

ОЦІНКА СТАНУ ОСІБ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ
STATE ASSESSMENT OF THE INDIVIDUALS WITH POST-TRAUMATIC
STRESS DISORDER

Ребрик Ю. Ю., Ульяницька Н. Я., Андрійчук О. Я.
Волинський національний університет імені Лесі Українки, м. Луцьк, Україна
ORCID: 0000-0002-6190-4949
ORCID: 0000-0002-7369-8935
ORCID: 0000-0003-4415-4696

Rebryk Yu. Yu., Ulianytska N. Ya., Andriichuk O. Ya.
Lesya Ukrainka Volyn National University, Lutsk, Ukraine

DOI <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2024.18.14>

Анотації

Актуальність. Пацієнти з проявами посттравматичного стресового розладу мають зміни в цих показниках, тому для того, аби працювати з такими пацієнтами, нам необхідно чітко вибрати та дослідити початкові показники стану здоров'я цих осіб.

Мета – оцінити фізичний та психологічний стан пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом.

Матеріали і методи. У своєму дослідженні ми використовували аналітичні методи, структурований аналіз літератури у вітчизняних та зарубіжних джерелах. У дослідженні взяли участь 24 пацієнти молодого віку. Для проведення дослідження були використані Міжнародний опитувальник якості життя MOS SF-36, Міссісіпська шкала оцінки посттравматичних реакцій та Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS).

Результати. За результатами Міссісіпської шкали оцінки посттравматичних реакцій досліджуваних поділено на три групи: група А – 5 осіб без проявів ПТСР, група В – 13 осіб з психічними розладами та група С – 6 осіб з проявами ПТСР.

Відповідно до результатів опитувальника якості життя MOS SF-36 ми оцінювали фізичний компонент здоров'я (ФКЗ) та психічний компонент здоров'я (ПКЗ). Пацієнтів з високим рівнем ФКЗ – 1 особа, з підвищеним рівнем ФКЗ – 4 особи, із середнім рівнем ФКЗ – 13 осіб, з пониженим рівнем ФКЗ – 5 осіб, з низьким рівнем ФКЗ – 1 особа. Пацієнтів з високим рівнем ПКЗ – 0 осіб, з підвищеним рівнем ПКЗ – 3 особи, із середнім рівнем ПКЗ – 9 осіб, з пониженим рівнем ПКЗ – 10 осіб, з низьким рівнем ПКЗ – 2 особи.

За даними результатів опитувальника HADS по шкалі HADS-A було виявлено 2 особи з нормальним рівнем тривожності, 15 осіб із субклінічно вираженою тривогою та 7 осіб з клінічно вираженою тривогою. По шкалі HADS-D були визначені 1 особа з нормальним рівнем депресії, 13 осіб із субклінічно вираженою депресією та 10 осіб з клінічно вираженою депресією.

Висновки. Результати нашого дослідження підтверджують важливість інтегрованого дослідження фізичного та психічного здоров'я у пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом та визначають основні напрями подальших наукових та практичних досліджень у цій галузі.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, реабілітація, якість життя, депресія, тривожність.

Relevance. Patients with post-traumatic stress disorder manifestations have changes in the following indicators, therefore, to treat patients properly, we need to select and investigate the initial indicators of the health state of these individuals.

Aim is to assess the physical and psychological condition of patients with post-traumatic stress disorder.

Materials and methods. In our research, analytical methods and a structured analysis of national and foreign literature have been used.

24 young female patients participated in the research. The SF-36 International Quality of Life Questionnaire, the Mississippi Scale for Combat-Related PTSD, and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) have been used to conduct the study.

Results. According to the results of the Mississippi Scale for Combat-Related PTSD, the participants were divided into three groups – Group A – 5 people without PTSD symptoms, Group B – 13 people with mental disorders, and Group C – 6 people with PTSD symptoms.

According to the results of the SF-36 International Quality of Life Questionnaire, we assessed the physical component of health (PCH) and the mental component of health (MCH). Patients with a high level of PCH – 1 person, with an increased level of PCH – 4 people, with an average level of PCH – 13 people, with a low level of PCH – 5 people, with a low level of PCH – 1 person. Patients with a high level of MCH – 0 people, with an increased level of MCH – 3 people, with an average level of MCH – 9 people, with a reduced level of MCH – 10 people, with a low level of MCH – 2 people.

According to the results of the HADS questionnaire on the HADS-A scale, 2 people with a normal level of anxiety, 15 people with subclinically expressed anxiety, and 7 people with clinically expressed anxiety have been found.

According to the HADS-D scale, 1 person with a normal level of depression, 13 people with subclinically expressed depression, and 10 people with clinically expressed depression have been identified.

Conclusion. The results of our study confirm the importance of an integrated study of the physical and mental health of patients with post-traumatic stress disorder and determine the main directions of further scientific and practical research in this area.

Key words: post-traumatic stress disorder, rehabilitation, quality of life, depression, anxiety.

Вступ. Майбутнє країни в плані її соціального, економічного та культурного розвитку головним чином визначається станом здоров'я населення, як фізичного, так і психологічного. На сьогодні значна кількість населення України відчуває на собі симптоми ПТСР (посттравматичного стресового розладу), але вони не звертаються до медичних установ і відповідно не отримують необхідної кваліфікованої медичної допомоги. Згідно з МКХ-10 (ВООЗ 19920) ПТСР (F43.1) визначається як відстрочена або затяжна реакція на стресогенну подію чи ситуацію винятково загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть зумовити дистрес майже у будь-кого [12].

Реабілітація пацієнтів з ПТСР – це більше, ніж просто процес відновлення фізичного стану. Вона включає у себе комплексний підхід до психологічної, емоційної та соціальної реабілітації, а також фармакологічного та інших методів лікування.

Для того, аби підібрати необхідні фізичні методи реабілітації для таких пацієнтів, нам необхідно визначити рівень якості життя та показники їхнього фізичного та психічного здоров'я. Це дасть нам змогу більш детально та систематизовано розробити варіанти додаткових методів реабілітації пацієнтів з ПТСР [7; 9; 11].

Окрім психотерапії, використовують різні додаткові методи терапії, але не було визначено достатніх доказів щодо використання додаткових методів як самостійних методів лікування пацієнтів з ПТСР для затверджених протоколів ведення пацієнтів. Тому метою нашого дослідження стало проведення дослідження з пошуку ефективних додаткових методів терапії пацієнтів з ПТСР, які включатимуть безпосередньо фізичні методи реабілітації [8].

Мета – оцінити фізичний та психологічний стан пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом.

Матеріали та методи дослідження. У своєму дослідженні ми використовували аналітичні методи, структурований аналіз літератури у вітчизняних та зарубіжних джерелах. У дослідженні взяли участь 24 пацієнти молодого віку (25–44 роки). Усі пацієнти обслуговувалися в приватній клініці превентивної медицини та для проведення дослідження підписували добровільну інформаційну згоду про участь у дослідженні. Усі вони до дослідження перебували у стресовій ситуації та мали підтвержені клінічно симптоми ПТСР і звернулись до клініки із запитом зменшити симптоми стресового розладу. Для оцінки стану пацієнтів ми опрацювали зарубіжну та вітчизняну літературу для пошуку

найкращих варіантів опитувальників, які б найбільш чітко відповідали нашим критеріям та дозволили повноцінно оцінити стан пацієнтів перед проведенням дослідження.

Для проведення дослідження були використані Міжнародний опитувальник якості життя MOS SF-36, Міссісіпська шкала оцінки посттравматичних реакцій (цивільний варіант) та Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS).

Пацієнтам було спочатку запропоновано проходження Міссісіпської шкали оцінки посттравматичних реакцій. Міссісіпська шкала (МШ) була розроблена для оцінки ступеня вираженості посттравматичних стресових реакцій у ветеранів бойових дій (Keape T.M., et al., 1987, 1988). На сьогодні вона є одним із широко використовуваних інструментів для вимірювання ознак ПТСР. Шкала містить 35 тверджень, кожне з яких оцінюється за п'ятибальною шкалою Ліккерта. Оцінка результатів здійснюється сумуванням балів, підсумковий показник дозволяє виявити ступінь впливу перенесеного індивідом травматичного досвіду. Пункти опитувальника входять у 4 категорії, три з яких співвідносяться з критеріями DSM: 11 пунктів направлені на визначення симптомів вторгнення, 11 – уникання та 8 запитань належать до критерію фізіологічної збудливості. П'ять інших запитань направлені на виявлення почуття провини та суїцидальності [4; 6].

Також кожній з пацієток було запропоновано пройти тестування MOS SF-36. SF-36 складається із 36 питань, об'єднаних у загальні шкали: фізичне функціонування, рольова діяльність, тілесний біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан та психічне здоров'я. Показники кожної шкали складені таким чином, що чим вище значення показника (від 0 до 100), тим краща оцінка за вибраною шкалою. З них формують два параметри: психологічний і фізичний компоненти здоров'я. Ми брали до уваги два основних показники – «Фізичний компонент здоров'я» та «Психічний компонент здоров'я» [7].

І останнім пацієнтам давали шкалу «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)». Шкала належить до суб'єктивних методик і призначена для скринінгового виявлення тривоги і депресії у пацієнтів соматичного стаціонару. Розроблена А.С. Зігмундом і Р.П. Снайтом у 1983 р. Вона широко використовується у світі і стала популярною в основному за рахунок того, що вирізняється простотою застосування і обробки даних. Шкала складена з 14 тверджень, які об'єднуються у 2 підгрупи: підшкала А – «тривога» та підшкала В – «депресія». Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповідей, що відображають ступінь наростання симптоматики (від «0» – відсутність симптоматики, до «4» – вираженість симптоматики) [5].

Результати та їх обговорення. Після завершення проведення наших опитувальників та опрацювання матеріалів ми отримали такі результати.

Після опрацювання результатів Міссісіпської шкали оцінки посттравматичних реакцій усіх пацієнтів було поділено на 3 групи відповідно до результатів (рис. 1):

група А – пацієнти без проявів ПТСР, добре адаптовані, 5 осіб;

група В – пацієнти з психічними розладами, 13 осіб;

група С – пацієнти з проявами ПТСР, 6 осіб.

Пацієнти з групи А переживали симптоми стресового розладу та скаржились здебільшого на депресивні зміни настрою, розлади сну та відсутність енергії. Міссісіпська шкала підтвердила наші очікування та не підтвердила у них проявів ПТСР.

Пацієнти з групи В під час клінічного обстеження визначали більш серйозні симптоми стресового розладу протягом останніх 6 місяців, а саме розлади сну і часте прокидання вночі, безсоння, апатію до роботи та в домашніх справах, часту тривогу, безпідставні тривожні роздуми, відсутність сил протягом дня.

Пацієнти групи С мали найбільш виражені симптоми посттравматичного стресового розладу. На такий стан скаржаться уже більше

6 місяців, а саме: постійну тривожність та повну апатію до навколишнього світу, серйозні розлади сну та безсоння, думки про смерть, появу неконтрольованих панічних атак різного ступеня тощо.

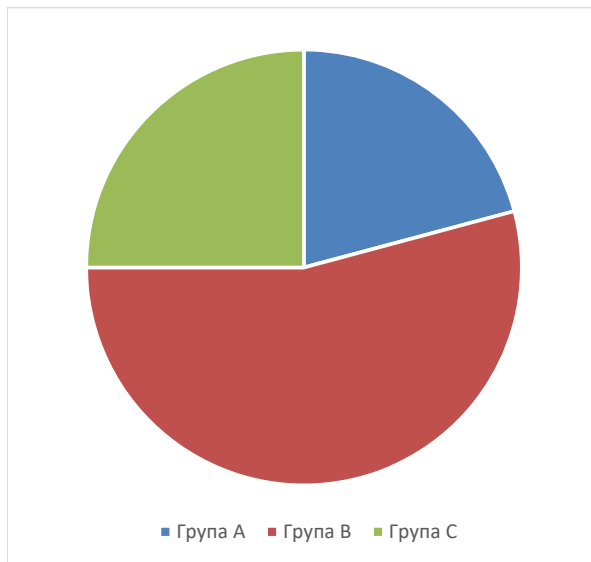


Рис. 1. Результати опитування Міссісіпської шкали ПТСР

Надалі представимо результати щодо опитувальника якості життя MOS SF-36. Ми оцінювали показники фізичного та психічного компонентів здоров'я.

Показник фізичного компонента здоров'я оцінювався у всіх 24 пацієнтів відповідно до набраних балів та отримали такі результати.

Відповідно до набраних балів у комплексі фізичного компонента здоров'я (ФКЗ) ми виділили 5 груп: високий рівень – 80–100 балів, підвищений рівень – 70–79 балів, середній рівень – 50–69 балів, занижений рівень – 30–49 балів та низький рівень – від 0 до 29 балів. Досліджуваних з високим рівнем фізичного компонента здоров'я – одна особа, досліджуваних підвищеного рівня ФКЗ – чотири особи, досліджуваних із середнім рівнем ФКЗ – тринадцять осіб, досліджуваних із заниженим рівнем ФКЗ – п'ять осіб та з низьким рівнем ФКЗ – одна особа.

Показник психічного компонента здоров'я досліджувався у всіх 24 пацієнтів і відповідно до набраних балів ми отримали таку градацію результатів.

Таблиця 1

Результати показників фізичного компонента у досліджуваних

	Фізичний компонент здоров'я
Високий рівень (80–100)	1 особа
Підвищений рівень (70–79)	4 особи
Середній рівень (50–69)	13 осіб
Занижений рівень (30–49)	5 осіб
Низький рівень (0–29)	1 особа

Відповідно до набраних балів у комплексі психічного компонента здоров'я (ПКЗ) ми виділили 5 груп: високий рівень – 80–100 балів, підвищений рівень – 70–79 балів, середній рівень – 50–69 балів, занижений рівень – 30–49 балів та низький рівень – від 0 до 29 балів. Досліджуваних з високим рівнем психічного компонента здоров'я не виявлено, досліджуваних підвищеного рівня ПКЗ – три особи, досліджуваних із середнім рівнем ФКЗ – дев'ять осіб, досліджуваних із заниженим рівнем ПКЗ – десять осіб та з низьким рівнем ПКЗ – дві особи.

Таблиця 2

Результати показників психічного компонента у досліджуваних

	Психічний компонент здоров'я
Високий рівень (80–100)	0 осіб
Підвищений рівень (70–79)	3 особи
Середній рівень (50–69)	9 осіб
Занижений рівень (30–49)	10 осіб
Низький рівень (0–29)	2 особа

Дані по результатах опитувальника MOS SF-36 представлені на діаграмі нижче (рис. 2).

Далі представимо результати по Госпітальній шкалі тривоги і депресії (HADS). Усім 24 пацієнтам був наданий опитувальник, який складався з 14 тверджень, після опрацювання анкет ми отримали такі результати.

Шкала HADS-A Тривожність. У цій шкалі оцінювався рівень тривожності у наших досліджуваних. Якщо сукупність балів від 0 до 7, то визначається як нормальний рівень тривожності, коли сукупність балів 8–10 – субклінічно виражена тривога, сукупність балів більше 10 – клінічно виражена тривога.

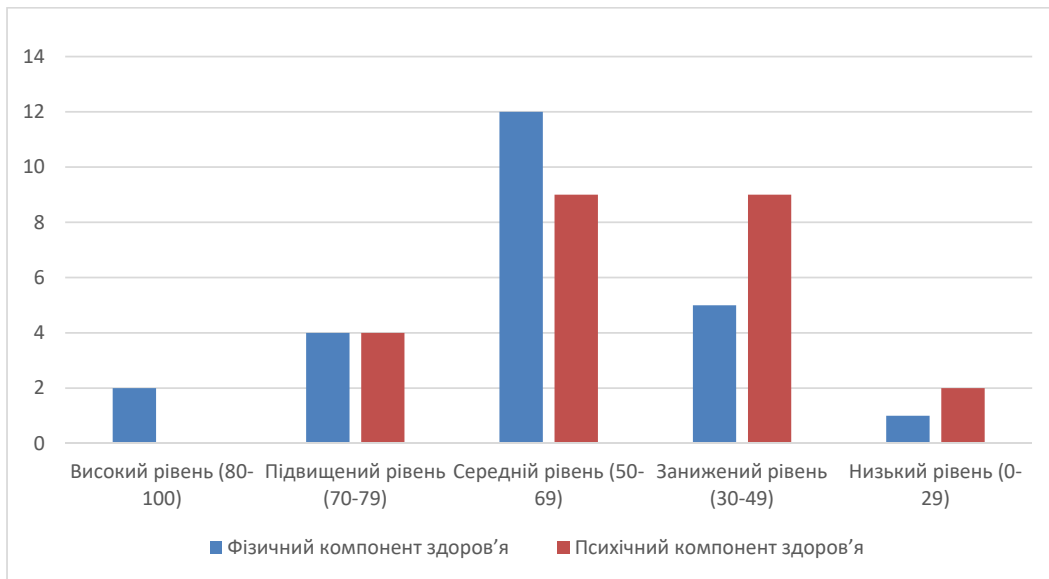


Рис. 2. Результати опитувальника MOS SF-36

Серед наших досліджуваних було виявлено дві особи з нормальним рівнем тривожності, у п'ятнадцяти осіб виявлена субклінічно виражена тривога та у семи осіб виявлена клінічно виражена тривога.

Шкала HADS-D Депресія. Така шкала дає змогу оцінити рівень депресії у досліджуваних. Якщо сумарна кількість балів по цій шкалі 0–7 балів – оцінюється як нормальний рівень депресії, коли сума балів 8–10 балів по шкалі – визначається як субклінічна депресія, якщо сумарна кількість балів по шкалі більше

10 балів – оцінюється як клінічно виражена депресія.

Відповідно до результатів нашого дослідження у однієї особи було визначено нормальний рівень депресії, у тринадцяти осіб – субклінічно виражена депресія та у десяти досліджуваних було виявлено клінічно виражену депресію.

Відповідні результати по опитувальнику HADS представлені на діаграмі нижче (рис. 3).

Дискусія. Це дослідження було спрямоване на те, аби мати чітку програму оцінки

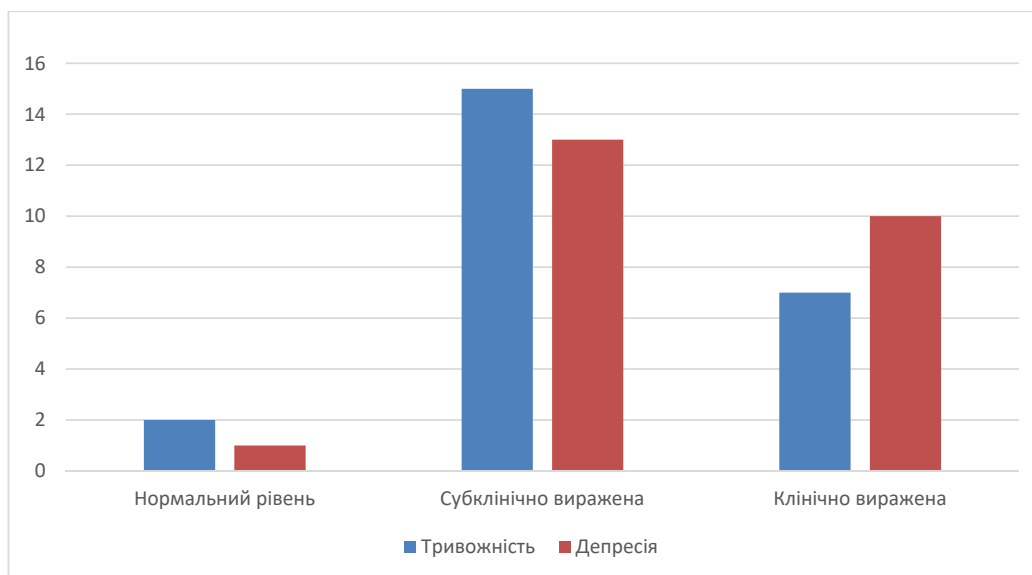


Рис. 3. Результати опитувальника HADS

осіб з посттравматичним стресовим розладом, аби надалі коректно підбирати ефективні програми реабілітації для таких пацієнтів, що теж враховується іншими науковцями [1; 2; 10]. У ході дослідження ми виявили, що пацієнти із проявами посттравматичного стресового розладу можуть демонструвати різний рівень фізичного та психічного здоров'я, різні показники депресії та тривожності.

У 2022 році проводилось дослідження, мета якого – оцінити опосередкований вплив симптомів ПТСР та депресії на взаємозв'язок між рисами особистості та якістю життя. В результаті цього дослідження вони дійшли висновку, що симптоми ПТСР та депресії мають опосередкований вплив на особистісні риси та якість життя пацієнтів. Досліджувані з особистісними рисами екстраверсії та емоційної стабільності мають нижчий ризик виникнення супутніх симптомів посттравматичного стресового розладу та депресії. І навпаки, якщо не було ні екстраверсії, ні емоційної стабільності, швидше за все, були присутні симптоми посттравматичного стресового розладу та депресії [13].

У дослідженні Лаура А. Баджор зазначено, що пацієнти мають зв'язок між рівнем посттравматичного стресового розладу та заниженими показниками якості життя (психічного та фізичного показників здоров'я). Результати свідчать про те, що наявна система взаємозалежних факторів, що впливають на якість життя в популяції з коморбідним біполярним розладом та посттравматичним стресовим розладом [3].

Щодо поширеності тривоги та депресії дослідження вказують на те, що пацієнти, які відчули на собі симптоми посттравматичного стресового розладу, заразом більш схильні до виникнення тривожних та депресивних станів [14].

Тому для вибору схеми лікування та реабілітації потрібно враховувати індивідуальні показники досліджуваних та необхідно більш широке дослідження оцінки стану пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом.

Висновки. Ми провели оцінку стану осіб, що страждають від посттравматичного стресового розладу. Результати нашого дослідження

підтверджують важливість комплексного оцінювання фізичного та психічного стану пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом. Поняття «здоров'я», як визначено в нашій роботі, включає у себе не лише фізичний, але й психічний аспект, і обидва вони пов'язані між собою.

Дослідження показало, що пацієнти із проявами посттравматичного стресового розладу можуть демонструвати різний рівень фізичного та психічного здоров'я. Зазначені групи пацієнтів виявили різноманіття у рівнях якості життя, тривожності та депресії.

Ці результати свідчать про необхідність індивідуалізованого підходу до лікування пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом, враховуючи як фізичні, так і психічні аспекти їхнього стану. Порівнюючи рівні тривоги та депресії у різних групах, можна визначити особливості та необхідні напрями подальшого вдосконалення психотерапевтичного та медичного втручання для кожної категорії пацієнтів.

Отже, наша робота підкреслює важливість інтегрованого дослідження фізичного та психічного здоров'я у пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом та визначає основні напрями подальших наукових та практичних досліджень у цій галузі.

Внесок авторів:

Ребрик Юлія – здійснила основний науковий пошук та аналіз літератури, що стосується теми статті, займалася проведенням експериментальних досліджень та збором даних, опрацювала результати експерименту та підготувала аналіз даних для включення до статті.

Ульяницька Наталя – відповідала за розробку методології дослідження та визначення структури статті та редагувала та оформляла текст, забезпечуючи його логічність та наукову адекватність.

Андрійчук Ольга – внесла значний внесок у формулювання основної концепції дослідження.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Джерела фінансування. Дослідження було виконане без зовнішнього фінансування.

Література

1. Kruk, I.M., Grygus, I.M. (2022). Fizychna terapiia viiskovoslužbovtiv z naslidkamy vohnepalnykh poranen [Physical therapy of military personnel with the consequences of gunshot wounds]. *Rehabilitation & recreation*. 12:44–51. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2022.12.6> [in Ukrainian].
2. Kruk, I.M., Grygus, I.M. (2023). Suchasnyi pohliad na psykholohichnu rehabilitatsiiu viiskovoslužbovtiv z posttravmatychnym stresovym rozladom [A modern view of the psychological rehabilitation of servicemen with post-traumatic stress disorder]. *Rehabilitation and Recreation*. 15:50–56. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2023.15.6> [in Ukrainian].
3. Laura A. Bajor, Zongshan Lai, David E. Goodrich, Christopher J. Miller, Robert B. Penfold, Hyungjin Myra Kim, Amy M. Kilbourne, Mark S. Bauera, (2012). Posttraumatic Stress Disorder, Depression, and Health-related Quality of Life in Patients with Bipolar Disorder: Review and New Data from a Multi-Site Community Clinic Sample. *J Affect Disord*, DOI: 10.1016/j.jad.2012.08.005.
4. Mihajlov, B.V. (2015). Rozladi psihiki i povedinki ekstremalno-psihologichnogo pohodzhennya. *Psihichne zdorov'ya*. 2(47). 9–18 [in Ukrainian].
5. Mihajlov, B.V., Chugunov, V.V., Kurilo V.O., Sarzhevskij S.N. (2014). Posttravmatichni stresovi rozladi: navchalnij posibnik. Vid. 2-e, pereroblene ta dopovnene. Kharkiv: KhMAPO. 285 s. [in Ukrainian].
6. Mihajlov, B.V., Zinchenko, O.M., Fedak, B.S., Sarvir, I.M. (2014). Mediko-psihologichnij suprovid osib z gostrimi rozladami psihiki i povedinki psihogennogo pohodzhennya (metodichni rekomendaciyi). Kharkiv. 23 s. [in Ukrainian].
7. Musij, O.S., Pinchuk, I.Ya., Haustova, O.O. et al. (2014). Innovacijni pidhodi do organizaciyi mediko-psihologichnoyi dopomogi pislyatravmatichnogo stresovogo rozladu (metodichni rekomendaciyi). Kyiv: MOZ Ukrayini, 32 s. [in Ukrainian].
8. Nakaz Ministerstva ohoroni zdorov'ya Ukrayini vid vid 23.02.2016 r. № 121 “Pro zatverdzhennya ta vprovadzhennya mediko-technologichnih dokumentiv zi standartizaciyi medichnoyi dopomogi pri posttravmatichnomu stresovomu rozladi” [in Ukrainian].
9. Park, Ji-Min, Bae, Sung-Man (2022). Impact of depressive, anxiety, and PTSD symptoms in disaster victims on quality of life: The moderating effect of perceived community resilience. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 102749. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2021.102749>.
10. Shestopal, N., Balazh, N., Kovel'ska, A., Kikh, A., Tomanek, M., Grygus, I. (2021). Effect of rehabilitation program on the quality of life of people with forearm or hand gunshot wounds using physiotherapy methods. *Journal of Physical Education and Sport*. 21(5):2591–2600.
11. Voloshin, P.V., Maruta, N.O., Shestopalova, L.F. et al. (2014). Diagnostika, terapiya ta profilaktika mediko-psihologichnih naslidkiv bojovih dij v suchasni umovah. Metodichni rekomendaciyi. Harkiv. MOZ Ukrayini. 79 s. [in Ukrainian].
12. World Health Organization. (2016). International statistical classification of diseases and related health problems. 10th rev., vols. 1–3. Geneva.
13. Yoshikazu Noda, Kenichi Asano, Eiji Shimizu, Yoshiyuki Hirano. (2022). The mediating effect of symptoms of posttraumatic stress disorder and depression on the relationship between personality traits and quality of life in emergency service workers. *Comprehensive Psychiatry*, 152327, <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152327>.
14. Yufei, Li, Scherer, N., Felix, L., Kuper, H. (2021). Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, DOI: 10.1371/journal.pone.0246454.

Отримано: 12.02.2024

Прийнято: 5.03.2024

Опубліковано: 29.04.2024

Received on: 12.02.2024

Accepted on: 5.03.2024

Published on: 29.04.2024