

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Буряк Олена Анатоліївна

На правах рукопису

УДК: 616.98:578.834.1-039.76:614.253.5:616-083.98

Магістерська робота

**РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ
ВІДДІЛЕННЯ РЕАНІМАЦІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ
У ВИЗНАЧЕННІ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОТРЕБ
ПАЦІЄНТІВ ІЗ COVID-19**

спеціальність 223 «Медсестринство»

Науковий керівник:

кандидат медичних наук, доцент
кафедри внутрішньої медицини №1
Тернопільського національного
медичного університету
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України
доц. Савченко І.П.

Тернопіль - 2021

ЗМІСТ

ЗМІСТ	2
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	3
ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1 Огляд літератури	8
1.1. Клінічні прояви та наслідки COVID-19. Вплив пандемії COVID-19 на устрій суспільства	8
1.2. Реабілітація пацієнтів із коронавірусною інфекцією: місце діагностичних програм для пошуку шляхів відновлення психічного здоров'я	10
1.3. Контроль психологічних потреб хворого на COVID-19 через призму психологічної реабілітації	16
РОЗДІЛ 2 Матеріали і методи дослідження	20
2.1. Загальна характеристика обстежених хворих	20
2.2. Статистичні методи дослідження	24
РОЗДІЛ 3 Особливості надання сестринської допомоги пацієнтам з коронавірусною хворобою	25
3.1. Особливості роботи медичних сестер реанімаційного відділення та їх вклад в оцінювання функціональної здатності пацієнтів із COVID-19	25
3.2. Виявлення медичною сестрою тривожно-депресивних розладів у хворих на COVID-19 в реанімаційному відділенні	30
3.3. Особливості взаємодії медичної сестри з пацієнтом під час пандемії	34
АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ	39
ВИСНОВКИ	48
Практичні рекомендації	50
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	51
ДОДАТКИ	58

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

ВООЗ	всесвітня організація охорони здоров'я;
MoCA	Монреальська когнітивна оцінка;
MMSE	коротка шкала оцінки психічного статусу
HADS	Госпітальна шкала тривоги та депресії
COMP	Канадська оцінка виконання заняттєвої активності
COVID-19	коронавірусна хвороба
SARS-CoV2	важкий гострий респіраторний синдром – коронавірус-2
ВАІТ	відділення анестезіології, інтенсивної терапії
ПІТ	палата інтенсивної терапії
ПТСР	посттравматичний стресовий розлад
ЗІЗ	засоби індивідуального захисту
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ШВЛ	штучна вентиляція легень
PCFS	функціональний статус після COVID-19 (шкала Post-COVID-19 Functional Status)
ПРС	постреанімаційний синдром
ГРДС	гострий респіраторний дистрес-синдром

ВСТУП

Актуальність теми. Впродовж останніх півтора року у світі відбулися серйозні зміни, які торкнулися усіх сторін життя людей, а насамперед – здоров'я. Мова йде про поширеність коронавірусної інфекції у всьому світі, та в Україні зокрема. 11 березня 2020 року ВООЗ оголосила про початок пандемії COVID-19. Після перших повідомлень про появу нового штаму коронавірусу минув значний період, та незважаючи на рекордно швидке налагодження у світі протиепідемічних, діагностичних, лікувальних та профілактичних заходів, поширення COVID-19 та смертність від його ускладнень продовжують зростати.

В світовій науковій спільноті описуються багатосистемні довгострокові наслідки після важкої інфекції гострого респіраторного синдрому коронавірусом 2 (SARS-CoV-2) із сильним впливом на серцево-дихальний, нервово-м'язовий і психологічний рівні та, можливо, і на інші системи організму. За останніми даними встановлено, що 26% пацієнтів на COVID-19 потребували госпіталізації, і серед них 14% потребували стаціонарного лікування у відділення інтенсивної терапії та/або підтримки дихання. Зараз починають визначатись довгострокові наслідки інфекції; багато хто може мати з пацієнтів серйозні наслідки для здоров'я та економічні втрати. Разом ці фактори роблять їх уразливими до втрати функцій та зниження якості життя після виписки з лікарні.

Більшість із цих питань охорони здоров'я можуть бути принаймні частково розглянуті фахівцями з реабілітації з усіх дисциплін. Дійсно, роль реабілітаційних заходів у вирішенні цих наслідків визначається медиками, але дуже важливо, щоб оцінка пацієнта була систематичною, з можливістю запобігти подальшим ускладненням хвороби. Тому потрібні чіткі вказівки, щоб допомогти медичним працівникам оцінити ймовірність серйозного погіршення стану здоров'я пацієнта та допомогти їм у забезпеченні належного лікування.

Мета роботи – оптимізувати сестринську допомогу ковідним пацієнтам в реанімаційних відділеннях, на основі аналізу особливостей роботи медичних сестер у цих умовах.

Для реалізації цієї мети було поставлено наступні завдання:

1. проаналізувати особливості роботи медичних сестер реанімаційного відділення в умовах пандемії COVID-19;
2. визначити основні напрямки сестринської допомоги ковідним пацієнтам через призму контролю психологічних потреб хворого на COVID-19 та визначення необхідних реабілітаційних моделей.
3. сформулювати рекомендації щодо вдосконалення освітніх навчальних програм для медсестер, які працюють з інфекційними хворими.

Об'єкт дослідження – сестринська допомога пацієнтам з коронавірусною інфекцією.

Предмет дослідження – когнітивні порушення та розлади психоемоційного здоров'я у пацієнтів з COVID-19 в госпітальному періоді захворювання.

Методи дослідження: психофізіологічний метод дослідження; вивчення когнітивної функції за допомогою шкали PCFS; оцінка тривоги (HAS) та депресії (HDS)); труднощі у виконанні покладених на медсестер обов'язків ; типи медичних сестер; математичний аналіз.

Наукова новизна одержаних результатів. На підставі аналізу проведених досліджень встановлено, що когнітивна функція у хворих на COVID-19 під час госпітального періоду захворювання знижена у всій когорті пацієнтів за рахунок зниження функціонального стану (за шкалою PCFS). Жіноча стать, вік, тривалість перебування в лікарні, механічна вентиляція легенів та госпіталізація були пов'язані з обмеженнями у функціональному статусі (II-IV ступінь PCSF). При цьому виявлено, що когнітивні розлади у пацієнтів на COVID-19 та їх динаміка при тяжкому перебігу коронавірусної інфекції свідчать про появу обмежень у

повсякденному житті, зменшення звичної діяльності, а також про утримання від звичайних дій та необхідність сторонньої допомоги.

Відзначено високу частоту тривожних і депресивних розладів за шкалою HADS серед обстежуваних осіб, що перебували в реанімаційному відділенні. Встановлено, що чим вираженіше симптоми та тяжчий клінічний перебіг COVID-19 у пацієнтів, тим вище середні показники за шкалою депресії HADS.

Аналіз особливостей роботи медичних сестер у відділенні ВАІТ та реанімації в умовах всесвітньої пандемії свідчить про необхідність акцентувати увагу на елементах невідкладної психологічної підтримки, точних знаннях у діагностиці порушень когнітивної та психоемоційної сфери пацієнта з COVID-19 та особливостях психологічної допомоги. Запропоновано для оптимізації професійних знань медичних сестер у цих напрямках включити освітні компоненти «Основи інфектології під час епідемії» і «Екстрена психологічна допомога» в освітні навчальні програми для медсестер.

Встановлено, що в найбільшій мірі медичні сестри реанімації асоціювали себе з типом з сильною особистістю та фахівця, найрідше – з типом сестри-рутинера та артистичної сестри. Особливості формування стосунків у системі медична сестра — хворий на COVID-19 у значній мірі визначають ефективність терапевтичного процесу загалом, постають суттєвим елементом процесу лікування практично будь-якого захворювання в умовах всесвітньої пандемії, у тому числі, на тлі посттравматичного стресу та тривожно-депресивних розладів.

Практичне значення одержаних результатів Для оптимізації професійних знань медичних сестер обґрунтовано доцільність включення освітніх компонентів «Основи інфектології під час епідемії» і «Екстрена психологічна допомога» в освітні навчальні програми для медсестер.

Особистий внесок здобувача. Автор магістерської роботи є основним розробником усіх викладених у роботі положень. За

безпосередньою участю автора було проведено анкетування пацієнтів з тяжким перебігом захворювання на COVID-19, здійснено дослідну частину, забезпечено математичний аналіз і узагальнення результатів дослідження.

Публікації. За матеріалами магістерської роботи опубліковано 3 наукові роботи – у фахових виданнях за спеціальністю «Медсестринство» та у збірнику тез:

- Буряк О., Димчук О., Прокопенко Т., Колісник О. Безпека праці та охорона здоров'я медичних сестер за умов пандемії COVID-19) / О. Буряк // Медсестринство. – 2021. – № 2. – С. 5–11.

- Юрченко І., Савченко І., Буряк О. Професійне вигорання медичних працівників за сучасних умов) / І. Юрченко // Медсестринство. – 2020. – № 4. – С. 11–15.

- Буряк О., Димчук О., Юрченко І. Порухення вегетативної регуляції у коморбідних хворих в умовах пандемії COVID-19) / О. Буряк // Матеріали ХХV міжнародного медичного конгресу студентів та молодих вчених. – 2021. – 12-14 квітня. – С. 226.

Обсяг та структура магістерської роботи. Магістерська робота викладена на 60 сторінках і складається із вступу, огляду літератури, матеріалів і методів дослідження, 1 розділу власних досліджень, аналізу результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаної літератури, який включає 58 джерел.

РОЗДІЛ 1

ОСОБЛИВОСТІ СЕСТРИНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ВИЗНАЧЕННІ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОТРЕБ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ COVID-19 (огляд літератури)

1.1. Клінічні прояви та наслідки COVID-19. Вплив пандемії COVID-19 на устрій суспільства

Впродовж останніх півтора року у світі відбулися серйозні зміни, які торкнулися усіх сторін життя людей, а насамперед – здоров'я. Мова йде про поширеність коронавірусної інфекції у всьому світі, та в Україні зокрема.

Так, наприкінці 2019 року в Китайській Народній Республіці (КНР) стався спалах нової коронавірусної інфекції з епіцентром в місті Ухань (провінція Хубей), збуднику якої було дано тимчасову назву 2019 nCoV. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) 11 лютого 2020 р привласнила офіційну назву інфекції, викликаній новим коронавірусом, - COVID-19 («Coronavirus disease 2019»). Міжнародний комітет з таксономії вірусів 11 лютого 2020 р присвоїв офіційну назву збуднику інфекції - SARS-CoV-2. В даний час відомості про епідеміологію, клінічні особливості, профілактику і лікування цього захворювання достеменно не вивчені. Відомо, що найбільш поширеним клінічним проявом нового варіанту коронавірусної інфекції є двостороння пневмонія, у 3-4% пацієнтів зареєстровано розвиток гострого респіраторного дистрес-синдрому (ГРДС).

До 2002 р коронавіруси розглядалися в якості агентів, що викликають легкі захворювання верхніх дихальних шляхів (з вкрай рідкісними летальними наслідками). В кінці 2002 р з'явився коронавірус (SARS-CoV), збудник атипової пневмонії, який викликав ГРДС у людей. Всього за період епідемії в 37 країнах по світу було зареєстровано понад 8000 випадків, з них 774 з летальним кінцем. З 2004 р нових випадків

атипової пневмонії, викликаної SARSCoV, не з'явилося. У 2012 р світ зіткнувся з новим коронавірусом MERS (MERS- CoV), збудником близькосхідного респіраторного синдрому, також належить до роду Betacoronavirus. З 2012 по 31 січня 2020 року зареєстровано 2519 випадків коронавірусної інфекції, викликаної вірусом MERS-CoV, з яких 866 закінчилися летальним результатом. Всі випадки захворювання географічно асоційовані з Аравійським півостровом (82% випадків зареєстровані в Саудівській Аравії). На даний момент MERS-CoV продовжує циркулювати і викликати нові випадки захворювання.

Новий коронавірус SARS-CoV-2 являє собою одноланцюговий РНК-вірус, відноситься до сімейства Coronaviridae, відноситься до лінії Beta-CoV В. Вірус віднесений до II групи патогенності, як і деякі інші представники цього сімейства (вірус SARS-CoV, MERS- CoV). З грудня 2019 року по березень 2020 р найбільш широке поширення SARS-CoV-2 отримав на території КНР, в якій підтверджені випадки захворювання були зареєстровані у всіх адміністративних одиницях. Найбільша кількість хворих виявлено в Південно-Східній частині КНР з епіцентром в провінції Хубей (84% від загального числа випадків в КНР). З кінця січня 2020 р в багатьох країнах світу стали реєструватися випадки захворювання COVID-19, переважно пов'язані з поїздками в КНР. В кінці лютого 2020 р різко ускладнилася епідеміологічна обстановка по COVID-19 в Південній Кореї, Ірані та Італії, що в подальшому призвело до значного зростання числа випадків захворювання в інших країнах світу, пов'язаних з поїздками в ці країни. ВООЗ оголосила 11 березня 2020 року про початок пандемії COVID-19.

Передача інфекції здійснюється повітряно-крапельним, повітряно-пиловим і контактним шляхами. Провідним шляхом передачі SARS-CoV-2 є повітряно-крапельний, який реалізується при кашлі, чханні і розмові на близькій (менше 2 метрів) відстані. Контактний шлях передачі здійснюється під час рукоштовань і інших видах безпосереднього

контакту з інфікованою людиною, а також через харчові продукти, поверхні і предмети, контаміновані вірусом. Відомо, що при кімнатній температурі SARS-CoV-2 здатний зберігати життєздатність на різних об'єктах навколишнього середовища протягом 3 діб. Встановлено роль COVID-19 як інфекції, пов'язаної з наданням медичної допомоги.

Підбиваючи підсумки першого року пандемії, коли після перших повідомлень про появу нового штаму коронавірусу минув значний період, та незважаючи на рекордно швидке налагодження у світі протиепідемічних, діагностичних, лікувальних та профілактичних заходів, поширення COVID-19 та смертність від його ускладнень продовжують зростати. В Україні виявлення та лікування хворих на COVID-19, а також захист медичного персоналу здійснюється відповідно до наказів МОЗ України: від 25.02.2020 р. № 552 «Про затвердження та впровадження стандартів медичної допомоги при коронавірусній хворобі (COVID-19)»; від 28.03.2020 р. № 722 «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)»; від 2.04.2020 р. № 762 «Про затвердження протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)»; від 6.04.2021 р. № 638 «Про внесення змін до протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)».

Довгострокові наслідки коронавірусної хвороби 2019 (COVID-19) лише зараз починають визначатись, але вже відомо, що хвороба може мати прямий та непрямий вплив головним чином на кардіореспіраторну і нервово-м'язову системи, та може вплинути на психічне здоров'я.

1.2. Реабілітація пацієнтів із коронавірусною інфекцією: місце діагностичних програм для пошуку шляхів відновлення психічного здоров'я

В світовій науковій спільноті описуються багатосистемні довгострокові наслідки після важкої інфекції гострого респіраторного синдрому коронавірусом 2 (SARS-CoV-2) із сильним впливом на серцево-

дихальний, нервово-м'язовий [1] та психологічний рівні [1, 2] та, можливо, і на інші системи організму [3]. За останніми даними встановлено, що 26% пацієнтів на COVID-19 потребували госпіталізації, і серед них 14% потребували стаціонарного лікування у відділення інтенсивної терапії та / або підтримки дихання [4]. Зараз починають визначатись довгострокові наслідки інфекції; багато хто може мати з пацієнтів серйозні наслідки для здоров'я, а також мати значні економічні втрати [5]. Враховуючи подібність між коронавірусною хворобою 2019 року (COVID-19) та хворобами, спричиненими іншими коронавірусами [6], слід очікувати післягострих та тривалих наслідків, які потребують специфічного лікування [1, 7]. Кількість людей, які в кінцевому підсумку потребують уваги щодо наслідків COVID-19, може бути високою: Станом на 30 січня 2021 р. нинішня пандемія вже вразила 102 107 858 людей у всьому світі [8], що є основною світовою проблемою охорони здоров'я з невизначеним майбутнім.

Останні дані показують, що особи з важкою формою захворювання мають супутні захворювання, такі як гіпертонія, діабет, серцево-судинні захворювання (ССЗ) або цереброваскулярні захворювання [9], а госпіталізованим пацієнтам потрібна тривала госпіталізація (близько 4–53 днів) або реанімація (4–19 днів перебування) [10]. Крім того, слід враховувати, що ці пацієнти можуть страждати від ятрогенних ефектів лікування COVID-19 [11]. Разом ці фактори роблять їх уразливими до втрати функцій та зниження якості життя після виписки з лікарні [6]. Більшість із цих питань охорони здоров'я можуть бути принаймні частково розглянуті фахівцями з реабілітації з усіх дисциплін. Дійсно, роль реабілітаційних заходів у вирішенні цих наслідків визначається медиками [12, 13], але дуже важливо, щоб оцінка пацієнта була систематичною, якщо потрібно виявити, лікувати та, якщо можливо, запобігти подальшим ускладненням хвороби. Тому потрібні чіткі вказівки, щоб допомогти

медичним працівникам оцінити ймовірність серйозного погіршення стану здоров'я пацієнта та допомогти їм у забезпеченні належного лікування.

У всьому світі запроваджується вивчення і розробка перспективної моделі спостереження за COVID-19, яка базується на чутливих та легко використовуваних інструментах оцінки, яка є терміново необхідною. Слідом за Оксфордським центром доказової медицини, група експертів з кардіореспіраторних досліджень, нервово-м'язового та психічного здоров'я продовжують працювати за допомогою телемереж, щоб створити модель, яка надає рекомендації для фахівців з реабілітації, які працюють з пацієнтами, що потребують реабілітації після перенесеного COVID-19. Модель перспективного спостереження за COVID-19 запропонована для використання професіоналами з реабілітації та включає компоненти моніторингу як особистого, так і телеметричного контролю. Ця модель повинна сприяти ранньому виявленню та управлінню довгостроковими наслідками COVID-19, тим самим реагуючи на виникаючу потребу.

Деякі попередні дослідження [14, 15] презентували успішні моделі для допомоги у ранньому виявленні проблем, пов'язаних зі здоров'ям, та здатності швидко реагувати на події. У пацієнтів, які потрапили в реанімацію, модель спостереження в режимі реального часу використовувалась для прогнозування гострого респіраторного дистрес-синдрому (ARDS) до його початку, з множинними, неінвазивними та простими для збору життєвими показниками, пов'язаними з факторами ризику щодо ARDS таким чином, щоб їх легко можна було перенести на домашнє спостереження. Встановлено, що ця модель перевершує класичні тести [14]. Іншим прикладом у пацієнтів, які поступають в реанімацію, є модель, яка успішно прогнозує події ARDS стосовно їх ранньої діагностики та втручання для покращення рівня виживання таких пацієнтів [15]. У хворих на рак було розроблено кілька подібних перспективних моделей спостереження (ПМС) для фізіотерапевтичних втручань [16,17,18,19]. Цей попередній досвід дозволяє припустити, що

впровадження таких ПМС при COVID-19 було б доцільним [18], і може виявити ранні порушення [18,19,20], передбачити тяжкість можливих порушень [16,17], дозволити раннє втручання [19,21,22] та потенційно заощаджити ресурси [22].

Психічне здоров'я може бути порушено у тих, хто пережив ГРДС [48] та синдром після інтенсивної терапії [32]. Наприклад, при виписці з реанімації у 70–100% пацієнтів з ГРДС може спостерігатися когнітивний спад [49], що може бути довготривалим. Дійсно, 46–80% цих пацієнтів залишаються ураженими протягом одного року, а 30% - через п'ять років [49]. Вже стає ясно, що ті, хто пережив COVID-19, які потребували інтенсивної терапії, мають ризик таких тривалих проблем [2], але вони також можуть страждати від депресії, тривоги та посттравматичного стресового розладу [32]. Вважається, що ці стани компрометують імунну систему та можуть ускладнити одужання [50].

Деякі дослідження продемонстрували поширеність психопатології та психіатричних наслідків серед людей, які пережили COVID-19, виявивши, що показник становить 42% для тривоги, 31% для депресії, 28% для посттравматичного стресового розладу та 20% для obsесивно-компульсивних симптомів через 1 місяць після госпіталізації [120]. Даних у довгостроковому періоді небагато, але були виявлені когнітивні порушення через 3 місяці після виписки [21], тож вони можуть бути присутніми і пізніше, якщо їх не вирішити, як це траплялося при інших спалахах коронавірусу з погіршенням здоров'я через місяці або роки [22]. Якщо зміни, що включають депресію, тривогу, посттравматичний стресовий розлад та когнітивні порушення, перевищують ≥ 8 балів у госпітальній шкалі тривоги та депресії (HADS) [23], $\geq 1,6$ у Шкалі подій [124] та / або > 18 балів за Монреальською шкалою когнітивної оцінки (MoCA) [25] відповідно, то слід розглянути питання направлення такого пацієнта до відповідного фахівця.

Необхідно проводити фізичне, когнітивне та психологічне оцінювання з метою визначення потреби та обсягу реабілітаційних послуг після COVID-19 для всіх, хто їх потребує. Існує три основних категорії пацієнтів із наслідками COVID-19, що потребують реабілітації, зокрема психологічної [21]:

1. *Пацієнти, що ніколи не потрапляли до лікарні з гострою хворобою, тобто впоралися самотійно.* Багато осіб, що повідомляли про симптоми постковідного синдрому, не потрапляли до лікарні під час гострої фази зараження:

- якщо нові симптоми розвиваються через 6-12 тижнів після інфікування COVID-19, обстеження проводить лікар загальної практики для виключення/підтвердження альтернативного діагнозу; постковідний синдром може включати зміну симптомів та розвиток нових із часом, і це слід враховувати;

- якщо не встановлено жодного альтернативного діагнозу, пацієнта слід обстежити за допомогою шкали функціонального статусу після COVID-19 (PCFS) для визначення подальшого обсягу реабілітації;

- слід розрізняти наявні у пацієнта хронічні неінфекційні захворювання та ускладнення, пов'язані з COVID-19; клініцисти спільно із хворими можуть вирішити, що у разі загострень наявних хронічних неінфекційних патологій після зараження COVID-19 доцільніше лікуватися звичайним способом.

2. *Пацієнти, що, були госпіталізовані з COVID-19:*

- лікар первинної медичної допомоги повинен надати хворим детальну інформацію з рекомендаціями щодо подальшого лікування, догляду та реабілітації;

- пацієнти з резидуальними симптомами через шість тижнів після виписки мають бути оцінені лікарем (залежно від стану: очно, за допомогою відеозв'язку чи телефону) із плануванням подальших оглядів або направлення до іншого фахівця, коли це доречно;

- пацієнти, в яких з'являються нові симптоми після 6-тижневого спостереження, повинні бути повторно оглянуті лікарем загальної практики;

- оцінка та дослідження нових симптомів у хворого через шість тижнів на рівні вторинної або первинної медичної допомоги мають виключити альтернативний діагноз, а якщо не встановлено жодного – слід провести обстеження за допомогою шкали PCFS для визначення подальшого обсягу реабілітації (табл. 2.2).

3. Пацієнти із COVID-19, які отримували лікування у відділенні реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ):

- пацієнти мають пройти комплексну оцінку потреб у реабілітації на етапі переходу до інших стаціонарних закладів; стаціонарну реабілітацію з визначеними цілями слід розпочинати негайно;

- подальшу оцінку поточних потреб у реабілітації необхідно проводити під час виписки з лікарні з відповідним направленням до лікаря загальної практики, якщо це потрібно; лікар первинної медичної допомоги має надати детальну інформацію з рекомендаціями щодо подальшого лікування, догляду та реабілітації, а повторну оцінку виконати через 4-6 тижнів після виписки;

- пацієнти, в яких з'являються нові симптоми після 6-тижневого спостереження, повинні бути повторно оглянуті лікарем загальної практики;

- оцінка та дослідження нових симптомів через шість тижнів повинні виключити альтернативний діагноз, а якщо не встановлено жодного – пацієнта слід обстежити за допомогою шкали PCFS для визначення подальшого обсягу реабілітації.

Станом на сьогодні існує обмежена доказова база щодо ефективності реабілітації пацієнтів із COVID-19 на різних етапах надання медичної допомоги [22]. Рекомендації щодо неврологічної та психологічної

реабілітації осіб із COVID-19 на основі консенсусу, що ґрунтується на фактичних даних, і рівні доказовості наведені у таблицях 2.2.

При тривалому COVID-19 акцент роблять на мультидисциплінарній реабілітації з використанням трудо-, фізіотерапії, психокорекції, психотерапії, психофармакотерапії щодо таких нейропсихіатричних симптомів, як-то стомлюваність, когнітивні порушення («мозковий туман»), порушення концентрації уваги або проблеми з пам'яттю), інсомнія, тривога, депресія. Індивідуалізовані плани реабілітації формують відповідно до стадії терапії COVID-19, наявності супутніх психосоматичних станів, порушень щоденного функціонування пацієнта та зниження якості життя [6, 23].

1.3. Контроль психологічних потреб хворого на COVID-19 через призму психологічної реабілітації

Психологічний стрес – типова емоційна відповідь на підтвердження COVID-19 (48%) [9]. Його проявами є відчуття жалю, обурення та роздратування, а також ознаки тривоги з можливими нападами паніки, фобіями (страхами), безсонням й депресії з відчуттям самотності та безпорадності [9]. COVID-19 асоціюється із психічними проявами, включно з маренням або розгубленістю (до 65%), збудженням чи ажитацією (до 69%), тривогою (34%), депресією (28%) та проблемами зі сном [7, 10, 11]. Підвищений ризик впливу COVID-19 на психічне здоров'я мають особи похилого віку, ті, хто страждає на хворобу Альцгеймера та патології, пов'язані з деменцією [12]. Ще один контингент пацієнтів з когнітивними розладами – ті, котрі перебували в госпітальному періоді на лікуванні у ВАІТ та зазнали застосування ШВЛ. Важливо усвідомлювати, що когнітивні порушення можуть проявлятися або імітувати емоційні чи нервово-психічні симптоми. І навпаки, скарги на когнітивне функціонування інколи свідчать про емоційні проблеми [13].

Стресори, характерні для COVID-19, включають: страх захворіти та померти, бути соціально виключеним/поміщеним у карантин, втрату

засобів до існування чи близьких та відчуття безпорадності, нудьги й самотності через ізоляцію. Ці стресори можуть спровокувати появу нових симптомів або посилити наявні психічні розлади за частотою та інтенсивністю проявів [6, 14].

Близько $\frac{3}{4}$ пацієнтів із COVID-19 після виписки з лікарні з негативним тестом ПЛР до півроку мають принаймні один симптом, пов'язаний із перенесеною інфекцією, зокрема $\frac{1}{4}$ перехворілих страждають на розлади сну, тривогу або депресію [15]. Найпоширенішими психологічними проблемами цього періоду є гострі стресові розлади (18,6%), тривожні симптоми та симптоми деморалізації (26,7%), депресія (10,5%) й ускладнене горювання (8,1%) [16]. Серед психіатричних наслідків COVID-19 наголошується на таких, як: депресія, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), соматоформний больовий, панічний розлади, а також синдром хронічної втоми та порушення якості життя [17, 18].

Стійкі психічні порушення у вигляді тривожності, депресії та ПТСР спостерігаються в осіб, що пережили критичний перебіг захворювання через один рік після виписки. У більшості пацієнтів із тяжким гострим респіраторним дистрес-синдромом в анамнезі були виявлені когнітивні розлади, зокрема труднощі з концентрацією уваги, порушення пам'яті та швидкості розумових процесів протягом року після хвороби («мозковий туман») [19].

Отже, медичний персонал повинен звертати увагу на стан психічного здоров'я пацієнтів із COVID-19 незалежно від ступеня тяжкості захворювання, а за потреби проводити оцінку окремих психічних функцій та ймовірності психічних розладів [6]. Під час пандемії необхідний біопсихосоціальний підхід до профілактики, догляду та лікування, навіть тоді, коли увагу зосереджено на фізичних потребах пацієнта. Психологічна реабілітація забезпечує контроль психологічних потреб хворого на всіх етапах надання допомоги [20].

Для вчасного виявлення емоційних порушень психічного здоров'я рекомендовано проводити оцінку стану за госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) та опитувальниками щодо якості життя [24].

Для пацієнтів, які відчують симптоми тривоги, слід розглянути такі стратегії психосоціальної підтримки, як психологічна перша допомога, управління стресом та короткі психологічні втручання, основані на принципах когнітивно-поведінкової терапії [6, 25, 26]. Для осіб, які відчують симптоми депресії, можуть бути застосовані короткі психологічні втручання, що ґрунтуються на принципах когнітивно-поведінкової терапії, терапія розв'язання проблем та вправи з релаксації [27].

Психологічна реабілітація передбачає використання психологічних втручань низької та високої інтенсивності. Психологічні заходи низької інтенсивності характеризуються спрощеною структурованою формою, є доказово ефективними для покращення окремих аспектів психічного здоров'я та психосоціального благополуччя особи незалежно від рівня тяжкості її проблем. Такі втручання для пацієнтів із COVID-19 та/або постковідним синдромом можуть бути здійснені лікарем первинної медичної допомоги з мінімальною підготовкою, а не лише спеціалістом-психологом чи психотерапевтом. Перший крок психологічного втручання, пов'язаного з COVID-19, передбачає надання пацієнтам (і родичам за допомогою телефону) оновлену та реалістичну інформацію про хворобу COVID-19. Для пацієнтів, які виявляють тривогу та гострі симптоми стресу, слід застосувати індивідуальні техніки релаксації, такі як м'язова релаксація, сканування тіла, контроль дихання та рефлексія з уявою [28]. Для контролю сильних негативних емоцій (наприклад, занепокоєння, суму) доцільними будуть методи заземлення, як психічні, так і фізичні [29].

Психологічні втручання високої інтенсивності є різновидами високоспеціалізованої психотерапії, яку проводять спеціально навчені,

акредитовані для певного виду допомоги фахівці: психологи, психотерапевти та психіатри. Враховуючи усіх пацієнтів із COVID-19, високоспеціалізованого психологічного втручання потребує більш ніж третина після гострого періоду хвороби [16].

Для базової підтримки психічного здоров'я (подолання стресу, ознак тривоги або депресії, корекція порушення сну, когнітивних проблем) разом із психологічним втручанням та психосоціальною підтримкою (визначення потреб та проблем пацієнта, їх розв'язання) [30-32] доцільне використання комплексних натуропатичних засобів.

РЕЗЮМЕ

Аналіз доступних наукових літературних джерел свідчить про те, що життя в сучасному ритмі, складній політичній та економічній ситуації, незахищеності громадянина в державі, супроводжуються практично постійно стресом, який виступає складовою частиною поєднаних патологій. Відповідно стрес, що виникає, впливає на адаптаційні властивості організму, тому важлива роль належить медичній сестрі – помічнику лікаря у його профілактиці.

Створення дієвого єдиного медичного простору держави передбачає забезпечення умов для найефективнішого і раціонального використання наявних медичних ресурсів і персоналу, спрямованих на організацію повноцінного медичного забезпечення населення України в умовах всесвітньої пандемії [34]. Однією з проблем в організації медичного забезпечення є відсутність системи реабілітації пацієнтів на COVID-19 фахівцями-медиками, з метою запобігання розвитку когнітивних розладів, порушень психоемоційного здоров'я у них через високу психоемоційну навантаженість та появу стресових розладів, а саме тривоги і депресії [35]. З метою своєчасного виявлення вказаних відхилень доцільно проводити за участю середнього медичного персоналу скринінг психологічних порушень.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Загальна характеристика обстежених

На базі Комунального некомерційного підприємства "Чемеровецька багатопрофільна лікарня" Чемеровецької селищної ради Хмельницької області (табл. 2.1) було проаналізовано анкетні дані 66 пацієнтів на коронавірусну хворобу, що знаходилися на лікуванні у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ) з реанімацією цього лікувального закладу в період з березня 2020 року по березень 2021 року, щодо наявності у них когнітивного та психологічного дисонансу. Було використано прості, загальнодоступні, неінвазивні методи, що не вимагають складних досліджень - проводилося анкетування згідно спеціально розроблених опитувальників для вивчення тривожності, депресивних розладів та оцінки потреб пацієнта у реабілітації (у формі самозвіту за шкалою PCFS).

Таблиця 2.1

Підрозділи КНП «Чемеровецька центральна районна лікарня»

приймальне відділення	неврологічне відділення	відділення анестезіології з ліжками для інтенсивної терапії
відділення загальної хірургії	інфекційне відділення	клініко-діагностична та бактеріологічна лабораторія
терапевтичне відділення	травматологічне відділення	рентгенологічне відділення
акушерсько-гінекологічне відділення	педіатричне відділення	фізіотерапевтичне відділення

У обстежуваних пацієнтів оцінювалися демографічні показники, супутні захворювання (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, аритмія, перенесений інфаркт міокарда в анамнезі, хронічне обструктивне захворювання легень/астма, легкі когнітивні порушення, деменція, інші нейродегенеративні захворювання, інсульт, депресія, остеоартроз та біль у попереку) та поширеність поліфармації (5 або більше препаратів) при поступленні в лікарню.

Критеріями включення були:

- 1) здатність ходити без допомоги до COVID-19 (дозволялося використання тростини або ходунка);
- 2) здатність стояти після одужання від гострого COVID-19;
- 3) соціальна ситуація допускала виписку з лікарні через 10 днів.

Оцінку потреб пацієнта у реабілітації проводили у формі самозвіту за шкалою PCFS (табл. 2.2) (рис. 2.1). Якщо у пацієнта були когнітивні чи інші обмеження, що заважали надавати відповіді, член сім'ї або опікун могли відповісти від його імені. Терміни проведення оцінки за шкалою PCFS в даному дослідженні модифіковані дослідником та є такими: на першому опитуванні у клініці хворого з COVID-19 – ретроспективна оцінка пацієнтом свого стану здоров'я в межах 4-х тижнів до поступлення в лікарню; через 14 днів після першого опитування в клініці; при виписці з лікувального закладу [4]. Обсяг реабілітаційних заходів залежно від рівня функціональних обмежень визначав лікар, проведення опитування здійснювалося за участю середнього медичного персоналу відділення.

Анкетне опитування – це метод отримання інформації, за яким спілкування між дослідником і респондентом проводиться за допомогою анкети. Респонденту необхідно було вибрати одну вірну відповідь. Запитання в анкеті - закритого типу (розраховані на вибір конкретної відповіді на вказане запитання) та буферні (переведення уваги респондента з одного напрямку мислення на інший). Всі запитання анкети були чітко сформульовані і зрозумілі респонденту. Анкета – опитувальник

заповнюється безпосередньо самим медичним працівником або методом інтерв'ю.

Таблиця 2.2

Анкета для самозвіту пацієнта за шкалою PCFS		
Наскільки наразі постаждало ваше повсякденне життя від COVID-19? Будь ласка, вкажіть, яке з наведених тверджень стосується вас найбільше. Поставте галочку лише в одному полі	Поле	Оцінка за шкалою PCFS
Я не маю обмежень у щоденному житті, а також симптомів, болю, депресії чи тривоги		0
У щоденному житті я маю незначні обмеження, оскільки можу виконувати всі звичні обов'язки/діяльність, хоча все ще відзначаю остійні симптоми біль, депресію або тривогу		1
Я страждаю від обмежень у щоденному житті, оскільки час від часу мені потрібно уникати або зменшувати звичні обов'язки/діяльність або збільшувати («наздоганяти») їх з часом через симптоми біль, депресію чи тривогу. Однак я можу виконувати всі дії без сторонньої допомоги		2
Я страждаю від обмежень у щоденному житті, оскільки не можу виконувати всі звичні обов'язки/дії через симптоми біль, депресію або тривогу		3
Я страждаю від обмежень у щоденному житті я не у змозі піклуватися о себе, тому залежу від сторонньої допомоги через симптоми біль, депресію чи тривогу		4

Рекомендації з неврологічної реабілітації	
Вид втручання	Рівень доказовості
У всіх пацієнтів із COVID-19 слід перевірити наявність будь-яких неврологічних симптомів, оскільки вони можуть бути гострими (під час активної інфекції) або відтермінованими (через тижні після інфекції). Для групи ризику (пост критична допомога, або у разі залишкових когнітивних порушень) необхідно провести скринінг когнітивного функціонування за допомогою шкали MoCA	Рівень 2b
Варто запевнити пацієнтів, що легкі неврологічні симптоми, такі як головний біль, запаморочення, втрата запаху чи смаку, а також сенсорні зміни, найімовірніше, редукуються при мінімальному втручанні	Рівень 4
Необхідно поінформувати пацієнта, що неврологічні симптоми від легкого до середнього ступеня тяжкості можуть повністю редукуватися	Рівень 3b
Тяжкі симптоми потенційно можуть призвести до значних змін, що порушують життєве функціонування, тому хворим із середньою та тяжкою неврологічною симптоматикою рекомендовано стаціонарну мультидисциплінарну реабілітацію для максимального одужання	Рівень 5
Результати оцінки фізичного, когнітивного та загального функціонування слід розглядати в контексті повернення пацієнта до роботи відповідно до професійних умов	Рівень 5
Примітка :MoCA – монреальська шкала когнітивної оцінки.	

Рекомендації з психологічної реабілітації	
Вид втручання	Рівень доказовості
У гострій фазі COVID-19 можуть допомогти ефективно спілкування, соціальний контакт (хоча й віддалено) та інформаційний лист для пацієнтів	Рівень 5
Пацієнти мають бути повторно оглянуті на етапі одужання для виявлення несприятливих психологічних наслідків COVID-19. Цей огляд повинен зосередитися на настрої та самопочутті. Медичних працівників, які перенесли COVID-19, слід вважати високою групою ризику	Рівень 5
Слід проводити активний моніторинг(остійний огляд) тих пацієнтів, які мають підпорогові психологічні симптоми	Рівень 1a
Звернення до психологічних служб та застосування ТФ-КПТ, СРТ або EMDR є доцільними для пацієнтів із помірними/тяжкими ПТСР	Рівень 1a
<i>Примітка :ТФ-КПТ – травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія, ПСРТ - терапія когнітивної обробки,EMDR – десенсибілізація та репродукція за допомогою очей.</i>	

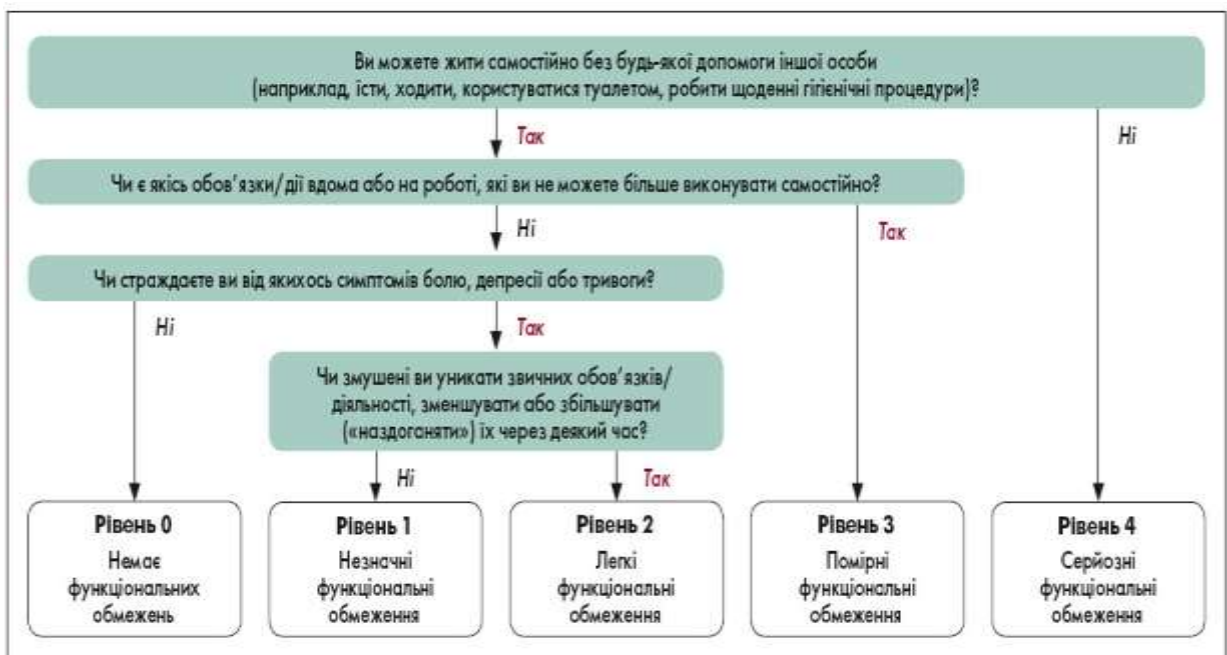


Рис. 2.1 Блок-схема для самозвіту пацієнта за шкалою PCFS

Для вчасного виявлення емоційних порушень психічного здоров'я проводили оцінку стану за госпітальною шкалою тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), яка була розроблена в 1983 році двома авторами (Zigmond A.S. і Snaith R.P.) з метою визначення та оцінки тяжкості симптомів депресії та тривоги в умовах загальноомедичної

практики (Додаток Б). Переваги шкали HADS полягають у простоті застосування і обробки, що дозволяє рекомендувати її до використання для первинного виявлення (скринінгу) тривоги та депресії (заповнення опитувальника не вимагає тривалого часу і не викликає ускладнень у пацієнта). Шкала HADS затверджена наказом МОЗ від 25.12. 2014 № 1003 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії» [6].

Ця шкала має дві підшкали для окремої оцінки тривоги (HAS) та депресії (HDS). При інтерпретації даних враховувався сумарний показник: 0–7 балів – норма, 8–10 – субклінічно виражена депресія/тривога, понад 11 балів – клінічно виражена депресія/тривога (див. Додатки 1, 2).

2.2. Статистичні методи дослідження

Статистичну обробку цифрових даних здійснювали за допомогою програмного забезпечення «Excel» («Microsoft», США) та «STATISTICA» 6.0 («Statsoft», США) з використанням параметричних і непараметричних методів оцінки одержаних даних. Для всіх показників розраховували значення середньої арифметичної вибірки (M), її дисперсії і помилки середньої (m). Достовірність різниці значень між незалежними кількісними величинами визначали при нормальному розподілі за критерієм Стьюдента.

РОЗДІЛ 3

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ СЕСТРИНСЬКОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З КОРОНАВІРУСНОЮ ХВОРОБОЮ

3.1. Особливості роботи медичних сестер реанімаційного відділення та їх вклад в оцінювання функціональної здатності пацієнтів із **COVID-19**

Незважаючи на пандемічне поширення SARS-CoV-2 та проведення масштабних досліджень щодо вивчення цього типу коронавірусу, й досі залишається значна кількість невизначених питань. Загальновідомо, що, по-перше, більшість критично хворих пацієнтів з COVID-19 мають саме респіраторні симптоми, включно з пневмонією та ГРДС, та, по-друге, більшість хворих прогресують до більш тяжкого прояву захворювання з розвитком поліорганної недостатності. Крім того, більшість пацієнтів не дають відповіді на респіраторну підтримку та екстракорпоральну мембранну оксигенацію (ЕКМО), що не вкладається у стандартні рамки респіраторної патології.

У більшості пацієнтів із тяжким гострим респіраторним дистрес-синдромом в анамнезі були виявлені когнітивні розлади, зокрема труднощі з концентрацією уваги, порушення пам'яті та швидкості розумових процесів протягом року після хвороби («мозковий туман») [19].

Для визначення готовності до виписки необхідно проводити оцінювання мобільності, розладів ковтання, когнітивних порушень і психічних розладів, а також потреби в реабілітації та подальшому спостереженні для наступних груп пацієнтів: хворих, які перебувають або раніше перебували у ВАІТ/ПІТ, літніх пацієнтів, які мали важкий перебіг захворювання, пацієнтів, які проявляють ознаки будь-якого з перерахованих вище порушень. За наявності порушень структур/функцій та/або обмежень діяльності/участі необхідно використовувати стандартизовані інструменти оцінювання, залучати пацієнта, членів

родини і доглядачів до процесу оцінювання, прийняття рішень стосовно планування реабілітації та виписки.

В дане дослідження включено 66 пацієнтів ($66,2 \pm 12,8$ років, 57,6% жінок), госпіталізованих у ВАІТ, з них 90,9% ($n = 60$) із двобічною полісегментарною пневмонією та 60,6% ($n = 40$) з ГРДС, всі ($n = 40$) потребували штучної вентиляції легенів, із середнім періодом перебування в реанімації ($10,3 \pm 4,9$) днів (рис. 3.1).

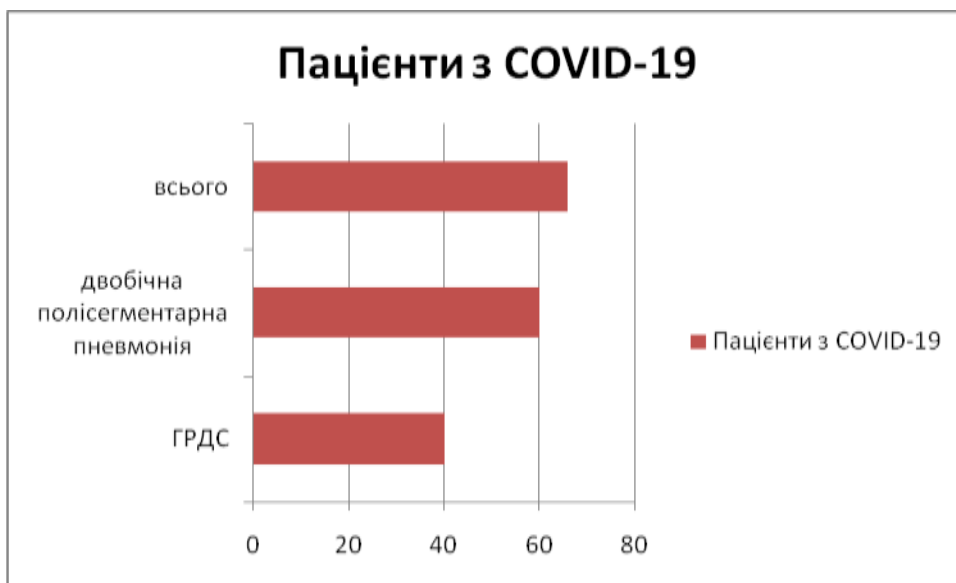


Рис. 3.1 Розподіл пацієнтів на COVID-19 за клінічним перебігом

Пацієнти з ГРДС були молодшими, мали менше супутніх захворювань, кращий функціональний статус до COVID-19 порівняно з пацієнтами, які не потребували інтенсивних реанімаційних міроприємств.

Незважаючи на те, що жоден з пацієнтів при поступленні в реанімаційне відділення не мав делірію відповідно до балів САМ (метод оцінки сплутаності свідомості для виявлення делірії, Confusion Assessment Method), когнітивна функція після COVID-19 була знижена у всій когорті та в обох підгрупах.

Після проведення ШВЛ (середня тривалість ($8,2 \pm 1,7$) доби), всі показники фізичної працездатності показали істотне поліпшення при порівнянні початкових та кінцевих значень при виписці зі стаціонару у

загальній вибірці та серед пацієнтів після інтенсивної реанімації, тоді як у пацієнтів, які не мали ГРДС, показники, пов'язані з когнітивним дисбалансом, покращились незначно. Жоден з пацієнтів не помер під час втручання, і всіх виписали додому.

Фізичне навантаження оцінювали за допомогою 6-хвилинного тесту на ходьбу (6MWT), (рис. 3.2), рівновагу (стояти 10 секунд на ногах поруч з підтримкою на папівпідтримкою) та силу нижніх кінцівок (час, необхідний для того, щоб встати і сісти 5 разів зі стільця без використання рук).

У підбірці з 22 учасників віком ($61,9 \pm 12,1$) року, серед яких було 63,6% жінок, 81,8%, які потрапили до реанімації з ГРДС та 95,5% з пневмонією), середня відстань пішохідного руху на момент виписки з лікарні збільшилася зі ($158,7 \pm 24,1$) до ($346,3 \pm 47,5$) м ($p < 0,1$) у порівнянні з 8-10 днем перебування в реанімації.

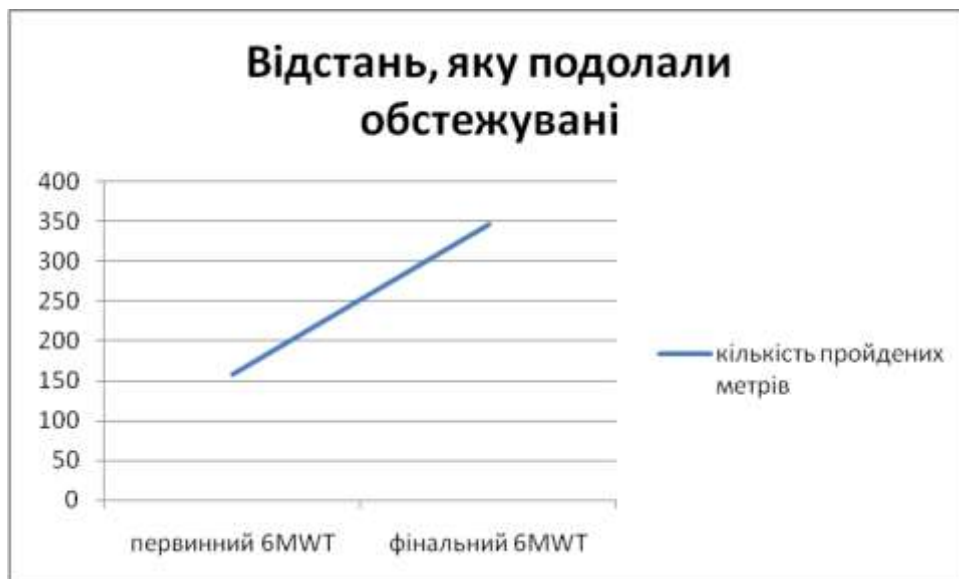


Рис. 3.2 Динаміка результатів 6-хвилинного тесту з ходьбою у пацієнтів на COVID-19

Оцінку потреб пацієнта у реабілітації проводили у формі самозвіту за шкалою PCFS. Обсяг реабілітаційних заходів залежно від рівня функціональних обмежень визначав лікар, проведення опитування здійснювалося за участю середнього медичного персоналу відділення.

Шкала PCFS охоплює весь спектр функціональних обмежень, включаючи зміни у способі життя, спорті та соціальній діяльності; симптоми включають (але не обмежуються цим) задишку, біль, стомлюваність, м'язову слабкість, втрату пам'яті, депресію та тривогу; якщо дві оцінки здаються доречними, пропонувалося вибрати найвищу оцінку з найбільшою кількістю обмежень; вимірювання функціонального стану до інфікування SARS-CoV-2 оцінювалося ретроспективно згідно слів пацієнтів чи їх родичів; як альтернатива цій блок-схемі та опитувальнику пацієнта, доступне велике структуроване інтерв'ю.

Аналіз отриманих нами даних (табл. 3.1) свідчить про поширеність зниження функціонального стану у обстежених хворих (63,6%) під час госпітального періоду захворювання, виміряне за шкалою PCFS. Жіноча стать, вік, тривалість перебування в лікарні, механічна вентиляція легенів та госпіталізація були пов'язані з обмеженнями у функціональному статусі (II-IV ступінь PCSF). Більш висока частота пацієнтів з ГРДС та інтенсивною терапією повідомила про зниження їх функціонального стану порівняно з неінтенсивними пацієнтами (81,3% проти 40,4%, $P < 0,01$) при переведенні їх у стаціонарне відділення. Також частіше повідомлялося про зниження функціонального стану у двох ступенях у пацієнтів реанімації з ГРДС та без нього (56,3% проти 6%, $P < 0,01$). Обмеження у їх повсякденному житті (2–4 ступінь за PCSF) було зазначено у 55% пацієнтів інтенсивної терапії з ШВЛ порівняно з 23,1% у пацієнтів інтенсивної терапії з двобічною полісегментарною пневмонією без ознак ГРДС ($P < 0,01$) (табл.3.1). Стать, вік, тривалість перебування в лікарні, супутня патологія та необхідність госпіталізації були включені як незалежні змінні. Вік та тривалість перебування в лікарні частіше були пов'язані з вищим ризиком обмежень у функціональному стані (II-IV ступеня PCSF). Задишка при незначному навантаженні була зареєстрована лише у 11 пацієнтів (31,5%), однак пацієнти інтенсивної терапії з ШВЛ

частіше описували задишку порівняно з неінтенсивними пацієнтами та без ГРДС (30% проти 7,7%, $P<0,01$).

Таблиця 3.1

**Розподіл пацієнтів за класом функціонального стану
згідно шкали PCSF**

Клас функціональної шкали стану після COVID-19:	До COVID-19 n = 66	Через 14 днів після першого опитування в клініці n = 66	До COVID-19		Після госпіталізації з COVID-19	
			Пацієнт з ГРДС n = 40	Пацієнти реанімації n = 26	Пацієнт з ГРДС n = 40	Пацієнти реанімації n = 26
0: Без обмежень у моєму повсякденному житті.	60 (91)	5 (7,6)	38 (95)	22 (84,6)	6 (15)	13 (50)
1: Незначні обмеження (все ще мають постійні симптоми).	5 (7,6)	19 (28,8)	2 (5)	3 (11,5)	12 (30)	7 (26,9)
2: Обмеження у моєму повсякденному житті, іноді потрібно уникати або зменшувати звичну діяльність	1 (1,5)	20 (30,3)	0 (0,0)	1 (3,8)	8 (20)	3 (11,5)
3. Обмеження у моєму повсякденному житті, і я не можу виконувати всі звичні дії.	0 (0,0)	14 (21,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	12 (30)	2 (7,7)
4. Суворі обмеження. Я	0 (0,0)	8 (12,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5)	1 (3,8)

перебуваю на утриманні від іншої людини через симптоми.						
---	--	--	--	--	--	--

Таким чином, когнітивні розлади у пацієнтів на COVID-19 свідчать про розвиток, на тлі коронавірусної інфекції, їх обмеження у повсякденному житті, зменшення звичної діяльності, а також про утримання від звичайних дій та необхідність сторонньої допомоги. Вказані зміни, згідно опитувальника за шкалою PCSF, пов'язані з тяжкістю захворювання і відповідно методами терапевтичної допомоги. Роль медичної сестри у виявленні вказаних змін є першочерговою, і передує в ряді випадків лікарському контролю. Адже, саме медична сестра проводить більше часу з пацієнтами на COVID-19 і здатна першою помітити відхилення когнітивного статусу у них і провести скринінг вказаних розладів за допомогою нескладної для застосування шкали функціонального стану.

3.2. Виявлення медичною сестрою тривожно-депресивних розладів у хворих на COVID-19 в реанімаційному відділенні

Попередні важкі спалахи гострого респіраторного синдрому (ГРВІ) показали, що вони впливають на функцію легенів, фізичні навантаження, якість життя, пов'язану зі здоров'ям, психічне здоров'я та призводять до посилення симптомів втоми та задишки з 6 місяців до 2 років після початок симптомів [5,6,7]. Через збільшення кількості пацієнтів, які одужують від інфекції важкого гострого респіраторного синдрому коронавірусу 2 (SARS-CoV-2), потреба в інструментах для вимірювання та моніторингу перебігу захворювання та його впливу на функціональний статус була піднята як надзвичайно важлива [8].

Пацієнти із підозрою та підтвердженим діагнозом COVID-19 часто відчувають жаль, обурення, самотність і безпорадність, депресію, тривогу і фобію, роздратування і безсоння. У деяких пацієнтів можливі панічні

атаки. Психологічний аналіз пацієнтів в ізольованих палатах продемонстрував, що приблизно у 48% пацієнтів із підтвердженим діагнозом SARS-CoV-2 були прояви стресу під час госпіталізації [51-53].

Створення методики оцінки в динаміці та попередження психологічної кризи пацієнта (індивідуальний психологічний стрес, настрій, якість сну), особливо в умовах пандемії COVID-19, слід контролювати щотижня. Інструменти самооцінки включають:

1. Анкета опитування 20 (SRQ-20).
2. Анкета здоров'я пацієнта 9 (PHQ-9).
3. Генералізований тривожний розлад 7 (GAD-7).

Об'єктивні шкали включають:

1. шкала оцінки депресії Гамільтона (HAM-D),
2. шкала оцінки тривожності Гамільтона (HAM-A),
3. позитивна та негативна шкала синдрому (PANSS).

У такому особливому середовищі як карантин та самоізоляція доцільно пройти анкети через їхні мобільні телефони. Лікарі та медсестри можуть проводити співбесіду та проводити анкетування за допомогою особистого чи онлайн-обговорення. В даному дослідженні магістрант особисто, працюючи у ВАІТ з ковідними пацієнтами, проводила анкетування для виявлення тривожно-депресивних розладів у них за допомогою госпітальної шкали **HADS** (див. Додатки 1, 2).

Шкала складена з 14 тверджень, які обслуговують дві підшкали:

- підшкала А – «тривога» (anxiety): непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13;
- підшкала D – «депресія» (depression): парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають ступінь наростання симптоматики, – градації вираженості ознаки, і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 балів (відсутність) до 4 (максимальна вираженість).

Обробка результатів полягала в підрахунку сумарного показника за кожною шкалою.

Інтерпретація результатів:

0-7 – норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії);

8-10 – субклінічно виражена тривога/депресія;

11 і вище - клінічно виражена тривога/депресія.

Дослідивши психоемоційну сферу 66-ти обстежених осіб (таб. 3.2.), з них: 40 хворих із двобічною полісегментарною пневмонією та ГРДС, та 26 хворих із двобічною полісегментарною пневмонією без проведення ШВЛ, було встановлено, що найбільш вираженим показником «психічного нездоров'я» був рівень клінічної тривоги, виявлений у 26 (65%) пацієнтів з ГРДС, у 13 (50 %) із двобічною полісегментарною пневмонією. Також було виявлено високий рівень субклінічної депресії у 20 (50%) пацієнтів 1 групи, що значно перевищує показники у пацієнтів, яким не проводили інтенсивну реанімацію.

Таблиця 3.2

Рівень тривоги та депресії у пацієнтів досліджуваних груп

Показник	Пацієнти з ГРДС, n = 40, %	Пацієнти з двобічною пневмонією n = 26, %
Тривога відсутня	0	7,7
<i><u>Субклінічний рівень тривоги</u></i>	35	42,3
<i><u>Клінічний рівень тривоги</u></i>	65	50
Депресія відсутня	12,5	60

<i>Субклінічний рівень депресії</i>	50	10
<i>Клінічний рівень депресії</i>	37,5	30

Середній бал за шкалою тривоги HADS у групі хворих з ГРДС становив 12,5 (клінічно виражена тривога), у пацієнтів без проведення ШВЛ — 9,14 (субклінічно виражена тривога). На підставі вищенаведених показників можна простежити, що найбільш виражена тривога у пацієнтів з проведенням заходів інтенсивної терапії, які при виписці з лікарні також демонстрували високий показник тривожності, проміжний показник — у пацієнтів з двобічною пневмонією без ГРДС на 14 день після першого опитування.

У хворих з двобічною пневмонією та проведенням ШВЛ середній бал за шкалою депресії HADS становив 14,2 (клінічно виражена депресія), у пацієнтів без ГРДС — 9,75 (субклінічно виражена депресія).

На підставі вищенаведених даних можна простежити, що чим вираженіше симптоми та тяжчий клінічний перебіг COVID-19 у пацієнтів, тим вище середні показники за шкалою депресії HADS (рис. 3.3).

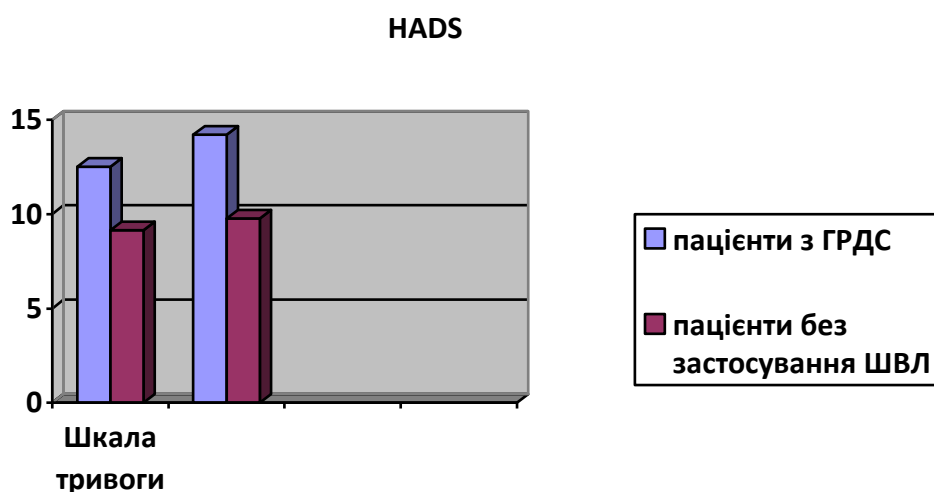


Рис. 3.3 Оцінка тривоги та депресії за шкалою HADS

Таким чином, за результатами клініко-психопатологічного дослідження за допомогою шкали HADS відзначено високу частоту тривожних і депресивних розладів серед обстежуваних осіб.

3.3. Особливості взаємодії медичної сестри з пацієнтом під час пандемії

Медична сестра, постійно перебуваючи біля ліжка хворого на **COVID-19**, бере на себе основну функцію догляду за хворим – покращання його фізичного та морального стану. Медичні сестри проводять із хворими більше часу, ніж лікарі й обслуговуючий персонал. Ефективність догляду за хворими прямо пропорційна тому, наскільки медичні сестри поділяють повсякденні життєві потреби і переживання хворих. Тобто, головним у діяльності медичної сестри завжди є акцент на здатності сприймати й розуміти особистість і почуття хворого, його проблеми і труднощі. На основі цього розуміння потрібно створювати специфічні взаємовідносини, які будуть спрямовані на покращення статусу хворих [46].

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

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

Істотне значення для створення сприятливої атмосфери в лікувальному закладі має зовнішній вигляд медичного персоналу. Акуратна, в білосніжному халаті, з прибраним під шапочку волоссям, медична сестра викликає довіру хворого. Предметом особливої уваги медсестри повинна бути реакція окремої людини, сім'ї або групи людей на дійсно існуючі або можливі порушення здоров'я. У центрі практичної діяльності медичної сестри, яка працює з ковідними хворими, які перенесли стрес, є їх психологічні проблеми, пов'язані із захворюваннями.

I. Харді виділяв шість типів медичних сестер з урахуванням їх особистих якостей та відношення до роботи:

Сестра-рутинер. Найбільш характерною рисою її є механічне виконання своїх обов'язків. Доручені завдання такі сестри виконують з незвичайною ретельністю, скрупульозністю, проявляючи спритність і вміння. Виконується все, що потрібно для догляду за хворим, але самого догляду і немає, бо працює автоматично, байдуже, не переживаючи з хворими, не співчуваючи їм. Така сестра здатна розбудити сплячого хворого тільки заради того, щоб дати йому запропоноване лікарем снодійне.

Артистичний тип. Такі сестри в процесі роботи прагнуть розігравати якусь роль, прагнучи до здійснення певного ідеалу. Якщо їх поведінка переходить допустимі межі, зникає безпосередність, з'являється нещирість. Вони грають роль альтруїста, благодійника. Поведінка їх штучна [47].

Тип «нервової» сестри. Це емоційно лабільні особистості, схильні до невротичних реакцій. У результаті вони часто дратівливі, запальні, можуть бути грубими. Таку сестру можна бачити похмурою. Вони дуже іпохондричні, бояться заразитися інфекційним захворюванням або захворіти «важкою хворобою». Вони нерідко відмовляються виконувати різні завдання нібито тому, що не можуть піднімати тяжкості, у них болять

ноги і т. д. Такі сестри створюють перешкоди в роботі і часто негативно впливають на хворих.

Тип сестри з чоловікоподібною, сильною особистістю. Таких людей здалеку можна впізнати за ходом. Вони відрізняються наполегливістю, рішучістю нетерпимістю до найменших заворушень. Нерідко вони недостатньо гнучкі, грубі і навіть агресивні з хворими [48].

Сестра материнського типу. Такі сестри виконують свою роботу з проявом максимальної дбайливості і співчуття до хворих. Робота у них невід'ємна умова життя. Вони все можуть і встигають всюди. Турбота для хворих – життєве покликання. Часто турботою про інших, любов'ю до людей пройняте і їх особисте життя.

Тип фахівця. Це сестри, які завдяки якійсь особливій властивості особистості, особливому інтересу отримують спеціальне призначення. Вони присвячують своє життя виконанню складних завдань, наприклад, у спеціальних лабораторіях. Медсестри даного типу фанатично віддані своїй вузькій діяльності.

У процесі дослідження було визначено тип медичних сестер, які працюють у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ) з реанімацією КНП "Чемеровецька багатопрофільна лікарня" (рис. 3.4). Для цього було проанкетовано 12 медичних сестер, які працюють позмінно в цьому відділенні. Встановлено, що в найбільшій мірі медичні сестри асоціювали себе з типом фахівця та типом сестри з чоловікоподібною, сильною особистістю, найрідше – з типом сестри-рутинера. Варто відмітити, що жодна з медичних сестер не асоціювала себе з артистичним типом.

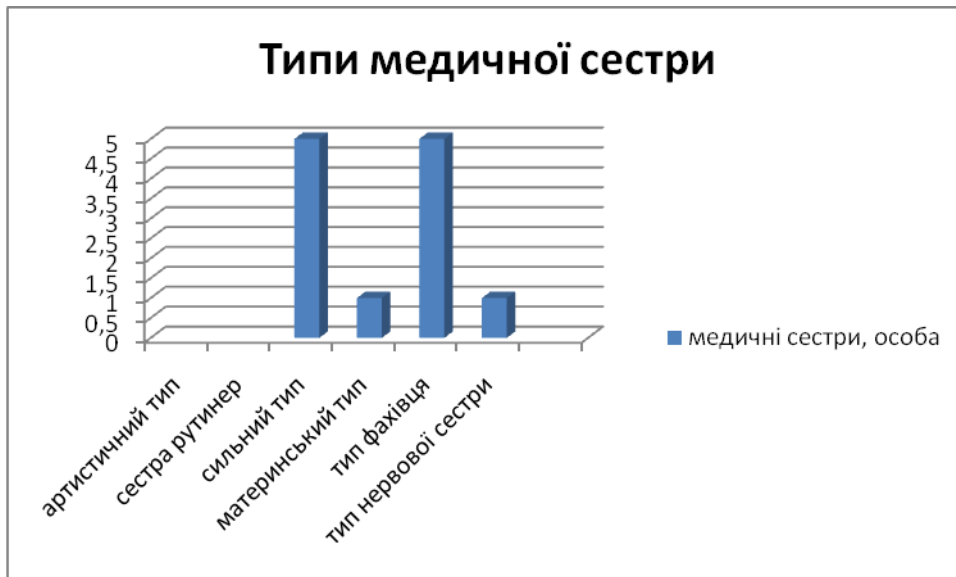


Рис. 3.4 Тип медичних сестер реанімаційного відділення КНП «Чемеровецька районна лікарня»

Узагальнюючи результати наукового дослідження, що наведені в даному розділі можна стверджувати таке:

1. Особи, які захворіли на корона вірусну хвороби та потребують госпіталізації у лікарню та наданні невідкладної допомоги, а також їх близькі родичі, потребують психологічного супроводу при зверненні до медичного закладу будь-якого профілю.

2. Встановлено, що в найбільшій мірі медичні сестри реанімації асоціювали себе з типом з сильною особистістю та фахівця, найрідше – з типом сестри-рутинера та артистичної сестри.

3. На сучасному етапі розвитку медицини необхідно підходити до ковідного хворого не тільки як до суб'єкта хвороби, але і як до суб'єкта лікувального процесу, що бере участь у ньому, переживає його і впливає на його ефективність.

4. Особливості формування стосунків у системі медична сестра — хворий на COVID-19 у значній мірі визначають ефективність терапевтичного процесу загалом, постають суттєвим елементом процесу

лікування практично будь-якого захворювання, у тому числі, на тлі посттравматичного стресу та тривожно-депресивних розладів.

5. Створення у хворого доброго, оптимістичного настрою, віра в сприятливий перебіг хвороби, яка великою мірою утверджується за допомогою належного догляду і чуйного ставлення до хворого, є важливим моментом на шляху одужання.

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Впродовж останніх півтора року у світі відбулися серйозні зміни, які торкнулися усіх сторін життя людей, особливо – здоров'я. Поширеність коронавірусної інфекції, спричиненої збудником інфекції - SARS-CoV-2, у всьому світі, та в Україні зокрема, стрімко зростала.

В даний час відомості про епідеміологію, клінічні особливості, профілактику і лікування цього захворювання вивчені не достатньо. Найбільш поширеним клінічним проявом нового варіанту коронавірусної інфекції є двостороння пневмонія, у 3-4% пацієнтів зареєстровано розвиток гострого респіраторного дистрес-синдрому (ГРДС). В кінці 2002 р з'явився коронавірус (SARS-CoV), збудник атипової пневмонії, який викликав ГРДС у людей. У 2012 р світ зіткнувся з новим коронавірусом MERS (MERS-CoV), збудником близькосхідного респіраторного синдрому, який також належить до роду Betacoronavirus; на даний момент MERS-CoV продовжує циркулювати і викликати нові випадки захворювання.

З грудня 2019 року по березень 2020 р найбільш широке поширення SARS-CoV-2 отримав на території КНР, а з кінця січня 2020 р в багатьох країнах світу стали реєструватися випадки захворювання COVID-19. І 11 березня 2020 року ВООЗ оголосила про початок пандемії COVID-19, при якій передача інфекції здійснюється повітряно-крапельним, повітряно-пиловим і контактним шляхами. Встановлено роль COVID-19 як інфекції, пов'язаної з наданням медичної допомоги.

Тепер уже минув значний період після перших повідомлень про появу нового штаму корона вірусу, однак попри рекордно швидке налагодження у світі протиепідемічних, діагностичних, лікувальних та профілактичних заходів, поширення COVID-19 та смертність від його ускладнень продовжують зростати. В Україні виявлення та лікування хворих на COVID-19, а також захист медичного персоналу здійснюється

відповідно до наказів МОЗ України: від 25.02.2020 р. № 552 «Про затвердження та впровадження стандартів медичної допомоги при коронавірусній хворобі (COVID-19)»; від 28.03.2020 р. № 722 «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)»; від 2.04.2020 р. № 762 «Про затвердження протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)»; від 6.04.2021 р. № 638 «Про внесення змін до протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)».

Довгострокові наслідки коронавірусної хвороби 2019 (COVID-19) лише зараз починають визначатись, але вже відомо, що хвороба може мати прямий та непрямий вплив головним чином на кардіореспіраторну і нервово-м'язову системи, та може вплинути на психічне здоров'я. За останніми даними встановлено, що 26% пацієнтів на COVID-19 потребували госпіталізації, і серед них 14% потребували стаціонарного лікування у відділення інтенсивної терапії та / або підтримки дихання [4]. Багато хто з пацієнтів може мати серйозні наслідки для здоров'я, а також мати значні економічні втрати [5]. Враховуючи подібність між коронавірусною хворобою 2019 року (COVID-19) та хворобами, спричиненими іншими коронавірусами [6], слід очікувати післягострих та тривалих наслідків, які потребують специфічного лікування [1, 7]. Кількість людей, які в кінцевому підсумку потребують уваги щодо наслідків COVID-19, може бути високою: Станом на 30 січня 2021 р. нинішня пандемія вже вразила 102 107 858 людей у всьому світі [8], що є основною світовою проблемою охорони здоров'я з невизначеним майбутнім.

Останні дані показують, що особи з важкою формою захворювання мають супутні захворювання, такі як гіпертонія, діабет, серцево-судинні захворювання (ССЗ) або цереброваскулярні захворювання [9], а госпіталізованим пацієнтам потрібна тривала госпіталізація (близько 4–53 днів) або реанімація (4–19 днів перебування) [10]. Крім того, слід

враховувати, що ці пацієнти можуть страждати від ятрогенних ефектів лікування COVID-19 [11] (рис. 1). Разом ці фактори роблять їх уразливими до втрати функцій та зниження якості життя після виписки з лікарні [6]. Більшість із цих питань охорони здоров'я можуть бути принаймні частково розглянуті фахівцями з реабілітації з усіх дисциплін. Дійсно, роль реабілітаційних заходів у вирішенні цих наслідків визначається медиками [12, 13], але дуже важливо, щоб оцінка пацієнта була систематичною, якщо потрібно виявити, лікувати та, якщо можливо, запобігти подальшим ускладненням хвороби. Тому потрібні чіткі вказівки (1), щоб допомогти медичним працівникам оцінити ймовірність серйозного погіршення стану здоров'я пацієнта та (2) допомогти їм у забезпеченні належного лікування.

У всьому світі запроваджується вивчення і розробка перспективної моделі спостереження за COVID-19, яка базується на чутливих та легко використовуваних інструментах оцінки, яка є терміново необхідною. Ця модель повинна сприяти ранньому виявленню та управлінню довгостроковими наслідками COVID-19, тим самим реагуючи на виникаючу потребу.

У пацієнтів, які потрапили в реанімацію, модель спостереження в режимі реального часу використовувалась для прогнозування гострого респіраторного дистрес-синдрому (ARDS) до його початку, з множинними, неінвазивними та простими для збору життєвими показниками, пов'язаними з факторами ризику щодо ARDS таким чином, щоб їх легко можна було перенести на домашнє спостереження. Впровадження таких ПМС при COVID-19 допоможе виявити ранні порушення [18,19,20], передбачити тяжкість можливих порушень [16,17], дозволити раннє втручання [19,21,22] та потенційно заощаджити ресурси [22].

У тих, хто пережив ГРДС [48] та синдром після інтенсивної терапії, психічне здоров'я може бути порушено [32]. Зокрема, при виписці з реанімації у 70–100% пацієнтів з ГРДС може спостерігатися когнітивний спад [49], що може бути довготривалим. Дійсно, 46–80% цих пацієнтів

залишаються ураженими протягом одного року, а 30% - через п'ять років [49]. Вже стає ясно, що ті, хто пережив COVID-19, які потребували інтенсивної терапії, мають ризик таких тривалих проблем [2], але вони також можуть страждати від депресії, тривоги та посттравматичного стресового розладу [32]. Вважається, що ці стани компрометують імунну систему та можуть ускладнити одужання [50].

В дане дослідження включено 66 пацієнтів на COVID-19 госпіталізованих у ВАІТ, з них 90,9% із двобічною полісегментарною пневмонією та 60,6% з ГРДС, які потребували штучної вентиляції легенів, із середнім періодом перебування в реанімації ($10,3 \pm 4,9$) днів.

Деякі дослідження продемонстрували поширеність психопатології та психіатричних наслідків серед людей, які пережили COVID-19, виявивши, що показник становить 42% для тривоги, 31% для депресії, 28% для посттравматичного стресового розладу та 20% для obsесивно-компульсивних симптомів через 1 місяць після госпіталізації [120]. Даних у довгостроковому періоді небагато, але були виявлені когнітивні порушення через 3 місяці після виписки [121], тож вони можуть бути присутніми і пізніше, якщо їх не вирішити, як це траплялося при інших спалахах коронавірусу з погіршенням здоров'я через місяці або роки [122]. Якщо зміни, що включають депресію, тривогу, посттравматичний стресовий розлад та когнітивні порушення, перевищують ≥ 8 балів у госпітальній шкалі тривоги та депресії (HADS) [123], $\geq 1,6$ у Шкалі подій [124] та / або > 18 балів за Монреальською шкалою когнітивної оцінки (MoCA) [125] відповідно, то слід розглянути питання направлення такого пацієнта до відповідного фахівця.

Необхідно проводити фізичне, когнітивне та психологічне оцінювання з метою визначення потреби та обсягу реабілітаційних послуг після COVID-19 для всіх, хто їх потребує. Існує три основних категорії пацієнтів із наслідками COVID-19, що потребують реабілітації, зокрема психологічної [21]. Принцип розподілу за категоріями базується

необхідності госпіталізації чи самостійного подолання інфекції в амбулаторних умовах. Одна з категорій, це – пацієнти із COVID-19, які отримували лікування у відділенні реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ). Вони повинні пройти комплексну оцінку потреб у реабілітації на етапі переходу до інших стаціонарних закладів; якщо цілі визначено, то стаціонарну реабілітацію слід розпочинати негайно. Подальшу оцінку поточних потреб у реабілітації цієї когорти пацієнтів необхідно проводити під час виписки з лікарні з відповідним направленням до лікаря загальної практики, якщо це потрібно; лікар первинної медичної допомоги має надати детальну інформацію з рекомендаціями щодо подальшого лікування, догляду та реабілітації, а повторну оцінку виконати через 4-6 тижнів після виписки. Пацієнти ж, в яких з'являються нові симптоми після 6-тижневого спостереження, повинні бути повторно оглянуті лікарем загальної практики; і мати виключений альтернативний діагноз, а якщо не встановлено жодного – пацієнта слід обстежити за допомогою шкали PCFS для визначення подальшого обсягу реабілітації. Ефективність реабілітації пацієнтів із COVID-19 на різних етапах надання медичної допомоги [22] має обмежену доказову базу щодо її застосування.

Аналіз отриманих нами даних свідчить про поширеність зниження функціонального стану у обстежених хворих (63,6%) під час госпітального періоду захворювання, виміряне за шкалою PCFS. Жіноча стать, вік, тривалість перебування в лікарні, механічна вентиляція легенів та госпіталізація були пов'язані з обмеженнями у функціональному статусі (II-IV ступінь PCSF). Більш висока частота пацієнтів з ГРДС та інтенсивною терапією повідомила про зниження їх функціонального стану порівняно з неінтенсивними пацієнтами при переведенні їх у стаціонарне відділення. Обмеження у їх повсякденному житті (2–4 ступінь за PCSF) було зазначено у 55% пацієнтів інтенсивної терапії з ШВЛ порівняно з 23,1% у пацієнтів інтенсивної терапії з двобічною полісегментарною пневмонією без ознак ГРДС ($P < 0,01$) (табл.3.1). Вік та тривалість

перебування в лікарні частіше були пов'язані з вищим ризиком обмежень у функціональному стані (II-IV ступеня PCSF). Задишка при незначному навантаженні була зареєстрована лише у 11 пацієнтів (31,5%), однак пацієнти інтенсивної терапії з ШВЛ частіше описували задишку порівняно з неінтенсивними пацієнтами та без ГРДС (30% проти 7,7%, $P < 0,01$).

При тривалому COVID-19 акцент роблять на мультидисциплінарній реабілітації з використанням трудо-, фізіотерапії, психокорекції, психотерапії, психофармакотерапії щодо таких нейропсихіатричних симптомів, як-то стомлюваність, когнітивні порушення («мозковий туман»), порушення концентрації уваги або проблеми з пам'яттю), інсомнія, тривога, депресія. Індивідуалізовані плани реабілітації формують відповідно до стадії терапії COVID-19, наявності супутніх психосоматичних станів, порушень щоденного функціонування пацієнта та зниження якості життя [6, 23].

Хворі на COVID-19 зазнають психологічного стресу з відчуттям жалю, обурення та роздратування, а також ознаками тривоги з можливими нападами паніки, фобіями (страхами), безсонням й депресії з відчуттям самотності та безпорадності [9]. COVID-19 асоціюється із психічними проявами, включно з маренням або розгубленістю (до 65%), збудженням чи ажитацією (до 69%), тривогою (34%), депресією (28%) та проблемами зі сном [7, 10, 11]. Підвищений ризик впливу COVID-19 на психічне здоров'я мають особи похилого віку, ті, хто страждає на хворобу Альцгеймера та патології, пов'язані з деменцією [12]. Ще один контингент пацієнтів з когнітивними розладами – ті, котрі перебували в госпітальному періоді на лікуванні у ВАІТ та зазнали застосування ШВЛ. Важливо усвідомлювати, що когнітивні порушення можуть проявлятися або імітувати емоційні чи нервово-психічні симптоми. І навпаки, скарги на когнітивне функціонування інколи свідчать про емоційні проблеми [13]. Стресори, характерні для COVID-19, включають: страх захворіти та померти, бути соціально виключеним/поміщеним у карантин, втрату засобів до існування

чи близьких та відчуття безпорадності, нудьги й самотності через ізоляцію. Ці стресори можуть спровокувати появу нових симптомів або посилити наявні психічні розлади за частотою та інтенсивністю проявів [6, 14].

Середній медичний персонал, що працює у ВАІТ, повинен вміти діагностувати найпоширеніші психологічні проблеми цього періоду - гострі стресові розлади (18,6%), тривожні симптоми, депресію (10,5%) й ускладнене горювання (8,1%) [16]. Серед психіатричних наслідків COVID-19 наголошується на таких, як: депресія, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), соматоформний больовий, панічний розлади, а також синдром хронічної втоми та порушення якості життя [17, 18]. У більшості пацієнтів із тяжким гострим респіраторним дистрес-синдромом в анамнезі були виявлені когнітивні розлади, зокрема труднощі з концентрацією уваги, порушення пам'яті та швидкості розумових процесів протягом року після хвороби («мозковий туман») [19].

Отже, медичний персонал повинен звертати увагу на стан психічного здоров'я пацієнтів із COVID-19 незалежно від ступеня тяжкості захворювання, а за потреби проводити оцінку окремих психічних функцій та ймовірності психічних розладів [6]. Під час пандемії необхідний біопсихосоціальний підхід до профілактики, догляду та лікування, навіть тоді, коли увагу зосереджено на фізичних потребах пацієнта. Психологічна реабілітація забезпечує контроль психологічних потреб хворого на всіх етапах надання допомоги [20].

Для вчасного виявлення емоційних порушень психічного здоров'я згідно рекомендацій, магістр проводила оцінку стану за госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS).

В даному дослідженні середній бал за шкалою тривоги HADS у групі хворих з ГРДС вказував на клінічно виражену тривогу, у пацієнтів без проведення ШВЛ — на субклінічно виражену тривогу. На підставі вищенаведених показників можна простежити, що найбільш виражена тривога у пацієнтів з проведенням заходів інтенсивної терапії, які при

виписці з лікарні також демонстрували високий показник тривожності, проміжний показник — у пацієнтів з двобічною пневмонією без ГРДС на 14 день після першого опитування.

У хворих з двобічною пневмонією та проведенням ШВЛ середній бал за шкалою депресії HADS демонстрував клінічно виражену депресію, у пацієнтів без ГРДС — спостерігалася субклінічно виражена депресія.

Для пацієнтів, які відчувають симптоми тривоги, слід розглянути такі стратегії психосоціальної підтримки, як психологічна перша допомога, управління стресом та короткі психологічні втручання, ґрунтовані на принципах когнітивно-поведінкової терапії [6, 25, 26]. Для осіб, які відчувають симптоми депресії, можуть бути застосовані короткі психологічні втручання, що ґрунтуються на принципах когнітивно-поведінкової терапії, терапія розв'язання проблем та вправи з релаксації [27].

Психологічна реабілітація передбачає використання психологічних втручань низької та високої інтенсивності. Психологічні заходи низької інтенсивності характеризуються спрощеною структурованою формою, є доказово ефективними для покращення окремих аспектів психічного здоров'я та психосоціального благополуччя особи незалежно від рівня тяжкості її проблем. Такі втручання для пацієнтів із COVID-19 та/або постковідним синдромом можуть бути здійснені лікарем первинної медичної допомоги з мінімальною підготовкою, а не лише спеціалістом-психологом чи психотерапевтом.

У процесі дослідження було визначено тип медичних сестер, які працюють у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ) з реанімацією КНП "Чемеровецька багатопрофільна лікарня". Встановлено, що в найбільшій мірі медичні сестри асоціювали себе з типом фахівця та типом сестри з чоловікоподібною, сильною особистістю, найрідше — з типом сестри-рутинера. Варто відмітити, що жодна з медичних сестер не асоціювала себе з артистичним типом.

Перший крок психологічного втручання, пов'язаного з COVID-19, передбачає надання пацієнтам (і родичам за допомогою телефону) оновлену та реалістичну інформацію про хворобу COVID-19. Для пацієнтів, які виявляють тривогу та гострі симптоми стресу, слід застосувати індивідуальні техніки релаксації, такі як м'язова релаксація, сканування тіла, контроль дихання та рефлексія з уявою [28]. Для контролю сильних негативних емоцій (наприклад, занепокоєння, суму) доцільними будуть методи заземлення, як психічні, так і фізичні [29].

Психологічні втручання високої інтенсивності є різновидами високоспеціалізованої психотерапії, яку проводять спеціально навчені, акредитовані для певного виду допомоги фахівці: психологи, психотерапевти та психіатри. Враховуючи усіх пацієнтів із COVID-19, високоспеціалізованого психологічного втручання потребує більш ніж третина після гострого періоду хвороби [16].

Для базової підтримки психічного здоров'я (подолання стресу, ознак тривоги або депресії, корекція порушення сну, когнітивних проблем) разом із психологічним втручанням та психосоціальною підтримкою (визначення потреб та проблем пацієнта, їх розв'язання) [30-32] доцільне використання комплексних натуропатичних засобів.

ВИСНОВКИ

1. Встановлено, що, хоча жоден з пацієнтів при поступленні в реанімаційне відділення не мав делірію відповідно до балів САМ (Confusion Assessment Method), когнітивна функція після COVID-19 була знижена у всій когорті пацієнтів.

2. Виявлено зниження функціонального стану у обстежених хворих під час госпітального періоду захворювання, виміряне за шкалою PCFS. Жіноча стать, вік, тривалість перебування в лікарні, механічна вентиляція легенів та госпіталізація були пов'язані з обмеженнями у функціональному статусі (II-IV ступінь PCSF).

3. Когнітивні розлади у пацієнтів на COVID-19 та їх динаміка при тяжкому перебігу коронавірусної інфекції свідчать про появу обмежень у повсякденному житті, зменшення звичної діяльності, а також про утримання від звичайних дій та необхідність сторонньої допомоги. Вказані згідно опитувальника за шкалою PCSF зміни пов'язані з тяжкістю захворювання і проведенням ШВЛ.

4. За результатами клініко-психопатологічного дослідження за допомогою шкали HADS відзначено високу частоту тривожних і депресивних розладів серед обстежуваних осіб, що перебували в реанімаційному відділенні. Встановлено, що чим вираженіше симптоми та тяжчий клінічний перебіг COVID-19 у пацієнтів, тим вище середні показники за шкалою депресії HADS.

5. Аналіз особливостей роботи медичних сестер у відділенні ВАІТ та реанімації в умовах всесвітньої пандемії свідчить про необхідність акцентувати увагу на елементах невідкладної психологічної підтримки, точних знаннях у діагностиці порушень когнітивної та психоемоційної сфери пацієнта з COVID-19 та особливостях психологічної допомоги. Для оптимізації професійних знань медичних сестер у цих напрямках рекомендується включити освітні компоненти «Основи інфектології під

час епідемії» і «Екстрена психологічна допомога» в освітні навчальні програми для медсестер.

6. Особи, які захворіли на коронавірусну хвороби та потребують госпіталізації у лікарні та наданні невідкладної допомоги, а також їх близькі родичі, потребують психологічного супроводу при зверненні до медичного закладу будь-якого профілю. Медичні сестри повинні знати методи надання екстреної психологічної допомоги, тому рекомендується включити в освітню програму для медсестер-магістрів курс за вибором «Екстрена психологічна допомога».

7. Встановлено, що в найбільшій мірі медичні сестри реанімації асоціювали себе з типом з сильною особистістю та фахівця, найрідше – з типом сестри-рутинера та артистичної сестри.

8. На сучасному етапі розвитку медицини необхідно підходити до ковідного хворого не тільки як до суб'єкта хвороби, але і як до суб'єкта лікувального процесу, що бере участь у ньому, переживає його і впливає на його ефективність.

9. Особливості формування стосунків у системі медична сестра — хворий на COVID-19 у значній мірі визначають ефективність терапевтичного процесу загалом, постають суттєвим елементом процесу лікування практично будь-якого захворювання, у тому числі, на тлі посттравматичного стресу та тривожно-депресивних розладів.

10. Створення у хворого доброго, оптимістичного настрою, віра в сприятливий перебіг хвороби, яка великою мірою утверджується за допомогою належного догляду і чуйного ставлення до хворого, є важливим моментом на шляху одужання.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Для оптимізації професійних знань медичних сестер реанімаційного відділення у напрямку медичної допомоги в умовах всесвітньої пандемії рекомендується включити освітні компоненти «Основи інфектології під час епідемії» і «Екстрена психологічна допомога» в освітні навчальні програми для медсестер.

Рекомендується підвищувати рівень знань медичних сестер, які займаються професійною діяльністю, у неформальній освіті шляхом проходження курсів, вебінарів та онлайн-стажувань у напрямку попередження та профілактики епідемій інфекційних захворювань та вміння діагностувати та надавати медичної допомоги при порушенні психічного здоров'я.

При тривалому COVID-19 акцент роблять на мультидисциплінарній реабілітації з використанням трудо-, фізіотерапії, психокорекції, психотерапії, психофармакотерапії щодо таких нейропсихіатричних симптомів, як-то стомлюваність, когнітивні порушення («мозковий туман»), порушення концентрації уваги або проблеми з пам'яттю), інсомнія, тривога, депресія. Індивідуалізовані плани реабілітації формують відповідно до стадії терапії COVID-19, наявності супутніх психосоматичних станів, порушень щоденного функціонування пацієнта та зниження якості життя

Список літератури

1. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06 квітня 2021 року № 638 «Про внесення змін до протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)».
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20 квітня 2021 року № 771 «Про затвердження Протоколу надання реабілітаційної допомоги пацієнтам з коронавірусною хворобою (COVID-19) та реконвалесцентам».
3. <https://www.bbc.com/ukrainian/features-52118922>
4. Хиць А. COVID-19: безпека праці та здоров'я медичних працівників / А. Хиць // Український медичний часопис. – 2021. – WWW.UMJ.COM.UA [Електронна публікація]. – С. 1-4.
5. Хиць А. Респіраторні читання: фокус на ключову респіраторну патологію сьогодення — COVID-19 / А. Хиць // Український медичний часопис. – 2021. – WWW.UMJ.COM.UA [Електронна публікація]. – С. 1-4.
6. Жарікова Ю.В. Нова коронавірусна хвороба та інші глобальні виклики в інфектології / Ю.В. Жарікова // Український медичний часопис. – 2021. – WWW.UMJ.COM.UA [Електронна публікація]. – С. 1-2.
7. WHO (2021) COVID-19: Occupational health and safety for health workers. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-NCW_advice-2021.1
8. <https://dsp.gov.ua/operativna-informacia-covid19/>
9. WHO (2020) Prevention, identification and management of health worker infection in the context of COVID-19. COVID-19: Essential health services, Oct 30. <https://www.who.int/publications/i/item/10665-336265>
10. International Labour Organization (2010) ILO List of Occupational Diseases. Geneva: International Labour Organization https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/ed_protect/protrav/safework/documents/publication/wcms_125137.pdf

11. IASC (2020) Public health and social measures for COVID-19 preparedness and response in low capacity and humanitarian settings. Version 1, May.
12. Kupferschmidt K., Cohen J. (2020) Race to find COVID-19 treatments accelerates. *Science*; 367(6485): 1412–1413. doi: 10.1126/science.367.6485.1412.
13. Pauwels R. (2001) Global initiative for chronic obstructive lung diseases (GOLD): time to act. *European Respiratory Journal* 18: 901–902; DOI: 10.1183/09031936.01.0027401
14. IASC (2020) Public health and social measures for COVID-19 preparedness and response in low capacity and humanitarian settings. Version 1, May.
15. Siddiqi H.K., Mehra M.R. (2020) COVID-19 illness in native and immunosuppressed states: A clinical-therapeutic staging proposal. *J. Heart Lung. Transplant.*; 39(5): 405–407. doi: 10.1016/j.healun. 2020.03.012.
16. Kupferschmidt K., Cohen J. (2020) Race to find COVID-19 treatments accelerates. *Science*; 367(6485): 1412–1413. doi: 10.1126/science.367.6485.1412.
17. Ciceri F., Beretta L., Scandroglio A.M. et al. (2020) Microvascular COVID-19 lung vessels obstructive thromboinflammatory syndrome (MicroCLOTS): an atypical acute respiratory distress syndrome working hypothesis. *J. Austral. Acad. Critical Care Med.*, 22(2): 95–97.
18. Alhazzani W., Møller M.H., Arabi Y.M. et al. (2020) Surviving Sepsis Campaign: guidelines on the management of critically ill adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Intensive Care Med.*, Mar. 28 : 1–34. doi: 10.1007/s00134-020-06022-5.
19. Carfi A., Bernabei R., Landi F. et al. (2020) Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *JAMA*; 324(6): 603–605. doi:10.1001/jama.2020.12603.

20. WHO (2021) COVID-19: Occupational health and safety for health workers. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-HCW_advice-2021.1
21. <https://dsp.gov.ua/operativna-informacia-covid19/>
22. WHO (2020) Prevention, identification and management of health worker infection in the context of COVID-19. COVID-19: Essential health services, Oct 30. <https://www.who.int/publications/i/item/10665-336265>
23. International Labour Organization (2010) ILO List of Occupational Diseases. Geneva: International Labour Organization https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_125137.pdf
24. WWW.UMJ.COM.UA | УКР. МЕД. ЧАСОПИС, 2021, 19 квітня [Електронна публікація]
25. Пінчук В. Сестри милосердя вчора, нині і завтра / В. Пінчук // *Новости медицины и фармации.* – 2013. – № 466. – С. 15.
26. По матеріалам доклада ВОЗ Предотвращение хронических болезней: жизненно важное вложение средств // *Головна медична сестра.* – 2006. – №3. – С. 33–38.
27. Дуб Н. Роль сімейної медичної сестри у профілактиці хронічних захворювань / Н. Дуб // *Вісник демократичне врядування.* – 2009 – №3 – С. 1–6.
28. Пшеникова М. Г. Роль генетических особенностей организма в устойчивости к повреждающим воздействиям и в защитных эффектах адаптации / М. Г. Пшеникова // *Пат. физиол. и эксперим. терапия.* – 2011. – №4. – С. 7–16.
29. Волкова М. М. О роли сестринского персонала в профилактической медицине / М. М. Волкова, С. Р. Волков // *Медицинская сестра.* – 2003. – № 2. – С. 37, 38

30. Волошин П. В. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди / П. В. Волошин, Н. О. Марута // Український вісник психоневрології - 2015. - № 1. - С. 5—11.
31. Закусилова Т. О. Теоретичні засади формування у майбутніх медичних сестер професійної культури як складника професіоналізму / Т. О. Закусилова // Педагогіка і психологія професійної освіти. - Львів, 2016. - № 3. - С. 63–69.
32. Марущак М. І. Компетентнісний підхід до навчання студентів у закладах вищої освіти медичного спрямування / М. І. Марущак, І. Я. Криницька, І. В. Антонишин // Вісник Черкаського університету. - 2018. - № 6. - С. 92-96.
33. Основи загальної і медичної психології/За ред. І.С. Вітенка і О.С. Чабана. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 344 с.
34. Лакосина Н.Д. Клиническая психология: Учебн. для студ. мед. вузов / Н.Д. Лакосина, И.И.Сергеев. О.Ф. Панкова. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.
35. Сидоров П.И. Введение в клиническую психологию: Т.П.: Учебник для студентов медицинских вузов / П.И. Сидоров, А.В. Парников. – М.: Академический проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – 381 с.
36. Михальська Ю.А. Особливості психології обходження з хворими медичного персоналу / Ю.А. Михальська // Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – 2013. – Вип. 19. – С. 434-443.
37. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство/ В.Д. Менделевич. – 4-е изд. – М.: «МЕДпресс», 2002. – 592 с.
38. Кміть І.В. Мотивація професійного вибору медичних сестер: [Електронний ресурс] /І.В.Кміть. Режим доступу: [http:// www.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/Vchdpu/2009_74_1/44. pdf](http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/Vchdpu/2009_74_1/44.pdf) //

39. Шихі, Л.М. Міркування щодо реабілітації постраждалих від COVID-19. Огляд громадського здоров'я JMIR. 2020 , 6 , e19462. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
40. Stam, H .; Стуцький, Г.; Бікенбах, Дж. Ковід-19 та синдром інтенсивної терапії: заклик до дії. Дж. Реабілітація. Мед. 2020 , 52 , jrm00044. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
41. Куреші, Х. Травна система та COVID-19. Дж. Пак. Мед. Доц. 2020 , S98 – S100. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
42. ECDC (Європейський центр з профілактики та контролю захворювань). Звіт про спостереження за COVID-19. Доступно в Інтернеті: <https://covid19-surveillance-report.ecdc.europa.eu/> (доступ 19 серпня 2020 року).
43. Елліотт, Д.; Девідсон, JE; Харві, Массачусетс; Беміс-Догерті, А .; Хопкінс, Росія; Івашина, Техас; Вагнер, Дж .; Вайнерт, КР; Вунш, Х .; Bienvenu, OJ; та ін. Вивчення сфери терапії та догляду за синдромом після інтенсивної терапії. Крит. Догляд мед. 2014 , 42 , 2518–2526. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
44. Ахмед, Х .; Патель, К.; Грінвуд, округ Колумбія; Халпін, С .; Lewthwaite, P .; Салаву, А .; Ейр, Л.; Брін, А .; О'Коннор, Р .; Джонс, А .; та ін. Довгострокові клінічні результати у тих, хто пережив важкий гострий респіраторний синдром та спалахи коронавірусу на Близькому Сході після госпіталізації або госпіталізації: систематичний огляд та мета-аналіз. Дж. Реабілітація. Мед. 2020 рік . [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
45. Беттгер, JP; Тумі, А .; Маркевич, В .; Де Грут, штат Вікторія; Баттістелла, LR; Імамура, М .; Рамос, В.Д .; Ван, Н.; Дрейнхофер, KE; Мангар, А .; та ін. COVID-19: Підтримка основних реабілітаційних послуг у континуумі медичної допомоги. BMJ Glob. Здоров'я 2020 , 5 , e002670. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

46. Донг, Е .; Ду, Х .; Гарднер, Л. Інтерактивна веб-панель для відстеження COVID-19 у реальному часі. *Lancet Infect. Дис.* 2020 , 20 , 533–534. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

47. Ванг, Б .; Лі, Р .; Лу, Z .; Хуанг, Ю. Чи супутня патологія збільшує ризик пацієнтів з COVID-19: Докази мета-аналізу. *Старіння* 2020 , 12 , 6049–6057. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

48. Різ, Е.М .; Соловей, Е.С .; Джафарі, Ю .; Вотерлоу, Північна Дакота; Кліффорд, С.; Пірсон, САВ; Робоча група СММІД; Джомбарт, Т .; Procter, SR; Найт, Г. М. COVID-19, тривалість перебування в лікарні: систематичний огляд та синтез даних. *BMC Med.* 2020 , 18 , 1–22. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

49. Лейн, JC; Ткачі, Дж .; Костка, К .; Альсер, О.; Прац-Урібе, А .; Ньюбі, Д.; Prieto-Alhambra, D. Безпека гідроксихлорохіну, як окремо, так і в поєднанні з азитроміцином, у світлі швидкого широкого застосування для COVID-19: багатонаціональне, мережеве когортне та самоконтрольоване дослідження. *MedRxiv* 2020 . [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

50. Томас, П.; Болдуїн, С.; Біссет, Б .; Боден, І .; Госселінк, Р .; Грейнджер, КЛ; Ходжсон, К.; Джонс, АЙ; Kho, ME; Мойсей, Р .; та ін. Управління фізіотерапією при COVID-19 в гострих стаціонарних умовах: Рекомендації щодо клінічної практики. *Дж. Фізіотер.* 2020 , 66 , 73–82. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

51. Фалві, JR; Краффт, С .; Корнетті, Д. Основна роль фізіотерапевтів, що працюють на дому та в громаді, під час пандемії COVID-19. *Фіз. Тер.* 2020 , 100 , 1058–1061. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

52. Таум, А .; Мурад-Чехаде, Ф.; Амуд, Х. Доказова модель для спостереження за ГРДС у реальному часі. *Біомед. Процес сигналу. Контроль.* 2019 , 50 , 83–91. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

53. Дінь, Х.-F .; Лі, J.-В .; Лянг, Х.-Ю .; Ван, З.-Ю .; Цзяо, Т.-Т .; Лю, З .; І, Л.; Біан, В.-С .; Ванг, С.-П .; Чжу, Х .; та ін. Прогнозована модель

випадків гострого респіраторного дистрес-синдрому у пацієнтів реанімації в Китаї за допомогою алгоритмів машинного навчання: вторинний аналіз когортного дослідження. J. Transl. Мед. 2019 , 17 , 1–10. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

54. Стаут, Нідерланди; Бінклі, Дж. Шміц, КН; Ендрюс, К .; Хейс, Південна Кароліна; Кемпбелл, КЛ; Рт, MLM; Собальє, П.В. Бергер, А.М .; Чевілл, Алабама; та ін. Модель перспективного спостереження для реабілітації жінок з раком молочної залози. Рак 2012 , 118 , 2191–2200. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

55. Стабблфілд, доктор медичних наук; МакНілі, МЛ; Альфано, СМ; Майер, Д.К. Модель перспективного спостереження за фізичною реабілітацією жінок з раком молочної залози. Рак 2012 , 118 , 2250–2260. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

56. Кельмайер, штат Луїзіана; Молоні, Е .; Бояж, Дж .; Шерман, К.А .; Дін, К.М. Модель перспективного спостереження вдома за лімфоедемою, пов'язаною з раком молочної залози: Техніко-економічне обґрунтування. Рак молочної залози Res. Лікувати. 2021 , 185 , 401–412. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

57. Чевілл, Алабама; McLaughlin, SA; Хаддад, Техас; Ліон, Кентуккі; Ньюман, Р .; Радді, К. Дж. Комплексна реабілітація хворих на рак молочної залози. Am. J. Phys. Мед. Реабілітація. 2019 , 98 , 154–164. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

58. Кельмайер, Л.; Гайтаціс, К .; Ріднер, Ш.Ш .; Бояж, Дж .; Нелмс, Дж .; Хьюз, ТМ; Старійшина, Е .; Французький, J .; Нгуї, Н.; Хсу, Дж .; та ін. Впровадження в клінічну практику моделі перспективного спостереження та раннього втручання у лікування лімфедми, пов'язаної з раком молочної залози: Застосування системи RE-AIM. Підтримка. Догляд за раком 2021 , 29 , 1081–1089. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

Додаток 1

Шкала HADS

Прізвище _____

Вік _____ Стать _____

Діагноз _____

Тривалість захворювання _____

Чи приймали антидепресанти? Якщо так, то які саме?

Частина I (оцінка рівня ТРИВОГИ)

Запитання	Бали	Відповідь
1. Я відчуваю напруженість, мені не по собі.	3	Весь час
	2	Часто
	1	Час від часу
	0	Зовсім не відчуваю
2. Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось – ось статися.	3	Безумовно це так, і страх дуже сильний
	2	Це так, але страх не дуже сильний
	1	Іноді, але це мене не турбує
	0	Зовсім не відчуваю
3. Неспокійні думки крутяться у мене в голові.	3	Постійно
	2	Велику частину часу
	1	Час від часу
	0	Інколи
4. Я легко можу сісти і розслабитися.	0	Безумовно це так
	1	Напевно це так
	2	Лише зрідка це так
	3	Зовсім не можу
5. Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння.	0	Зовсім не відчуваю
	1	Іноді

	2	Часто
	3	Дуже часто
6. Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися.	3	Безумовно це так
	2	Напевно, це так
	1	Лише в деякій мірі це так
	0	Зовсім не відчуваю
7. У мене буває раптове відчуття паніки.	3	Дуже часто
	2	Досить часто
	1	Не так уже часто
	0	Зовсім не буває

Загальна кількість балів по рівню тривоги _____

Частина II(оцінка рівня ДЕПРЕСІЇ)

<i>Запитання</i>	<i>Бали</i>	<i>Відповідь</i>
1. Те, що раніше приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття.	0	Безумовно це так
	1	Напевно, це так
	2	Лише в дуже малому ступені це так
	3	Це зовсім не так
2. Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне.	0	Безумовно це так
	1	Напевно, це так
	2	Лише в дуже малому ступені це так
	3	Зовсім не здатний
3. Я відчуваю бадьорість.	3	Зовсім не відчуваю
	2	Дуже рідко
	1	Іноді
	0	Практично весь час

4. Мені здається, що я почав все робити дуже повільно.	3	Практично весь час
	2	Часто
	1	Іноді
	0	Зовсім ні
5. Я не стежу за своєю зовнішністю.	3	Безумовно це так
	2	Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно
	1	Може бути, я став менше приділяти цьому уваги
	0	Я стежу за собою так само, як і раніше
6. Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення.	0	Точно так само, як і зазвичай
	1	Так, але не в тій мірі, як раніше
	2	Значно менше, ніж зазвичай
	3	Зовсім так не вважаю
7. Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо- чи телепрограми.	0	Часто
	1	Іноді
	2	Рідко
	3	Дуже рідко

Загальна кількість балів по рівню депресії _____