

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

Колісник Олена Миколаївна

На правах рукопису

УДК: 614.253.52:[616.98:578.834.1]-084

Магістерська робота

**УЧАСТЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ
У ВИВЧЕННІ ТА ПОПЕРЕДЖЕННІ ДОВГОСТРОКОВИХ
НАСЛІДКІВ COVID-ІНФЕКЦІЇ**

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 - 2022

АНОТАЦІЯ

Колісник Олена Миколаївна «Участь медичної сестри у вивченні та попередженні довгострокових наслідків COVID -інфекції» магістерська робота. – Тернопіль, 2022. 60 с.

Вивчались особливості роботи медичних сестер з пацієнтами на постковідний синдром та розладами психоемоційного здоров'я і когнітивними порушеннями на амбулаторному етапі спостереження.

Об'єкт дослідження – сестринська допомога пацієнтам з постковідним синдромом під час пандемії COVID-19 в КНП «Міська клінічна лікарня № 16» Дніпровської міської ради.

Шляхом аналізу наукової літератури показано суттєвий вплив довгострокових наслідків ковідної інфекції на здоров'я пацієнтів та значні економічні витрати, функціональну обмеженість та зниження якості їх життя. Серед довгострокових наслідків COVID-19 встановлено прямий та опосередкований вплив на психічне здоров'я пацієнта, що проявляється власне постковідним синдромом. *У процесі дослідження* виявлено, що когнітивні розлади та їх динаміка у пацієнтів на пост-COVID-19 з тяжким перебігом коронавірусної інфекції вказують на появу обмежень у повсякденному житті, зниження звичної діяльності, а також про утримання від звичайних дій та необхідність сторонньої допомоги. *Проаналізувавши результати дослідження, встановлено*, що когнітивна функція у хворих на після-COVID-19 в позагоспітальному періоді захворювання знижена у всій когорті пацієнтів за рахунок зниження функціонального стану (за шкалою PCFS, II-IV ст.), і пов'язана з гендерними чинниками, віком, тривалістю госпіталізації, механічною вентиляцією легенів. Відзначено високу частоту тривожних і депресивних розладів за шкалою HADS серед обстежуваних осіб, що зберігають ознаки дихальної недостатності. Встановлено, що чим вираженіше симптоми та тяжчий клінічний перебіг постковідного синдрому у пацієнтів, тим вищі середні показники за шкалою депресії HADS.

Ключові слова: сестринська допомога, постковідний синдром, психоемоційне здоров'я, когнітивні порушення.

ЗМІСТ

ЗМІСТ	2
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	3
ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1 Огляд літератури	8
1.1. Ранні та довгострокові наслідки COVID-19	8
1.2. Скринінг когнітивних та емоційно-вольових розладів у пацієнтів із коронавірусною інфекцією	9
1.3. Можливості медсестринського контролю для попередження психологічних розладів у хворих на постковідний синдром	14
РОЗДІЛ 2 Матеріали і методи дослідження	19
2.1. Загальна характеристика обстежених хворих	19
2.2. Статистичні методи дослідження	24
РОЗДІЛ 3 Особливості надання сестринської допомоги пацієнтам із довготривалими наслідками COVID-19	25
3.1. Особливості роботи медичних сестер з амбулаторними пацієнтами в постковідному періоді та їх вклад в оцінювання функціональної здатності пацієнтів із після- COVID-19	25
3.2. Вивчення тривожно-депресивних розладів у хворих на після- COVID-19 за участю медичної сестри	31
3.3. Взаємодія медичної сестри з пацієнтом в позагоспітальному періоді	35
АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ	38
ВИСНОВКИ	46
Практичні рекомендації	48
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	49
ДОДАТКИ	56

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, СКОРОЧЕНЬ І
ТЕРМІНІВ**

HADS	Госпітальна шкала тривоги та депресії
COVID-19	короновірусна хвороба
SARS-CoV2	важкий гострий респіраторний синдром – коронавірус-2
Після- COVID-19	Постковідний синдром
ШВЛ	штучна вентиляція легень
PCFS	функціональний статус після COVID-19 (шкала Post-COVID-19 Functional Status)
ГРДС	гострий респіраторний дистрес-синдром

ВСТУП

Актуальність теми. Глобальні зміни, що охопили усі сторони життя людей, і зокрема – здоров'я, були обумовлені поширеністю коронавірусної інфекції у у всіх країнах, та в Україні зокрема. 11 березня 2020 року ВООЗ оголосила про початок пандемії COVID-19. Вже минув значний період від перших повідомлень про виникнення нового штаму коронавірусу, однак поширення COVID-19 та смертність від його ускладнень продовжують зростати. Це відбувається незважаючи на рекордно швидке застосування протиепідемічних, діагностичних, лікувальних та профілактичних заходів у світі.

В науковій і популярній літературі описуються багатосистемні довгострокові наслідки після спричиненого коронавірусом 2 (SARS-CoV-2) гострого респіраторного синдрому. При цьому спостерігається виражений вплив на серцеву, дихальну, нервово-м'язову і психологічну системи та, і на інші системи організму. Через цей значний вплив 26% пацієнтів на COVID-19 потребували госпіталізації, також 14% потребували стаціонарного лікування у відділення реаніматології та/або підтримки дихання. Набувають значення довгострокові наслідки інфекції; це позначається на здоров'ї пацієнтів та спричиняє значні економічні втрати. Після виписки з лікарні такі фактори спричиняють функціональну обмеженість у пацієнтів та знижують якість їх життя. Серед довгострокових наслідків коронавірусної хвороби 2019 (COVID-19) окрім порушення функціонування важливих органів і систем, стає відомим, що захворювання може мати прямий та опосередкований вплив на психічне здоров'я пацієнта, що проявляється власне постковідним синдромом.

Для вирішення виявлених проблем потрібна участь фахівців з реабілітації по різноманітних дисциплінах. Саме медичні працівники визначають роль реабілітаційних заходів у вирішенні цих наслідків, однак оцінка пацієнта повинна бути систематичною, з можливістю запобігати

майбутнім ускладненням хвороби. Тому потрібні чіткі критерії для оцінки медичними працівниками ймовірності суттєвого погіршення стану здоров'я таких хворих та допомоги їм у призначенні належного і відповідного лікування.

Мета роботи – оптимізувати сестринську допомогу пацієнтам з постковідним синдромом на госпітальному та поліклінічному етапі спостереження, вивчаючи особливості роботи медичних сестер під час пандемії.

Для реалізації цієї мети було поставлено наступні завдання:

1. проаналізувати особливості роботи медичної сестри в умовах поширення COVID-19;
2. визначити основні напрямки сестринської допомоги постковідним пацієнтам через призму контролю психологічних потреб хворого на після-COVID-19 та визначення необхідних реабілітаційних моделей.
3. запропонувати рекомендації для вдосконалення освітніх навчальних програм для медсестер, враховуючи інфекційну небезпеку.

Об'єкт дослідження – сестринська допомога пацієнтам з постковідним синдромом.

Предмет дослідження – розлади психоемоційного здоров'я та когнітивні порушення у пацієнтів з після-COVID-19 на амбулаторному етапі спостереження.

Методи дослідження: вивчення когнітивної функції за допомогою шкали PCFS; оцінка тривоги (HAS) та депресії (HDS)); статистичний математичний аналіз.

Наукова новизна одержаних результатів. На підставі аналізу проведених досліджень встановлено, що когнітивна функція у хворих на після-COVID-19 в позагоспітальному періоді захворювання знижена у всій когорті пацієнтів за рахунок зниження функціонального стану (за шкалою PCFS). З суттєвими обмеженнями у функціональному статусі (II-IV ступінь PCSF) були пов'язані гендерні чинники, вік, тривалість

госпітального періоду, механічна вентиляція легенів та госпіталізація. Встановлено, що когнітивні розлади та їх динаміка у пацієнтів на пост-COVID-19 з тяжким перебігом коронавірусної інфекції вказують на появу обмежень у повсякденному житті, зниження звичної діяльності, а також про утримання від звичайних дій та необхідність сторонньої допомоги.

Відзначено високу частоту тривожних і депресивних розладів за шкалою HADS серед обстежуваних осіб, що зберігають ознаки дихальної недостатності. Встановлено, що чим вираженіше симптоми та тяжчий клінічний перебіг постковідного синдрому у пацієнтів, тим вищі середні показники за шкалою депресії HADS.

Результати вивчення особливостей роботи госпітальних та амбулаторних медичних сестер під час пандемії свідчать про необхідність акцентувати увагу на елементах невідкладної психологічної підтримки, точних знаннях у діагностиці порушень когнітивної та психоемоційної сфери пацієнта з після-COVID-19; вказують на необхідність застосування особливої психологічної допомоги. Для поглиблення і оптимізації професійних знань медичних сестер у цих напрямках запропоновано включити освітні компоненти «Психологічна допомога» і «Психологічна підтримка» в освітні навчальні програми для медсестер.

Ефективність лікувального процесу загалом у великій мірі визначають саме особливості сформованих стосунків у тандемі медична сестра — хворий на COVID-19, вони стають суттєвим елементом процесу лікування будь-якого захворювання під час пандемії, особливо на фоні посттравматичного стресу та тривожно-депресивних розладів.

Практичне значення одержаних результатів Для оптимізації професійних знань медичних сестер обґрунтовано доцільність включення освітніх компонентів «Психологічна допомога» і «Психологічна підтримка» в освітні навчальні програми для медсестер.

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

безпосередньою участю автора було проведено анкетування пацієнтів постковідним синдромом, здійснено дослідну частину, забезпечено математичний аналіз і узагальнення результатів дослідження.

Публікації. За матеріалами магістерської роботи опубліковано 2 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. Колісник // Медсестринство. – 2021. – № 2. – С. 5–11.

- Колісник О., Прокопенко Т. Вивчення діастолічної дисфункції лівого шлуночка у хворих на стенокардію напруги з супутньою патологією в умовах covid-19 / О. Колісник // Матеріали XXV міжнародного медичного конгресу студентів та молодих вчених. – 2021. – 12-14 квітня. – С. 229-230.

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

РОЗДІЛ 1

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ЗАСТЕРЕЖЕННІ ДОВГОСТРОКОВИХ НАСЛІДКІВ У ХВОРИХ НА COVID-19 (огляд літератури)

1.1. Ранні та довгострокові наслідки COVID-19

11 березня 2020 р Всесвітня організація охорони здоров'я оголосила у світі пандемію через коронавірус Covid-19 [38, 39, 42]. Зміни, пов'язані з цією пандемією, торкнулися усіх сторін життя людей, і звичайно насамперед – здоров'я.

Коронавірус SARS-CoV-2 поширюється на планеті «з експоненціальною швидкістю» [45]. Станом на кінець лютого 2022 р. в Україні: понад 4.8 мільйонів випадків захворювання, унаслідок чого близько 105500 осіб померли. Понад 4 мільйони 58 тисяч одужало. Передача інфекції здійснюється повітряно-крапельним, повітряно-пиловим і контактним шляхами. Основний шлях передачі SARS-CoV-2 – повітряно-крапельний, який реалізується при кашлі, чханні і розмові на близькій (менше 2 метрів) відстані. Існує при ковіді і контактний шлях передачі інфекції; він здійснюється безпосередньо під час рукостискань чи іншому дотичному контакті з інфікованою людиною, крім того – через харчові продукти, поверхні і предмети, контаміновані вірусом. Відомо, що при кімнатній температурі вірус SARS-CoV-2 зберігає життєздатність на різних об'єктах навколишнього середовища протягом 3 діб. Також встановлено, що інфекція COVID-19 може бути пов'язана з наданням медичної допомоги.

Ускладнення можуть включати запалення легень і гострий респіраторний дистрес-синдром [46].

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

серцево-судинну, дихальну, нервово-м'язову [1] системи та на психологічний рівень [1, 2], але можливо і на інші системи організму [3]. В іноземних та вітчизняних джерелах літератури є відомості, що 26% пацієнтів на COVID-19 вимагали госпіталізації, при цьому 14% перебували на стаціонарному лікуванні у реанімаційних відділеннях з системами підтримки дихання [4]. Набувають значення довгострокові наслідки інфекції; це позначається на здоров'ї пацієнтів та спричиняє значні економічні втрати [5]. Після виписки з лікарні такі фактори спричиняють функціональну обмеженість у пацієнтів та знижують якість їх життя. Серед довгострокових наслідків коронавірусної хвороби 2019 (COVID-19) окрім порушення функціонування важливих органів і систем, стає відомим, що захворювання може мати прямий та опосередкований вплив на психічне здоров'я пацієнта, що проявляється власне постковідним синдромом.

Враховуючи подібність між коронавірусною хворобою 2019 року (COVID-19) та хворобами, спричиненими іншими коронавірусами [6], слід очікувати і ранніх, і відтермінованих наслідків, які потребують специфічного лікування [1, 7].

Встановлено, що особи з важкою формою захворювання мають супутні захворювання, такі як гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, серцево-судинні (ССЗ) або церебральні захворювання [9], і таким пацієнтам потрібна тривала госпіталізація (близько 4–53 днів) або інтенсивна терапія (4–19 днів перебування) [10]. При такому інтенсивному лікуванні хворі можуть страждати і від ятрогенних ефектів призначеної терапії від COVID-19 [11]. Вказані чинники після виписки з лікарні роблять їх уразливими до зниження функціональної здатності та зниження якості життя [6]. Для вирішення виявлених проблем потрібна участь фахівців з реабілітації по різноманітних дисциплінах. Саме медичні працівники визначають роль реабілітаційних заходів у вирішенні цих наслідків, однак оцінка пацієнта повинна бути систематичною, з

можливістю запобігати майбутнім ускладненням хвороби [12, 13]. Тому потрібні чіткі критерії для оцінки медичними працівниками ймовірності суттєвого погіршення стану здоров'я таких хворих та допомоги їм у призначенні належного і відповідного лікування.

1.2. Скринінг когнітивних та емоційно-вольових розладів у пацієнтів із коронавірусною інфекцією

Тривожні повідомлення про Covid-19 можуть сприйматися багатьма як стресові і роблять ще більш чутливими до тривоги. Якщо люди схильні до тривожних станів, то їхня тривожність посилюється з кожним новим витком інформації.

Під час карантину є ризик появи депресивних станів. Адже збивається режим сну, з'являється більше стресу та проблем. Така схильність до депресій спостерігається вже в більшій кількості людей, ніж зазвичай. Пацієнти із підозрою та підтвердженим діагнозом COVID-19 часто відчують жаль, обурення, самотність і безпорадність, депресію, тривогу і фобію, роздратування і безсоння. У деяких пацієнтів можливі панічні атаки. Психологічний аналіз пацієнтів в ізольованих палатах продемонстрував, що приблизно у 48% пацієнтів із підтвердженим діагнозом SARS-CoV-2 були прояви стресу під час госпіталізації [51-53].

В даний час вкрай необхідна перспективна модель спостереження за COVID-19, при цьому слід забезпечити високу чутливість та простоту використовуваних інструментів оцінювання. Група експертів, включно з Оксфордським центром доказової медицини, з галузі кардіореспіраторних досліджень, нервово-м'язового та психічного здоров'я продовжують працювати над створенням моделі, яка дозволила б розробити рекомендації фахівцям-реабілітологам для ведення пацієнтів після перенесеного COVID-19. Така модель проспективного спостереження за хворими на COVID-19 повинна включати компоненти моніторингу як особистого, так і телеметричного контролю. Вона повинна сприяти

ранньому виявленню та корекції довгострокових наслідків COVID-19 в режимі реального часу.

Вже розроблені [14, 15] успішні моделі, щоб допомогти ранньому виявленню проблем, пов'язаних з фізичним здоров'ям, а також для здатності швидко і адекватно реагувати на події. Подібні моделі перевершують класичні тести [14]. У пацієнтів, які потрапили в реанімацію, модель спостереження в режимі реального часу використовувалась для прогнозування гострого респіраторного дистрес-синдрому (ARDS) до його початку, з множинними, неінвазивними та простими для збору життєвими показниками, пов'язаними з факторами ризику щодо ARDS таким чином, щоб їх легко можна було перенести на домашнє спостереження. Розроблено модель для успішного прогнозування події ARDS у пацієнтів, які поступають в реанімацію, спрямовану на її ранню діагностику та втручання для покращення рівня виживання складних пацієнтів [15]. Крім того, у хворих на рак було розроблено кілька подібних перспективних моделей спостереження (ПМС) для фізіотерапевтичних втручань [16,17,18,19]. Тому можна припустити, що запровадження аналогічних моделей спостереження при COVID-19 є доцільним [18], дозволить виявити ранні порушення [18,19,20] і спрогнозувати тяжкість ймовірних порушень [16,17], надасть можливість використання раннього втручання [19,21,22] та потенційно заощадить економічні витрати [22].

У тих пацієнтів, хто переніс ГРДС [48] та синдром після інтенсивної терапії [32], може бути порушено психічне здоров'я. Когнітивний спад, що спостерігається після реанімації у 70–100% пацієнтів з ГРДС, може бути і довготривалим [49]. Зокрема, подібні симптоми зниження когнітивної функції залишаються у 46–80% цих пацієнтів впродовж одного року, у 30% - і через п'ять років [49]. Тому стає зрозумілим, що ті, хто пережив COVID-19 з проведенням інтенсивної терапії, також мають ризик подібних дисфункцій [2], але вони можуть в той же час страждати від депресії,

тривоги та посттравматичного стресового розладу [32]. Закономірно, що вказані явища компрометують імунну систему та ускладнюють видужання хворих з після- COVID-19 [50].

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

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

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

- якщо нові симптоми розвиваються через 6-12 тижнів після інфікування COVID-19, обстеження проводить лікар загальної практики для виключення/підтвердження альтернативного діагнозу; постковідний

синдром може включати зміну симптомів та розвиток нових із часом, і це слід враховувати;

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

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

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

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

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

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

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

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

- пацієнти мають пройти комплексну оцінку потреб у реабілітації на етапі переходу до інших стаціонарних закладів; стаціонарну реабілітацію з визначеними цілями слід розпочинати негайно;
- подальшу оцінку поточних потреб у реабілітації необхідно проводити під час виписки з лікарні з відповідним направленням до лікаря загальної практики, якщо це потрібно; лікар первинної медичної допомоги має надати детальну інформацію з рекомендаціями щодо подальшого лікування, догляду та реабілітації, а повторну оцінку виконати через 4-6 тижнів після виписки;
- пацієнти, в яких з'являються нові симптоми після 6-тижневого спостереження, повинні бути повторно оглянуті лікарем загальної практики;
- оцінка та дослідження нових симптомів через шість тижнів повинні виключити альтернативний діагноз, а якщо не встановлено жодного – пацієнта слід обстежити за допомогою шкали PCFS для визначення подальшого обсягу реабілітації.

Станом на сьогодні існує обмежена доказова база щодо ефективності реабілітації пацієнтів із COVID-19 на різних етапах надання медичної допомоги [22]. Рекомендації щодо неврологічної та психологічної реабілітації осіб із COVID-19 на основі консенсусу, що ґрунтується на фактичних даних, і рівні доказовості наведені у таблицях 2.2.

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

1.3. Можливості медсестринського контролю для попередження психологічних розладів у хворих на постковідний синдром

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

Стресори, характерні для COVID-19, включають: страх захворіти та померти, бути соціально виключеним/поміщеним у карантин, втрату засобів до існування чи близьких та відчуття безпорадності, нудьги й самотності через ізоляцію. Ці стресори можуть спровокувати появу нових симптомів або посилити наявні психічні розлади за частотою та інтенсивністю проявів [6, 14].

Близько $\frac{3}{4}$ пацієнтів із COVID-19 після виписки з лікарні з негативним тестом ПЛР до півроку мають принаймні один симптом, пов'язаний із перенесеною інфекцією, зокрема $\frac{1}{4}$ перехворілих страждають на розлади сну, тривогу або депресію [15]. Найпоширенішими психологічними проблемами цього періоду є гострі стресові розлади (18,6%), тривожні симптоми та симптоми деморалізації (26,7%), депресія (10,5%) й ускладнене горювання (8,1%) [16]. Серед психіатричних

наслідків COVID-19 наголошується на таких, як: депресія, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), соматоформний больовий, панічний розлади, а також синдром хронічної втоми та порушення якості життя [17, 18].

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

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

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

Для пацієнтів, які відчувають симптоми тривоги, слід розглянути такі стратегії психосоціальної підтримки, як психологічна перша допомога, управління стресом та короткі психологічні втручання, основані на принципах когнітивно-поведінкової терапії [6, 25, 26]. Для осіб, які відчувають симптоми депресії, можуть бути застосовані короткі психологічні втручання, що ґрунтуються на принципах когнітивно-

поведінкової терапії, терапія розв'язання проблем та вправи з релаксації [27], безпосередньо за участю медичної сестри.

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

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

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

РЕЗЮМЕ

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

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

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Загальна характеристика обстежених

На базі багатопрофільного лікувального закладу - Комунального некомерційного підприємства «Міська клінічна лікарня № 16» Дніпровської міської ради, в якому надається стаціонарна та амбулаторна допомога і послуги для 360 тисяч дорослих мешканців міста Дніпро, Дніпропетровської області, а також інших областей України (табл. 2.1), було проаналізовано анкетні дані 66 пацієнтів з постковідним синдромом, які хворіли в межах останнього року на коронавірусну хворобу і знаходилися на лікуванні у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ) з реанімацією цього лікувального закладу в межах 2021 року. Було використано прості та загальнодоступні методи, що не вимагають вираженого зусилля - проводилося анкетування згідно спеціально розроблених опитувальників для вивчення тривожності, депресивних розладів та оцінки потреб пацієнта у реабілітації (у формі самозвіту за шкалою PCFS).

Таблиця 2.1

Підрозділи КНП «МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №16» ДМР

приймальне відділення	відділення політравми - на 45 ліжок, обслуговує мешканців міста Дніпро	відділення гінекології - на 35 ліжок, надає допомогу мешканцям Шевченківського району міста Дніпро
відділення травматології - на 45 ліжок, надає допомогу мешканцям Шевченківського та Соборного районів міста Дніпро	торакальне відділення - на 30 ліжок, надає планову і ургентну допомогу мешканцям Дніпропетровської області із травмами і	хірургічне відділення - на 35 ліжок, надає допомогу мешканцям Шевченківського району міста Дніпро

	гнійно-запальними захворюваннями грудної клітини	
відділення пульмонології на 30 ліжок, обслуговує мешканців міста Дніпро	відділення неврології - на 50 ліжок, надає допомогу мешканцям Шевченківського, Соборного та Центрального районів міста Дніпро	відділення хірургії кисті - на 40 ліжок, надає планову і ургентну допомогу при ураженні кисті мешканцям Дніпропетровської, Кіровоградської, Запорізької, Херсонської, Миколаївської областей
відділення терапії на 60 ліжок, обслуговує мешканців Шевченківського та Соборного районів міста Дніпро; відділення анестезіології і інтенсивної терапії	травмпункт – обслуговує мешканців Шевченківського району міста Дніпро	консультативно-діагностичне відділення
Параклінічні відділення		
- рентгенологічне відділення -	- кабінет функціональної діагностики, - кабінет УЗД	- клінічна лабораторія
- відділення фізіотерапії	- кабінет ендоскопії	- патологоанатомічне відділення

У обстежуваних пацієнтів при амбулаторному повторному зверненні до сімейного лікаря було діагностовано прояви постковідного синдрому з ураженнями серцево-судинної, дихальної, нервової, ендокринної систем та шлунково-кишкового тракту; оцінювалися демографічні показники, супутні захворювання (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, аритмія, перенесений інфаркт міокарда в анамнезі, хронічне обструктивне

захворювання легень/астма, легкі когнітивні порушення, деменція, інші нейродегенеративні захворювання, інсульт, депресія, остеоартроз та біль у попереку) та призначення 5 або більше препаратів в постковідному періоді.

Оцінку потреб пацієнта у реабілітації проводили у формі самозвіту за шкалою PCFS (табл. 2.2) (рис. 2.1) на прийомі у сімейного лікаря. Якщо у пацієнта були когнітивні чи інші обмеження, що заважали надавати відповіді, член сім'ї або опікун могли відповісти від його імені. Обсяг реабілітаційних заходів залежно від рівня функціональних обмежень визначав лікар, проведення опитування здійснювалося за участю середнього медичного персоналу відділення.

Під час анкетного опитування респонденту необхідно було вибрати одну вірну відповідь. Запитання в анкеті - закритого типу (розраховані на вибір конкретної відповіді на вказане запитання) та буферні (переведення уваги респондента з одного напрямку мислення на інший). Всі запитання анкети були чітко сформульовані і зрозумілі респонденту. Анкета – опитувальник заповнюється безпосередньо самим медичним працівником або методом інтерв'ю.

Таблиця 2.2

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

Я страждаю від обмежень у щоденному житті я не у змозі піклуватися о себе, тому залежу від сторонньої допомоги через симптоми біль, депресію чи тривогу		4
--	--	---

Рекомендації з неврологічної реабілітації

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

Рекомендації з психологічної реабілітації

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

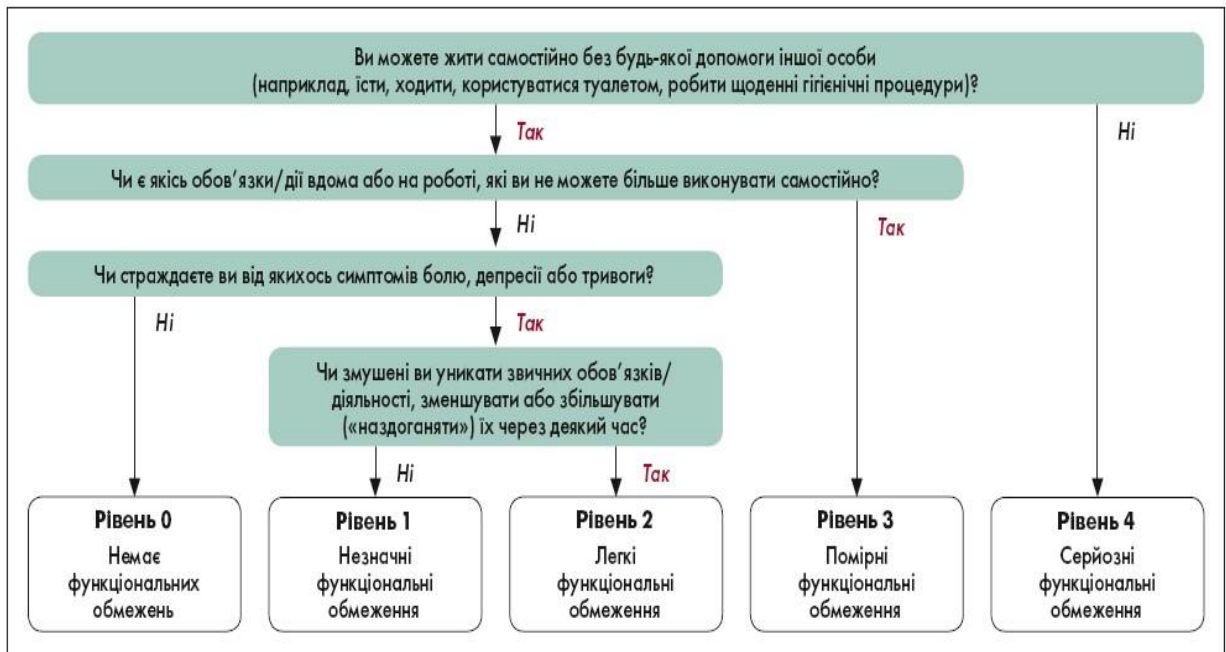


Рис. 2.1 Блок-схема для самозвіту пацієнта за шкалою PCFS

Для вчасного виявлення емоційних порушень психічного здоров'я проводили оцінку стану за госпітальною шкалою тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), яка була розроблена в 1983 році двома авторами (Zigmond A.S. і Snaith R.P.) з метою визначення та оцінки тяжкості симптомів депресії та тривоги в умовах загальномедичної практики (Додаток Б). Переваги шкали HADS полягають у простоті застосування і обробки, що дозволяє рекомендувати її до використання для первинного виявлення (скринінгу) тривоги та депресії (заповнення опитувальника не вимагає тривалого часу і не викликає ускладнень у пацієнта). Шкала HADS затверджена наказом МОЗ від 25.12. 2014 № 1003 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії» [6].

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

2.2. Статистичні методи дослідження

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

РОЗДІЛ 3

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ СЕСТРИНСЬКОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ДОВГОТРИВАЛИМИ НАСЛІДКАМИ КОВІДНОЇ ІНФЕКЦІЇ

3.1. Особливості роботи медичних сестер з амбулаторними пацієнтами в постковідному періоді та їх вклад в оцінювання функціональної здатності пацієнтів із після-**COVID-19**

Встановлено, що більшість середньо-тяжко хворих пацієнтів з COVID-19 мали саме респіраторні симптоми, включно з пневмонією та ГРДС і прогресували до більш тяжкого прояву захворювання з розвитком поліорганної недостатності. Вони часто не давали відповіді на респіраторну підтримку та екстракорпоральну мембранну оксигенацію (ЕКМО), що не вкладається у стандартні рамки респіраторної патології.

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

При визначенні готовності до виписки проводилося оцінювання мобільності, розладів ковтання, когнітивних порушень і психічних розладів, а також потреби в реабілітації та подальшому спостереженні для наступних груп пацієнтів: хворих, які перебувають або раніше перебували у ВАІТ/ПІТ, літніх пацієнтів, які мали важкий перебіг захворювання, пацієнтів, які проявляли ознаки будь-якого з перерахованих вище порушень. За наявності порушень структур/функцій та/або обмежень діяльності/участі необхідно було використовувати стандартизовані інструменти оцінювання, залучати пацієнта, членів родини і доглядачів до процесу оцінювання, прийняття рішень стосовно планування реабілітації та виписки.

В дане дослідження включено 66 амбулаторних пацієнтів ($66,2 \pm 12,8$ років, 57,6% жінок) з постковідним синдромом, який встановлено при поліклінічному прийомі у сімейного лікаря шляхом проведення клініко-лабораторно-інструментального обстеження, та які не потребували за тяжкістю стану госпіталізації в лікарню.

NICE визначає синдром після COVID-19 як «Ознаки та симптоми, які розвиваються під час або після інфекції, що відповідає COVID-19, тривають більше 12 тижнів і не пояснюються альтернативним діагнозом. Зазвичай він має сукупність симптомів, часто перекриття, яке може коливатися і змінюватися з часом і може вплинути на будь-яку систему в організмі. Синдром пост-COVID-19 може розглядатися до 12 тижнів, тоді як також оцінюється можливість альтернативного основного захворювання [17].

Критерієм включення в дослідження була (в часовому інтервалі – 6-12 місяців до моменту проведення дослідження) госпіталізація у ВАІТ з приводу коронавірусної інфекції. Встановлено, що при цьому у 90,9% ($n = 60$) пацієнтів була діагностована одно- чи двобічна полісегментарна пневмонія та у 60,6% хворих ($n = 40$) - ГРДС, з проведенням штучної вентиляції легенів, із середнім періодом перебування в реанімації ($10,3 \pm 4,9$) днів.

У обстежуваних відмічалися різні клінічні прояви: слабкість, знесилення, тривалий кашель, задишка, втрата смаку та нюху, порушення сну та свідомості, тривожність, депресія, головний біль, суглобовий синдром, випадіння волосся, розлади ендокринної системи та шлунково-кишкового тракту (рис. 3.1).

Вивчаючи клінічні симптоми у обстежуваних хворих з постковідним синдромом, було встановлено, що пацієнти з поєднаннями 1-3 симптомів в довільній комбінації, але без ознак задишки і/або тривалого кашлю (1 група, $n=34$) були молодшими, мали менше супутніх захворювань, кращий функціональний статус до COVID-19 порівняно з пацієнтами (2 група,

n=32), які мали при поєднанні ознак захворювання присутній кашель і задишку.

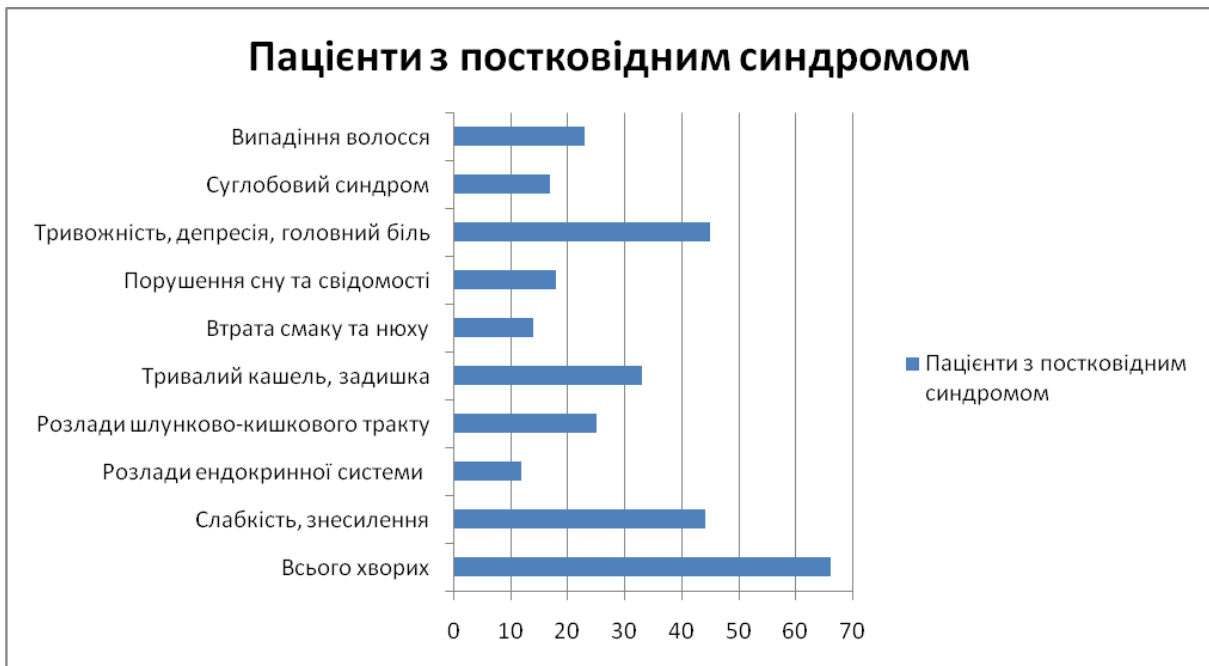


Рис. 3.1 Розподіл пацієнтів на пост-COVID-19 за клінічним перебігом

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

Після виписки з стаціонару через 6-10 тижнів (середня тривалість перебування в стаціонарі $18,2 \pm 1,7$ доби), всі показники фізичної працездатності продемонстрували істотне поліпшення при порівнянні початкових та кінцевих значень при виписці зі стаціонару у загальній вибірці та серед пацієнтів 1 групи, тоді як у пацієнтів 2 групи показники, пов'язані з когнітивним дисбалансом, покращились незначно. Жоден з пацієнтів не помер під час лікування і амбулаторного спостереження.

Фізичне навантаження оцінювали за допомогою 6-хвилинного тесту на ходьбу (6MWT), (рис. 3.2), рівновагу (стояти 10 секунд на ногах поруч з

підтримкою на напівпідтримкою) та силу нижніх кінцівок (час, необхідний для того, щоб встати і сісти 5 разів зі стільця без використання рук).

У підбірці (порівну з 1 і 2 груп) з 42 учасників віком ($61,9 \pm 12,1$) року, серед яких було 64,4% осіб жіночої статі, середня відстань пішохідного руху через 6-8 тижнів після виписки з лікарні збільшилася зі ($158,7 \pm 24,1$) до ($846,3 \pm 47,5$) м ($p < 0,1$) у порівнянні з даними під час перебування в лікарні. Однак розподіл між обома групами вказував на істотну відмінність у показниках: вказаного результату досягли 71,5% хворих 1 групи, та 47,7% хворих 2 групи.



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

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

Шкала PCFS охоплює весь спектр функціональних обмежень, включаючи зміни у способі життя, спорті та соціальній діяльності; симптоми включають (але не обмежуються цим) задишку, біль, стомлюваність, м'язову слабкість, втрату пам'яті, депресію та тривогу; якщо дві оцінки здаються доречними, пропонувалося вибирати найвищу

оцінку з найбільшою кількістю обмежень; вимірювання функціонального стану під час гострого періоду SARS-CoV-2 оцінювалося ретроспективно згідно слів пацієнтів чи їх родичів; як альтернатива цій блок-схемі та опитувальнику пацієнта, доступне велике структуроване інтерв'ю.

Аналіз отриманих нами даних (табл. 3.1) свідчить про поширеність зниження функціонального стану у обстежених хворих (63,6%) під час амбулаторного спостереження, виміряне за шкалою PCFS. Жіноча стать, вік, тривалість перебування в лікарні, механічна вентиляція легенів та госпіталізація були пов'язані з обмеженнями у функціональному статусі (III-IV ступінь PCSF). Виявлено зниження функціонального стану у більшій частині пацієнтів з симптомами задишки і кашлю в постковідному періоді порівняно з пацієнтами 1 групи (84,3% проти 50%, $P < 0,01$) під час обстеження їх на поліклінічному етапі. Також частіше повідомлялося про зниження функціонального стану у двох ступенях у пацієнтів з постковідним синдромом з задишкою і кашлем та без нього (6,25% проти 2,9%, $P < 0,01$). Незначні обмеження у їх повсякденному житті (1 ступінь за PCSF) було зазначено у 12,5% пацієнтів 2 групи порівняно з 5,9% у пацієнтів 1 групи ($P < 0,01$) (табл.3.1). Стать, вік, тривалість перебування в лікарні, супутня патологія та необхідність госпіталізації були включені як незалежні змінні. Вік та тривалість перебування в лікарні частіше були пов'язані з вищим ризиком обмежень у функціональному стані (II-IV ступеня PCSF).

Порушення сну та свідомості у хворих на постковідний синдром було зареєстрована лише у 18 пацієнтів (27,3%), однак пацієнти 2 групи частіше описували безсоння порівняно з пацієнтами 1 групи (50% проти 32,4%, $P < 0,01$).

Розлади ендокринної системи та випадіння волосся у хворих на постковідний синдром були зареєстровані у 12 і 23 пацієнтів відповідно (18,2 та 34,8%), однак пацієнти 2 групи частіше описували ендокринні порушення порівняно з пацієнтами 1 групи (34,4% проти 14,7%, $P < 0,01$).

Розлади шлунково-кишкового тракту у хворих на після-COVID-19 спостерігалися у 25 пацієнтів (37,9%), при цьому частка пацієнтів 1 групи і 2 групи виявилися тотожними (38,2% та 37,5%, $P>0,01$).

Таблиця 3.1

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

Клас функціональної шкали стану після COVID-19:	Під час госпітального періоду з COVID-19		В післяковідний період	
	1 група (n = 34)	2 група (n = 32)	1 група (n = 34)	2 група (n = 32)
0: Без обмежень у моєму повсякденному житті.	94,1 %	84,4 %	50 %	15,7 %
1: Незначні обмеження (все ще мають постійні симптоми).	26,5 %	1,3 %	5,9 %	12,5 %
2: Обмеження у моєму повсякденному житті, іноді потрібно уникати або зменшувати звичну діяльність	11,8 %	28,2 %	2,94 %	-
3. Обмеження у моєму повсякденному житті, і я не можу виконувати всі звичні дії.	8,8 %	37,5 %	-	6,25 %
4. Суворі обмеження. Я перебуваю на утриманні від іншої людини через симптоми.	3 %	6,3 %	-	-

Суглобовий синдром у хворих на після-COVID-19 відмічався лише у 17 пацієнтів (25,75%), в рівній мірі серед пацієнтів обох груп (23,5% проти 28,1%, $P>0,01$).

Серцево-судинні ускладнення довгострокового характеру (почащене серцебиття, судинна дистонія, ниючі болі в ділянці серця, зниження

працездатності) у хворих на постковідний синдром спостерігалися лише у 39 пацієнтів (59,1%), однак пацієнти 2 групи частіше відмічали вказані скарги порівняно з пацієнтами 1 групи (68,7% проти 50%, $P < 0,01$).

Порушення сну та свідомості у хворих на постковідний синдром було зареєстрована лише у 18 пацієнтів (27,3%), однак пацієнти 2 групи частіше описували безсоння порівняно з пацієнтами 1 групи (50% проти 32,4%, $P < 0,01$).

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

3.2. Виявлення медичною сестрою тривожно-депресивних розладів у хворих на після-COVID-19

Попередні важкі спалахи гострого респіраторного синдрому (ГРВІ) показали, що вони впливають на функцію легенів, фізичні навантаження, якість життя, пов'язану зі здоров'ям, психічне здоров'я та призводять до посилення симптомів втоми та задишки з 6 місяців до 2 років після початок симптомів [5,6,7]. Кількість пацієнтів, які одужують від важкого перебігу SARS-CoV-2, збільшується, а разом з цим потреба в засобах моніторингу перебігу захворювання та функціонального статусу пацієнтів також зростає і набуває вкрай важливого значення [8].

Пацієнти із діагнозом COVID-19 та постковідним синдромом часто відчувають жаль, обурення, самотність і безпорадність, депресію, тривогу і

фобію, роздратування і безсоння. У деяких пацієнтів можливі панічні атаки. Психологічний аналіз пацієнтів на госпітальному етапі продемонстрував, що приблизно у 47% обстежених пацієнтів із підтвердженим діагнозом SARS-CoV-2 були прояви стресу під час госпіталізації [51-53].

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

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

Об'єктивні шкали включають:

1. Шкала оцінки депресії Гамільтона (HAMD),
2. Шкала оцінки тривожності Гамільтона (HAMА),
3. Позитивна та негативна шкала синдрому (PANSS).

У такому особливому середовищі як карантин та самоізоляція доцільно пройти анкети через мобільні телефони пацієнтів чи з допомогою інтернет-мережі. Лікарі та медсестри можуть проводити співбесіду та проводити анкетування за допомогою особистого чи онлайн-обговорення. В даному дослідженні магістрант особисто, працюючи у ВАІТ з ковідними пацієнтами, проводила анкетування для виявлення тривожно-депресивних розладів у них - під час лікування в стаціонарі та на амбулаторному етапі у співпраці з сімейним лікарем - за допомогою госпітальної шкали **HADS** (див. Додатки 1, 2).

Шкала складена з 14 тверджень, які обслуговують дві підшкали:

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

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

Обробка результатів полягала в підрахунку сумарного показника за кожною шкалою.

Інтерпретація результатів:

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

8-10 – субклінічно виражена тривога/депресія;

11 і вище - клінічно виражена тривога/депресія.

Досліджували психоемоційну сферу 66-ти обстежених осіб з постковідним синдромом (таб. 3.2.) не раніше ніж через 6-8 тижнів після перенесеного COVID-19, з них: 34 пацієнти з поєднаннями 1-3 сипптомів в довільній комбінації, але без ознак задишки і/або тривалого кашлю (1 група) і 32 пацієнти (2 група), які мали при поєднанні ознак захворювання присутній кашель і задишку. Було встановлено, що найбільш вираженим показником «психічного нездоров'я» був рівень клінічної тривоги, виявлений у 17 (50%) пацієнтів 1 групи, у 21 (65,7 %) пацієнта 2 групи. Також було виявлено високий рівень субклінічної депресії у 16 (50%) пацієнтів 2 групи, що значно перевищує показники у пацієнтів 1 групи.

Таблиця 3.2

Рівень тривоги та депресії у пацієнтів досліджуваних груп

Показник	1 група (n = 34), %	2 група (n = 32), %
Тривога відсутня	8,8	0
<u>Субклінічний рівень тривоги</u>	41,2	34,4

<i>Клінічний рівень тривоги</i>	50	65,7
Депресія відсутня	58,8	12,5
<i>Субклінічний рівень депресії</i>	11,7	50
<i>Клінічний рівень депресії</i>	29,5	37,5

Середній бал за шкалою тривоги HADS у групі постковідних хворих з присутньою задишкою і кашлем становив 12,5 (клінічно виражена тривога), у пацієнтів з сукупністю постковідних симптомів, але без задишки і/або тривалого кашлю - 9,14 (субклінічно виражена тривога). На підставі вищенаведених показників можна простежити, що найбільш виражена тривога у пацієнтів зі збереженими симптомами дихальної недостатності, які при виписці з лікарні також демонстрували високий показник тривожності, проміжний показник — у пацієнтів з різнобічними симптомами постковіду, але без задишки/кашлю - на 6-8 тиждень після перенесеного ковіду.

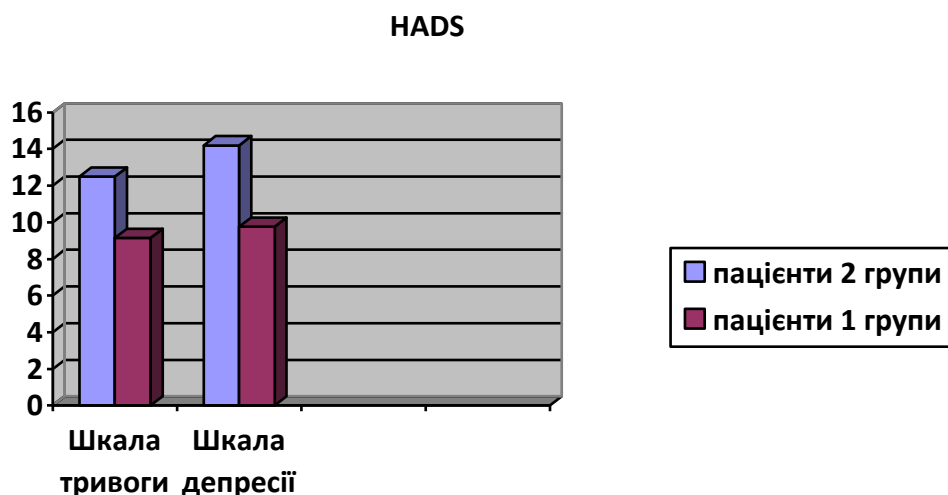


Рис. 3.3 Оцінка тривоги та депресії за шкалою HADS

У хворих 1 групи з постковідним синдромом середній бал за шкалою депресії HADS становив 9,75 (субклінічно виражена депресія), у пацієнтів 2 групи — 14,2 (клінічно виражена депресія).

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

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

3.3. Особливості взаємодії медичної сестри з пацієнтом під час пандемії в поза госпітальному періоді

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

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

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

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

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

1. Особи, які захворіли на коронавірусну хворобу і мають довгострокові наслідки у вигляді постковідного синдрому, а також їх близькі родичі, потребують психологічного супроводу при зверненні до медичного закладу будь-якого профілю.

2. Діагностика нейрокогнітивних порушень складається з опитування пацієнтів та їх рідних щодо погіршення здатності запам'ятовувати, концентрувати увагу, планувати тощо. Найбільш чутливим тестом для об'єктивізації нейрокогнітивних порушень залишається Монреальська шкала когнітивних порушень. Усіх пацієнтів, які перенесли COVID-19, рекомендовано протестувати на наявність тривожно-депресивного розладу, який теж може спричиняти нейрокогнітивні порушення.

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

4. Особливості формування стосунків у системі медична сестра — хворий на пост-COVID-19 у значній мірі визначають ефективність терапевтичного процесу загалом, стають суттєвим елементом процесу лікування практично будь-якого захворювання, особливо на фоні тривожно-депресивних розладів.

5. Створення у хворого доброго, оптимістичного настрою, впевненість у сприятливому перебігу хвороби є важливою складовою на шляху одужання, а допомагає в цьому належний догляд і чуйне ставлення до пацієнта.

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Впродовж останніх півтора року у світі відбулися серйозні зміни, які торкнулися усіх сторін життя людей, особливо – здоров'я. Поширеність коронавірусної інфекції, спричиненої збудником інфекції - SARS-CoV-2, у всьому світі, та в Україні зокрема, стрімко зростала. І 11 березня 2020 року ВООЗ оголосила про початок пандемії COVID-19.

В даний час відомості про епідеміологію, клінічні особливості, профілактику і лікування цього захворювання продовжують вивчатися. Найбільш поширеним клінічним проявом нового варіанту коронавірусної інфекції є двостороння пневмонія, у 3-4% пацієнтів зареєстровано розвиток гострого респіраторного дистрес-синдрому (ГРДС).

Минув тривалий період після перших повідомлень про появу нового штаму корона вірусу, однак попри рекордно швидке налагодження у світі протиепідемічних, діагностичних, лікувальних та профілактичних заходів, поширення COVID-19 та смертність від його ускладнень продовжують зростати. В Україні виявлення та лікування хворих на COVID-19, а також захист медичного персоналу здійснюється відповідно до наказу МОЗ України від 04.02.2022 р. № 230 «Про внесення змін до Стандартів медичної допомоги "Коронавірусна хвороба (COVID-19)"» та Наказу МОЗ України від 22.02.2022 № 358 "Про внесення змін до протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)»".

Довгострокові наслідки коронавірусної хвороби 2019 (COVID-19) лише зараз починають визначатись, але вже відомо, що хвороба може мати прямий та непрямий вплив головним чином на кардіореспіраторну і нервово-м'язову системи, та може вплинути на психічне здоров'я. Багато хто з пацієнтів може мати серйозні наслідки для здоров'я, а також мати значні економічні втрати [5]. Враховуючи подібність між коронавірусною хворобою 2019 року (COVID-19) та хворобами, спричиненими іншими коронавірусами [6], слід очікувати післягострих та тривалих наслідків, які

потребують специфічного лікування [1, 7]. Кількість людей, які в кінцевому підсумку потребують уваги щодо наслідків COVID-19, може бути високою: станом на кінець лютого 2022 р. в Україні: понад 4.8 мільйонів випадків захворювання, унаслідок чого близько 105500 осіб померли; понад 4 мільйони 58 тисяч одужало. Тому це є основною світовою проблемою охорони здоров'я з невизначеним майбутнім.

Останні дані показують, що особи з важкою формою захворювання мають супутні захворювання, такі як гіпертонія, діабет, серцево-судинні захворювання (ССЗ) або цереброваскулярні захворювання [9], а госпіталізованим пацієнтам потрібна тривала госпіталізація (близько 4–53 днів) або реанімація (4–19 днів перебування) [10]. Крім того, слід враховувати, що ці пацієнти можуть страждати від ятрогенних ефектів лікування COVID-19 [11] (рис. 1). Разом ці фактори роблять їх уразливими до втрати функцій та зниження якості життя після виписки з лікарні [6]. Більшість із цих питань охорони здоров'я можуть бути принаймні частково розглянуті фахівцями з реабілітації з усіх дисциплін. Дійсно, роль реабілітаційних заходів у вирішенні цих наслідків визначається медиками [12, 13], але дуже важливо, щоб оцінка пацієнта була систематичною, якщо потрібно виявити, лікувати та, якщо можливо, запобігти подальшим ускладненням хвороби. Тому потрібні чіткі вказівки (1), щоб допомогти медичним працівникам оцінити ймовірність серйозного погіршення стану здоров'я пацієнта та (2) допомогти їм у забезпеченні належного лікування.

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

стресового розладу [32]. Вважається, що ці стани компрометують імунну систему та можуть ускладнити одужання [50].

Дане дослідження проводилося на базі багатопрофільного лікувального закладу - Комунального некомерційного підприємства «Міська клінічна лікарня № 16» Дніпровської міської ради, в якому надається стаціонарна та амбулаторна допомога і послуги для 360 тисяч дорослих мешканців міста Дніпро, Дніпропетровської області, а також інших областей України

Було проаналізовано анкетні дані 66 пацієнтів з постковідним синдромом, які хворіли в межах останнього року на коронавірусну хворобу і знаходилися на лікуванні у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ) з реанімацією цього лікувального закладу в межах 2021 року.

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

Необхідно проводити фізичне, когнітивне та психологічне оцінювання з метою визначення потреби та обсягу реабілітаційних послуг

після-COVID-19 для всіх, хто їх потребує. Існує три основних категорії пацієнтів із наслідками COVID-19, що потребують реабілітації, зокрема психологічної [21]. Принцип розподілу за категоріями базується на необхідності госпіталізації чи самостійного подолання інфекції в амбулаторних умовах. Одна з категорій, це – пацієнти із COVID-19, які отримували лікування у відділенні реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ). Вони повинні пройти комплексну оцінку потреб у реабілітації на етапі переходу до інших стаціонарних закладів; якщо цілі визначено, то стаціонарну реабілітацію слід розпочинати негайно. Подальшу оцінку поточних потреб у реабілітації цієї когорти пацієнтів необхідно проводити під час виписки з лікарні з відповідним направленням до лікаря загальної практики, якщо це потрібно; лікар первинної медичної допомоги має надати детальну інформацію з рекомендаціями щодо подальшого лікування, догляду та реабілітації, а повторну оцінку виконати через 4-6 тижнів після виписки. Пацієнти ж, в яких з'являються нові симптоми після 6-тижневого спостереження, повинні бути повторно оглянуті лікарем загальної практики; і мати виключений альтернативний діагноз, а якщо не встановлено жодного – пацієнта слід обстежити за допомогою шкали PCFS для визначення подальшого обсягу реабілітації. Ефективність реабілітації пацієнтів із COVID-19 на різних етапах надання медичної допомоги [22] має обмежену доказову базу щодо її застосування.

Аналіз отриманих нами даних свідчить про поширеність зниження функціонального стану у обстежених хворих (63,6%) під час госпітального періоду захворювання, виміряне за шкалою PCFS. Жіноча стать, вік, тривалість перебування в лікарні, механічна вентиляція легенів та госпіталізація були пов'язані з обмеженнями у функціональному статусі (II-IV ступінь PCSF). Виявлено зниження функціонального стану у більшій частині пацієнтів з симптомами задишки і кашлю в постковідному періоді порівняно з пацієнтами 1 групи (84,3% проти 50%, $P < 0,01$) під час обстеження їх на поліклінічному етапі. Також частіше повідомлялося про

зниження функціонального стану у двох ступенях у пацієнтів з постковідним синдромом з задишкою і кашлем та без нього (6,25% проти 2,9%, $P < 0,01$). Незначні обмеження у їх повсякденному житті (1 ступінь за PCSF) було зазначено у 12,5% пацієнтів 2 групи порівняно з 5,9% у пацієнтів 1 групи ($P < 0,01$).

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

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

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

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

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

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

В даному дослідженні середній бал за шкалою тривоги HADS у групі хворих з комбінацією симптомів, включно із респіраторними проблемами вказував на клінічно виражену тривогу, у пацієнтів на постковідний синдром з помірною кількістю ознак захворювання та без задишки і

тривалого кашлю — на субклінічно виражену тривогу. На підставі вищенаведених показників можна простежити, що найбільш виражена тривога у пацієнтів із збереженими респіраторними проявами, які при виписці з лікарні також демонстрували високий показник тривожності, проміжний показник — у пацієнтів на постковідний синдром без дихальних розладів.

У хворих з після- COVID-19 середній бал за шкалою депресії HADS демонстрував клінічно виражену депресію серед хворих 2 групи, у пацієнтів 1 групи — спостерігалася субклінічно виражена депресія.

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

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

Перший крок психологічного втручання, пов'язаного з COVID-19, передбачає надання пацієнтам (і родичам за допомогою телефону) оновлену та реалістичну інформацію про хворобу COVID-19. Для пацієнтів, які виявляють тривогу та гострі симптоми стресу, слід

застосувати індивідуальні техніки релаксації, такі як м'язова релаксація, сканування тіла, контроль дихання та рефлексія з уявою [28]. Для контролю сильних негативних емоцій (наприклад, занепокоєння, суму) доцільними будуть методи заземлення, як психічні, так і фізичні [29].

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

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

ВИСНОВКИ

1. Встановлено, що, хоча жоден з пацієнтів під час стаціонарного і амбулаторного етапів лікування ковідної інфекції не мав делірію відповідно до балів САМ (Confusion Assessment Method), когнітивна функція після COVID-19 була знижена у всій когорті пацієнтів.

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

3. Когнітивні розлади у пацієнтів на після-COVID-19 та їх динаміка при тяжкому перебігу коронавірусної інфекції з багатьма довгостроковими наслідками свідчать про появу обмежень у повсякденному житті, зменшення звичної діяльності, а також про утримання від звичайних дій та необхідність сторонньої допомоги. Вказані зміни (згідно опитувальника за шкалою PCSF) пов'язані з тяжкістю захворювання і збереженням тривалий час симптомів, пов'язаних з дихальною недостатністю, а саме з задишкою і тривалим кашлем.

4. За результатами клініко-психопатологічного дослідження за допомогою шкали HADS відзначено високу частоту тривожних і депресивних розладів серед обстежуваних осіб, які в постковідному періоді мають значну кількість клінічних симптомів захворювання. Встановлено, що чим вираженіше симптоми та тяжчий клінічний перебіг постковідного синдрому у пацієнтів, тим вище середні показники за шкалою депресії HADS.

5. Аналіз особливостей роботи медичних сестер у відділенні ВАІТ та реанімації в умовах всесвітньої пандемії свідчить про необхідність акцентувати увагу на елементах невідкладної психологічної підтримки, точних знаннях у діагностиці порушень когнітивної та психоемоційної

сфери пацієнта з COVID-19 та особливостях психологічної допомоги. Для оптимізації професійних знань медичних сестер у цих напрямках рекомендується включити освітні компоненти на кшталт «Психологічна підтримка в рооті медичної сестри» в освітні навчальні програми для медсестер.

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

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.

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

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Для оптимізації професійних знань медичних сестер вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в умовах всесвітньої пандемії рекомендується включити освітні компоненти «Психологічна допомога і підтримка» в освітні навчальні програми для медсестер.

Рекомендується підвищувати рівень знань медичних сестер, які займаються професійною діяльністю, у неформальній освіті - шляхом проходження курсів, вебінарів та онлайн-стажувань у напрямку попередження та профілактики тривожно-депресивних розладів під час епідемій та вміння діагностувати і надавати медичну допомогу при порушенні психічного здоров'я.

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

Список літератури

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Додаток 1

Шкала HADS

Прізвище _____

Вік _____ Стать _____

Діагноз _____

Тривалість захворювання _____

Чи приймали антидепресанти? Якщо так, то які саме?

Частина I (оцінка рівня ТРИВОГИ)

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

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

Загальна кількість балів по рівню тривоги _____

Частина II(оцінка рівня ДЕПРЕСІЇ)

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

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

Загальна кількість балів по рівню депресії _____