DOI 10.11603/2411-1597.2026.2.16151
УДК 614.253.5:616-083.98:616.89--008.441-052

ТАКТИКА ПРОФЕСІЙНОЇ КОМУНІКАЦІЇ ПАРАМЕДИКА З ПАЦІЄНТАМИ ГРУПИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

Ольга Прохоренко, Вікторія Цісарук, Анастасія Короп, Світлана Робак

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, Тернопіль, Україна

Вступ. Посттравматичний стресовий розлад є одним із найбільш значущих наслідків пережитих травматичних подій. Він може розвинутися після ситуацій, пов'язаних із реальною або потенційною загрозою життю. Для цього стану характерні повторне переживання травматичної події, емоційні й когнітивні зміни, підвищена напруга, дратівливість, порушення сну та настороженість. За умов війни, масових травматичних подій і високого рівня суспільного стресу проблема раннього виявлення осіб групи ризику та належної комунікації з ними на догоспітальному етапі набуває особливої актуальності. Парамедик часто є фахівцем, який першим контактує з постраждалим, тому від якості його професійної взаємодії значною мірою залежить не лише ефективність медичних втручань, а й первинна психологічна стабілізація пацієнта.

Мета роботи – систематизувати тактику професійної комунікації парамедика з пацієнтами, які належать до групи ризику розвитку посттравматичного стресового розладу, особливу увагу зосередити на принципах травмоорієнтованої допомоги, першої психологічної допомоги та деескалації, які можна використовувати як у практичній діяльності, так і в освітньому процесі підготовки парамедиків.

Основна частина. Робота має оглядово-аналітичний характер. У ній узагальнено сучасні підходи до ранньої підтримки постраждалих після потенційно психотравмувальних подій та розглянуто місце комунікації в структурі догоспітальної допомоги. Традиційно діяльність парамедика в ургентних ситуаціях зосереджується на збереженні життя: контролі критичних кровотеч, іммобілізації, профілактиці шоку, підтримці прохідності дихальних шляхів і швидкому транспортуванні. Водночас у реальних викликах не менш важливим є врахування гострої стресової реакції. Травмоорієнтований підхід доповнює клінічні дії принципами безпеки, передбачуваності, поваги та партнерської взаємодії, що передбачає спокійне спілкування, чітке пояснення кожної маніпуляції, отримання згоди, збереження приватності, надання пацієнтові мінімального, але реального вибору, а також реагування на страх, недовіру, дезорієнтацію чи агресію.

Висновки. Професійна комунікація парамедика з пацієнтами групи ризику розвитку посттравматичного стресового розладу є важливою складовою якісної догоспітальної допомоги. Вона виконує стабілізаційну функцію поряд із невідкладними клінічними втручаннями, покращує співпрацю пацієнтів під час огляду і маніпуляцій, знижує імовірність повторної психічної травматизації та сприяє більш людиноцентрованому наданню допомоги. Інтеграція стандартизованих комунікативних алгоритмів у практику та навчання парамедиків є доцільним напрямом удосконалення системи екстреної медичної допомоги.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад; травмоорієнтований підхід; психологічна перша допомога; парамедик; комунікація.

TACTICS OF PROFESSIONAL COMMUNICATION BETWEEN PARAMEDICS AND PATIENTS AT RISK OF DEVELOPING POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

Olha Prokhorenko, Viktoriia Tsisaruk, Anastasiia Korop, Svitlana Robak

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine

Introduction. Post-traumatic stress disorder (PTSD) is one of the most significant consequences of traumatic experiences. It may develop after situations involving a real or potential threat to life. This condition is characterized by re-experiencing the traumatic event, emotional and cognitive changes, increased tension, irritability, sleep disturbances, and hypervigilance. In the context of war, mass traumatic events, and a high level of societal stress, the problem of early identification of individuals at risk and appropriate communication with them at the prehospital stage becomes especially relevant. A paramedic is often the first professional to come into contact with the affected person; therefore, the quality of professional interaction influences not only the effectiveness of medical interventions but also the patient's initial psychological stabilization.

© Ольга Прохоренко, Вікторія Цісарук, Анастасія Короп, Світлана Робак, 2026

The aim of the study – to systematize the tactics of professional communication used by paramedics when interacting with patients at risk of developing post-traumatic stress disorder. Particular attention is focused on the principles of trauma-informed care, psychological first aid, and de-escalation, which may be applied both in practical work and in the educational training of paramedics.

The main part. This work is of a review and analytical nature. It summarizes current approaches to the early support of individuals affected by potentially traumatic events and examines the role of communication in the structure of prehospital care. Traditionally, the work of a paramedic in emergency situations is focused on saving lives: controlling critical bleeding, immobilization, shock prevention, airway support, and rapid transportation. At the same time, in real-life emergency calls, it is equally important to take acute stress reactions into account. A trauma-informed approach complements clinical actions with the principles of safety, predictability, respect, and partnership. This includes calm communication, clear explanation of each procedure, obtaining consent, preserving privacy, providing the patient with minimal but real choice, as well as responding appropriately to fear, distrust, disorientation, or aggression.

Conclusions. Professional communication between paramedics and patients at risk of developing PTSD is an important component of high-quality prehospital care. Alongside urgent clinical interventions, it performs a stabilizing function, improves patient cooperation during examination and procedures, reduces the likelihood of repeated psychological traumatization, and contributes to a more patient-centered approach to care. The integration of standardized communication algorithms into paramedic practice and training is a reasonable direction for improving the emergency medical care system.

Keywords: post-traumatic stress disorder; trauma-informed approach; psychological first aid; paramedic; communication.

Вступ. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є психічним розладом, що формується у відповідь на переживання або події винятково загрозливого чи катастрофічного характеру та супроводжується стійким порушенням емоційної регуляції, поведінки і когнітивного функціонування [1, 2]. Клінічна картина ПТСР зазвичай охоплює чотири основні кластери симптомів: нав'язливе повторне переживання травматичного епізоду, зокрема інтрузивні спогади, флешбеки, нічні жахіття; уникнення стимулів, пов'язаних із травмою, а саме: думок, місць, людей або ситуацій, що нагадують про подію; негативні зміни настрою і когнітивних процесів, наприклад почуття провини чи сорому, зниження інтересу до звичайного життя, порушення пам'яті щодо окремих аспектів події; симптоми гіперзбудження і підвищеної реактивності, такі, як дратівливість, порушення сну, труднощі концентрації [1, 2]. Важливою діагностичною ознакою є тривалість зазначених проявів не менше одного місяця після впливу стресового фактора, а також їх негативний вплив на повсякденне функціонування людини.

Етіологічно ПТСР може розвиватися після безпосереднього переживання травматичної події, спостереження травми, що сталася з іншою особою, або отримання відомостей про насильницьку смерть чи тяжке поранення близьких [1, 2]. До потенційних психотравмувальних факторів належать умисне позбавлення життя, фізичне або сексуальне насильство, реальні чи сприйняті як реальні погрози життю та безпеці, викрадення, катування, а також втрати, зумовлені катастрофічними подіями: смерть членів родини чи друзів, вимушене переміщення, руйнування або втрата житла і засобів існування [2–4]. Сукупність таких впливів, особливо при повторюваності або тривалості травматизації, підвищує ризик формування стійких посттравматичних симптомів і потребує раннього виявлення та корекції первинної комунікації з боку медичних працівників, зокрема парамедиків [5, 6].

За даними міжнародного опитування у 24 країнах, яке провела Всесвітня федерація психічного здоров'я (WFOMH), 70 % респондентів повідомили про досвід переживання травматичної події; причому молодь вказувала на такі переживання частіше, ніж представники інших вікових груп [5].

Біженці й тимчасово переміщені особи становлять окрему категорію осіб із підвищеним ризиком розвитку ПТСР, що робить цю проблему одним із найактуальніших соціально-гуманітарних викликів для міжнародної спільноти на початку третього тисячоліття. За умов посилення дестабілізаційних процесів у світі, зокрема політичної нестабільності, економічних криз, локальних і міждержавних воєнних конфліктів, кількість осіб, які зазнають вимушеного переміщення та пов'язаного з ним травматичного досвіду, суттєво зростає.

Мета роботи – систематизувати тактику професійної комунікації парамедика з пацієнтами, які належать до групи ризику розвитку посттравматичного

стресового розладу, особливу увагу зосередити на принципах травмоорієнтованої допомоги, першої психологічної допомоги та деескалації, які можна використовувати як у практичній діяльності, так і в освітньому процесі підготовки парамедиків.

Основна частина. Історичний досвід засвідчує, що явище біженства супроводжує людство протягом багатьох століть і є наслідком масштабних суспільних потрясінь, збройних конфліктів та воєнних дій. Зокрема, Перша і Друга світові війни спричинили безпрецедентні за масштабами переміщення населення. За сучасних умов тривалі воєнні конфлікти продовжують формувати хвилі вимушеної міграції, що супроводжуються значним психоемоційним навантаженням, травматизацією та хронічним стресом у процесі переміщення і подальшої адаптації до нового середовища [5].

Особливо виразно ці тенденції проявилися після початку повномасштабної війни в Україні, яка призвела до масштабного внутрішнього переміщення населення та вимушеного виїзду значної кількості громадян за межі країни. Вимушена міграція в цьому контексті має комплексний характер, оскільки поєднує безпосередній вплив бойових дій, зокрема загрозу життю, поранення, смерть близьких, руйнування житла, із тривалою невизначеністю і соціально-економічними втратами, що істотно ускладнюють адаптацію та відновлення. Для осіб, які пережили окупацію, обстріли, евакуацію або тривалий час перебували в умовах небезпеки, типовими є прояви гострої стресової реакції та підвищений ризик розвитку посттравматичного стресового розладу, депресивних і тривожних розладів [1–5, 7]. У приймаючих громадах і країнах особливого значення набувають доступність медико-психологічної підтримки, безпечна і недискримінаційна комунікація з постраждалими, а також раннє виявлення осіб із високим рівнем стресу та їх своєчасне скерування до профільної допомоги [3, 4, 7–9].

За цих умов особливого значення набуває роль парамедика як фахівця першого контакту, який нерідко взаємодіє з постраждалими у фазу гострого стресу, коли домінують страх, дезорієнтація, соматизовані прояви тривоги та підвищена реактивність. Через це професійна комунікація в догоспітальному середовищі має виходити за межі суто інформаційного обміну і виконувати стабілізаційну функцію: забезпечувати відчуття безпеки, підтримувати контроль пацієнта над ситуацією, знижувати рівень стресу та запобігати ретравматизації [6, 8, 9, 10–13]. Саме тому особливо важливим є формування ефективної тактики професійної комунікації парамедика з пацієнтами групи ризику розвитку ПТСР, яка поєднує принципи trauma-informed care, елементи психологічної першої допомоги та клінічно доцільні стратегії деескалації [3, 4, 6, 8–13].

Практичне втілення травмоорієнтованого підходу на догоспітальному етапі доцільно розглядати як сукупність конкретних комунікаційних дій, які парамедик виконує паралельно з клінічними втручаннями. Ідеться не про психотерапію на місці події, а про короткі, чіткі та передбачувані кроки, що сприяють зниженню гострого дистресу і полегшують співпрацю з пацієнтом [6, 8–10].

Одним із найбільш прикладних принципів є підхід «мінімум слів – максимум якості». У ситуації травми пацієнт часто перебуває у стані стресового перевантаження, тому найбільш ефективними є короткі фрази з однозначним змістом, спокійний темп мовлення, контроль гучності голосу та паузи для відповіді [6, 8, 9]. Комунікація має бути структурованою: представитися і назвати свою роль; коротко пояснити, що відбувається; окреслити наступну дію; отримати згоду або щонайменше попередити перед втручанням; підсумувати та повідомити, що буде далі. Така послідовність формує для пацієнта своєрідний каркас безпеки і зменшує відчуття хаосу [6, 8–11].

У практиці екстреної медичної допомоги доцільно використовувати мікроалгоритм «Пояснити – Запитати – Діяти – Підсумувати». Наприклад: «Я зараз огляну Вашу грудну клітку, щоб перевірити дихання. Добре? Я торкнуся тут і тут. Дякую, Ви добре співпрацюєте. Наступне – ми накладемо фіксацію і поїдемо до лікарні». Навіть за умов обмеженого часу попереднє інформування пацієнта перед проведенням маніпуляцій, зокрема огляду інтимних зон або пальпації болючих ділянок, суттєво знижує ризик ретравматизації [6, 8–10].

Окремий блок становить тактика взаємодії з пацієнтами, в яких спостерігають ознаки гострої стресової реакції: тремор, гіпервентиляцію, плач, ступор, дезорієнтацію, «тунельну» увагу, імпульсивність. У таких випадках доцільним є застосування елементів психологічної першої допомоги: орієнтації в реальності, нормалізації реакції без знецінення переживань, а також підтримки базових потреб – забезпечення тепла, води при відсутності протипоказань,

зменшення натовпу, захисту від камер і сторонніх осіб [3, 4, 7, 8, 13].

Частою клінічною проблемою є стан різкого емоційного збудження або захисної поведінки, що може бути проявом страху, болю, інтоксикації чи активації травматичних спогадів. Комунікативна стратегія стабілізації ситуації в системі екстреної медичної допомоги має залишатися насамперед орієнтованою на безпеку: збереження дистанції, візуальну оцінку ризиків, мінімізацію провокувальних стимулів, чітке окреслення меж та надання вибору без ультимативного тиску [6, 10, 11, 13]. Доцільним є використання «я-повідомлень» і рамок співпраці, наприклад: «Я бачу, що Вам страшно або боляче. Я хочу допомогти. Давайте домовимося: Ви тримаєте руки на видному місці, а я пояснюватиму кожен свій крок». Якщо виникає потреба в обмежувальних заходах, їх необхідно застосовувати пропорційно ризику з максимальною повагою до гідності пацієнта, належним документуванням причин та постійним моніторингом його стану [6, 9, 11].

Важливо враховувати і комунікацію з родичами та свідками події, які можуть як посилювати стрес пацієнта, так і бути цінним ресурсом підтримки. Парамедик має швидко визначити «помічника» – спокійного родича або товариша – і дати йому коротке та чітке завдання, наприклад: «Станьте біля голови, говоріть спокійно, підтримуйте зоровий контакт, повторюйте, що ми поруч». Така тактика одночасно зменшує паніку оточення і підтримує самого пацієнта [8, 13].

Не менш значущими є мовний та етичний стандарти спілкування. Варто уникати фраз, що знецінюють переживання, таких, як «заспокойтесь» чи «нічого страшного», а також оцінних суджень і надмірного розпитування про деталі травми, які не впливають на тактику невідкладної допомоги [6, 8, 9]. Натомість доцільно сфокусуватись на теперішньому моменті та найближчих діях: «Зараз ми стабілізуємо стан. Потім у лікарні уточнять обсяг травм». Повага до приватності, обмеження доступу сторонніх осіб, делікатність під час огляду необхідно розглядати не як додатковий сервіс, а як важливу складову профілактики повторної травматизації [6, 8–12].

У підсумку тактика професійної комунікації парамедика з пацієнтами групи ризику розвитку ПТСР на догоспітальному етапі має ґрунтуватися на чотирьох ключових опорах: безпеці, передбачуваності, контролі або виборі та гідності [3, 4, 6, 8–13]. Їх реалізація через короткі алгоритми, попередження перед втручаннями та елементи психологічної першої допомоги підсилює традиційні клінічні дії, підвищує ефективність взаємодії та створює передумови для зменшення негативних психоемоційних наслідків після травматичної події [6–8, 13].

Щоб травмоорієнтований підхід не залишався лише теоретичною концепцією, його доцільно впроваджувати у вигляді алгоритмів і стандартних мовних конструкцій, які парамедик може використовувати в критичних ситуаціях навіть за умов обмеження ресурсів і дефіциту часу [6, 8–11]. Такі інструменти можуть бути інтегровані в чек-листи, симуляційні сценарії та дебрифінг.

Алгоритм первинного контакту «4С» (спокій, структура, стислість, співучасть) спрямований на швидке створення в пацієнта відчуття безпеки та керованості ситуацією. Він передбачає: контроль голосу, темпу мовлення, міміки та дистанції; коротке пояснення того, що відбувається «тут і зараз»; принцип «одна дія – одне пояснення»; надання пацієнтові можливості мінімального вибору або контролю, якщо це не суперечить вимогам безпеки [6, 8–11].

Перед будь-якою маніпуляцією доцільно використовувати алгоритм «ПВЗЗ» (пояснення, отримання згоди, виконання, завершення). Його метою є зниження ризику повторної травматизації та підвищення готовності пацієнта до співпраці. На етапі пояснення парамедик коротко повідомляє, що саме робитиме і навіщо; на етапі отримання згоди одержує просте підтвердження; під час виконання мінімізує біль і дискомфорт та попереджає про можливі відчуття; на етапі завершення озвучує результат і план подальших кроків [6, 8–10].

У разі дезорієнтації або паніки ефективним є короткий скрипт орієнтації в реальності тривалістю 10–15 с, який повертає увагу пацієнта до ситуації «тут і зараз» без дискусій і тривалих умовлянь. Доцільно використовувати прості повторювані твердження: «Ви в безпеці. Ви не самі», «Це бригада екстреної медичної допомоги. Ми допомагаємо Вам» [8, 9]. Додатково варто застосовувати мікроінструмент «контроль через вибір», який повертає пацієнтові мінімальне відчуття контролю, не порушуючи медичної тактики. Ідеться про безпечні варіанти вибору, що не впливають на критичні рішення, наприклад: «Ми можемо підняти спинку нош чи залишити горизонтально?», «Ви хочете тримати телефон у руці чи покладемо його в кишеню?» [6, 8, 9].

Окремої уваги потребує комунікація з дітьми та підлітками. У роботі з цією віковою категорією доцільно опускатися на рівень очей дитини, говорити чіткими словами і короткими реченнями, дозволяти «предмети безпеки» (іграшку чи ковдру), якщо це не перешкоджає наданню допомоги, а також залучати батьків як співучасників підтримки [7, 8]. Важливим є і використання простої позитивної підтримки, наприклад: «Ти молодець. Давай порахуємо разом» [7, 8].

На догоспітальному етапі надання екстреної медичної допомоги комунікація нерідко стає максимально лаконічною і директивною, оскільки парамедик працює в ситуаціях дефіциту часу, шуму, непередбачуваного середовища та високого рівня загрози. Для більшості пацієнтів така командна мова є прийнятною і навіть заспокійливою, однак у пацієнтів групи ризику розвитку ПТСР вона може набувати протилежного ефекту [3, 4, 6, 8, 9, 13]. Знецінення переживань, наказовий тон без пояснення, різкі дотики без попередження або публічне з'ясування деталей події можуть сприйматись як повторення травматичного досвіду, підвищувати рівень тривоги, провокувати дисоціацію, паніку, гіпервентиляцію чи захисну агресію та, як наслідок, ускладнювати клінічний огляд і виконання невідкладних втручань [1–4, 6–13]. Водночас травмоорієнтована комунікація не потребує тривалих розмов. Часто достатньо коротких мовних замін: нейтрального підтвердження стану, чіткого пояснення дії однією фразою, попередження перед дотиками і короткого плану подальших дій [6, 8–13].

З практичною метою в таблиці наведено приклади комунікативних формулювань, які можуть посилювати дистрес у пацієнтів групи ризику розвитку ПТСР, а також короткі безпечні альтернативи, адаптовані до темпу роботи екстреної медичної допомоги. Їх використання дає змогу зберегти оперативність дій парамедика, водночас зменшуючи ризик ретравматизації, ескалації тривоги та порушення контакту з пацієнтами.

Таблиця. **Ризикові комунікативні формулювання в роботі парамедика з пацієнтами групи ризику розвитку посттравматичного стресового розладу та їх безпечні альтернативи на догоспітальному етапі**

Ризикова фраза / стиль	Чому це проблемно для пацієнта групи ризику розвитку ПТСР	Безпечна альтернатива (коротко, в темпі надання екстреної медичної допомоги)
1	2	3
«Заспокойтеся»	Знецінює, посилює сором / опір, може провокувати паніку	«Я бачу, Вам страшно. Дихаємо повільно зі мною»
«Нічого страшного»	Мінімізує переживання, підриває довіру	«Реакція нормальна після стресу. Я поруч, крок за кроком»
«Перестаньте кричати / плакати»	Сприймається як покарання, підсилює безпорадність	«Я Вас чую. Скажіть коротко, де болить найбільше»
«Не рухайтеся!» (без пояснення)	Команда може сприйматись як загроза контролю	«Не рухайтеся 10 с – я захищаю шию / спину»
«Самі винні»	Звинувачення – різкий розрив контакту	«Зараз важливі факти для надання допомоги. Що саме сталося?»
«Навіщо Ви так зробили?»	Провокує захист / агресію, викликає сором	«Мені потрібно знати механізм травмування: падіння / удар / ДТП»
«Роздягайтеся»	Відчуття приниження, вразливість	«Піднімемо одяг на кілька секунд, щоб оглянути рану. Я прикрию»
«Мовчіть, не заважайте»	Розрив контакту, посилення страху	«Ви можете відповідати «так / ні». Це допоможе діяти швидше»
Жаргон: «шок», «внутрішня кровотеча» (без пояснень)	Посилення паніки	«Є ознаки тяжкої реакції організму. Наша мета – стабілізація тиску і дихання»
«Усе буде добре» (обіцянка)	Якщо стан погіршився – втрата довіри	«Я буду поруч і поясню кожен крок. Зараз зробимо найважливіше»
«Це не боляче»	Нереалістично; при виникненні болю – недовіра	«Може бути неприємно кілька секунд. Я Вас попереджу»

Продовження табл.

1	2	3
«Опануйте себе»	Стигматизація реакції на травму	«Так реагує організм після переляку. Давайте спокійно подихаємо»
«Якщо не… – зв'яжемо»	Погроза – ескалація	«Мені потрібно, щоб руки були спокійними. Покладіть їх на груди»
Кілька людей говорять одночасно	Перенавантаження, відчуття «оточення»	«Зараз говорить один. Я поясню, решта робить»
Нависання / блокування виходу	Тригери загрози, згорання напруження	«Я тримаю дистанцію. Ви бачите мої руки. Ми тут, щоб допомогти»
«Розкажіть усе детально»	Повторна ескалація – посилення симптомів	«Одним реченням: що сталося? Далі – лише про симптоми»
Повторювані питання про подію	Посилюють стрес, дратівливість	«Уточню одне: були удар голови / непритомність?»
Мовчазна фіксація ременями	Відчуття «утримання / покарання»	«Фіксуємо для безпеки. Скажіть, якщо з'явиться задуха / нудота»
«Терпіть»	Підсилює біль, провокує напруження	«Я зменшу біль, наскільки це можливо. Оцініть біль від 0 до 10»
Конфлікт із родичами при пацієнтові	Підсилює хаос і страх	«Нам потрібні тиша і простір. Будь ласка, відійдіть на два кроки»
«Відійдіть, не заважайте!» (різко)	Ескалація оточення, зростання тривоги	«Відійдіть на два кроки – так ми швидше стабілізуємо стан»

Отже, аналіз найбільш поширених комунікативних помилок парамедика у взаємодії з пацієнтами групи ризику розвитку ПТСР свідчить про те, що основні труднощі догоспітального етапу пов'язані з директивністю без належного пояснення, відсутністю попередження перед дотиками або маніпуляцією та знеціненням емоційної реакції постраждалого. Використання коротких мовних замін (стислого пояснення дії, нейтральної підтримки стану пацієнта, окреслення простого плану подальших кроків), а також контроль невербальної поведінки дають змогу зменшити психоемоційне напруження, підвищити готовність до співпраці та знизити ризик повторної травматизації без втрати оперативності й клінічної ефективності роботи бригади екстреної медичної допомоги.

Висновки. Професійна комунікація парамедика з пацієнтами групи ризику розвитку ПТСР на догоспітальному етапі є важливою складовою клінічної тактики, що безпосередньо впливає на безпеку пацієнтів і команди, якість виконання невідкладних втручань та загальний перебіг взаємодії під час транспортування. За умов отримання гострої травми, бойових дій, насильства, ДТП чи інших подій із високим рівнем загрози пацієнт може перебувати у стані гіпернастороженості, паніки, дезорієнтації або поведінкової дезорієнтації, тому звичні директивні команди, різкі дотики без попередження або невизначеність подальших дій здатні посилювати стрес і знижувати рівень співпраці. Травмоорієнтований підхід доводить, що комунікація на догоспітальному етапі може бути короткою, структурованою і сумісною з високим темпом бригади, якщо вона ґрунтується на принципах безпеки, передбачуваності, поваги та мінімального контролю для пацієнта. Використання простих алгоритмів, коротких пояснень перед маніпуляціями і стандартизованих мовних формул сприяє зменшенню напруження, покращує контакт із пацієнтом, підвищує його готовність до співпраці та знижує ризик ретравматизації. Практична цінність такого підходу полягає в можливості його інтеграції в чек-лист бригади екстреної медичної допомоги, симуляційні тренінги, практично-орієнтовані іспити та дебрифінг. Упровадження цих інструментів у повсякденну практику й освітній процес підготовки парамедиків є доцільним напрямом підвищення якості догоспітальної допомоги, орієнтованої не лише на фізичне виживання, а й на збереження психологічної стабільності та гідності пацієнта.

Джерела фінансування. Власні кошти авторів.

Внесок авторів:

Ольга Прохоренко – формування концепції статті; визначення мети і завдань дослідження; розроблення основної ідеї; аналіз наукових джерел; написання основного тексту рукопису; формулювання висновків; остаточне редагування та підготовка статті до подання.

Вікторія Цісарук – участь в аналізі наукової літератури; опрацювання теоретичних положень щодо посттравматичного стресового розладу; уточнення змістових акцентів статті; участь у редагуванні окремих розділів рукопису.

Анастасія Короп – систематизація матеріалів щодо особливостей комунікації медичних працівників із пацієнтами групи ризику; участь у підготовці практично-орієнтованих положень статті; перевірка логічної послідовності викладу матеріалу.

Світлана Робак – участь в узагальненні отриманих матеріалів; технічне оформлення рукопису; перевірка відповідності структури статті вимогам видання; участь у підготовці списку використаних джерел.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Інформація про використання штучного інтелекту. Під час підготовки рукопису інструменти штучного інтелекту автори застосовували допоміжно: для мовностилістичного редагування, покращення логічної структури окремих фрагментів тексту та перевірки академічної узгодженості формулювань. Штучного інтелекту не використовували для формування первинних наукових даних, аналізу, інтерпретації результатів дослідження чи прийняття наукових висновків. Автори перевірили і затвердили остаточний зміст статті, здійснили пошук джерел, аналіз матеріалів та сформулювали висновки.

REFERENCES

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

2. World Health Organization (2024). *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders (CDDR)*. Geneva: World Health Organization.

3. National Institute for Health and Care Excellence (2018). *Post-traumatic stress disorder*. NICE guideline NG116. London: NICE. Last reviewed April 8, 2025.

4. U.S. Department of Veterans Affairs, & U.S. Department of Defense (2023). *VA/DoD clinical practice guideline for management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder* (Version 4.0). Washington, DC: U.S. Department of Veterans Affairs; U.S. Department of Defense.

5. Benjet, C., Bromet, E., Karam, E.G., Kessler, R.C., McLaughlin, K.A., Ruscio, A.M. et al. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: Results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine, 46* (2), 327-343. DOI 10.1017/S0033291715001981.

6. Greenwald, A., Kelly, A., & Thomas, L. (2023). Trauma-informed care in the emergency department: Concepts and recommendations for integrating practices into emergency medicine. *Medical Education Online, 28* (1), 2178366. DOI 10.1080/10872981.2023.2178366.

7. Kerbage, H., Bazzi, O., El Hage, W., Corruble, E., & Purper-Ouakil, D. (2022). Early interventions to prevent post-traumatic stress disorder in youth after exposure to a potentially traumatic event: A scoping review. *Healthcare (Basel), 10* (5), 818. DOI 10.3390/healthcare10050818.

8. World Health Organization, War Trauma Foundation, & World Vision International (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. Geneva: World Health Organization.

9. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014). *Trauma-informed care in behavioral health services*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

10. Brown, T., Ashworth, H., Bass, M., Rittenberg, E., Levy-Carrick, N., Grossman, S. et al. (2022). Trauma-informed care interventions in emergency medicine: A systematic review. *Western Journal of Emergency Medicine, 23* (3), 334-344. DOI 10.5811/westjem.2022.1.53674.

11. Joseph, K., Montaño, M., Moreira, M., Winfield, A., Haukoos, J., Murray, E., & Miller, D. (2025). Core competencies in trauma-informed care for emergency medicine: A modified Delphi consensus. *Journal of Graduate Medical Education, 17* (5), 602-612. DOI 10.4300/JGME-D-24-00915.1.

12. Goldstein, E., Chokshi, B., Melendez-Torres, G.J., Rios, A., Jelley, M., & Lewis-O'Connor, A. (2024). Effectiveness of trauma-informed care implementation in health care settings: Systematic review of reviews and realist synthesis. *The Permanente Journal, 28* (1), 135-150. DOI 10.7812/TPP/23.127.

13. Rutetzki, J., Breuing, J., Goossen, K., Lucius, F., Ostermann, T., & Fetz, K. (2026). Psychological care in acute and emergency medicine: A scoping review of support interventions by healthcare professionals. *BMC Emergency Medicine, 26*, 64. DOI 10.1186/s12873-026-01494-y.

Надійшла до редакції: 16.04.2026
Прийнято після рецензування: 24.04.2026
Подано до друку: 22.05.2026