ISSN print 2414-4517, ISSN online 2710-1487, https://ecm.knmu.edu.ua, ecm.journal@knmu.edu.ua

УДК: 159.9:616-08:614.253.5

МЕДСЕСТРИНСЬКИЙ МОНІТОРИНГ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ СПІВРОБІТНИКІВ МІНІСТЕРСТВА ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ У ПРОЦЕСІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ПОРАНЕНЬ

Пахолі Т.А., Красовська К.О.

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Актуальність. У статті досліджується роль медичної сестри як ключового суб'єкта моніторингу ментального здоров'я співробітників Міністерства внутрішніх справ України в межах комплексної реабілітації. Специфіка діяльності персоналу силових структур пов'язана з тривалим перебуванням у кризових умовах, високим рівнем вітальної загрози та екстремальними психоемоційними навантаженнями. Це зумовлює необхідність впровадження реабілітації, де медсестринський моніторинг виступає інструментом ранньої діагностики та корекції посттравматичних станів.

Мета. Визначити дієву роль медичної сестри у системі моніторингу психоемоційного стану поранених співробітників Міністерства внутрішніх справ України.

Матеріали та методи. Проведено проспективне інтервенційне дослідження. Для скринінгової оцінки психоемоційного стану розроблено «Анкету тривожних розладів», що містить 11 запитань (7 для оцінки генералізованої тривоги, 4 – для симптомів посттравматичних стресових розладів). Кожне запитання оцінювалося від 0 до 3 балів (загальна сума 0–33). Анкетування проводилося двічі (на початку та після реабілітації) в умовах анонімності та довірчого контакту з медичною сестрою. Порівняння результатів першого та другого анкетування виконано за допомогою непараметричного критерію Вілкоксона для зв'язаних вибірок. Рівень статистичної значущості встановлено як $p<0,05$. Дослідження виконано в межах магістерської роботи першого автора.

Етика дослідження. Дослідження відповідало стандартам Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації (1964–2024). Всі пацієнти підписали інформовану згоду.

Результати. На початку реабілітації інтегральний показник тяжкості змішаної тривожно-посттравматичної симптоматики становив [21,3±0,5] бала (помірний рівень). Після реабілітації показник знизився до [11,4±0,6] бала (легкий рівень; $p<0,05$). Лише 20 % пацієнтів мали помірний рівень симптомів, ще 20 % не мали ознак симптоматики. Довірчий контакт із медсестрою дозволив нівелювати захисні бар'єри.

Висновки. Медична сестра завдяки неформальному та постійному контакту з пацієнтом володіє високим рівнем довіри, що дозволяє здійснювати «прихований» психоемоційний моніторинг. Розроблена анкета є доцільним інструментом первинної діагностики, чутливим до динаміки стану.

Ключові слова: *реабілітація, ментальне здоров'я, роль медичної сестри, анкетування.*

Відповідальний автор: Пахолі Т.А.
✉ 4, пр. Науки, м. Харків,
61022, Україна.
E-mail: tapakholi.3m24@knmu.edu.ua

Corresponding author: Pakholi T.A.
✉ 4, Nauky Ave., Kharkiv,
61022, Ukraine.
E-mail: tapakholi.3m24@knmu.edu.ua

© Пахолі Т.А., Красовська К.О., 2026 CC BY-NC-SA © Pakholi T.A., Krasovska K.O., 2026

ISSN print 2414-4517, ISSN online 2710-1487, https://ecm.knmu.edu.ua, ecm.journal@knmu.edu.ua

Цитуйте українською: Пахолі ТА, Красовська КО. Медсестринський моніторинг психоемоційного стану співробітників Міністерства внутрішніх справ України у процесі фізичної реабілітації після поранень. Експериментальна і клінічна медицина. 2026;95(1):26-33. https://doi.org/10.35339/ekm.2026.95.1.pak

Cite in English: Pakholi TA, Krasovska KO. Nursing monitoring of the psycho-emotional state of employees of the Ministry of Internal Affairs of Ukraine in the process of physical rehabilitation after injuries. Experimental and Clinical Medicine. 2026;95(1):26-33. https://doi.org/10.35339/ekm.2026.95.1.pak [in Ukrainian].

Вступ

Триваюча збройна агресія проти України та її наслідки зумовлюють стрімке зростання кількості пацієнтів із бойовою травмою та специфічними професійними ушкодженнями серед співробітників системи Міністерства внутрішніх справ України. Особливістю цього контингенту є поєднання складних травм і поранень із глибокими психоемоційними порушеннями. У таких умовах традиційна модель реабілітації, яка зосереджена виключно на відновленні функцій, виявляється недостатньою.

Сучасна парадигма відновного лікування відводить медичній сестрі роль не лише виконавця маніпуляцій і процедур, а й активного учасника мультидисциплінарної команди. Оскільки медична сестра під час реабілітації проводить із пацієнтом найбільшу кількість часу, саме вона має можливість першою ідентифікувати ознаки психологічного регресу – флешбеки та тривожні стани, які прямо впливають на темпи фізичного загоєння ран і відновлення працездатності.

Проте на практиці існує дефіцит стандартизованих інструментів, які б дозволяли медичним сестрам швидко та об’єктивно оцінювати ментальний компонент здоров'я паралельно з фізичними показниками. Необхідність впровадження валідизованих та адаптованих методик оцінки, таких як модифікована анкета, визначає актуальність нашого дослідження. Це дозволить не лише оптимізувати медсестринський процес, а й значно підвищити якість життя та швидкість повернення співробітників Міністерства внутрішніх справ України до виконання службових обов'язків.

Співробітники Міністерства внутрішніх справ України, зокрема поліцейські, прикордонники, співробітники Державної служби України з надзвичайних ситуацій, Національної гвардії України, працюють в умовах, що швидко змінюються – під обстрілами і в зонах бойових дій, які зазвичай передбачають вплив психологічних подій, що потенційно можуть травмувати людину [1; 2].

У результаті перенесених подій основні прояви в людей полягають у наявності розладів, які безпосередньо пов’язані з травмою та стресором – це гострий стресовий розлад і посттравматичний стресовий розлад. Також наявна і вторинна травма, або втома від співчуття, особливістю якої є те, що переживання травматичної події відбувається через розповіді людей, які стикнулися із загрозою їхньому життю та/або здоров’ю [3].

Традиційна медицина передусім фокусується на соматичному лікуванні: загоєнні ран, зрощенні переломів. Проте досвід 2024–2026 рр. показує, що без корекції психоемоційного стану та високої тривожності фізичне відновлення уповільнюється на 30–50 %. Тому завдяки поєднанню інструментальних методів лікування з методами психологічного впливу вдається досягти переходу пацієнта від пасивного очікування лікування до активного управління власним здоров'ям [4]. При цьому роль медичної сестри зазнає суттєвої трансформації: вона зміщується від суто технічного виконання маніпуляцій до ролі координатора. Вона – фахівець, який володіє навичками переконання щодо необхідності лікування та професійно проводить усі процедури.

Актуальним є визначення її ролі як координатора, що здатний вчасно виявити когнітивні розлади, флешбеки чи депресивні стани, які заважають пацієнту виконувати вправи чи дотримуватися режиму.

ISSN print 2414-4517, ISSN online 2710-1487, https://ecm.knmu.edu.ua, ecm.journal@knmu.edu.ua

Отже, до функціональних обов'язків медичної сестри було додано такі завдання:

– роз'яснювати хворому важливість кожної лікарської процедури та формувати в нього усвідомлене ставлення до лікування;

– послідовно реалізовувати реабілітаційні втручання згідно з визначеним планом;

– забезпечувати необхідний режим виконання процедур, зокрема дотримуватися інтервалів між ними, акцентуючи увагу не тільки на терапевтичних заходах, а й на відновленні здатності пацієнта до самостійного функціонування та його пристосуванні до звичайних життєвих умов.

З огляду на значну ймовірність виникнення посттравматичного стресового розладу, а також вторинного травматичного стресу, медична сестра бере на себе відповідальність за психоемоційний моніторинг. Вона сприяє об'єктивізації психічного стану пацієнта та надає йому підтримку під час медичних маніпуляцій. Крім того, медсестра виконує роль сполучної ланки між лікарем, фізичним терапевтом, ерготерапевтом і пацієнтом, завдяки чому досягається неперервність реабілітаційного процесу.

Ця роль повністю корелює з положеннями Національної стратегії створення безбар'єрного простору в Україні (2024–2026 рр.). У контексті «медичної безбар'єрності» медична сестра стає головним гарантом доступу пацієнтів до комплексної допомоги. Вона не просто надає підтримку під час процедур, а створює комунікаційне середовище, де пацієнт відчуває психологічну безпеку, що є обов'язковою умовою реабілітації для діючих співробітників та ветеранів.

Більше того, така діяльність медичної сестри має чітке законодавче підґрунтя. Згідно із Законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», реабілітаційний процес базується на функціональному оцінюванні пацієнта [5]. Таким чином, медична сестра забезпечує не лише догляд, а й науково обґрунтовану оцінку динаміки відновлення, перетворюючи суб'єктивні скарги пацієнта на об'єктивні дані для всієї реабілітаційної команди.

У процесі реабілітації співробітників Міністерства внутрішніх справ України стандартним протоколом передбачена інтенсивна робота з психологами. Проте практичний досвід свідчить, що іноді пацієнти «дистанціюються» щодо психологічної допомоги, демонструючи феномен гіпертрофованої стійкості, вважаючи спілкування з психологом «необов'язковим» для їхнього фізичного відновлення [6]. Така поведінка часто базується не на недовірі психологу, а на страху перед професійною стигматизацією та небажанні знову переживати травматичний досвід у формалізованій бесіді [7]. Саме в цій ситуації роль медичної сестри стає вирішальною. На відміну від психолога, чий візит сприймається як «перевірка» або «спеціальна процедура», медична сестра взаємодіє з пацієнтом у межах щоденного рутинного догляду. Пацієнти не підозрюють, що під час звичайної бесіди медична сестра проводить професійну оцінку їхнього ментального стану за допомогою спостереження. Це дозволяє нівелювати захисні бар'єри та отримати більш достовірні дані. Медична сестра сприймається як «своя людина», яка безпосередньо полегшує фізичний біль. Це створює безпечний простір, де пацієнт може мимохідь висловити скарги на порушення сну, нічні жахіття чи дратівливість, про які він волів би змовчати на офіційній консультації. Виявивши ознаки декомпенсації, медична сестра може м'яко підготувати пацієнта до необхідності роботи з вузькими спеціалістами, виступаючи сполучною ланкою та знижуючи рівень опору [8].

Метою дослідження було визначення ролі медичної сестри як активного учасника мультидисциплінарної реабілітаційної команди та оцінка ефективності модифікованих психодіагностичних інструментів у межах медсестринського догляду для оптимізації відновлювального процесу.

Матеріали та методи

Для скринінгової оцінки психоемоційного стану використовували розроблену нами «Анкету тривожних розладів», що складається з 11 запитань. Сім із них відповідають опису генералізованого тривожного розладу, чотири (про флешбеки, емоційну притупленість, емоційну нестабільність

ISSN print 2414-4517, ISSN online 2710-1487, https://ecm.knmu.edu.ua, ecm.journal@knmu.edu.ua

та труднощі концентрації уваги) слугують для оцінки наслідків посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у постраждалих із бойовою травмою.

Кожне запитання має чотири варіанти відповіді, що оцінюються в балах: 0 – «ніколи», 1 – «один прояв на декілька днів», 2 – «прояви більше половини часу», 3 – «прояви спостерігаються майже щодня». Загальна сума балів може коливатися від 0 до 33.

До анкети увійшло 11 запитань:

1. Ви відчуваєте нервозність, занепокоєння чи те, що ви на межі зриву?

2. У вас є постійне хвилювання, переживання, які ви не можете зупинити або контролювати?

3. Чи відчуваєте ви надмірне занепокоєння, переживання з приводу різних справ?

4. Чи відчуваєте, що вам важко розслабитися?

5. Ви були так стурбовані, що не могли залишитися на одному місці?

6. Ви відчували підвищену дратівливість?

7. Спостерігали ви у себе відчуття (страх), що має статися щось жахливе?

8. Як часто у вас спостерігаються «флешбеки» – сцени, картини пережитої події чи травми?

9. Чи є у вас емоційна притупленість чи байдужість до оточення?

10. Наскільки ви схильні до емоційної нестабільності?

11. Чи помічаєте ви у себе труднощі в концентрації уваги?

Суму отриманих балів розглядали як інтегральний показник тяжкості змішаної тривожно-посттравматичної симптоматики та порівнювали з такими градаціями: 0–4 бали – відсутність або мінімальний рівень симптомів; 5–11 балів – легкий рівень; 12–22 бали – помірний рівень; 23–33 бали – тяжкий рівень.

Анкетування проводилося двічі: на початку реабілітаційного циклу (1–2-й день перебування) та після його завершення (останній день). Кожен респондент отримував паперову анкету, яку заповнював самостійно в окремому приміщенні в присутності медичної сестри. Медична сестра надавала роз'яснення щодо питань без впливу на вибір відповіді. Для забезпечення щирості відповідей анкетування було анонімним – учасники не зазначали своїх прізвищ, а анкетувалися під індивідуальним кодом.

Статистичний аналіз виконано за допомогою програми Statistica 8.0 (StatSoft, США). Для перевірки нормальності розподілу застосовано критерій Шапіро–Вілка. Оскільки розподіл показників відрізнявся від нормального, для порівняння результатів першого та другого анкетування використано непараметричний критерій Вілкоксона для зв'язаних вибірок. Рівень статистичної значущості встановлено як $p<0,05$. Дані представлено у вигляді середнього арифметичного та стандартного відхилення (M±SD).

Етика дослідження

Проведене анкетування повністю відповідало міжнародним етичним нормам та принципам Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації (1964–2024). Всі пацієнти підписали інформовану згоду на участь у науковому дослідженні на умовах конфіденційного збереження особистих даних.

Результати

Результати анкетування показали, що на початку реабілітаційного циклу інтегральний показник тяжкості змішаної тривожно-посттравматичної симптоматики у респондентів становив [21,3±0,5] бала, що відповідає помірному рівню згідно з прийнятою градацією. Після завершення комплексу реабілітаційних заходів проведено повторне анкетування за тією самою анкетою. Отримані результати показали, що лише 4 співробітники МВС (20 %) мали помірний рівень, а 4 особи (20 %) – не мали ознак симптоматики (відсутність або мінімальний рівень). Середнє значення показника після реабілітації знизилося до [11,4±0,6] бала, що відповідає легкому рівню. Наведені в *таблиці* дані демонструють загальну ефективність комплексу реабілітаційних заходів: показник вірогідно знизився ($p<0,05$) порівняно з вихідним рівнем.

ISSN print 2414-4517, ISSN online 2710-1487, https://ecm.knmu.edu.ua, ecm.journal@knmu.edu.ua

Таблиця. Порівняння показників тривожно-посттравматичної симптоматики (бали)

Показник	Перше опитування	Друге опитування	Рівень значущості відмінностей
Рівень тривоги	21,3±0,5	11,4±0,6	$p<0,05$

Довірчий контакт із медичною сестрою, яка проводила анкетування під час щоденних процедур, дав змогу нівелювати захисні бар'єри пацієнтів і отримати відповіді, що відображають реальний психоемоційний стан. Застосована модифікована анкета виявилася чутливим інструментом для динамічного спостереження: зафіксоване зниження інтегрального показника на 9,9 бала ($p<0,05$) підтверджує ефективність безперервного медсестринського моніторингу як складової мультидисциплінарної реабілітації. Таким чином, результати обґрунтовують ключову роль медичної сестри у виявленні та корекції тривожно-посттравматичних проявів у поранених співробітників МВС.

Обговорення результатів

У межах дослідження було проведене дворазове опитування пацієнтів, яке здійснювалося до та після впровадження реабілітаційних заходів. Для оцінки психоемоційного стану респондентів було використано розроблений нами інструментарій – «Анкету тривожних розладів», що складається з 11 запитань. Варто зазначити, що зміст запитань анкети корелює з пунктами валідизованого міжнародного опитувальника Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7, Опитувальник щодо генералізованого тривожного розладу-7) [9; 10], який містить 7 діагностичних ознак для точної верифікації проявів патологічної тривоги.

У процесі створення опитувальника ми виходили з необхідності розробити інструмент, який би міг надавати пацієнтам медична сестра в умовах щоденної рутинної взаємодії. На відміну від формалізованого психологічного тестування, яке може викликати у співробітників силових структур настороженість та захисні реакції, запропонована анкета інтегрується у звичний медсестринський догляд. Це дозволяє знизити психологічні бар'єри та отримувати більш достовірні дані про реальний психоемоційний стан пацієнта без додаткового стресу, пов'язаного з усвідомленням участі в дослідженні.

Отримані результати за розробленою «Анкетою тривожних розладів» були зіставлені з даними іншого дослідження, проведеного серед військовослужбовців, у якому оцінка стану здійснювалася за допомогою шкали GAD-7 до та після курсу поєднаної когнітивно-поведінкової та травма-фокусованої терапії [11]. Середня різниця в балах за шкалою GAD-7 у тому дослідженні становила 5,7 бала, тоді як при застосуванні нашої анкети середня різниця показників до та після реабілітації склала 9,9 бала. Однак пряме порівняння абсолютних значень є орієнтовним через відмінності в інструментарії (різна кількість питань та максимальний бал: 21 у GAD-7 проти 33 у нашій анкеті) та дизайні досліджень. Проте в обох випадках спостерігалася загальна тенденція до зниження рівня тривожно-посттравматичної симптоматики, що свідчить про ефективність реабілітаційних втручань.

Важливо підкреслити, що у співробітників силових структур нерідко спостерігається феномен «професійної стійкості», який маскує ознаки посттравматичного стресового розладу та вторинного травматичного стресу, створюючи бар'єр між пацієнтом і фаховими психологами. Пряме втручання в ментальну сферу сприймається респондентами як прояв слабкості або загроза професійній придатності. Медична сестра, завдяки неформальному та постійному контакту, може частково нівелювати цей бар'єр.

Аналізуючи методологію дослідження, ми враховували ймовірний вплив ефекту Готорна (англ. Hawthorne effect) – зміни поведінки людини, коли вона знає, що за нею спостерігають [12]. У контексті

ISSN print 2414-4517, ISSN online 2710-1487, https://ecm.knmu.edu.ua, ecm.journal@knmu.edu.ua

співробітників силових структур цей ефект проявляється як схильність респондентів надавати соціально очікувані відповіді, демонструючи вищу психологічну стабільність, ніж є насправді. Це типова форма прояву цього ефекту – так звана реактивність учасника [13]. Усвідомлення участі в тестуванні може спонукати пацієнта підсвідомо «коригувати» свої симптоми в бік норми. Саме тому для нівелювання цього ефекту та отримання максимально достовірних даних анкетування проводилося за принципами повної анонімності, конфіденційності, і, головне, воно здійснювалося медичною сестрою, до якої у пацієнтів сформовано високий рівень довіри, що знижувало захисні бар'єри.

Функція медичної сестри в процесі відновлення працівників правоохоронних органів зазнала змін: від класичного догляду вона еволюціонувала до сучасного, комплексного та психологічно орієнтованого супроводу, що має на меті якнайшвидшу й повноцінну соціальну та професійну адаптацію пацієнта.

Обмеження дослідження. Розроблена анкета не пройшла повної психометричної валідизації (перевірки надійності, чутливості та специфічності), тому отримані результати слід інтерпретувати як скринінгові. Крім того, відносно невелика вибірка та відсутність контрольної групи, де анкетування проводилося б без участі медсестри, не дозволяють зробити остаточний висновок про причинно-наслідковий зв'язок між саме діями медсестри та більшим зниженням балів. Подальші дослідження мають включати валідизацію анкети на більших вибірках із застосуванням факторного аналізу та порівняльних груп.

Висновки

1. Доведено, що процес відновлення співробітників Міністерства внутрішніх справ України після травм і поранень ускладнюється феноменом «професійної стійкості», який часто маскує ознаки посттравматичного стресового розладу та вторинного травматичного стресу. Це створює бар'єр між пацієнтом та фаховими психологами, оскільки пряме втручання в ментальну сферу сприймається респондентами як прояв слабкості або загроза професійній придатності.

2. Медична сестра, завдяки неформальному та постійному контакту з пацієнтом, володіє найвищим рівнем довіри. Це дозволяє здійснювати «прихований» психоемоційний моніторинг під час щоденних маніпуляцій, що забезпечує отримання максимально об'єктивної інформації про стан пацієнта.

3. Використання нами «Анкети тривожних розладів» із додаванням клінічних запитань-маркерів, підтвердило свою доцільність як інструменту первинної діагностики. Додатковий блок питань дозволив ідентифікувати специфічні маркери травми (флешбеки, гіперзбудливість), які часто залишаються поза увагою при стандартному фізикальному огляді.

Декларації

Конфлікт інтересів відсутній.

Усі автори дали згоду на публікацію статті на умовах ліцензії Creative Commons BY-NC-SA 4.0 International License та публічного договору з редакцією, на обробку та публікацію їхніх персональних даних.

Автори рукопису заявляють, що в процесі підготовки та редагування цього рукопису вони не використовували жодних інструментів чи сервісів генеративного штучного інтелекту для виконання будь-яких завдань, перелічених у Таксономії делегування генеративного штучного інтелекту (GAIDeT, 2025). Усі етапи роботи (від розробки концепції дослідження до остаточного редагування) виконувалися без залучення генеративного штучного інтелекту, виключно авторами.

Фінансування та подяки

Дослідження виконано в межах магістерської роботи першого автора «Роль медичної сестри у реабілітації співробітників Міністерства внутрішніх справ України після травм та поранень».

ISSN print 2414-4517, ISSN online 2710-1487, https://ecm.knmu.edu.ua, ecm.journal@knmu.edu.ua

Внесок авторів

Внесок / Автори	A	B	C	D	E	F
Пахолі Т.А.	+	+	+	+	+	+
Красовська К. О.				+	+	+

Примітки:

A – концепція;

B – дизайн;

C – збір даних;

D – статистична обробка та інтерпретація даних;

E – написання або критичне редагування статті;

F – схвалення фінальної версії до публікації та згода нести відповідальність за всі аспекти роботи.

Література

1. Angehrn A, Teale Sapach MJN, Ricciardelli R, MacPhee RS, Anderson GS, Carleton RN. Sleep Quality and Mental Disorder Symptoms among Canadian Public Safety Personnel. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(8):2708. DOI: 10.3390/ijerph17082708. PMID: 32326489.

2. Carleton RN, Afifi TO, Turner S, Taillieu T, Vaughan AD, Anderson GS, et al. Mental health training, attitudes toward support, and screening positive for mental disorders. Cogn Behav Ther. 2020;49(1):55-73. DOI: 10.1080/16506073.2019.1575900. PMID: 30794073.

3. Сущенко ЛП, Демченко МО, Бобровник ЛП. Особливості фізкультурно-спортивної реабілітації учасників бойових дій з черепно-мозковою травмою. Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. 2024;3К(176):470-3. DOI: 10.31392/UDU-nc.series15.2024.3K(176).104.

4. Schulz-Heik RJ, Poole JH, Dahdah MN, Sullivan C, Date ES, Salerno RM, et al. Long-term outcomes after moderate-to-severe traumatic brain injury among military veterans: Successes and challenges. Brain Inj. 2016;30(3):271-9. DOI: 10.3109/02699052.2015.1113567. PMID: 26853377.

5. Закон України № 1053-IX від 03.12.2020 «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», чинний на 20.03.2026. Верховна Рада України. Законодаство України. [Інтернет]. Доступно на: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20

6. Борисова ОО. Психореабілітація військових, учасників бойових дій і членів їх сімей. Навчальний посібник. Одеса: Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського; 2024. 243 с.

7. Ушакова ІМ. Психопрофілактика виникнення гострих стресових розладів у працівників ДСНС України під час війни. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. 2022;(2):95-9. DOI: 10.32782/psy-visnyk/2022.2.19.

8. Швець АВ. Прогностична оцінка потреби у медичній реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України з урахуванням структури їхньої бойової травми. Український журнал військової медицини. 2022;3(3):110-7. Доступно на: https://www.researchgate.net/publication/364520115

9. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med. 2006;166(10):1092-7. DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092. PMID: 16717171.

10. Стаднік АВ, Мельник ЮБ. Опитувальник генералізованого тривожного розладу: методичний посібник. Харків: ХОГОКЗ; 2025. 12 с. DOI: 10.26697/sri.krpoch/stadnik.melnyk.1.2025.

11. Вітязь ПГ. Психологічні особливості прояву тривоги у військовослужбовців в умовах війни : магістерська робота. [Магістерська робота, спец. 053 – Психологія]. Вінниця: Донецький національний університет імені Василя Стуса; 2025. 137 с.

12. Berkhout C, Berbra O, Favre J, Collins C, Calafiore M, Peremans L, Van Royen P. Defining and evaluating the Hawthorne effect in primary care, a systematic review and meta-analysis. Front Med (Lausanne). 2022;9:1033486. DOI: 10.3389/fmed.2022.1033486. PMID: 36425097.

13. Paradis E, Sutkin G. Beyond a good story: from Hawthorne Effect to reactivity in health professions education research. Med Educ. 2017;51(1):31-9. DOI: 10.1111/medu.13122. PMID: 27580703.

ISSN print 2414-4517, ISSN online 2710-1487, https://ecm.knmu.edu.ua, ecm.journal@knmu.edu.ua

Pakholi T.A., Krasovska K.O.

NURSING MONITORING OF THE PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF EMPLOYEES OF THE MINISTRY OF INTERNAL AFFAIRS OF UKRAINE IN THE PROCESS OF PHYSICAL REHABILITATION AFTER INJURIES

Background. The article examines the role of a nurse as a key subject in monitoring the mental health of employees of the Ministry of Internal Affairs of Ukraine within comprehensive rehabilitation. The specific nature of law enforcement personnel activities involves prolonged exposure to crisis conditions, a high level of vital threat, and extreme psycho-emotional stress. This necessitates the implementation of rehabilitation where nursing monitoring serves as a tool for early diagnosis and correction of post-traumatic conditions.

Aim. To determine the effective role of a nurse in the system of monitoring the psycho-emotional state of wounded employees of the Ministry of Internal Affairs of Ukraine.

Materials and Methods. A prospective interventional study was conducted. For screening assessment of the psycho-emotional state, an "Anxiety Disorders Questionnaire" was developed, consisting of 11 items (7 for assessing generalized anxiety, 4 for PTSD symptoms). Each item was scored from 0 to 3 points (total sum 0–33). The questionnaire was administered twice (at the beginning and after rehabilitation) under conditions of anonymity and trusting contact with a nurse. Comparison of the results of the first and second surveys was performed using the nonparametric Wilcoxon signed-rank test for paired samples. The level of statistical significance was set at $p<0.05$. The study was carried out as part of the first author's master's thesis.

Research Ethics. The study complied with the standards of the World Medical Association Declaration of Helsinki (1964–2024). All patients signed informed consent.

Results. At the beginning of rehabilitation, the integral indicator of mixed anxiety-post-traumatic symptom severity was [21.3±0.5] points (moderate level). After rehabilitation, the indicator decreased to [11.4±0.6] points (mild level; $p<0.05$). Only 20% of patients had a moderate level of symptoms, and another 20% had no signs of symptoms. Trusting contact with the nurse helped overcome defensive barriers.

Conclusions. Due to informal and continuous contact with the patient, the nurse has a high level of trust, which allows for "hidden" psycho-emotional monitoring. The developed questionnaire is a useful primary diagnostic tool sensitive to changes in the patient's condition.

Keywords: *rehabilitation, mental health, role of the nurse, questionnaires.*

Надійшла 26.02.2025
Прийнята до публікації 29.03.2026
Опублікована 31.03.2026

Відомості про автора

Пахолі Тетяна Анатоліївна – студентка кафедри пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики, Харківський національний медичний університет, Україна.

Поштова адреса: ХНМУ, 4, пр. Науки, м. Харків, 61022, Україна.

E-mail: tapakholi.3m24@knmu.edu.ua

Красовська Катерина Олександрівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики Харківського національного медичного університету, Україна.

Поштова адреса: ХНМУ, 4, пр. Науки, м. Харків, 61022, Україна.

E-mail: ko.krasovska@knmu.edu.ua

ORCID: 0000-0002-1053-0801.