значними труднощами в повсякденному функціонуванні, принаймні останні 6 місяців (чи упродовж періоду, значно довшого, аніж при-

йнято в культурі ветерана/ветеранки). У таких випадках медичним працівникам слід проконсультуватися зі спеціалістом із психічного здоров'я для спільного рішення щодо ведення такого ветерана/ветеранки.

Рекомендації до ведення – заходи та процедури, які має виконати лікар чи фахівець сфери, до якого направлений ветеран/ветеранка.

Самоушкодження/самопошкодження – навмисно скоєне щодо себе отруєння або травмування, метою якого може бути фатальний намір або наслідок, але не обов'язково.

Судоми – епізод порушень у роботі мозку через патологічну електричну діяльність.

Суїцид – дія, за якої людина навмисно спричиняє власну смерть.

Техніки вирішення проблем – практики, які охоплюють роботу спільно з людиною, спрямовану на те, щоб, за допомогою мозкового штурму, підібрати рішення визначених проблем і стратегії копію з ними, визначити їхню пріоритетність та обговорити те, як впровадити ці рішення та стратегії в життя. Техніки можуть бути застосовані на нижніх трьох рівнях забезпечення послуг – домедичних, на етапі до надання спеціалізованої психологічної допомоги та як психологічні засоби відновлення. В американській моделі допомоги/турботи/догляду цей рівень розпочинається після першої психологічної допомоги, на 3-4 місяці після травматичної події.

Техніки заземлення – техніки, що містять вказівки на дату, час, місце, безпеку або дотик до задалегідь визначеного об'єкта, і застосовуються в разі дисоціативного стану пацієнта, щоб допомогти йому повернутися до реальності.

Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (КПТ-Т) – психологічне лікування, в основу якого покладено ідею про те, що в людей, постраждалих від травматичної події, є некорисні думки та уявлення, пов'язані з травматичною подією та її наслідками. У результаті цих думок і уявлень формується некорисне уникання нагадувань про подію/події та підтримується відчуття поточної загрози. Цей метод лікування зазвичай включає *експозиційну терапію* та критичний розгляд некорисних думок і уявлень, пов'язаних із травмою.

Тривога – негативне емоційне переживання, зумовлене очікуванням небезпеки, що має дифузний характер і не пов'язане з конкретною подією.

Тригери – сенсорна деталь: запах, смак, світло (відблиски, кут падіння на поверхню), відчуття і навіть настрої, час доби, певні дати року й інші деталі прожитого досвіду, що провокує пригадування на основі спорідненості.

Флешбек – реакція перепроживання події, яка виникає внаслідок утворення умовного рефлексу реакції на небезпеку та пов'язана з особливістю пам'яті розгортати спогади за наявності споріднених сенсорних деталей уже прожитого інциденту. Розгортання флешбеку, вивантаження травматичного спогаду із пам'яті може провокуватись тригерами.

PCL (шкала оцінювання PTSD) – це 17 пунктів, за якими оцінюються симптоми ПТСР відповідно до посібника DSM-IV. Респонденти відзначають, наскільки сильно їх турбувала певна проблема протягом останнього місяця.

PHQ-9 Опитувальник здоров'я пацієнта – короткий скринінговий інструмент для оцінки імовірності депресивного та тривожних розладів, залежно від частоти прояву симптомів (вищі бали – вищий прояв симптомів).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Верховна Рада України. (1992, 19 листопада). *Основи законодавства України про охорону здоров'я* (Закон України № 2801-XII, ст. 35-2, ред. від 12.01.2022).
Взято з <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
2. Всесвітня організація охорони здоров'я. (2016).
Посібник mhGAP з надання допомоги за гуманітарних надзвичайних станів (mhGAP-ГУМ).
Взято з <https://www.medbox.org/pdf/5e148832db60a2044c2d5846>
3. Доказове лікування ветерана [Англomовне відео]. (б.р.). Facebook.
Взято з <https://www.facebook.com/watch/?v=201148364154807>
4. Кабінет Міністрів України. (2022, 5 квітня). *Про затвердження Порядку забезпечення допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні та інші засоби реабілітації, їх переліку* (Постанова № 321, в ред. від 12 квітня 2022 р. № 454).
5. Кабінет Міністрів України. (2022, 5 квітня). *Про забезпечення організації направлення осіб із складових сил оборони та сил безпеки, постраждалих у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України, на лікування за кордон* (Постанова № 411).
Взято з <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2022-%D0%BF>
6. Міністерство охорони здоров'я України. (2011, 16 вересня). *Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів* (Наказ № 595).
Взято з <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1159-11>
7. Міністерство охорони здоров'я України. (2012, 14 лютого). *Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації № 027/о «Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого»* (Наказ № 110).
Взято з <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0682-12>
8. Міністерство охорони здоров'я України. (2012, 14 лютого). *Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування* (Наказ № 110).
Взято з <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0661-12>
9. Міністерство охорони здоров'я України. (2022, 5 квітня). *Про затвердження Критеріїв направлення громадян України для лікування за кордон на період дії воєнного стану та визначення закладів охорони здоров'я, які здійснюють координацію направлення громадян України для лікування за кордон на період дії воєнного стану* (Наказ № 574).
Взято з <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0414-22>
10. Міністерство у справах ветеранів України. (2022, 25 травня). *Реєстр Міністерства у справах ветеранів України постачальників послуг з психологічної реабілітації для ветеранів і членів їх сімей*.
Взято з <https://mva.gov.ua/ua/news/do-uvagi-nadavachiv-poslug-iz-psihologichnoyi->

[reabilitaciyi-veteraniv-vijni-ta-deyakih-inshih-kategorij-osib](#)

11. Національний центр ПТСР. (б.р.). *Терапії першого вибору за оцінками урядової структури Національного центру ПТСР при пережитому травматичному стресі* [Англомовне відео]. Facebook.
Взято з <https://www.facebook.com/watch/?v=1535246569876208>
12. Стратегічна дорадча група з питань реформування системи охорони здоров'я. (2014). *Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років*. Взято з http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Strategiya_UKR.pdf
13. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2011). Sexual assault (Committee Opinion No. 499). *Obstetrics and Gynecology*, 118, 396–399.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21775873/>
14. American Psychiatric Association. (2022, March 16). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR™). American Psychiatric Association Publishing.
15. Barrera, T. L., Hiatt, E. L., Dunn, N. J., & Teng, E. J. (2013, April). Impact of panic disorder on quality of life among veterans in a primary care pilot study. *Comprehensive Psychiatry*, 54(3), 256–261.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23102729/>
16. Child and Family Traumatic Stress Intervention (CFTSI). (n.d.). *Program description*. National Gang Center.
<https://nationalgangcenter.ojp.gov/spt/Programs/3583>
17. Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5). (n.d.). International Society for Traumatic Stress Studies.
[https://istss.org/Clinical-Resources/Assessing-Trauma/Clinician-Administered-PTSD-Scale-\(CAPS-5\)](https://istss.org/Clinical-Resources/Assessing-Trauma/Clinician-Administered-PTSD-Scale-(CAPS-5))
18. Gros, D. F., Magruder, K. M., & Frueh, B. C. (2013). Obsessive compulsive disorder in veterans in primary care: Prevalence and impairment. *General Hospital Psychiatry*, 35(1), 71–73.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.09.004>
19. Kimerling, R., Gima, K., Smith, M. W., Street, A., & Frayne, S. (2007). The Veterans Health Administration and military sexual trauma. *American Journal of Public Health*, 97, 2160–2166.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17971558/>
20. Lucas, J. W., & Zelaya, C. E. (2020, June 12). *Hearing difficulty, vision trouble, and balance problems among male veterans and nonveterans*. National Center for Health Statistics.
<https://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr142-508.pdf>
21. Lukaschek, K., Baumert, J., Kruse, J., et al. (2013). Relationship between posttraumatic stress disorder and type 2 diabetes in a population-based cross-sectional study with 2970 participants. *Journal of Psychosomatic Research*, 74, 340–345.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23497837>
22. Lussier, M.-T., & Richard, C. (2006). [Doctor–patient communication]. *Canadian Family Physician*, 52(11), 1401–1402.

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1783704/>
23. Narasimhan, M., Allotuy, P., & Hardon, A. (2019). Self care interventions to advance health and wellbeing: A conceptual framework to inform normative guidance. *BMJ*, 365.
24. PFA Mobile: Android Version (in Ukrainian). (n.d.). National Child Traumatic Stress Network. <https://www.nctsn.org/resources/pfa-mobile-android-version-uk>
25. PFAMobileUkraine [Mobile application]. (n.d.). <https://apps.apple.com/ua/app/pfamobileukraine/id1613681286?l=uk>
26. Prins, A., Bovin, M. J., Kimerling, R., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., Pless Kaiser, A., & Schnurr, P. P. (2022). Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5). U.S. Department of Veterans Affairs. <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/pc-ptsd5-screen.pdf>
27. Ryan, G. L., et al. (2016). Hysterectomy risk in premenopausal-aged military veterans: Associations with sexual assault and gynecologic symptoms. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 214(3), 352.e1. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26475424/>
28. Saraceno, B., et al. (2015). Reorganization of mental health services: From institutional to community-based models of care. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 21(7), 477–485.
29. U.S. Department of Veterans Affairs. (n.d.-a). *Cognitive Processing Therapy (CPT) for PTSD*. https://www.ptsd.va.gov/understand_tx/cognitive_processing.asp
30. U.S. Department of Veterans Affairs. (n.d.-b). *Psychological First Aid: Field Operations Guide*. <https://www.va.gov/contact-us/>
31. U.S. Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD. (n.d.). *Skills for Psychological Recovery: Field Operations Guide*. https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/type/skills_psych_recovery_manual.asp
32. World Health Organization. (2016). Psychological First Aid for All. <https://www.europsy.net/app/uploads/2022/03/Psychological-first-aid-WHO-presentation.pdf>
33. World Health Organization. (2018). A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals (No. WHO/HIS/SDS/2018.15).

НОТАТКИ

Створення та розробка методичних рекомендацій відбувалося за ініціативи руху **VETERANKA** з залученням експертів та експерток, вказаних на сторінці Автори.

Матеріал розроблено за підтримки Уряду Швейцарської Конфедерації через Швейцарську Агенцію з Розвитку та Співробітництва Міністерства закордонних справ Швейцарії (ШАРС / SDC) в межах проєкту «Розвиток комплексної системи реабілітації ветеранів у 2021 році». Погляди та зміст, викладені в цьому матеріалі, є відповідальністю авторів і не є відображенням позиції ШАРС / SDC.
