

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ

Димчук Олена Володимирівна

На правах рукопису

УДК: 614.253.5:159.942]:616.98:578.834.1-036.2

Магістерська робота

**ПСИХО-ЕМОЦІЙНА СКЛАДОВА РОБОТИ
МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ІНФЕКЦІЙНОЇ ЛІКАРНІ
В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ 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 І ТЕРМІНІВ	3
ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1 Стрес в умовах пандемії як складова частина професійної діяльності та особливості сестринської допомоги в умовах стресу (огляд літератури)	8
1.1. Сучасні погляди на стрес як модель впливу на ефективність медичної діяльності	8
1.2. Характеристика новітньої глобальної інфекційної катастрофи людства	12
1.3. Роль медичної сестри у менеджменті хворих на COVID-19	16
РОЗДІЛ 2 Матеріали і методи дослідження	24
2.1. Загальна характеристика обстежених хворих	24
2.2. Статистичні методи дослідження	27
РОЗДІЛ 3 Особливості надання сестринської допомоги пацієнтам з коронавірусною хворобою	29
3.1. Специфіка роботи медичних сестер в умовах стресу	29
3.2. Особливості сестринської допомоги в інфекційній лікарні хворим на COVID-19	38
3.3. Особливості взаємодії медичної сестри з пацієнтом у стресовому стані	43
АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ	52
ВИСНОВКИ	63
Практичні рекомендації	64
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ЛІТЕРАТУРИ	65
ДОДАТКИ	69

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
ЗІЗ	– засоби індивідуального захисту
ГРДС	– гострий респіраторний дистрес-синдром
SARS-CoV-2	– важкий гострий респіраторний синдром коронавірусу 2
COVID-19	– коронавірусна хвороба 2019 («Coronavirus disease 2019»)
HADS	– шкала госпітальної тривоги та депресії
ПТСР	– посттравматичний стресовий розлад
КНП	– комунальне некомерційне підприємство

ВСТУП

Актуальність теми. У боротьбі з коронавірусною пандемією, її поширенням та проявами в кожній постраждалій країні світу, в тому числі Україні, передову лінію оборони забезпечують медичні працівники. Вони є найпершою категорією ризику зараження коронавірусом SARS-CoV-2 і розвитку коронавірусної хвороби-2019 (COVID-19), особливо серед тих, хто лікує пацієнтів з COVID-19. На сьогоднішній день в світі у цілому приблизно 4—12% підтверджених випадків коронавірусної хвороби у світі становлять медики. Ризики, з якими стикаються медичні працівники, що здійснюють менеджмент інфікованих пацієнтів та беруть участь у ліквідації пандемічного поширення COVID-19, потребують виставляти акцент на профілактичних заходах, спрямованих на зниження ризику інфікування для працівників системи охорони здоров'я.

Вивчення типології стресових розладів у середнього медичного персоналу, пов'язаних з пандемією коронавірусного захворювання, застосування відомих опитувальників діагностики поведінки у стресових ситуаціях, вивчення особливостей формування стосунків у системі медична сестра – хворий дозволять вчасно виявити порушення психічного здоров'я у медичних сестер, попередити їх, і таким чином покращити ефективність терапевтичного процесу загалом, особливо на тлі посттравматичного стресу.

Мета роботи – оптимізувати сестринську допомогу хворим на COVID-19 в інфекційній лікарні під час пандемії, на основі аналізу особливостей роботи медичних сестер у цих умовах.

Для реалізації цієї мети було поставлено наступні **завдання**:

1. проаналізувати особливості роботи медичних сестер в умовах підвищеної стресовості;
2. визначити основні напрямки сестринської допомоги в інфекційній лікарні хворим на COVID-19;

3. сформулювати рекомендації щодо вдосконалення освітніх навчальних програм для медсестер, які працюють в інфекційній лікарні, за наявності всесвітньої вірусної пандемії.

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

Предмет дослідження – емоційні порушення психічного здоров'я медичних сестер інфекційної лікарні при наданні медичної допомоги пацієнтам на COVID-19.

Методи дослідження: психофізіологічний метод дослідження; 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 особливостей роботи медичних сестер в умовах підвищеної стресовості встановлено необхідність акцентувати увагу на принципах екстреної психологічної допомоги та кризової інтервенції в епіцентрі надзвичайної ситуації та особливостях професійної медсестринської комунікативності. Показано, що середній медичний персонал інфекційних лікарень в умовах глобальної кризової епідеміологічної ситуації також потребує психологічного супроводу при поступленні до медичного закладу профільних інфекційних хворих. Медичні сестри повинні знати методи надання екстреної психологічної допомоги і самопомоги, володіти знаннями і вміннями щодо групових та індивідуальних методів психокорекційної роботи з постраждалими, тому рекомендується включити в освітню програму для медсестер-магістрів курс за вибором «Екстрена психологічна допомога та кризова інтервенція в епіцентрі надзвичайної ситуації» та «Практичні методи допомоги та самопомоги при стресі».

На сучасному етапі розвитку медицини необхідно не лише сприймати хворого як суб'єкта хвороби і лікувального процесу, але і

виявляти ознаки психо-емоційної дестабілізації у себе та своїх колег, адже це впливає на ефективність надання професійної та кваліфікованої допомоги інфекційним хворим. Особливості формування стосунків у системі медична сестра — хворий у значній мірі визначають ефективність терапевтичного процесу загалом, постають суттєвим елементом процесу лікування практично будь-якого захворювання, у тому числі, на тлі посттравматичного стресу.

Встановлено, що найчастіше медичні сестри приймального та інфекційного відділень лікувально-профілактичних закладів інфекційного спрямування асоціюють себе з типом сестри-рутинера, тоді як медсестри, що працюють у реанімаційному відділенні такого закладу, - з сильною особистістю та материнським типом.

Доведено, що створення у середнього медичного персоналу доброго, оптимістичного настрою, віра в сприятливе завершення пандемії, яка великою мірою утверджується за допомогою належного інформативного континіуму та вміння надавати адекватну психологічну допомогу та самопомогу в стресових ситуаціях, є важливим моментом на шляху одужання у пацієнтів і психологічної реабілітації медичних працівників.

Практичне значення одержаних результатів Для оптимізації професійних знань медичних сестер обґрунтовано доцільність включення освітніх компонентів «Екстрена психологічна допомога та кризова інтервенція в епіцентрі надзвичайної ситуації» і «Практичні методи допомоги та самопомоги при стресі» 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 медичних сестер реанімаційного, інфекційного та приймального відділень інфекційної лікарні, 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. Димчук // Медсестринство. – 2021. – № 2. – С. 5–11.

- Юрченко І., Савченко І., Димчук О. Особливості та поширеність прояву професійного вигорання медичних працівників наркологічних та психіатричних закладів Луганської області за сучасних умов) / О. Димчук // Медсестринство. – 2021. – № 2. – С. 70–75.

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

Обсяг та структура магістерської роботи. Магістерська робота викладена на 71 сторінці 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 41 джерело.

РОЗДІЛ 1

СТРЕС В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ ЯК СКЛАДОВА ЧАСТИНА ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ТА ОСОБЛИВОСТІ СЕСТРИНСЬКОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ СТРЕСУ (огляд літератури)

1.1. Сучасні погляди на стрес як модель впливу на ефективність медичної діяльності

За загальним визнанням спеціалістів медична діяльність – це один із видів професійної діяльності, який найбільше деформує особистість людини. Комплекс економічних проблем, що сьогодні склалися (невисока заробітна плата, недостатня технічна забезпеченість тощо), а також соціально-економічних, пов'язаних з падінням престижу медичної професії, робить працю медичного працівника надзвичайно психоемоційно напруженою. Крім того, із збільшенням професійного стажу роботи у лікарів та медсестер знижуються показники як фізичного, так і психічного здоров'я. Усі ці фактори здійснюють руйнівний вплив на емоційну сферу медиків. У них зростає кількість афективних розладів, з'являються почуття незадоволеності собою та своїм життям, труднощі у встановленні контактів з пацієнтами, колегами, оточуючими людьми. Ці симптоми негативно відображаються на всій професійній діяльності лікарів та медсестер, погіршуються результати їхньої роботи, знижується рівень задоволеності власною діяльністю.

Депресивні розлади на сьогодні є найбільш актуальною проблемою сучасної психологічної теорії та практики. Психологи, психотерапевти зазначають, що на межі ХХ – ХХІ століть відбулося різке зростання психоемоційних розладів серед населення переважної більшості розвинутих країн [10, 11]. Висока поширеність депресивних та тривожних

розладів серед населення пояснюється істотним впливом хвороб на якість життя і соціальну адаптацію людини.

Згідно з дослідженнями ВООЗ психічні порушення у 4 з 10 випадків в країнах ринкової економіки призводять до інвалідності. В Україні частка психоневрологічних захворювань в сумарній втраті працездатності при всіх захворюваннях складає 10,5 % [13]. Пацієнти з психічними розладами часто (до 75% осіб) звертаються за допомогою до лікарів первинної ланки. Але, згідно з міжнародними даними, лікарі лише в 10 – 30% випадків встановлюють діагноз депресії, якає найбільш поширеним психічним порушенням. Результати численних досліджень свідчать, що у працівників медичної сфери рівень психологічних порушень достатньо високий внаслідок чіткого і не випадкового взаємозв'язку між професією та стилем життя. Тому доцільно окремо аналізувати особливості клініки психічних порушень у цієї соціальної спільноти людей.

Зважаючи на напружену ситуацію в Україні, психічне здоров'я населення характеризується високим рівнем захворюваності. За останні 15 років збільшилась майже у 1,5 рази тільки поширеність невротичних і психотичних психічних розладів [6].

У ХХ ст. поняття «стрес» набуло великої популярності і його недаремно називали століттям стресу. Проте ХХІ століття ознаменувалося не менш рушійною силою стресу. Він не визнавав жодних кордонів і вперто робив кроки у нове тисячоліття, зміцнюючи свої потужні властивості. На теперішній час кожна людина в якійсь мірі перебуває в стані психоемоційного напруження, а відтак – на порозі стресу. Каталізаторами даного процесу є, як агресивне соціальне середовище, так і забруднене довкілля, жорсткий режим міського життя, гіперактивність мозкової діяльності, а в результаті - постійна стомлюваність і виснаженість організму тощо [7, 8]. В 1936 році лауреат Нобелівської премії Ганс Сельє, спостерігаючи за поведінкою певної групи людей, ввів термін «стрес» [10]. Це поняття дуже швидко вийшло за межі вузького біологічного

трактування і заповнило не тільки наукову зону діяльності, а й активно врізалось в побутову сферу спілкування. Словом «стрес» дуже часто людина пояснює якісь свої неадекватні дії чи похибки, коли виникають різного виду життєві ускладнення, проблеми, емоційні перевантаження, хронічна втома і, навіть, захворювання. Тому існує декілька близькоспоріднених за змістом визначень терміну «стрес». «Стрес» – це стан напруження, в результаті дії сильних подразників. «Стрес» – це неспецифічна захисна реакція організму у відповідь на несприятливі зміни навколишнього середовища. За Г. Сельє стрес з позиції розгортання має три стадії, що розвиваються як єдиний процес: стадія тривоги; стадія резистентності (адаптації) та стадія виснаження [11]. Коли виникає стрес, то наш організм можна порівняти з будинком, на який здійснюють напад. Щоб зберегти будинок, використовуються всі наявні ресурси, але приходить момент, коли сили закінчуються і напад зупиняється або ж будинок беруть в облогу. «В облозі» і виникають хвороби стресу. Стрес, який закінчується на перших двох стадіях («еустрес»), є навіть корисним для організму. Він може бути викликаний позитивними емоціями, або ж слабкий стрес, який мобілізує організм [12]. Проте, коли стрес не закінчується на перших двох стадіях, захисні сили організму виснажуються, настає третя стадія, що може призвести до низки психічних і психосоматичних розладів («дистрес»).

Вчені визначили три напрямки утворення патологічних реакцій на фоні психоемоційного стресу:

- невротичні розлади, пов'язані зі стресом, в основі – внутрішній психічний конфлікт особистості;
- психофізіологічна відповідь на стрес, вегетативні розлади, які мають зворотній розвиток за умови припинення дії стресора;
- психосоматичні захворювання, які проявляються через деякий час від початку дії стресора (відставлені форми реагування), зокрема, синдром

підразненого кишківника, виразкова хвороба, АГ, ІХС та інші форми серцево-судинних захворювань тощо.

Головною ознакою емоцій є їх значна перевага над іншими психічними функціями, можливість охопити весь організм і підготувати до виконання життєво важливої діяльності. Існує два паралельно співіснуючих вираження емоційної реакції: психологічне й вегетативне, основна функція яких – енергетичне забезпечення адекватної поведінки.

Вивчення особливостей поведінки людини у кризових ситуаціях завжди були у центрі уваги науковців. Дослідниками проведено численні емпіричні розвідки окремих аспектів стресу, складних життєвих ситуацій, копінг-стратегії. Окремий напрямок: розробка програм стрес-менеджменту та постстресового відновлення. Однак попри поширеність й розмаїття досліджень у даній галузі, багато аспектів лишаються недостатньо висвітленими, зокрема – це сучасні зарубіжні дослідження стресу і стресподолання, можливості їх використання для реалій сучасної України. Аналогічна ситуація склалася й у царині психодіагностики. Попри чисельність нових опитувальників діагностики поведінки у стресових ситуаціях, найчастіше використовується стандартний набір тестів. Не в останню чергу це стосується діагностики стресових розладів і популярного нині в Україні дослідження посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Що стосується актуальних проблем сьогодення, основу сучасних підходів до діагностики та корекції психологічних наслідків інфекційної пандемії складає концепція відстрочених реакцій на інформаційний/посттравматичний стрес, яка динамічно розвивається останнім часом. Згідно із МКХ-10, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникає як запізніла і/або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію (короткочасну або тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, які в принципі можуть викликати загальний дистрес майже у будь-якої людини (наприклад, природні або штучні

катастрофи, бойові дії, нещасні випадки, випадкова присутність на місці насильницької смерті інших, у жертви катувань, тероризму, зґвалтування або іншого злочину). ПТСР розвивається у 20-25% людей, що піддалися стресовій дії, але ще зберегли своє фізичне здоров'я. В цілому, прояви ПТСР спостерігаються у 1-3% всього населення (у жінок приблизно в 1,5 рази частіше), а окремі компоненти цього розладу — у 5-15% населення.

Нейрофізіологічна відповідь на інтенсивний стрес, як довів ще Ганс Сельє – це хоч і універсальний, але поведінковий спектр біологічних реакцій, тому їх інтерпретація, зв'язок з традиціями і віруваннями, використання копінг-стратегій і нормативних для кожної культури стилів реагування не може бути однаковим для усіх без винятку людей, і доволі часто залежить від обраної професійної діяльності.

Аналіз наукової літератури з проблеми особистісних ресурсів стресоподолання свідчить про те, що усвідомлення людиною наявності засобів допомоги у скрутному для неї становищі й наявність навичок оперування якомога більшою кількістю таких засобів сприяє посиленню відчуття контрольованості ситуації і, внаслідок цього, більш ефективному подоланню проблем, що постають перед суб'єктом у складній ситуації.

Діагностична, а згодом й психотерапевтична робота у закладах непсихіатричного профілю має бути спрямована на аналіз наявних у особистості ресурсів подолання стресових ситуацій, розвиток навичок стрес-менеджменту, вмінь планувати своє найближче та віддалене майбутнє (у тому числі навчання способам організації власного життєвого часу і простору).

1.2. Характеристика новітньої глобальної інфекційної катастрофи людства

За даними популяційних статистичних досліджень в країнах Європейського Союзу із 147 млн працюючих 40 млн страждають від стресів, і це щороку обходиться суспільству в 19 млрд доларів США. Приблизно 90 % населення США постійно знаходяться у стані вираженого

стресу, причому 60 % відчують стрес 1–2 рази на тиждень, а 30 % – майже щодня. Україна, яка перебуває зараз у важкому політичному і фінансовому положенні, не поступається за кількістю людей, котрі перебувають в стані стресу, ні США, ні Європі. [9]. Та мабуть людству недостатньо штучно обумовлених катастроф, і природа подбала про додаткові елементи психологічної трансформації людської свідомості. 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, викликаній 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, викликаній 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.

Особливості біологічних властивостей зазначеного коронавірусу SARS-CoV-2 полягають у тому, що для нього характерні висока вірулентність (ступінь здатності до зараження організму) та висока контагіозність — властивість передаватися від хворих людей до здорових (індекс контагіозності становить приблизно 50%). З урахуванням зазначених біологічних властивостей вірусу SARS-CoV-2, тривалості його виживання на поверхнях і предметах у помешканнях та громадських приміщеннях, відсутності у населення популяційного імунітету, спричинення цим збудником пандемії, МОЗ України відніс коронавірус SARS-CoV-2 до збудників, що спричиняють «особливо небезпечні хвороби» (наказ МОЗ України від 25.02.2020 р. № 521).

Профілактика та раннє лікування пацієнтів, інфікованих SARS-CoV-2 дуже стрімко змінювалося, що пов'язано з дуже швидким проведенням та оприлюдненням даних клінічних досліджень, оскільки не лише клініцисти, а й мікробіологи, епідеміологи, діагности, біологи, біотехнологи та інші фахівці проводили власні дослідження щодо оцінки «феномену» COVID-19. Перші повідомлення про появу нового типу коронавірусу надійшли наприкінці 2019 р., а вже на початку 2020 р., 11 березня, SARS-CoV-2 отримав дуже швидке поширення у всьому світі та отримав визначення ВООЗ як світова пандемія; було розпочато світовий локдаун та закриті кордони держав. 4 червня 2020 р. оголошено про перше рандомізоване клінічне дослідження щодо лікування COVID-19; 3 липня 2020 р. — Європейський Союз схвалив перший препарат, показаний для лікування COVID-19, — ремдесивір; а 8 грудня 2020 р. — проведена перша вакцинація.

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)».

1.3. Роль медичної сестри у менеджменті хворих на COVID-19

Сестринська справа — це складова частина системи охорони здоров'я, що направлена на вирішення проблем індивідуального та громадського здоров'я населення в мінливих умовах навколишнього середовища. Вона включає в себе діяльність, пов'язану із зміцненням здоров'я, профілактикою захворювань, наданням психосоціальної допомоги особам, які мають фізичні або психічні захворювання, а також непрацездатним. Сестринська справа охоплює фізичні, інтелектуальні та соціальні аспекти тією мірою, якою вони впливають на здоров'я, виникнення хвороби, непрацездатність та смерть [22].

У боротьбі з коронавірусною пандемією, її поширенням та проявами в кожній постраждалій країні світу, в тому числі Україні, передову лінію оборони забезпечують медичні працівники. В історії світу є чимало прикладів, коли саме частка інфікованих медичних працівників в популяції захворілих є найбільшою. Зокрема, дані ВОЗ свідчать про те, що у 2002—2003 рр. під час спалаху епідемії SARS медичні працівники становили 21% від заражених осіб.

Медичний персонал є авангардною групою ризику зараження коронавірусом SARS-CoV-2 і розвитку коронавірусної хвороби-2019

(COVID-19) незалежно від віку, наявності супутніх хвороб та імунного статусу медичних працівників, особливо серед тих, хто лікує пацієнтів з COVID-19. В Італії серед усіх людей, у яких підтвердили наявність коронавірусу, було 6200 медиків. В Іспанії їх налічується приблизно 6500, що становить 12% заражень. У Китаї, за підрахунками, на початку березня були виявлені зараження в орієнтовно 3300 медичних працівників. У цілому приблизно 4—12% підтверджених випадків коронавірусної хвороби у світі становлять медики (<https://www.bbc.com/ukrainian/features-52118922>). Ризики, з якими стикаються медичні працівники, що здійснюють менеджмент інфікованих пацієнтів та беруть участь у ліквідації пандемічного поширення COVID-19, потребують виставлення акцентів на профілактичних заходах, спрямованих на зниження ризику інфікування для працівників системи охорони здоров'я.

У часи боротьби з коронавірусом SARS-CoV-2 про роль медсестер згадують все частіше. Адже ці медпрацівники найбільше і найближче спілкуються з хворими на Covid-19. Для підтримання працездатності і «бойового духу» медичного персоналу завжди, і особливо в період епідемії, значний резерв вносять поважне ставлення до нього і відпочинок, а також заходи реабілітації, спрямовані на посилення протиепідемічних ефектів.

Медичні працівники завжди працювали в умовах надзвичайно високого професійного ризику, але пандемія COVID-19 внесла свої корективи і в десятки разів збільшила й так високий ризик у цій когорті працівників. Сучасні дані щодо диспансеризації медичних працівників свідчать, що через шкідливі фактори виробничого середовища, лише один з 5 медичних працівників є практично здоровим, $\frac{2}{3}$ із загальної кількості потребують додаткового обстеження та амбулаторного лікування, а близько 2% — обстеження і лікування в умовах стаціонару. Крім того, серед медичних працівників відмічається зростання числа інфекційних

захворювань, тимчасової непрацездатності та тенденції до зростання професійних хвороб.

Відповідно до сучасних даних перше місце у структурі професійних хвороб займають саме інфекційні, частота яких становить 75–83%. До основних нозологічних форм належать туберкульоз органів дихання (50,48%) та вірусний гепатит В (15,65%). Однак сьогодні найбільшу небезпеку для медичних фахівців становить саме COVID-19, що підтверджено відповідними нормативними документами. Так, 23 березня 2020 р. Міжнародна організація праці (Organization) нормативний документ «Основні положення міжнародних трудових стандартів стосовно спалаху COVID-19», в якій зазначено, що внаслідок пандемії було втрачено 25 млн робочих місць, включно і медичних працівників, в усьому світі. Крім того, у документі зазначено, що COVID-19 може розглядатися як професійне захворювання саме у медичних та соціальних працівників за умови, якщо інфікування відбулося внаслідок професійного контакту. І якщо перші дані з Китаю повідомляли, що найбільш значне поширення SARS-CoV-2 отримав на початку пандемії серед працівників торгівлі, то медичні працівники стали наступною професійною когортою з високим ступенем ризику інфікування. Сьогодні у світі COVID-19 визнано як професійне захворювання, зокрема в Італії, Німеччині, Південно-Африканській Республіці, Канаді та Бельгії, а 27 квітня 2020 р. Міжнародна організація профспілок (International Trade Union Confederation) в міжнародний день пам'яті робочих закликала класифікувати COVID-19 як професійне захворювання з метою забезпечення медичних працівників надійним соціальним захистом, доступу до надання медичної допомоги та компенсації за втрачене здоров'я.

Окремим тезисом слугує те, що ризик зараження і захворюваності медичного персоналу на коронавірусну хворобу COVID-19 існує на всіх етапах надання медичної допомоги – на поліклінічному, догоспітальному,

стаціонарному. Без сумніву, більшого ризику заразитися й захворіти в умовах епідемії COVID-19 зазнає медичний персонал стаціонарних інфекційних лікарень та відділень. Зокрема, у приймальному відділенні чи пропускнику інфекційного стаціонару медичні працівники мають високий ризик зараження через необхідність прийому значного числа пацієнтів як потенційних джерел інфекції. При проведенні об'єктивного обстеження з оглядом ротоглотки, іншими обстеженнями, що передбачають контакт з хворим на відстані меншій, ніж 1 метр (пальпація, перкусія, аускультация, взяття зразків з слизової носа, ротоглотки) – ризик зараження вкрай високий. Медичні сестри пропускників здійснюють безконтактну термометрію з невеликої відстані, вимірювання тиску, взяття з носових ходів та ротоглотки необхідних мазків. Менший ризик мають санітарні працівники пропускників, які проводять поточну дезінфекцію після прийому хворого, відправляють його верхній одяг до дезінфекційної камери.

Лікарі, середній та молодший медичний персонал інфекційного відділення також мають ризик зараження, але дещо менший порівняно з працівниками приймального відділення. У разі необхідності уточнення стану хворого, який перебуває в боксі чи боксованій палаті, можливе використання візуального контролю через вікно боксу та доповнення його телефонним зв'язком. Для середніх і молодших медичних працівників існує ризик зараження під час проведення ін'єкцій, інших діагностичних та лікувальних процедур, а також проведення поточної та заключної дезінфекції.

Проте найвищий ризик захворювання і зараження медперсоналу на COVID-19 існує у відділеннях інтенсивної терапії та реанімації, де здійснюється інтенсивне лікування (неінвазивна та інвазивна киснева підтримка, парентеральне введення препаратів тощо). Тривале ліжкове перебування хворих, які є інтенсивними джерелами виділення вірусу, призводить до підвищення забруднення збудником повітря. Здійснення

персоналом багатьох інвазивних медичних процедур (проведення ларингоскопії для введення дихальної трубки з метою підключення до апарату ШВЛ, трахеотомії зі встановленням трахеостоми з цією метою, бронхіальний лаваж, бронхоскопія, меншою мірою венепункція, катетеризація підключичної артерії тощо) також супроводжується підвищеним ризиком зараження лікарів-реаніматологів, медичних сестер реанімаційного відділення, санітарок.

За ступенем вираженості ризику зараження і захворювання на COVID-19 категорії медичних працівників можна ранжувати в такій послідовності: лікарі-реаніматологи, медичні сестри реанімаційних відділень, санітарки реанімаційних відділень, лікарі пропускників інфекційних відділень, лікарі поліклінік, які здійснюють огляд хворого на відстані меншій, ніж 1 метр, лікарі-патологоанатоми, лікарі-лаборанти, лікарі-епідеміологи.

Із фізіолого - гігієнічних позицій, робота медичного персоналу, який працює в умовах подолання коронавірусної епідемії COVID-19, відповідно до критеріїв «Гігієнічної класифікації праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого процесу, важкості і напруженості праці» (затв. Наказом МОЗ України від 08.04.2014 р. №248), за умовами праці належить до небезпечної (екстремальної) – 4 класу. Слід зазначити, що ризик небезпечності за індексом розвитку професійного захворювання для цього класу робіт перевищує 1. Для порівняння: зазначений індекс при проведенні робіт у шкідливих умовах (клас 3) становить 0,05 – 1,0; допустимих (клас 2) — менше 0,05; оптимальних (клас 1) – 0. Тобто ризик розвитку професійного захворювання на COVID-19 у медичного персоналу, не захищеного спеціальними засобами, є надзвичайно високим та вірогідним.

Для захисту від зараження і захворювання медичного персоналу на COVID-19 наказами МОЗ України, про які згадувалося вище, передбачено нормативне забезпечення сертифікованими ЗІЗ при виконанні всіх видів

професійної діяльності на кожному етапі надання медичної допомоги. Передбачений захист кожного медичного працівника.

Залежно від ступеня ризику медичного працівника заразитись на робочому місці вірусом SARS-CoV-2 передбачено використання широкого арсеналу ЗІЗ: від медичних масок, рукавичок та окулярів до щитків для лица, захисних окулярів, халатів одноразового використання, захисних комбінезонів (Chemsafe C1, AllSet, Tyvek тощо); протиаерозольних респіраторів: сертифікованого Національним інститутом США з охорони праці промислового гігієнічного респіратора N95 або сертифікованого Європейським Союзом респіратора FFP2 чи будь-якого іншого сертифікованого респіратора з еквівалентними захисними властивостями. Щоправда, в таблиці переліку «Тип ЗІЗ при COVID-19 за умовами роботи, типом персоналу та видом діяльності» для медичного персоналу приймального відділення встановлена мінімальна відстань від пацієнта (не менше, ніж 1 м), а щодо ЗІЗ зазначено, що вони не потрібні.

На захист медичних працівників в умовах боротьби з епідемією COVID-19 спрямовані листи МОЗ України (05.1-08/9241/2-20 від 06.04.2020 р.), та Державної служби України з питань праці (від 07.04.2020 р. № 2480/1/35-20), які стосуються проведення розслідування лабораторно підтверджених випадків COVID-19 у медичних працівників, пов'язаних з виконанням професійних обов'язків. Зокрема, в листах МОЗ і Держпраці України зазначено, що лабораторно підтверджені випадки інфікування COVID-19 медичних та інших працівників, що пов'язані з виконанням професійних обов'язків в умовах підвищеного ризику зараження на COVID-19, підлягають розслідуванню як випадки гострого професійного захворювання відповідно до вимог Порядку розслідування та обліку нещасних випадків, професійних захворювань та аварій на виробництві, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 17 квітня 2019 р. № 337. Тобто лабораторно підтверджений професійно

зумовлений випадок COVID-19 у медичного працівника діагностується і обліковується як гостре професійне захворювання «Коронавірусна хвороба COVID-19» з відшкодуванням усіх передбачених чинним законодавством для випадку професійного захворювання збитків.

Сьогодні медичні установи, визначені для лікування хворих на COVID-19, дотримуючись виконання протиепідемічних і санітарно-гігієнічних вимог внутрішньолікарняного режиму, забезпечуючи безпеку праці медичного персоналу і надаючи необхідну медичну допомогу хворим на COVID-19, функціонують у штатному режимі.

Проте слід зазначити, що стримувана соціальною ізоляцією населення захворюваність на COVID-19 як серед громадян, так і медичних працівників продовжує зростати. А тому можна вважати, що захищеність медиків є недостатньою.

Завдання медичних сестер полягає у тому, щоб донести до пацієнтів знання про здоров'я, навчити їх взаємодіяти з навколишнім середовищем і прислухатися до власного розуму і тіла [27]. В умовах пандемії COVID-19 до загальних порушень стану здоров'я додається стрес. Саме на цьому етапі виникають потреби у підтриманні та зміцненні здоров'я. Роль медичних сестер у профілактичній медицині є важливою і безперечною [27, 28]. Від медичної сестри вимагається володіння певними психологічними і професійними якостями. Поряд із високим професіоналізмом сучасна медична сестра повинна знати основи професійної етики і деонтології та використовувати ці знання в своїй практичній діяльності, враховуючи особливості психології [30]. Пріоритетними темами в профілактичній роботі з дорослими для медсестри є психологічне здоров'я, вміння надавати невідкладну домедичну допомогу, професійні фактори шкідливості і т.п. [32].

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 фахівців-медиків з метою запобігання розвитку синдрому професійного вигорання у них через високу психоемоційну навантаженість та появу стресових розладів, а саме тривоги і депресії [35]. З метою своєчасного виявлення вказаних відхилень доцільно проводити скринінг психологічних порушень, зокрема у середнього медичного персоналу.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Загальна характеристика обстежених

На базі КНП «Криворізька інфекційна лікарня №1» КМР було проаналізовано анкетні дані 50 медичних сестер що працюють в інфекційному та реанімаційному відділеннях для дорослих цього лікувального закладу, щодо наявності посттравматичного стресу (тривоги та депресії). Було використано прості, загальнодоступні, неінвазивні методи, що не вимагають складних досліджень - проводилося анкетування згідно спеціально розроблених опитувальників для вивчення тривожності та депресивних розладів.

Також було проаналізовано анкетні дані 10 медичних сестер, які працюють в приймальному відділенні КНП «Криворізька інфекційна лікарня №1» КМР. Основним запитанням до респондентів було коротко описати труднощі у виконанні покладених на медсестер обов'язків.

Таблиця 2.1

Криворізька інфекційна лікарня №1

Штатний розклад:	Штатні одиниці	Фізичні особи
лікарі	40,5	23
медичні сестри	123,25	94
молодший медичний персонал	83	73

Відділення для дорослих:

- Інфекційне
- Реанімаційне

Відділення для дітей:

- Інфекційне
- Реанімаційне

Спеціальності для дорослих:

- Інфекційні хвороби
- Клінічна біохімія
- Клінічна лабораторія, діагностика
- Лікувальна фізкультура
- Рентгенологія
- Ультразвукова діагностика

Спеціальності для дітей:

- Дитячі інфекційні хвороби
- Клінічна біохімія
- Клінічна лабораторія, діагностика
- Лікувальна фізкультура
- Рентгенологія

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.

Для вивчення посттравматичного стресу використовували шкалу госпітальної тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), яка 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).

З метою визначення типу медичних сестер, які працюють у Криворізькій інфекційній лікарні №1 було проанкетовано 60 медичних сестер, 10 з яких працювали в приймальному відділенні цієї лікарні.

Розрізняли 6 основних типів медичних сестер (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Типи медичних сестер за І. Харді

Тип медичної сестри	Характеристика 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-то 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.
Тип «нервової» сестри	Це емоційно лабільні особистості, схильні до невротичних реакцій. У результаті вони часто дратівливі, запальні, можуть бути грубими. Таку

	<p>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.</p>
Тип сестри з чоловікоподібною, сильною особистістю	<p>Таких людей здалеку можна впізнати за ходою. Вони відрізняються наполегливістю, рішучістю нетерпимістю до найменших заворушень. Нерідко вони недостатньо гнучкі, грубі і навіть агресивні з хворими.</p>
Сестра материнського типу	<p>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 проймає і їх особисте життя.</p>
Тип фахівця	<p>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.</p>

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. Специфіка роботи медичних сестер в умовах підвищеної стресовості

Під час роботи в інфекційній лікарні, особливо в період пандемії, яка перевела весь світ в локдаун та обумовила карантинні обмеження, медичний персонал стикається з тривалою дією екстремальної ситуації, яка може відрізнятись за ступенем інтенсивності. Посттравматичний стрес є невидимим ураженням, оскільки відсутні або ж мінімальні фізичні пошкодження. За даними зарубіжних дослідників він зустрічається у 38 % середнього медичного персоналу [37].

Для вивчення посттравматичного стресу ми застосували шкалу госпітальної тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), яка 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).

Аналіз отриманих нами даних свідчить про поширеність субклінічно вираженої депресії серед 56,7 % медсестер реанімаційного відділення Криворізької інфекційної лікарні №1, клінічно вираженої депресії у 23,3 % цієї когорти обстежених (рис. 3.1).

Окрім працівників в сфері надання невідкладної допомоги, психологічного навантаження та інших засобів впливу на колективну та індивідуальну свідомість під час пандемії зазнає когорта медсестер, що працюють в інфекційному відділенні [38]. Аналіз отриманих нами даних

свідчить про поширеність клінічно вираженої депресії серед 16,6 % осіб з інфекційного відділення, субклінічно вираженої депресії у 46,7 % з них (рис. 3.1). Це обґрунтовує необхідність психологічної допомоги такій категорії осіб.

Літературні дані свідчать про те, що поведінковими або психічними розладами страждають також ті медичні представники, які першими стикаються з хворими з підозрою на інфекційні захворювання. Вони не тільки забезпечують їм фізичну і емоційну підтримку, а й несуть на собі тягар стигматизації і дискримінації [39]. Аналіз анкетних даних свідчить про поширеність субклінічно вираженої депресії у 50 % осіб, які працюють в приймальному відділенні інфекційної лікарні (рис. 3.1). Тому, персонал з надання психологічної підтримки повинен працювати не тільки з медичними представниками екстреної служби, але й з середнім медичним персоналом усіх підрозділів лікарні.

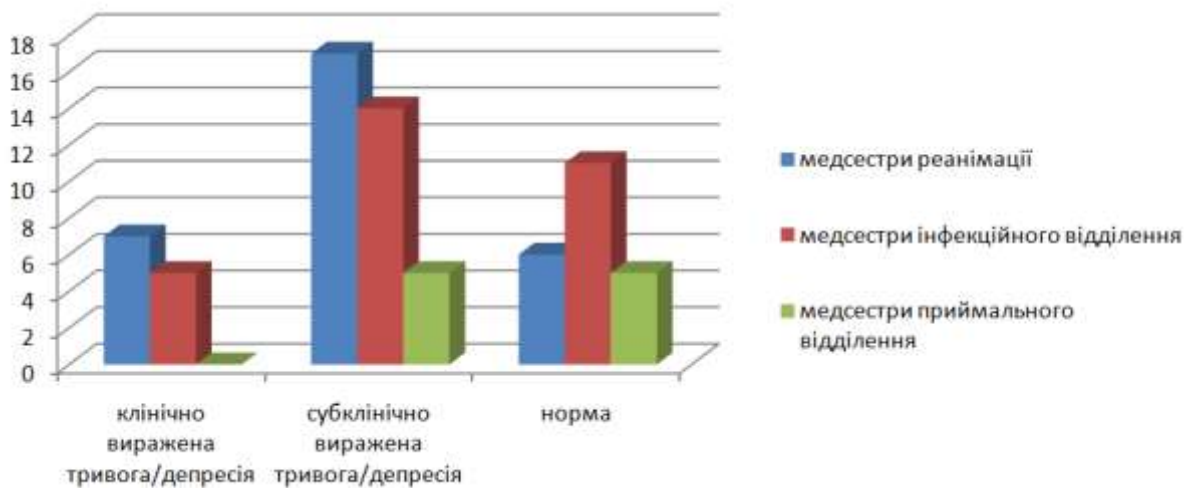
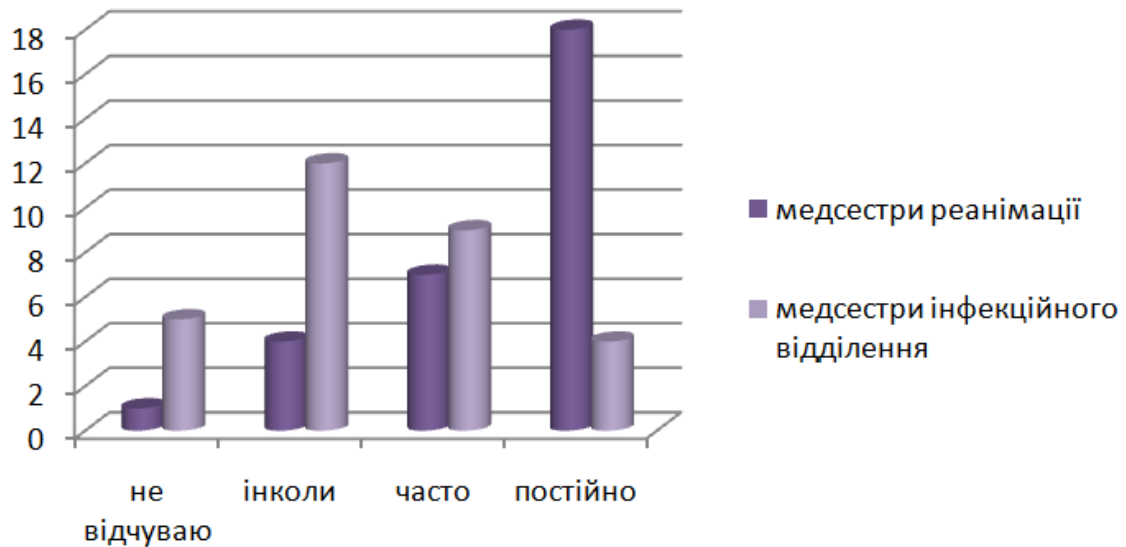


Рис. 3.1 Розподіл респондентів за госпітальною шкалою Тривоги і депресії (к-ть)

Отримані відповіді медсестер, що працюють в інфекційному та реанімаційному відділеннях інфекційної лікарні, ми проаналізували

відповідно тверджень, представлених в анкеті. Встановлено, що медичні сестри реанімаційного відділення в значній мірі відчувають напругу, страх перед невідомістю, вважають, що не можуть легко розслабитись, часто бувають раптові відчуття паніки та дуже часто – відчувають внутрішню напругу.

Я відчуваю напругу, мені не по собі



Я відчуваю страх, здається що може трапитись щось жахливе



Рис. 3.2 Співставлення результатів анкетування медичних сестер, що працюють в інфекційній лікарні, з блоку оцінки рівня тривоги

На твердження щодо хвилюючих думок в голові частина медичних працівників відповіла, що час від часу такі думки з'являються, а інша частина про постійну присутність таких думок.



На твердження щодо непосидючості відповіді розділились у всіх групах практично рівномірно (рис. 3.2).

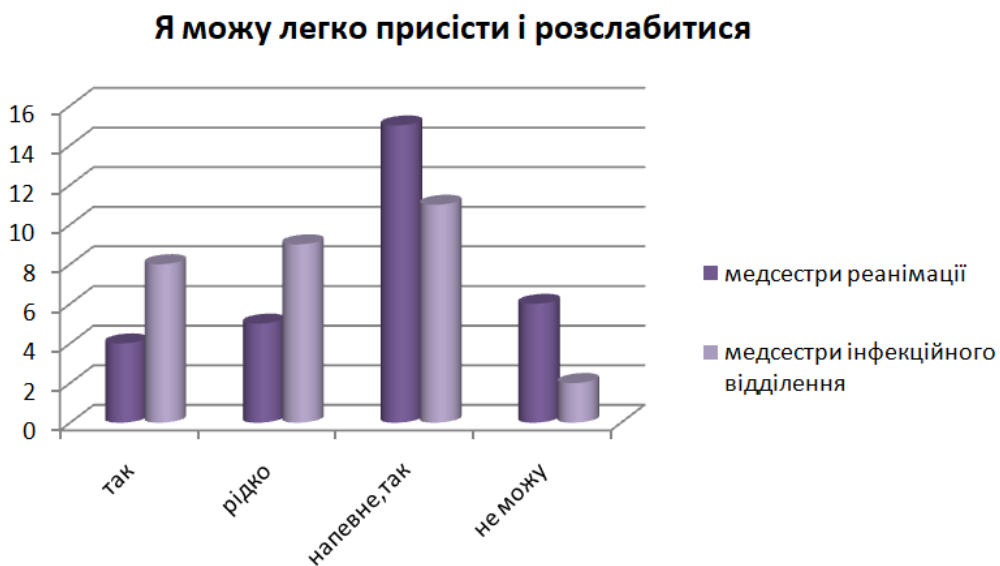
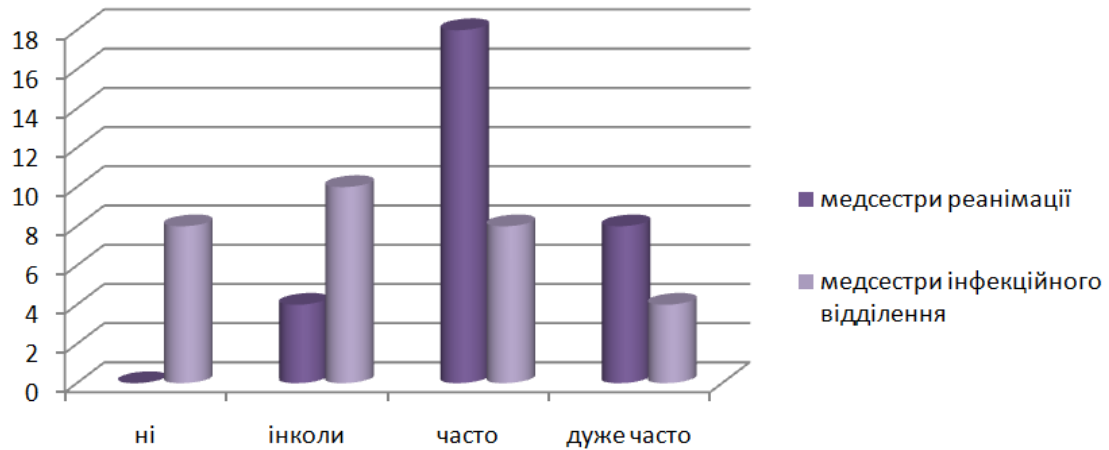


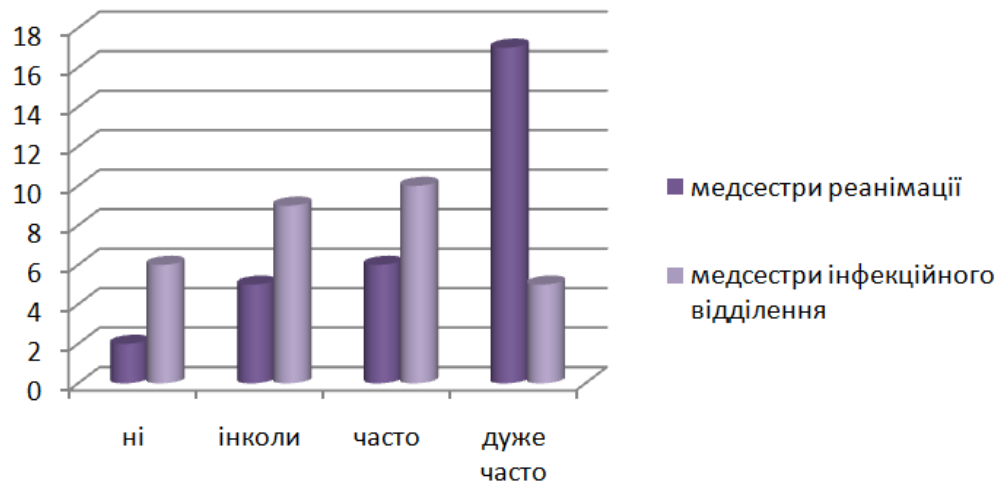
Рис. 3.2 Співставлення результатів анкетування медичних сестер реанімаційного та інфекційного відділень з блоку оцінки рівня тривоги

Медичні сестри, що працюють в інфекційному відділенні, теж характеризується помірним рівнем тривоги, який підтверджується частим відчуттям страху, що може щось трапитись, нечастими хвилюючими думками, частим відчуттям внутрішньої напруги.

В мене буває раптове відчуття паніки



Я відчуваю внутрішню напругу і тремтіння



Я відчваю непосидючість, мені постійно потрібно рухатися



Рис. 3.2 Співставлення результатів анкетування медичних сестер реанімаційного та інфекційного відділень з блоку оцінки рівня тривоги

Аналіз блоку тверджень щодо оцінки рівня депресії показав, що медичні сестри реанімаційного відділення мало приділяють уваги зовнішності, значно рідше здатні побачити щось смішне в події, те, що колись приносило позитивні емоції - тепер практично не викликає таких же відчуттів, часто їм здається, що вони все роблять надто повільно, а справи, до яких беруться, дуже рідко приносять задоволення і навіть хороша книга чи фільм не дають отримати у задоволення (рис. 3.3).

Я здатна розсміятися і побачити смішне у події

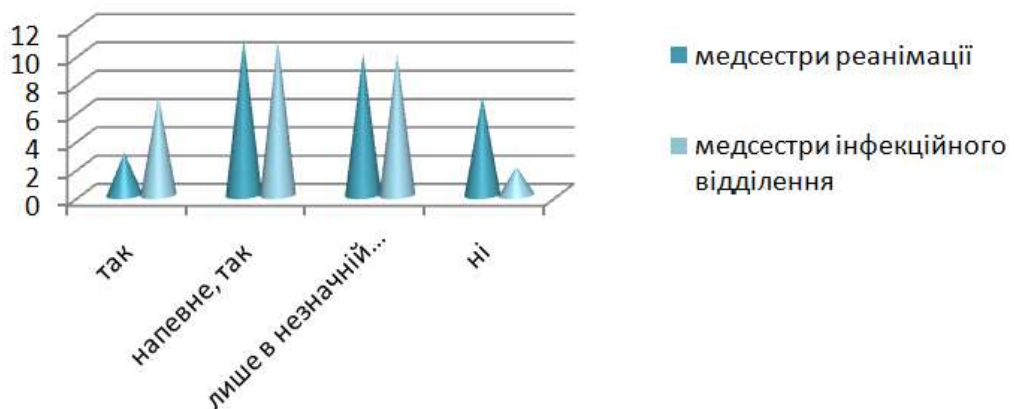
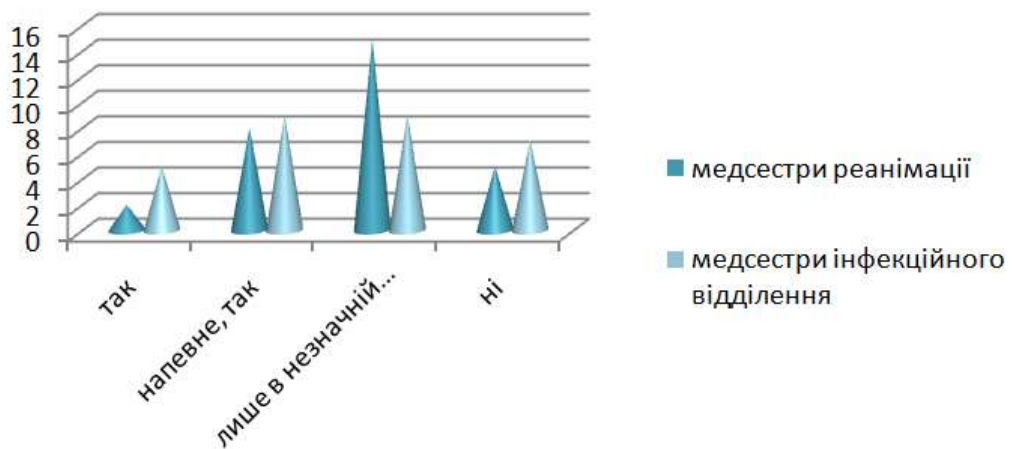


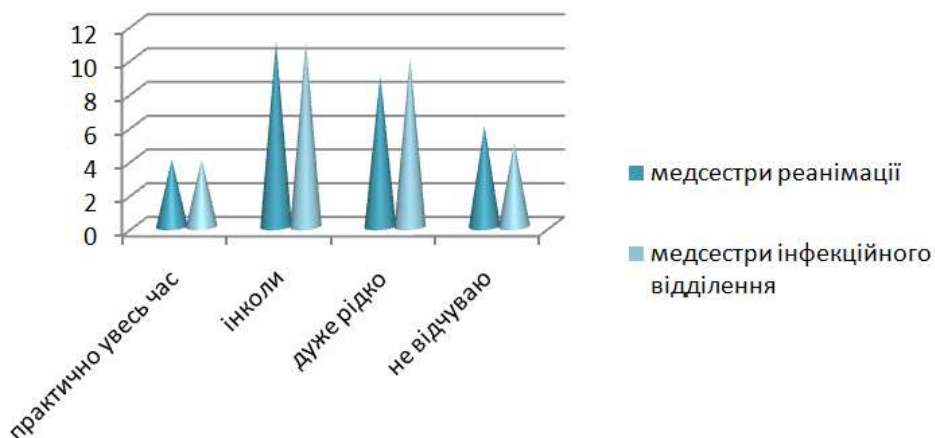
Рис. 3.3 Співставлення результатів анкетування медичних сестер реанімаційного та інфекційного відділень з блоку оцінки рівня депресії

Медичні сестри інфекційного відділення теж характеризується дещо вищим рівнем депресії, який підтверджується невпевненістю у здатності побачити смішне в події, отримати задоволення від книги, фільму та іншого, що раніше приносило задоволення. Ця група респондентів не дуже бадьорі, менше слідкують за зовнішністю, інколи їм здається, що вони роблять все повільно.

Те, що приносило мені задоволення, зараз викликає такі ж відчуття



Я відчуваю бадьорість



Порівнюючи отримані дані, можна говорити про середній рівень депресії у середнього медичного персоналу реанімаційного відділення ($8,34 \pm 1,29$) балів та помірний – ($5,64 \pm 0,94$) балів у медичних працівників інфекційного відділення. Варто відмітити, що обидві групи дослідження інколи або дуже рідко почували себе бадьорими, мали сумніви, що побачать смішне у події.

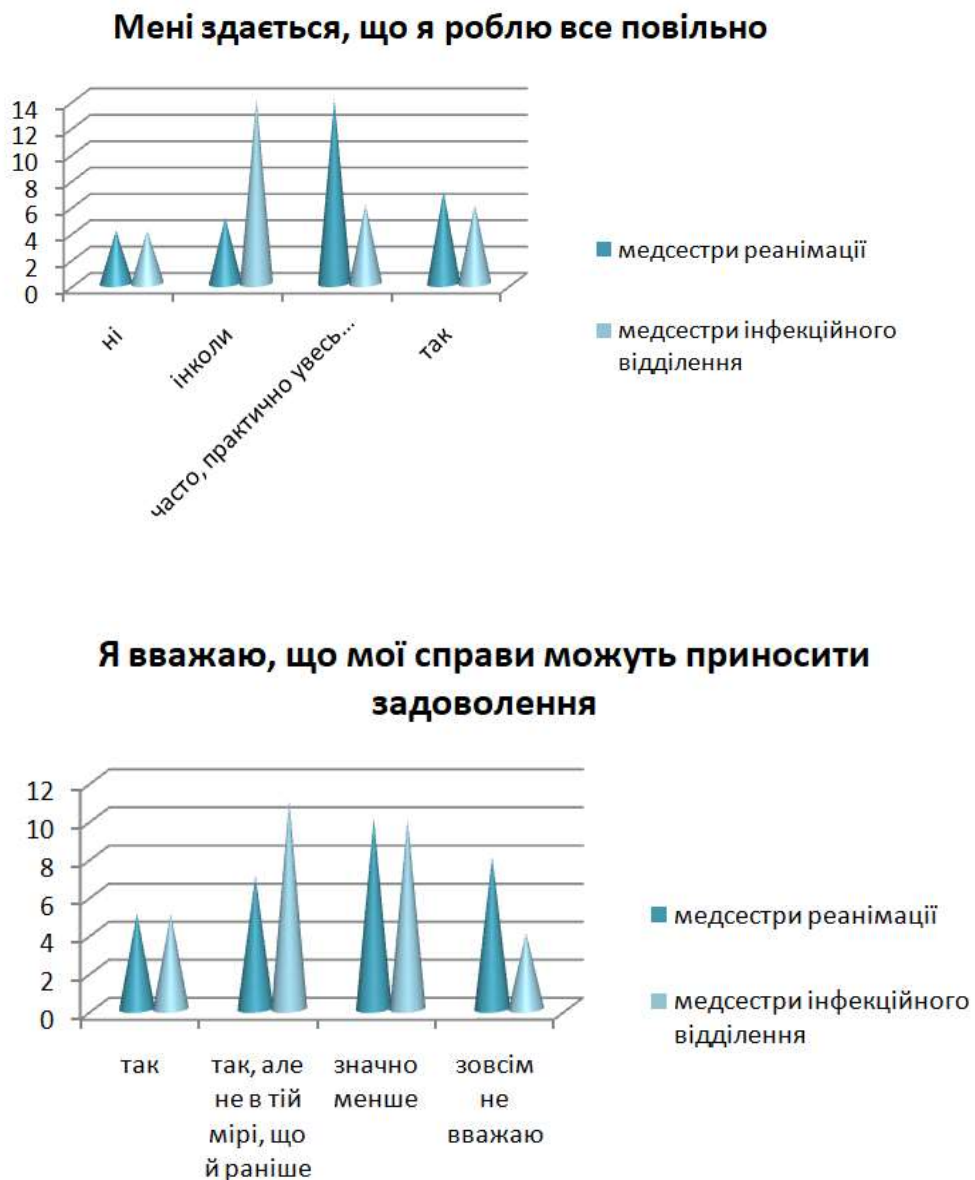


Рис. 3.3 Співставлення результатів анкетування медичних сестер реанімаційного та інфекційного відділень з блоку оцінки рівня депресії

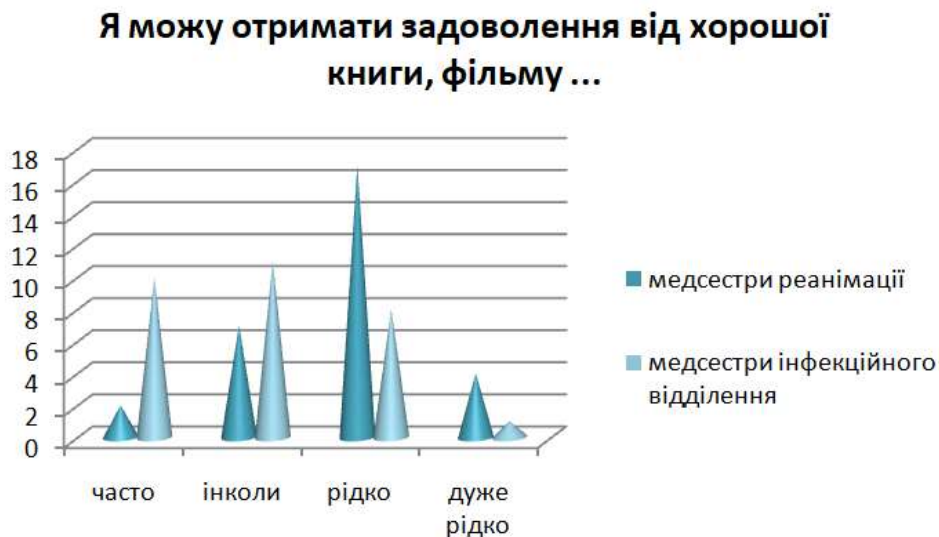
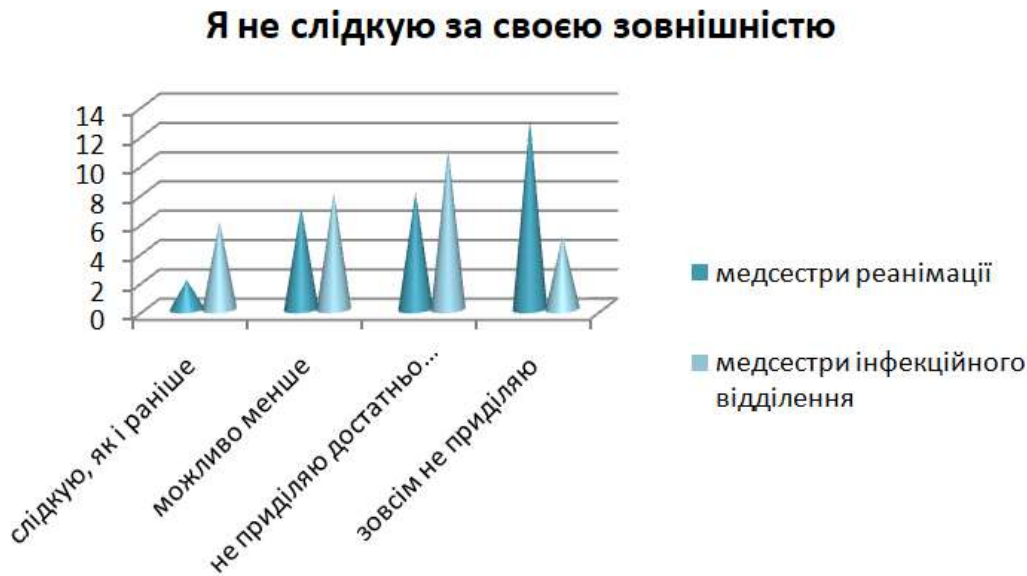


Рис. 3.3 Співставлення результатів анкетування медичних сестер реанімаційного та інфекційного відділень з блоку оцінки рівня депресії

Враховуючи найбільше число випадків субклінічного посттравматичного стресу серед медичного персоналу реанімаційного відділення, робота медичної сестри, як і лікаря, полягає у їх само- і взаємовиявленні. Свідченням субклінічної депресії є зниження якості життя, порушення професійного функціонування, розлучення, думки про самогубство, зловживання алкоголем чи наркотиками, розлади харчування, порушення сну [39]. Крім того дослідники зазначають, що в українських

медиків посттравматичний стресовий розлад характеризується також надпильністю, підозрлістю, песимізмом, недовірою, нездатністю говорити про смерть, тривожністю, невпевненістю, потребою мати при собі засоби для надання невідкладної допомоги, негативним відношенням до влади, образою за те, що немає забезпеченості засобами захисту, зміною ставлення до жінок, негативним ставленням до інших професій, схильністю до екстриму та втратою сенсу життя [40]. Робота медичного персоналу полягає в діагностиці та корекції посттравматичного стресу, зниженні напруження сімейних стосунків; проблеми управління гнівом, роботою з впевненістю й самооцінкою. Особам, що є близькими родичами медиків, обов'язковим є впровадження психологічно розвантажувальних днів.

3.2. Особливості сестринської допомоги в інфекційній лікарні хворим на COVID-19

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 лікувальних закладів України [34]. Однією з проблем в організації медичного забезпечення є відсутність системи психологічної підготовки фахівців у базових вищих медичних навчальних закладах регіонів I–II рівнів акредитації (медичних коледжах) за державним замовленням, зокрема фельдшерів [41]. Тому, наступним етапом нашої роботи було проаналізувати особливості роботи медичних сестер інфекційної лікарні в умовах всесвітньої пандемії і підвищеного професійного навантаження та на їх основі сформулювати рекомендації щодо вдосконалення освітніх навчальних програм для медсестер.

Аналізуючи отримані відповіді медичних сестер, які виконували свої професійні обов'язки в момент розпау коронавірусної епідемії COVID-19,

було сформульовано основні труднощі їх роботи в умовах прямої і непрямой загрози інфікування вірусом SARS-CoV-2:

- у контексті COVID-19 працівники охорони здоров'я повинні продовжувати користуватися своїм правом на гідні, здорові й безпечні умови праці;
- первинна профілактика COVID-19 серед медичних працівників повинна базуватися на оцінці ризику і вжитті належних заходів;
- необхідно враховувати інші професійні ризики, що підвищилися в результаті пандемії COVID-19, в тому числі такі, як насильство, домагання, стигма, дискримінація, надмірне робоче навантаження і наслідки тривалого носіння засобів індивідуального захисту (ЗІЗ);
- усі медичні працівники повинні мати доступ до послуг у галузі гігієни праці, охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, до адекватних засобів санітарії і гігієни та щодо відповідних умов для відпочинку;
- у медичних закладах повинні здійснюватися програми гігієни праці в поєднанні з програмами профілактики інфекцій і інфекційного контролю;
- загальну відповідальність за прийняття всіх необхідних профілактичних і захисних заходів з метою мінімізації професійних ризиків для медичних працівників несуть роботодавці;
- медичні працівники зобов'язані дотримуватися встановлених правил захисту їх здоров'я і безпеки на робочому місці.

Сьогодні на медсестру покладено велику відповідальність у діагностично-лікувальному процесі. Моніторинг стану пацієнта, робота на сучасній медичній апаратурі, прийняття професійних рішень і здійснення висококваліфікованого догляду вимагають від сучасної медичної сестри відповідного рівня теоретичних знань і практичних навичок. Через недосконалість системи професійної підготовки медсестер в Україні, з

одного боку, ми сприймаємо медичних сестер як помічників, які підпорядковуються лікарям, а не як окрему категорію медичних працівників, а з другого, - медсестри також не сприймають себе як самостійних фахівців, а чекають розпорядження, залишаючись на підлеглих позиціях [33, 37]. Тому, в екстремальних умовах медсестри не завжди здатні самостійно прийняти рішення. За цих умов, вдосконалення сестринської освіти, зокрема ступенева освіта, безперервне професійне навчання, створення умов для підвищення мотивації та соціального статусу фахівців сестринської справи, зміна організації праці середніх медичних працівників дозволить середньому медичному персоналу бути рівноправним членом медичного простору, який приймає самостійні рішення і відповідає за них.

Результати проведеного попередньо дослідження вказують на те, що власне середній медичний персонал також потребує психологічного супроводу в умовах пандемії при роботі з пацієнтами, зараженими вірусом SARS-CoV-2 та їх зверненні до медичного закладу інфекційного профілю. При цьому варто відмітити, що медичні сестри інфекційної лікарні потребують психологічної допомоги вже з першого дня потуплення ковідних хворих. Проанкетовані медсестри зазначали, що вони вже з першої хвилі поширення пандемії самі потребували психологічної підтримки, яку їм надали їх колеги. Також вони відмітили низькі знання методів надання термінової психологічної допомоги, тому рекомендується включити в освітню програму для медсестер-магістрів курс за вибором «Екстрена та планова психологічна допомога».

Недостатній досвід тактичної поведінки у середнього медичного персоналу при розвитку глобальної інфекційної небезпеки вказує на те, що інфікування та летальні випадки серед медичних працівників внаслідок COVID-19 продовжуються, незважаючи на заходи профілактики та впровадження вакцинації, що свідчить про актуальність даної проблеми, яка потребує нагального вирішення. ВООЗ наголошує на важливості

введення програм, спрямованих на безпеку та збереження здоров'я медичних працівників у всіх країнах світу. І сьогодні більше ніж 50 країн вже запровадили заходи безпеки гігієни праці медичних працівників, які продемонстрували позитивні результати. В той же час в Україні станом на 14 квітня 2021 р. в Україні зареєстровано 1 887 338 випадків COVID-19, з яких більше 78 тис. випадків — серед медичних та інших працівників закладів охорони здоров'я, 708 — летальних (рис. 3.4, 3.5) [2].

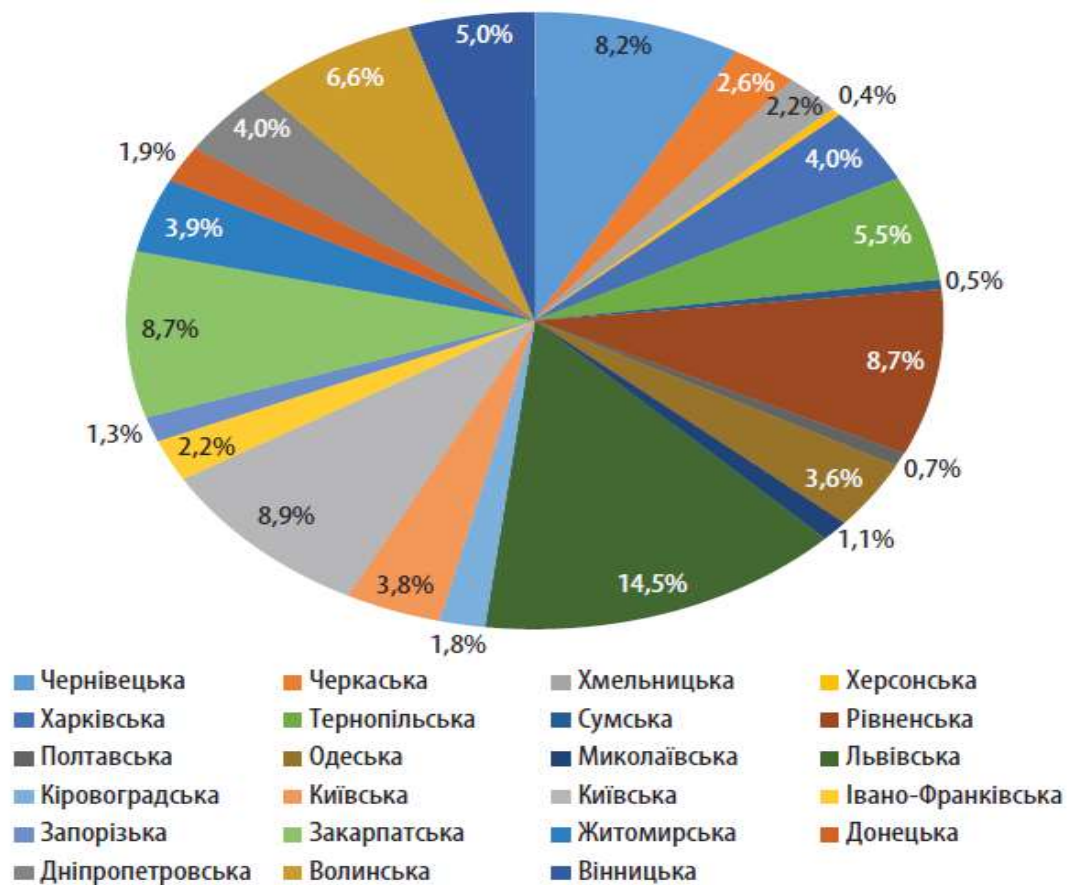


Рис.3.4 Професії медичних працівників, щодо яких надійшло найбільше повідомлень про гостре професійне захворювання

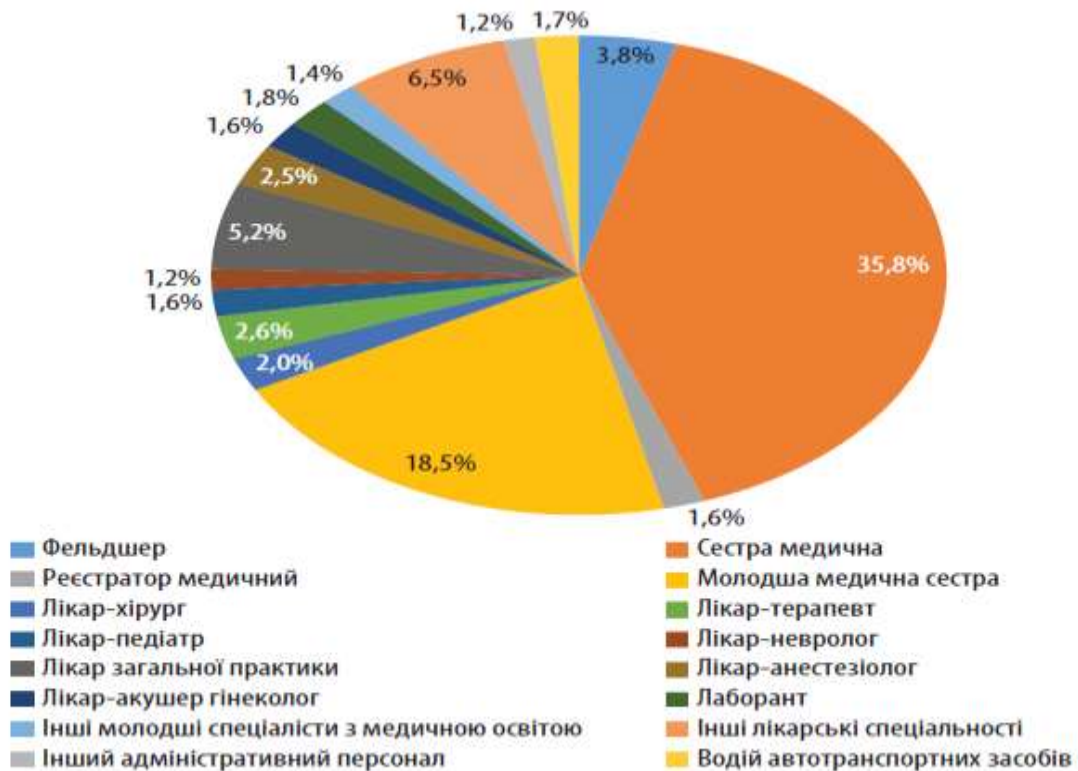


Рис.3.5 Кількість медичних працівників, щодо яких надійшли повідомлення про інфікування COVID-19 на роботі

Основні причини інфікування медичних працівників за результатами завершених розслідувань наступні:

- організаційні: невикористання ЗІЗ за їх наявності (33,6%), незабезпеченість ЗІЗ (10,5%);
- психофізіологічні: особиста необережність потерпілого (38,1%), психоемоційне та фізіологічне навантаження при роботі з висококонтагіозними інфекціями (61,9%);
- технічні: невідповідність засобів колективного та індивідуального захисту встановленим вимогам та їх недостатність (71%);
- техногенні, природні, екологічні та соціальні причини: висока концентрація збудника SARS-CoV-2 в інфекційних відділеннях (77%).

Серед обстежених медичних сестер інфекційної лікарні зараження коронавірусом SARS-CoV-2 встановлено в 72% випадків, з них у 18,6%

інфікування спричинено власне через виконання професійних обов'язків (рис. 3.6).

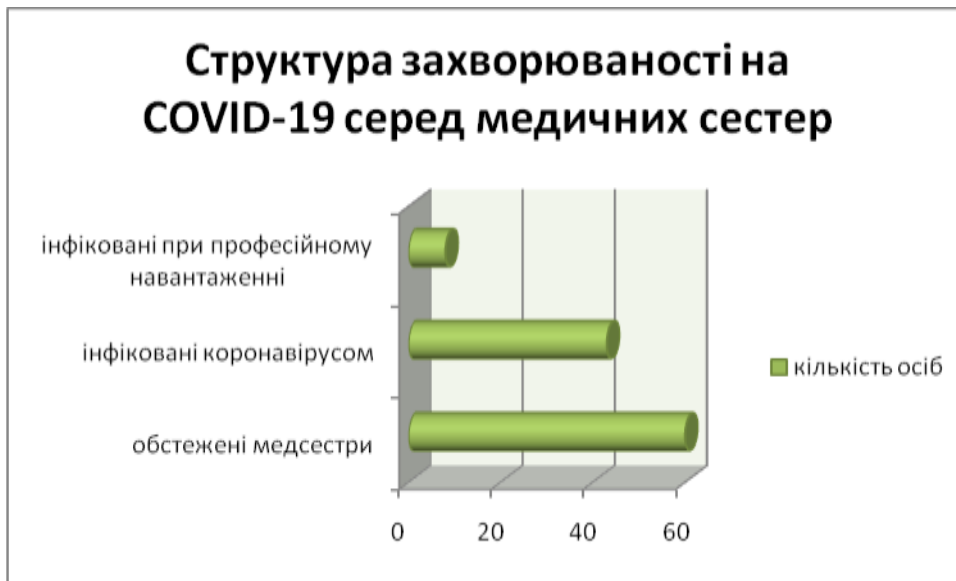


Рис.3.6 Кількість обстежених медичних сестер Криворізької інфекційної лікарні №1, щодо яких надійшли повідомлення про інфікування COVID-19 на роботі

Для поглиблення знань і досвіду при розвитку глобальної інфекційної небезпеки тактичної поведінки у середнього медичного персоналу обґрунтованою є доцільність включення освітніх компонентів «Екстрена психологічна допомога та кризова інтервенція в епіцентрі надзвичайної ситуації» і «Практичні методи допомоги та самопомоги при стресі» в освітні навчальні програми для медсестер.

Всі медичні сестри, які взяли участь в анкетуванні, зазначили вищевказані труднощі при виконанні покладених на них обов'язків.

3.3. Особливості взаємодії медичної сестри з пацієнтом у стресовому стані

Медична сестра, постійно перебуваючи біля ліжка хворого, бере на себе основну функцію догляду за хворим шляхом покращення 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 хворими, які перенесли стрес, є їх психологічні проблеми, пов'язані із захворюваннями.

Угорський психолог І. 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 [38].

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 ходою. Вони відрізняються наполегливістю, рішучістю нетерпимістю до найменших заворушень. Нерідко вони недостатньо гнучкі, грубі і навіть агресивні з хворими [35].

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 КНП «Криворізька інфекційна лікарня №1» КМР в Дніпропетровській області. Для цього було проанкетовано 60 медичних сестер, 10 з яких працюють в приймальному відділенні цього закладу, а 50 - в інфекційному та реанімаційному відділеннях для дорослих.

Встановлено, що в найбільшій мірі медичні сестри приймального та інфекційного відділень асоціювали себе з типом сестри-рутинера, найрідше – з типом нервової сестри та фахівця. Варто відмітити, що медсестри реанімаційного відділення такого закладу оцінюють себе з сильною особистістю та материнським типом.

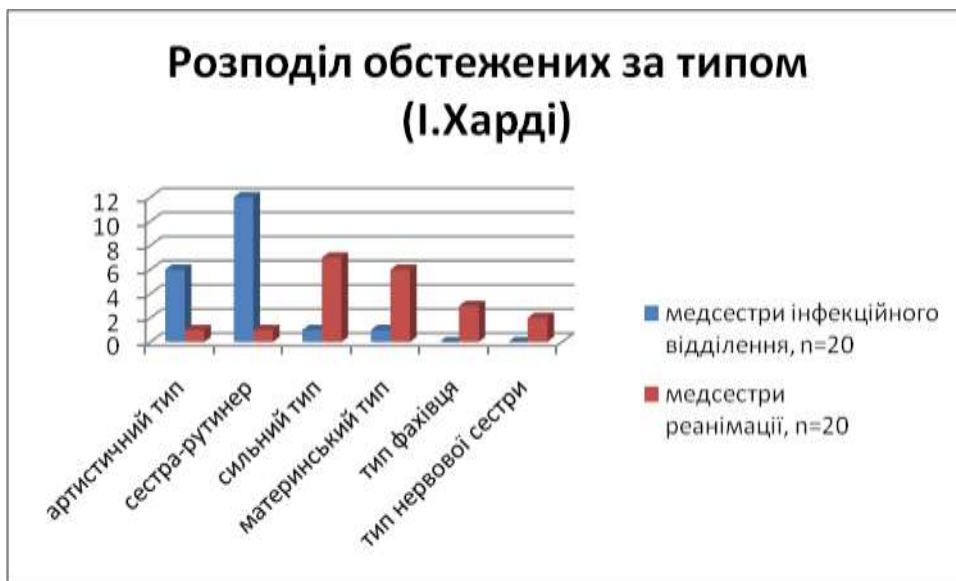


Рис. 3.7 Тип медичних сестер, які працюють у Криворізькій інфекційній лікарні №1

У процесі лікувальної діяльності важливу роль відіграє вміння вислухати пацієнта, що необхідно для формування контакту між ним і медпрацівником, зокрема, медичною сестрою. Необхідно враховувати і особливості захворювання при поводженні з хворим. Так, вони по-різному реагують на госпіталізацію в лікарню, перебування в ній, лікування,

режим, вимушену бездіяльність, обмеження особистої свободи і спілкування з іншими хворими [32].

Звичайно, крім власне переживань, тобто емоційних порушень, у кожного хворого є також певні уявлення про хворобу, різні думки — судження і висновки, пов'язані з нею. Також, хворому притаманні й такі психологічні процеси, як боротьба мотивів, прийняття рішення, прагнення до певної мети. Це все потрібно також враховувати при обходженні з хворим. Важливим моментом для виникнення позитивних психологічних відносин і довіри між медичними працівниками й хворими є кваліфікація і досвід лікаря та медсестри [38].

Значимим моментом у лікуванні пацієнта є вміння зрозуміти хворого, налагодити з ним позитивний контакт, цьому сприяє перший контакт з хворим. Тому слід при першій зустрічі справити на пацієнта позитивне враження. Для прояву довіри до медпрацівника має значення перше враження, від зустрічі хворого з ним. При цьому значення для людини має актуальна міміка медичного працівника, його жестикуляції, тон голосу, виразу обличчя, що впливають з попередньої ситуації і не призначені для хворого, а також його зовнішній вигляд.

Варто пам'ятати, що контакт з хворим має дві сторони — інформаційну та емоційну. Все це сприяє виробленню методу поводження з хворими. Хворий і медичний персонал повинні підтримувати постійний контакт. Для цього визначають мету лікування і його перспективи. Щоб поставити перед хворим певну мету, слід враховувати його особистісні якості і стан вольових процесів. Необхідно всю поведінку хворого підкорити досягненню конкретної мети лікування. Певну роль тут можуть відіграти хворі, які одужують. Іншим психологічним моментом є психоемоційний стан медичної сестри та лікаря. Лікувальна діяльність надзвичайно різноманітна і не обмежується рамками тільки лікування. Різноманіття видів лікувальної діяльності створює багато способів її здійснення, але ставить проблему специфіки впливу різних видів

лікувальної діяльності на професійну позицію лікаря та медичної сестри [38]. Процес лікування будь-якого захворювання супроводжується різними психологічними явищами, пов'язаними з особистістю хворого, особистістю лікаря і медичної сестри та методами лікування, які застосовуються в кожному окремому випадку. Уміння медичного персоналу враховувати психологічні фактори лікування дозволяють їм глибше оцінити ефективність терапії і прогноз захворювання. Гарний контакт з лікарем та медичною сестрою потрібен кожному хворому для гарантії того, що вони разом успішно справляться із хворобою. І неабияку роль в цьому відіграють тривога та депресії е медичного персоналу під час глобальної інфекційної пандемії. Відсутність контакту або формальні взаємини лікаря та медичної сестри і хворого різко знижують інформативність анамнезу, погіршують результативність лікування [49].

При здійсненні професійної діяльності варто пам'ятати, що зовнішні стресові фактори впливають на особистість медичного представника. Тому слід враховувати, що у медсестер з меланхолічним і холеричним типом темпераменту частіше виникають субклінічно виражена тривога та депресія. У людей зі слабкою волею це може призвести до стану пасивності, клінічно вираженої депресії. У людей з сильною волею спостерігається прийняття і впровадження в життя рішень, спрямованих як на підтримку боротьби пацієнта з хворобою та раціональне пристосування до життя, так і на розвиток надцінних і маячних ідей [36].

Важливим фактором, що визначає форму поведінки медпрацівника з хворим, є характер захворювання. П.І. Сідоров та О.В. Парняков виділяли такі типи взаємодії з хворим: керівництво, як модель повністю домінуючої позиції медпрацівника, та співпраця, або партнерство. Проте слід пам'ятати, що будь-яка з цих форм може мати різні варіанти в залежності від характеру захворювання. Для того, щоб створити умови для побудови сприятливих взаємин з хворими, лікарі і середні медичні працівники повинні чітко уявляти весь комплекс переживань хворого, пов'язаних з

хворобою. Зрозуміло, що, крім власне переживань, у кожного хворого є також певні уявлення про хворобу, різні думки – судження і висновки, пов'язані з нею. Крім того, хворому притаманні й такі психологічні процеси, як боротьба мотивів, прийняття рішення, прагнення до певної мети, тобто явища, що відносяться до вольової сфери. При налагодженому контакті з медсестрою пацієнт швидше одужує, а від лікування спостерігається кращий ефект, спостерігається значно менше побічних дій та ускладнень.

Завдання медичного персоналу полягає в тому, щоб створити у хворого розумне ставлення до хвороби, яке забезпечить найкраще дотримання лікувального режиму і проведення лікування загалом. Оскільки для хворого є важливими здатність до емпатії та стиль спілкування медичного персоналу, то при поводженні з ними обов'язково слід це враховувати. В.О. Ташликов описав психологічні типи медичного працівника, які складають альтернативні пари: співпереживаючий або емоційно-нейтральний, директивний або недирективний [40].

Тому для кожного конкретного хворого потрібно виробити індивідуальний підхід, при якому йому буде комфортніше спілкуватися і відповідно досятиметься кращий терапевтичний ефект.

Оскільки ефективність лікувального процесу багато в чому зумовлена взаємодією медсестри та пацієнта, то для повноцінного догляду за хворим медичному персоналу обов'язково потрібні знання з психології [41].

Отже, на сучасному етапі розвитку медицини необхідно уважно підходити не тільки до хворого як до суб'єкта хвороби і лікувального процесу, але й приділяти велику увагу психоемоційному здоров'ю медичної сестри, що бере участь в його реабілітації і впливає на її ефективність.

Особливості формування стосунків у системі медична сестра — хворий у значній мірі визначають ефективність терапевтичного процесу

загалом, постають суттєвим елементом процесу лікування практично будь-якого захворювання, у тому числі, на тлі посттравматичного стресу під час пандемії. 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.

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

1. В період розпалу пандемії спостерігається високий рівень тривоги у середнього медичного персоналу та реанімаційного відділення та помірний - у медсестер інфекційного відділення інфекційної лікарні при роботі з ковідними пацієнтами, а також середній рівень депресії у середнього медичного персоналу реанімаційного відділення та помірний – у медичних сестер інфекційного відділення.

2. Для поглиблення знань і досвіду при розвитку глобальної інфекційної небезпеки тактичної поведінки у середнього медичного персоналу обґрунтованою є доцільність включення освітніх компонентів «Екстрена психологічна допомога та кризова інтервенція в епіцентрі надзвичайної ситуації» і «Практичні методи допомоги та самопомоги при стресі» в освітні навчальні програми для медсестер.

3. Середній медичний персонал, який працює в інфекційній лікарні, особливо в період пандемії, також потребує психологічного супроводу, надто якщо праця пов'язана з кризовим перебігом у хворих COVID-19 в відділенні реанімації. Медичні сестри повинні знати методи надання екстреної психологічної допомоги і самопомоги, тому рекомендується включити в освітню програму для медсестер-магістрів курс за вибором «Екстрена та планова психологічна допомога».

4. На сучасному етапі розвитку медицини необхідно не лише сприймати хворого як суб'єкта хвороби і лікувального процесу, але і

виявляти ознаки психо-емоційної дестабілізації у себе та своїх колег, адже це впливає на ефективність надання професійної та кваліфікованої допомоги інфекційним хворим.

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

6. Встановлено, що в найбільшій мірі медичні сестри приймального та інфекційного відділень асоціювали себе з типом сестри-рутинера, найрідше – з типом нервової сестри та фахівця. Варто відмітити, що медсестри реанімаційного відділення такого закладу оцінюють себе з сильною особистістю та материнським типом.

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

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Медична діяльність – це один із видів професійної діяльності, який найбільше деформує особистість людини. Комплекс економічних проблем, що сьогодні склалися (невисока заробітна плата, недостатня технічна забезпеченість тощо), а також соціально-економічних, пов'язаних з падінням престижу медичної професії, робить працю медичного працівника надзвичайно психоемоційно напруженою. Крім того, із збільшенням професійного стажу роботи у лікарів та медсестер знижуються показники як фізичного, так і психічного здоров'я. Усі ці фактори здійснюють руйнівний вплив на емоційну сферу медиків. У них зростає кількість афективних розладів, з'являються почуття незадоволеності собою та своїм життям, труднощі у встановленні контактів з пацієнтами, колегами, оточуючими людьми. Ці симптоми негативно відображаються на всій професійній діяльності лікарів та медсестер, погіршують результати їхньої роботи, знижують рівень задоволеності власною діяльністю.

Висока поширеність депресивних та тривожних розладів серед населення пояснюється істотним впливом хвороб на якість життя і соціальну адаптацію людини. У працівників медичної сфери ж рівень психологічних порушень достатньо високий внаслідок чіткого і логічного взаємозв'язку між професією та стилем життя. Вивчення особливостей поведінки людини у кризових ситуаціях завжди були у центрі уваги науковців. Однак попри поширеність й розмаїття досліджень у даній галузі, багато аспектів лишаються недостатньо висвітленими, зокрема – це сучасні зарубіжні дослідження стресу і стресоподолання, можливості їх використання для реалій сучасної України. Попри чисельність нових опитувальників діагностики поведінки у стресових ситуаціях, найчастіше використовується стандартний набір тестів. Не в останню чергу це стосується діагностики стресових розладів і популярного нині в Україні

дослідження посттравматичного стресового розладу. ПТСР розвивається у 20-25% людей, що піддалися стресовій дії, але ще зберегли своє фізичне здоров'я. В цілому, прояви ПТСР спостерігаються у 1-3% всього населення (у жінок приблизно в 1,5 рази частіше), а окремі компоненти цього розладу — у 5-15% населення. Діагностична, а згодом й психотерапевтична робота у закладах непсихіатричного профілю має бути спрямована на аналіз наявних у особистості ресурсів подолання стресових ситуацій, розвиток навичок стрес-менеджменту, вмінь планувати своє найближче та віддалене майбутнє (у тому числі навчання способам організації власного життєвого часу і простору).

На теперішній час кожна людина в якійсь мірі перебуває в стані психоемоційного напруження, а відтак – на порозі стресу. Каталізаторами даного процесу є, як агресивне соціальне середовище, так і забруднене довкілля, жорсткий режим міського життя, гіперактивність мозкової діяльності, а в результаті - постійна стомлюваність і виснаженість організму тощо [7, 8]. Що стосується актуальних проблем сьогодення, то для людства новим викликом стало стрімке поширення інфекції, викликаної SARS-CoV-2. 11 березня 2020 року SARS-CoV-2 отримав визначення ВООЗ як світова пандемія; було розпочато світовий локдаун та закриті кордони держав. 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)».

У боротьбі з коронавірусною пандемією, її поширенням та проявами в кожній постраждалій країні світу, в тому числі Україні, передову лінію оборони забезпечують медичні працівники; вони ж є авангардною групою ризику зараження коронавірусом SARS-CoV-2. Ризики, з якими стикаються медичні працівники, що здійснюють менеджмент інфікованих пацієнтів та беруть участь у ліквідації пандемічного поширення COVID-19, потребують виставлення акцентів на профілактичних заходах, спрямованих на зниження ризику інфікування для працівників системи охорони здоров'я.

У часи боротьби з коронавірусом SARS-CoV-2 про роль медсестер згадують все частіше. Адже ці медпрацівники найбільше і найближче спілкуються з хворими на Covid-19. Ризик зараження і захворюваності медичного персоналу на коронавірусну хворобу COVID-19 існує на всіх етапах надання медичної допомоги — на поліклінічному, догоспітальному, стаціонарному. Без сумніву, більшого ризику заразитися й захворіти в умовах епідемії COVID-19 зазнає медичний персонал стаціонарних інфекційних лікарень та відділень. Зокрема, у приймальному відділенні чи пропускнику інфекційного стаціонару медичні працівники мають високий ризик зараження через необхідність прийому значного числа пацієнтів як потенційних джерел інфекції. Проте найвищий ризик захворювання і зараження медперсоналу на COVID-19 існує у відділеннях інтенсивної терапії та реанімації, де здійснюється інтенсивне лікування (неінвазивна та інвазивна киснева підтримка, парентеральне введення препаратів тощо). Тривале ліжкове перебування хворих, які є інтенсивними джерелами виділення вірусу, призводить до підвищення забруднення збудником повітря. Здійснення персоналом багатьох інвазивних медичних процедур

також супроводжується підвищеним ризиком зараження лікарів-реаніматологів, медичних сестер реанімаційного відділення, санітарок.

Завдання медичних сестер полягає у тому, щоб донести до пацієнтів знання про здоров'я, навчити їх взаємодіяти з навколишнім середовищем і прислухатися до власного розуму і тіла [27]. В умовах пандемії COVID-19 до загальних порушень стану здоров'я додається стрес. Саме на цьому етапі виникають потреби у підтриманні та зміцненні здоров'я. Роль медичних сестер у профілактичній медицині є важливою і безперечною [27, 28]. Від медичної сестри вимагається володіння певними психологічними і професійними якостями. Поряд із високим професіоналізмом сучасна медична сестра повинна знати основи професійної етики і деонтології та використовувати ці знання в своїй практичній діяльності, враховуючи особливості психології [30]. Пріоритетними темами в профілактичній роботі з дорослими для медсестри є психологічне здоров'я, вміння надавати невідкладну домедичну допомогу, професійні фактори шкідливості і т.п. [32].

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 фахівців-медиків з метою запобігання розвитку синдрому професійного вигорання у них через високу психоемоційну навантаженість та появу стресових розладів, а саме тривоги і депресії [35]. З метою своєчасного виявлення вказаних відхилень доцільно проводити скринінг психологічних порушень, зокрема у середнього медичного персоналу.

Під час роботи в інфекційній лікарні, особливо в період пандемії, яка перевела весь світ в локдаун та обумовила карантинні обмеження, медичний персонал стикається з тривалою дією екстремальної ситуації, яка

може відрізнятись за ступенем інтенсивності. Посттравматичний стрес є невидимим ураженням, оскільки відсутні або ж мінімальні фізичні пошкодження. За даними зарубіжних дослідників він зустрічається у 38 % середнього медичного персоналу [37].

Аналіз отриманих нами даних свідчить про поширеність субклінічно вираженої депресії серед 56,7 % медсестер реанімаційного відділення Криворізької інфекційної лікарні №1, клінічно вираженої депресії у 23,3 % цієї когорти обстежених.

Окрім працівників в сфері надання невідкладної допомоги, психологічного навантаження та інших засобів впливу на колективну та індивідуальну свідомість під час пандемії зазнає когорта медсестер, що працюють в інфекційному відділенні. Аналіз отриманих нами даних свідчить про поширеність клінічно вираженої депресії серед 16,6 % осіб з інфекційного відділення, субклінічно вираженої депресії у 46,7 % з них. Поведінковими або психічними розладами страждають також ті медичні представники, які першими стикаються з хворими з підозрою на інфекційні захворювання. Вони не тільки забезпечують їм фізичну і емоційну підтримку, а й несуть на собі тягар стигматизації і дискримінації [39]. Аналіз анкетних даних свідчить про поширеність субклінічно вираженої депресії у 50 % осіб, які працюють в приймальному відділенні інфекційної лікарні (рис. 3.1). Тому, персонал з надання психологічної підтримки повинен працювати не тільки з медичними представниками екстреної служби, але й з середнім медичним персоналом усіх підрозділів лікарні.

Медичні сестри, що працюють в інфекційному відділенні, теж характеризується помірним рівнем тривоги, який підтверджується частим відчуттям страху, що може щось трапитись, нечастими хвилюючими думками, частим відчуттям внутрішньої напруги.

Враховуючи найбільше число випадків субклінічного посттравматичного стресу серед медичного персоналу реанімаційного

відділення, робота медичної сестри, як і лікаря, полягає у їх само- і взаємовиявленні. Дослідники зазначають, що в українських медиків посттравматичний стресовий розлад характеризується також надпильністю, підозрлістю, песимізмом, недовірою, нездатністю говорити про смерть, тривожністю, невпевненістю, потребою мати при собі засоби для надання невідкладної допомоги, негативним відношенням до влади, образою за те, що немає забезпеченості засобами захисту, зміною ставлення до жінок, негативним ставленням до інших професій, схильністю до екстриму та втратою сенсу життя [40]. Робота медичного персоналу полягає в діагностиці та корекції ПТСР, зниженні напруження сімейних стосунків; проблеми управління гнівом, роботою з впевненістю й самооцінкою. Особам, що є близькими родичами медиків, обов'язковим є впровадження психологічно розвантажувальних днів.

Аналізуючи отримані відповіді медичних сестер, які виконували свої професійні обов'язки в момент розпалу коронавірусної епідемії COVID-19, було сформульовано основні труднощі їх роботи в умовах прямої і непрямой загрози інфікування вірусом SARS-CoV-2:

- у контексті COVID-19 працівники охорони здоров'я повинні продовжувати користуватися своїм правом на гідні, здорові й безпечні умови праці;
- первинна профілактика COVID-19 серед медичних працівників повинна базуватися на оцінці ризику і вжитті належних заходів;
- необхідно враховувати інші професійні ризики, що підвищилися в результаті пандемії COVID-19, в тому числі такі, як насильство, домагання, стигма, дискримінація, надмірне робоче навантаження і наслідки тривалого носіння ЗІЗ;
- усі медичні працівники повинні мати доступ до послуг у галузі гігієни праці, охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, до адекватних засобів санітарії і гігієни та щодо відповідних умов для відпочинку;

- у медичних закладах повинні здійснюватися програми гігієни праці в поєднанні з програмами профілактики інфекцій і інфекційного контролю;
- загальну відповідальність за прийняття всіх необхідних профілактичних і захисних заходів з метою мінімізації професійних ризиків для медичних працівників несуть роботодавці;
- медичні працівники зобов'язані дотримуватися встановлених правил захисту їх здоров'я і безпеки на робочому місці.

Сьогодні на медсестру покладено велику відповідальність у діагностично-лікувальному процесі. Моніторинг стану пацієнта, робота на сучасній медичній апаратурі, прийняття професійних рішень і здійснення висококваліфікованого догляду вимагають від сучасної медичної сестри відповідного рівня теоретичних знань і практичних навичок. Через недосконалість системи професійної підготовки медсестер в Україні, з одного боку, ми сприймаємо медичних сестер як помічників, які підпорядковуються лікарям, а не як окрему категорію медичних працівників, а з другого, - медсестри також не сприймають себе як самостійних фахівців, а чекають розпорядження, залишаючись на підлеглих позиціях [33, 34]. Тому, в екстремальних умовах медсестри не завжди здатні самостійно прийняти рішення. За цих умов, вдосконалення сестринської освіти, зокрема ступенева освіта, безперервне професійне навчання, створення умов для підвищення мотивації та соціального статусу фахівців сестринської справи, зміна організації праці середніх медичних працівників дозволить середньому медичному персоналу бути рівноправним членом медичного простору, який приймає самостійні рішення і відповідає за них.

Результати проведеного попередньо дослідження вказують на те, що власне середній медичний персонал також потребує психологічного супроводу в умовах пандемії при роботі з пацієнтами, зараженими вірусом SARS-CoV-2 та їх зверненні до медичного закладу інфекційного профілю.

При цьому варто відмітити, що медичні сестри інфекційної лікарні потребують психологічної допомоги вже з першого дня поступлення ковідних хворих. Проанкетовані медсестри зазначали, що вони вже з першої хвили поширення пандемії самі потребували психологічної підтримки, яку їм надали їх колеги. Також вони відмітили низькі знання методів надання термінової психологічної допомоги, тому рекомендується включити в освітню програму для медсестер-магістрів курс за вибором «Екстрена та планова психологічна допомога».

Недостатній досвід тактичної поведінки у середнього медичного персоналу при розвитку глобальної інфекційної небезпеки вказує на те, що інфікування та летальні випадки серед медичних працівників внаслідок COVID-19 продовжуються, незважаючи на заходи профілактики та впровадження вакцинації, що свідчить про актуальність даної проблеми, яка потребує нагального вирішення. ВООЗ наголошує на важливості введення програм, спрямованих на безпеку та збереження здоров'я медичних працівників у всіх країнах світу. І сьогодні більше ніж 50 країн вже запровадили заходи безпеки гігієни праці медичних працівників, які продемонстрували позитивні результати. В той же час в Україні станом на 14 квітня 2021 р. в Україні зареєстровано 1 887 338 випадків COVID-19, з яких більше 78 тис. випадків — серед медичних та інших працівників закладів охорони здоров'я, 708 — летальних [2].

Основні причини інфікування медичних працівників за результатами завершених розслідувань наступні:

- організаційні: невикористання ЗІЗ за їх наявності (33,6%), незабезпеченість ЗІЗ (10,5%);
- психофізіологічні: особиста необережність потерпілого (38,1%), психоемоційне та фізіологічне навантаження при роботі з висококонтагіозними інфекціями (61,9%);
- технічні: невідповідність засобів колективного та індивідуального захисту встановленим вимогам та їх недостатність (71%);

- техногенні, природні, екологічні та соціальні причини: висока концентрація збудника SARS-CoV-2 в інфекційних відділеннях (77%).

Серед обстежених медичних сестер інфекційної лікарні зараження коронавірусом SARS-CoV-2 встановлено в 72% випадків, з них у 18,6% інфікування спричинено власне через виконання професійних обов'язків. .

Для поглиблення знань і досвіду при розвитку глобальної інфекційної небезпеки тактичної поведінки у середнього медичного персоналу обґрунтованою є доцільність включення освітніх компонентів «Екстрена психологічна допомога та кризова інтервенція в епіцентрі надзвичайної ситуації» і «Практичні методи допомоги та самопомоги при стресі» в освітні навчальні програми для медсестер.

Всі медичні сестри, які взяли участь в анкетуванні, зазначили вищевказані труднощі при виконанні покладених на них обов'язків.

Медична сестра, постійно перебуваючи біля ліжка хворого, бере на себе основну функцію догляду за хворим шляхом покращення 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 [41].

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.

У процесі дослідження було визначено тип медичних сестер, які працюють у КНП «Криворізька інфекційна лікарня №1» КМР в

Дніпропетровської області. Для цього було проанкетовано 60 медичних сестер, 10 з яких працюють в приймальному відділенні цього закладу, а 50 - в інфекційному та реанімаційному відділеннях для дорослих.

Встановлено, що в найбільшій мірі медичні сестри приймального та інфекційного відділень асоціювали себе з типом сестри-рутинера, найрідше – з типом нервової сестри та фахівця. Варто відмітити, що медсестри реанімаційного відділення такого закладу оцінюють себе з сильною особистістю та материнським типом.

Важливим моментом для виникнення позитивних психологічних відносин і довіри між медичними працівниками й хворими є кваліфікація і досвід лікаря та медсестри [38]. Гарний контакт з лікарем та медичною сестрою потрібен кожному хворому для гарантії того, що вони разом успішно справляться із хворобою. І неабияку роль в цьому відіграють тривога та депресії у медичного персоналу під час глобальної інфекційної пандемії. Відсутність контакту або формальні взаємини лікаря та медичної сестри і хворого різко знижують інформативність анамнезу, погіршують результативність лікування [39]. У медсестер з меланхолічним і холеричним типом темпераменту частіше виникають субклінічно виражена тривога та депресія. У людей зі слабкою волею це може призвести до стану пасивності, клінічно вираженої депресії. У людей з сильною волею спостерігається прийняття і впровадження в життя рішень, спрямованих як на підтримку боротьби пацієнта з хворобою та раціональне пристосування до життя, так і на розвиток надцінних і маячних ідей [36].

Оскільки ефективність лікувального процесу багато в чому зумовлена взаємодією медсестри та пацієнта, то для повноцінного догляду за хворим медичному персоналу обов'язково потрібні знання з психології [41]. Медичні сестри повинні знати методи надання екстреної психологічної допомоги і самопомоги, тому рекомендується включити в

освітню програму для медсестер-магістрів курс за вибором «Екстрена та планова психологічна допомога».

Отже, на сучасному етапі розвитку медицини необхідно уважно підходити не тільки до хворого як до суб'єкта хвороби і лікувального процесу, але й приділяти велику увагу психоемоційному здоров'ю медичної сестри, що бере участь в його реабілітації і впливає на її ефективність.

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

ВИСНОВКИ

1. В період розпалу пандемії спостерігається високий рівень тривоги у середнього медичного персоналу та реанімаційного відділення та помірний – у медсестер інфекційного відділення інфекційної лікарні при роботі з ковідними пацієнтами, а також середній рівень депресії у середнього медичного персоналу реанімаційного відділення та помірний – у медичних сестер інфекційного відділення.

2. Для поглиблення знань і досвіду при розвитку глобальної інфекційної небезпеки тактичної поведінки у середнього медичного персоналу обґрунтованою є доцільність включення освітніх компонентів «Екстрена психологічна допомога та кризова інтервенція в епіцентрі надзвичайної ситуації» і «Практичні методи допомоги та самопомоги при стресі» в освітні навчальні програми для медсестер.

3. Середній медичний персонал, який працює в інфекційній лікарні, особливо в період пандемії, також потребує психологічного супроводу, надто якщо праця пов'язана з кризовим перебігом у хворих COVID-19 в відділенні реанімації. Медичні сестри повинні знати методи надання екстреної психологічної допомоги і самопомоги, тому рекомендується включити в освітню програму для медсестер-магістрів курс за вибором «Екстрена та планова психологічна допомога».

4. На сучасному етапі розвитку медицини необхідно уважно підходити не тільки до хворого як до суб'єкта хвороби і лікувального процесу, але й приділяти велику увагу психоемоційному здоров'ю медичної сестри, що бере участь в його реабілітації і впливає на її ефективність.

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

6. Встановлено, що в найбільшій мірі медичні сестри приймального та інфекційного відділень асоціювали себе з типом сестри-рутинера, найрідше – з типом нервової сестри та фахівця. Варто відмітити, що медсестри реанімаційного відділення такого закладу оцінюють себе з сильною особистістю та материнським типом.

7. 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 у напрямку медичної допомоги для інфекційних хворих в період пандемії рекомендується включити освітні компоненти «Екстрена психологічна допомога та кризова інтервенція в епіцентрі надзвичайної ситуації» і «Практичні методи допомоги та самопомоги при стресі» в освітні навчальні програми для медсестер.

Рекомендується підвищувати рівень знань медичних сестер, які займаються професійною діяльністю в інфекційних лікарнях, у неформальній освіті шляхом проходження курсів, вебінарів та онлайн-стажувань у напрямку медичної допомоги.

Список літератури

1. <https://www.bbc.com/ukrainian/features-52118922>
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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)».
6. 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».
7. 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
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. Бурков С. Г. Избыточный вес и ожирение – проблема медицинская, а не косметическая / С. Г. Бурков, А. Я. Ивлева // *Ожирение и метаболизм.* – 2010. – № 3. – С. 15–19.
27. По матеріалам доклада ВОЗ Предотвращение хронических болезней: жизненно важное вложение средств // *Головна медична сестра.* – 2006. – №3. – С. 33–38.
28. Дуб Н. Роль сімейної медичної сестри у профілактиці хронічних захворювань / Н. Дуб // *Вісник демократичне врядування.* – 2009 – №3 – С. 1–6.
29. 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.
30. Русьянова Т. Медсестра глазами пациентов и их родителей в педиатрии / Т. Русьянова // *Сестринское дело.* – 2008. – №5. – С. 21.
31. Волкова М. М. Некоторые аспекты подготовки медсестер в области профилактической медицины / М. М. Волкова, С. Р. Волков // *Медицинская сестра.* – 2003. – №2. – С. 36, 37.

32. Волкова М. М. О роли сестринского персонала в профилактической медицине / М. М. Волкова, С. Р. Волков // Медицинская сестра. – 2003. – № 2. – С. 37, 38
33. 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.
34. 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.
35. 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.
36. Основи загальної і медичної психології/За ред. І.С. Вітенка і О.С. Чабана. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 344 с.
37. 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.
38. 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.
39. 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.
40. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство/ В.Д. Менделевич. – 4-е изд. – М.: «МЕДпресс», 2002. – 592 с.
41. 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 //

Додаток 1

Шкала HADS

Прізвище _____

Вік _____ Стать _____

Діагноз _____

Тривалість захворювання _____

Чи приймали антидепресанти? Якщо так, то які саме?

Частина I (оцінка рівня ТРИВОГИ)

<i>Запитання</i>	<i>Бали</i>	<i>Відповідь</i>
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 _____