**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

**Західноукраїнський національний університет**

**Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій**

Кафедра психології та соціальної роботи

**ГЛОВА Світлана Іванівна**

**Стресові чинники і дистресові розлади працівників медичної сфери у період пандемії COVID-19/Stressors and distress disorders of medical workers during the COVID-19 pandemic**

спеціальність 053 Психологія

освітньо-професійна програма «Психологія»

кваліфікаційна робота

Виконала студентка

групи ПСзмчн-21

Глова Світлана Іванівна

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

підпис

Науковий керівник:

к. психол. н., доцент

Мазур Тамара Василівна

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

підпис

Кваліфікаційну роботу допущено до захисту

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ р.

Завідувач кафедри

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**А.Н. Гірняк**

підпис

**Тернопіль – 2022**

**ЗМІСТ**

**ВСТУП** 3

**РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОБЛЕМ ПАНДЕМІЇ CОVID-19 ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ’Я** 7

1.1. Поняття про пандемію Covid-19. Негативні психологічні наслідки пандемії для населення. 7

1.2. Теоретичні підходи до дослідження стресових чинників працівників медичної сфери у період пандемії Covid-19 15

1.3. Посттравматичний стресовий розлад як наслідок впливу пандемії Covid-19 у працівників медичної сфери 27

**РОЗДІЛ 2.ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ СТРЕСУ ТА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ІНФЕКЦІЙНИХ ВІДДІЛЕНЬ, ЩО ПРАЦЮЮТЬ ІЗ ХВОРИМИ НА COVID-19** 40

2.1. Організація та опис методичних засобів дослідження 40

2.2. Результати емпіричного дослідження та їх аналіз 43

**РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ЩОДО САМОРЕГУЛЯЦІЇ ПСИХІЧНОГО СТАНУ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ, ЩО НАДАЮТЬ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ ХВОРИМ НА СOVID-19** 52

3.1. Напрямки психологічної роботи щодо саморегуляції психічного стану у період дії стресових чинників 52

3.2. Постстресова психологічна допомога щодо навчання медичних працівників методам саморегуляції 64

**ВИСНОВКИ** 69

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ** 73

**ДОДАТКИ** 80

# ВСТУП

**Актуальність дослідження.** У період поширення коронавірусної інфекції Covid-19 система світової охорони здоров’я переживає одну з найтяжчих криз. Карантин та повна соціальна ізоляція змінили повсякденне життя всього людства.

Вищевикладене свідчить про високу актуальність проблеми збереження психічного здоров’я населення в цілому та необхідність подальшого більш диференційованого вивчення реагування людей на стресову ситуацію залежно від сфери діяльності.

Тому особливо актуальною проблема Covid-19 є для медичних працівників усіх категорій (лікарів, середніх та молодших співробітників), персоналу, що контактує з пацієнтами з коронавірусною інфекцією. Небезпека для здоров’я медиків посилюється можливістю зараження при контактуванні з хворими, наявністю безпосередньої загрози здоров’ю та життю, важкі умови праці, моральне навантаження, пов’язане з життями інших людей, що й породжує для медичних працівників особливо гостру стресову ситуацію.

Досліджень особливостей впливу пандемії Covid-19 на психічне здоров’я людей не дуже багато, в основному це праці зарубіжних науковців, таких як: Brooks S., Webster R., Smith L., Rubin G., Wessely S., Хаустової О. Вплив пандемії саме на психічне здоров’я працівників медичної сфери розглядається у працях таких вчених, як Jianbo L., Godderis L., Spoorthy M., Матюшкіна О., Падун М., Карамушка Л. та ін.

Серед українських дослідників, які вивчали особливості впливу пандемії Covid-19 на населення й, зокрема, на медичних працівників, є: Бегеза Л., Кавецька Н., Коробанова О., Крамар Ю., Науменко Г., Пішель В., Чабан О., Бочелюк В., Панов М., Хиць А., Юр’єва Л., та інші.

З огляду на це актуальними є дослідження стресових розладів медичних працівників саме в умовах пандемії, коли медичний персонал змушений працювати в умовах екстремального навантаження та підвищеної загрози зараження. Важливо своєчасно виявляти можливі ризики розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), професійного стресу та стресостійкості у медичних працівників, які надають допомогу хворим на Covid-19.

**Мета роботи**: виявити та охарактеризувати особливості прояву професійного стресу, ПТСР та стресостійкості у медичних працівників під час пандемії Covid-19.

**Об’єкт дослідження:** стресові розлади у працівників медичної сфери.

**Предмет дослідження:** особливості стресостійкості, професійного стресу та ПТСР у працівників медичної сфери у період пандемії Covid-19.

**Основні завдання дослідження**:

1. Проаналізувати вітчизняну та зарубіжну літературу, присвячену дослідженням психологічним проблемам пандемії Covid-19 та її негативних психологічних наслідків для населення.
2. Теоретично дослідити стресові чинники, які впливають на працівників медичної сфери у період пандемії.
3. Провести емпіричне дослідження особливостей професійного стресу, ПТСР у працівників медичної сфери.
4. Надати практичні рекомендації щодо саморегуляції психічного стану в умовах стресу, спричиненого пандемією Covid-19.

**Теоретико-методологічну основу** склали положення системного підходу (Є.В. Гейко, Б.Ф. Ломов, С.Д. Максименко та ін.), методології пізнання особистості як субʼєкта діяльності (К.О. Абульханова-Славська, Ж.П. Вірна, Г.С. Костюк, В.О. Татенко, Т.М. Титаренко та ін.). Теоретичний концепт дослідження склали концепції емоційної регуляції діяльності (В.К. Вілюнас, А.Т. Злобін, К. Ізард, Т.С. Кириленко, І.Г. Кошлань), емоційного вигорання (В.В. Бойко, В.В. Зарицька, В.Є. Орел та ін.), особистісно-діяльнісного підходу (Л.С. Виготський, І.Д. Бех, Л.К. Велитченко, та ін.), теоретичні положення аксіологічного підходу (М.Й. Боришевський, Є.В. Карпенко, З.С. Карпенко, В.М. Ямницький та ін.), концепції психології здоровʼя (О.В. Завгородня, С. Мадді, М.В. Савчин, О.В. Шувалов та ін.).

**Методи дослідження.** Для розв’язання поставлених задач були використані такі методи:

а) теоретичні методи – науковий аналіз, абстрагування, синтез, систематизація;

б) емпіричні методи – опитування, тестування. Зокрема, для самооцінки актуального рівня стресу та стресостійкості були використані методики визначення стресостійкості та соціальної адаптації Т. Холмса і Р. Раге та шкала професійного стресу Д. Фонтани. З метою дослідження ступеня вираженості посттравматичних стресових реакцій було використано Міссісіпську шкалу для оцінки посттравматичних реакцій (цивільний варіант).

**Теоретичне та практичне значення** полягає в тому, що ця робота являє собою наукову спробу дослідити особливості стресу та професійного стресу у працівників медичної сфери, що працюють в умовах пандемії Covid-19. Практичні рекомендації щодо саморегуляції психічного стану в умовах стресу, що викликається напруженою роботою в умовах пандемії Covid-19, можуть допомогти поліпшити ефективність під час виконання трудових обов’язків та уникнути розвитку професійного стресу.

**Структура та обсяг роботи.** Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (60 найменувань) та додатків. Загальний обсяг роботи – 83 сторінки.

Перший розділ присвячено теоретичному вивченню проблеми пандемії Covid-19 та її впливу на психічний стан населення. Теоретично досліджено особливості професійного стресу та виникнення ПТСР у працівників медичної сфери.

У другому розділі визначено загальну стратегію емпіричного дослідження, обгрунтовано комплекс психодіагностичних методів та методичних засобів дослідження. Емпірично досліджено особливості професійного стресу та визначено актуальний рівень стресу у працівників медичної сфери.

У третьому розділі представлено розробку практичних рекомендацій щодо саморегуляції психічного стану особистості в умовах стресу.

# РОЗДІЛ 1

# ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОБЛЕМ ПАНДЕМІЇ CОVID-19 ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ’Я

# 1.1. Поняття про пандемію Covid-19. Негативні психологічні наслідки пандемії для населення

Covid-19 – є новим штамом коронавірусу, який є групою вірусів, які зазвичай викликають легкі захворювання, такі як застуда. Вперше ідентифікований був у грудні 2019 року у провінції Хубей, Китай [38].

Симптоми Covid-19 є неспецифічними і можуть відрізнятися за ступенем вираженості. Хвороба може протікати як без ознак хвороби, так і може викликати важку пневмонію, і в гіршому випадку для людей групи ризику хвороба може закінчитися смертю.

Він сильно відрізняється і є набагато серйознішим за сезонні спалахи грипу, які трапляються щороку з кількох причин. По-перше, період прояву симптомів у людей може тривати до 14 днів, а не два дні, як це відбувається під час грипу. Це означає, що люди можуть розповсюджувати вірус протягом двох тижнів, не знаючи про це.

У більшості випадків коронавірусна інфекція Covid-19 передається повітряно-краплинним шляхом (при кашлі, чханні) і при прямому контакті. Рідше вірус може поширюватись через забруднені поверхні. Згідно з наявною на даний момент інформацією, вірус SARS-CoV-2 зберігається до трьох днів при кімнатній температурі. У той же час вірус можна видалити з поверхонь за допомогою ефективних методів дезінфекції та засобів для очищення [21].

Коронавірус вражає легені та має наступні основні симптоми:

* висока температура;
* сухий кашель;
* затруднене дихання [60].

Більше 80 відсотків людей, інфікованих Covid-19, відчувають легкі симптоми, схожі на застуду, і можуть не знати, що вони інфіковані цим вірусом, що є ще однією причиною його стрімкого поширення. Близько 15 відсотків мають більш серйозні симптоми, у той час як приблизно 5 відсотків страждають на пневмонію [38].

3 березня 2020 року в Україні виявили перший випадок зараження Covid-19, а вже з 12 березня по 3 квітня, щоб уникнути поширення хвороби по всій країні оголосили карантин: призупинили заняття в школах і заборонили масові збори понад 200 осіб [24].

Карантин в Україні розпочався з того, що скасували очні заняття у навчальних закладах, заборонили розважальні та спортивні заходи за участю понад 200 осіб. У Києві заходи були жорсткішими – дозволили лише заходи не більше ніж на 60 осіб, які при вході повинні були пройти перевірку температури [27].

Рішення уряду у регіонах виконували з різною швидкістю. У Харкові, наприклад, батьки не змогли відвести дітей у школи та дитсадки вже у п’ятницю, 13 березня. А у Львові – лише з понеділка, 16 березня.

Введення надзвичайної ситуації не обмежує конституційні права та свободи людей, хоча може ускладнити їх реалізацію. Наприклад, припинено не лише міжобласні рейси, а й навіть приміські пасажирські перевезення, закриті для відвідування деякі об'єкти, такі як парки, заборонено масові заходи [5].

Згодом влада в різні періоди встановлювала різні карантинні режими. Періодично вводили адаптивний карантин, карантин вихідного дня. Після новорічних свят у 2021 році в Україні було оголошено локдаун та з 8 по 24 січня діяли додаткові посилені карантинні обмеження. Наразі в Україні діє режим адаптивного карантину. Залежно від рівня захворюваності у кожному регіоні діють спеціальні карантинні норми [24].

З одного боку, Covid-19 – це перша глобальна пандемія в епоху соціальних медіа та еру «альтернативних фактів». З іншого боку, ця інфекція поводиться як хвороби попередніх епідемій, наприклад, важкий гострий респіраторний синдром (SARS), поширення якого в 2003 році вдалося стримати в основному широким використанням карантину. Вже під час тієї епідемії було виявлено психологічні ефекти карантину в Торонто (Канада), які виражалися у високій поширеності психологічного дистресу, включаючи симптоми депресії та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [7].

Отже, навіть якщо вдасться зупинити фізичне поширення хвороби шляхом масивного використання карантину та дотримання соціальної дистанції, у довгостроковій перспективі ще доведеться мати справу з психічними ефектами цієї події. Психологічний вплив ситуації пандемії може ще багато років позначатися на соматичному і психічному здоров’ї людей і тому необхідно подбати про те, щоб зусилля, що вживаються в цій кризовій ситуації, якнайкраще задовольняли інтереси громадського здоров’я, коли пандемія закінчиться і нашим завданням стане не відповідь на безпосередній виклик, а послідовний рух у напрямку одужання пацієнта [22].

Пандемія має і економічну сторону. У випадку з Covid-19 ми вже побачили падіння ринків. Але основний економічний тягар епідемії ліг на низькооплачуваних, з погодинною оплатою працівників, які не можуть дозволити собі залишатися вдома на карантині, хоча саме цього вимагає хвороба. Це неминуче спричинить наслідки для здоров’я. Тісний зв’язок рівня доходу з фізичним та психічним здоров’ям добре відомий. Так, наприклад, різниця в очікуваній тривалості життя між американцями, що знаходяться на самому верху і самому низу економічних сходів, становить 10-15 років, а нерівність доходів пов’язана з ризиком депресії. Covid-19 може погіршити існуючу нерівність як у довгостроковій, так і в короткостроковій перспективі, до того ж, епідемія підриває спокійний стан духу, необхідний для міцного психічного здоров’я і посилює виклики для людей, які вже схильні до проблем із психікою [5].

Пошук вакцини, постійна мутація вірусу, зміна стилю життя та багато інших аспектів дуже вплинули на психологічний стан людини, особливо на початковій стадії, коли вірус тільки-но з’явився і став миттєво поширюватися по всьому світу. Країна за країною спалахували на карті області поширення вірусу, відзначалася кількість заражених та втрати серед населення. Весь світ затамував подих, закривалися кордони за кордонами. Багато людей не могли повернутися додому з різних поїздок з-за кордону, їх ізоляція тривала не один місяць, поки вони змогли знову опинитися на батьківщині. Статистика заражень зростала, зростала напруга серед людей, ставали підприємства, люди йшли на дистанційну роботу, вводилися обмежувальні заходи, почався дефіцит масок та дезінфікуючих засобів. Багато підприємств збанкрутіли, тому багато людей залишилися без роботи. Школи, коледжі, ВНЗ та інші освітні установи переходили на дистанційне навчання [23, 58].

Людям довелося повністю змінити звичний спосіб життя. Вони виявилися замкнені в чотирьох стінах, особливо населення, що проживає в містах, так як стиль життя сільських мешканців майже не змінився [20].

Наслідки пандемії для психічного здоров’я населення мають дуже масштабний характер і відчуватимуться протягом тривалого часу. Ці наслідки – у тому числі тривога та хвилювання, спричинені поширенням вірусу, та психологічні наслідки загального карантину та самоізоляції, а також наслідки безробіття, фінансові труднощі, соціальне відчуження та бар’єри для доступу до допомоги у очному форматі – так чи інакше торкнулися кожного. У ситуації наших реалій, причинами стресу у працюючого населення є страх втратити роботу, не впоратися зі своїми обов’язками в умовах дистанційної роботи, внаслідок чого може бути можливим припущення помилок [12].

Також для розгляду проблеми стресу в умовах Covid-19, з соціологічної точки зору можна звернутися до ідей, викладених Е. Дюркгеймом. Основні положення концепцій Е. Дюркгейма складають систему соціальної реальності, враховуючи соціальні факти і соціальну солідарність. У період розпаду міцної системи моральних цінностей, стабільність суспільства порушується (період аномії) [26].

У період пандемії нормальний спосіб життя людини порушується, «ідеальна» модель поведінки для виживання суспільства чи соціальної групи починає руйнуватися. Настає період, який можна назвати «аномією» – коли стан індивіда, соціальної групи, суспільства, виражається поняттями напруженості, дезорганізованості. Як суб’єктивну складову соціальної поведінки Дюркгейм виділив групу соціальних (правових, моральних) норм, що примусово організують поведінку індивідів. В результаті виникають соціальні взаємозв’язки (сімейні, державні, економічні тощо), які якраз і порушуються в період пандемії, наслідком чого стає відчуття людиною стресу [26].

На психічне здоров’я людей вплинула не лише сама інфекція чи страх заразитися нею. Не менш серйозний негативний вплив на психологічний стан справив стрес, пов’язаний із соціально-економічними нерівностями та наслідками обмежувальних заходів, загально-національних карантинів та закриття шкіл, підприємств та організацій [30].

Для багатьох людей серйозним випробуванням стала соціальна ізоляція. Насамперед це стосується тих, хто живе абсолютно один і тих, у кого і так були труднощі у стосунках з іншими людьми. Працюючи, вони мали змогу соціалізувалися та компенсувати своє відчуття самотності. Під час пандемії для багатьох людей це почуття стало вираженим та болючим [30].

Фахівці зазначають, що Covid-19 часто впливає і на емоційний стан. У людей, які перехворіли на коронавірус, фіксуються підвищена тривожність і розлади настрою. Виявлятися це може у нехарактерній реакції на звичайні подразники або зниження настрою з можливістю виникнення депресивних станів [2, 14].

Як фактори, що негативно впливають на психічне здоров’я та психологічне благополуччя населення в умовах пандемії Covid-19, відзначаються невизначеність дії інфекційного агента, серйозність захворювання, дезінформація, соціальна ізоляція, економічні наслідки та їх вплив на благополуччя людини в цілому [2].

До загальних змін, що впливають на психоемоційний стан населення, відносять пов’язані із запровадженням нових протиепідемічних заходів обмежувальні заходи – насамперед карантин, який позначається на звичних для людей видах діяльності, повсякденній діяльності та основних джерелах засобів до існування. На фоні обмежень може зростати поширеність самотності, депресії, зловживання алкогольних напоїв та наркотичних засобів, так само як і поширеність самоушкоджень або суїцидальної поведінки [3]. У кілька разів зросла частота сімейного насильства та конфліктності.

Перехворілі бояться заразитися повторно та переживають за своїх близьких. Наслідки коронавірусу для організму досі досконало не вивчені. Вірус б’є не тільки по різних системах та органах, а й відбивається на психічному здоров’ї [59].

Психологічний стрес став повсюдним явищем серед населення. Багато людей відчувають стрес через безпосередній впливу вірусу на їх здоров’я та наслідки фізичної ізоляції. Багато хто боїться зараження, смерті та втрати членів сім’ї. Люди виявилися ізольованими від своїх близьких та колег. Мільйони людей стикаються з економічними проблемами, втративши або ризикуючи втратити свої джерела доходів та засобів для існування. Найпоширенішими причинами тривоги є часто хибні відомості та чутки про вірус, а також серйозна невпевненість у завтрашньому дні. У довгостроковій перспективі існує можливість різкого збільшення кількості та тяжкості психічних розладів [45].

Термін «mental health» (психічне здоров’я) запроваджено ВООЗ у 1979 році і розглядається як «стан благополуччя, в якому людина реалізує свої здібності, може протистояти звичайним життєвим стресам, продуктивно працювати і робити внесок у своє співтовариство» [17].

Психічне здоров’я має велику невід’ємну цінність, оскільки воно співвідноситься з суттю того, що робить нас людьми: тим, як ми взаємодіємо, спілкуємося, вчимося, працюємо та переживаємо страждання та щастя. Психічне здоров’я допомагає людям проявляти нормальну поведінку, яка дозволяє забезпечити безпеку та здоров’я їх самих та оточуючих під час пандемії. Гарне психічне здоров’я сприяє також виконанню людьми своїх ключових функцій у сім’ї, колективі та суспільстві, чи то догляд за дітьми та старими, або сприяння економічному відновленню їх товариства. Заходи щодо забезпечення психічного здоров’я мають велике значення для зусиль кожної країни щодо боротьби з Covid-19 та подальшого відновлення [16].

На сьогоднішній день до 20-25 % населення у світі страждає на психічні та поведінкові розлади, а протягом життя психічне здоров’я порушується у кожної третьої-четвертої людини. Детермінанти психічного здоров’я та психічних розладів включають як індивідуальні якості (здатність керувати своїми думками, емоціями, поведінкою, спілкуванням з оточуючими), і соціальні, культурні, політичні та екологічні чинники, зокрема, рівень життя, соціальний захист, умови праці та підтримку оточуючих [40].

За даними ВООЗ, у країнах з низьким та середнім рівнем доходу 76-85 % пацієнтів із психічними розладами не отримують жодного лікування, у країнах з високим рівнем доходу в такій ситуації перебувають 35-50 % пацієнтів [41].

Серед найчастіших наслідків коронавірусу на психіку людини трапляються розлади тривожного спектра. Не схильні до зайвих занепокоєнь і переживань люди зауважують, що стали сприймати все близько до серця, боятися за себе та своїх близьких, а також повторної хвороби [8]. Все це призводить до загального підвищення тривожного фону у населення. Через постійний страх і занепокоєння порушуються звичне життя, сон людини, що відбивається вже й на фізичному стані. Тривожність зростає настільки, що не звертати на це увагу вже не можливо, тому людина змушена звернутися за допомогою до фахівців.

За даними Американської психіатричної асоціації (АПА), Covid-19 серйозно вплинув на психічне здоров’я американців: половина дорослого населення демонструють високий рівень тривожності. Президент АПА Б. Шварц наводить такі результати проведеного 18-19 березня 2020 року анкетування населення (1004 респонденти): майже половина опитаних (48 %) відчуває страх зараження Covid-19, 40 % – побоюється серйозно захворіти чи померти від вірусу. Набагато більше опитаних (62 %) висловлює занепокоєння щодо можливого захворювання своїх близьких. Більше третини (36 %) респондентів вказали, що Covid-19 серйозно вплинув на їх психічне благополуччя, і більшість (59 %) відзначили суттєве порушення свого повсякденного функціонування [24].

У сфері психічного здоров’я найактуальніші у сучасному суспільстві проблеми – депресія та зростаюча тривожність. В Україні недостатньо діагностуються як депресивні, так і тривожні розлади, оскільки пацієнти здебільшого не схильні звертатися до фахівців. Внаслідок цього дані медичної статистики повною мірою не відображають стан душевного здоров’я населення, що, в основному, викликано проблемою стигматизації [3].

На фоні стрімкого поширення пандемії коронавірусної інфекції люди все більше починають відчувати підвищений страх, хвилювання і занепокоєння. Це як населення загалом, так і окремі групи громадян, наприклад працівники медичної сфери, тому на наступному етапі здійснимо аналіз стресових чинників саме працівників сфери охорони здоров’я.

# 

# 1.2. Теоретичні підходи до дослідження стресових чинників працівників медичної сфери у період пандемії Covid-19

У зв’язку з пандемією Covid-19, велика увага приділяється психічному стану населення. Зазначається, що головні психологічні наслідки пандемії виражаються у підвищеному рівні стресу та тривожності.

У конкретних груп населення спостерігається особливо високий рівень психологічного стресу, по’вязаного з Covid-19. Працівники галузі охорони здоров’я, що знаходяться на передовій боротьби з пандемією, та співробітники служб екстреного реагування піддаються впливу численних стресових факторів, тому підтримка психічного здоров’я працівників сфери охорони здоров’я є однією з найважливіших умов забезпечення готовності до Covid-19, вжиття заходів реагування та відновлення після пандемії.

Проблема коронавірусної інфекції, якій Всесвітня організація охорони здоров’я надала офіційну назву Covid-19 (Coronavirus disease 2019), торкнулася всіх країн і всього населення планети, однак головний удар у цій важкій ситуації беруть на себе медичні установи та працюючий у них персонал. Відбувається оперативна реструктуризація медичних установ, умови роботи фактично відповідають надзвичайній ситуації: багато співробітників схильні підвищеному ризику зараження, розлучені з близькими, працюють в умовах підвищеного фізичного та емоційного навантаження та відповідальності за життя найважчих пацієнтів. Щодня лікарі отримують велику кількість нової інформації у вигляді наказів, методичних рекомендацій [36], навчальних програм, що створює велике додаткове навантаження у формі постійного інформаційного шуму. При цьому абсолютно надійних методів діагностики та лікування захворювання досі не існує в жодній країні, що також є додатковим джерелом дистресу медичних працівників, від яких суспільство, пацієнти та їхні родичі чекають вирішення проблеми, що несподівано з’явилася.

Covid-19, як будь-яка інша пандемія, становить істотну загрозу для фізичного та психічного здоров’я медпрацівників.

В Ухані (Китай) від початку пандемії у грудні 2019 року по 18 лютого 2020 року було інфіковано 1316 медпрацівників (5,1 % усіх випадків), що у 3,5 рази перевищувала кількість усіх випадків серед населення [52]. Згідно з звітом Китайського центру з контролю та профілактики захворювань, по всьому Китаю до 11 лютого 2020 року було зареєстровано 72 314 випадків захворювання, з них 1716 випадків (3,8 %) становили медпрацівники; 15 % було тяжких та 5 смертельних випадків [57]. У звітах урядів Гонконгу, Японії, Сингапуру, Тайваню, Таїланду та В’єтнаму протягом перших 40 днів від початку епідемії відмічено 690 випадків з найбільшою частотою серед медпрацівників (22 %), рідше – серед водіїв та транспортних робітників (18 %), працівників сфери обслуговування та продажів (18 %), прибиральників (9 %), служби громадської безпеки (7 %) [48].

Коронавірусна інфекція вразила систему охорони здоров’я у всьому світі, що призвело до збільшення тривалості робочого часу, підвищення навантаження на працівників охорони здоров’я, відсутності відпочинку, а також недостатньо пильного виконання медиками протиепідемічних заходів. У цих умовах тривалий контакт з інфікованими пацієнтами суттєво підвищував ризик зараження Covid-19 [6].

В умовах пандемії нової коронавірусної інфекції значно зросли фізичні та емоційні навантаження медичних працівників, що супроводжуються хронічним стресом на робочому місці з розвитком тривожних та депресивних розладів, а також формуванням вигорання. Небезпека для здоров’я медиків за умов поширення нової коронавірусної інфекції посилюється як можливістю зараження, так і пов’язане з цією стресовою ситуацією погіршення психічного здоров’я. Крім цього, на психологічний стан медичних працівників впливають такі фактори, як: втома і нестача сну, пов’язані з великим обсягом роботи, страх не впоратися чи підвести своїх колег, складності морального вибору – коли у ситуації обмежених ресурсів необхідно вирішувати, кому з пацієнтів надавати професійну допомогу [32].

Психологічні проблеми, з якими зустрічаються медичні працівники всього світу у зв’язку з пандемією, зумовлені високою невизначеністю методів лікування, маршрутизації пацієнтів, а також труднощами контролю ситуації та високим ступенем ризику власного зараження, посилюють і без того насичене емоційною напругою поле діяльності медичних працівників [45].

Медичні працівники, які мають контакти з інфікованими пацієнтами, зазнають надмірного робочого навантаження і, отже, схильні до фізичного виснаження, страху, дестабілізації емоційного фону та проблем зі сном.

Організаційні та соціальні фактори, які сприяють розвитку стресу:

* підвищена навантаженість, розклад роботи, що змінюється, дефіцит персоналу;
* зайве, дублююче адміністративне та звітне навантаження;
* неадекватне застосування інформаційних технологій;
* дефіцит часу на відпочинок та нестачу часу на особисте життя;
* моральний дистрес: наприклад, тяжкі негативні емоції, які зазнають лікарі, які змушені продовжувати страждання хворих на паліативному стані;
* негативна комунікація та агресія з боку пацієнтів [41].

Загалом, у період наростання пандемії Covid-19 природним виснажуючим фактором стає стрес, як наслідок переживання:

* ситуації неповної визначеності та непередбачуваності ситуації;
* важких фізичних та психологічних умов праці;
* дефіциту часу та інших ресурсів;
* природної тривоги або страху зараження себе, своїх близьких та колег по роботі;
* людських втрат під час надання медичної допомоги;
* підвищення тривожності у зв’язку з ризиком зробити помилку в екстремальних умовах діяльності та можливого ставлення до цього керівництва та колег;
* неадекватного або упередженого уявлення про діяльність медичних закладів та їх працівників у деяких медіа та мережевому співтоваристві (кібербуллінг, тролінг, пранкерство тощо);
* тривоги у зв’язку з можливістю не впоратися із ситуацією через перевантаження системи та нести за це відповідальність;
* тривоги у зв’язку з неукомплектованістю штату (відмова і невдоволення із ситуацією працюючих, відмова працювати серед штатного персоналу спочатку, у зв’язку з перепрофілюванням, випаданням з колективу у зв’язку із зараженням);
* очікуванням покарання чи осуду за скоєні помилки у діагностиці, лікуванні чи складанні документації тощо [32].

Виникнення стресу за умов пандемії є переважно нормальною реакцією на надзвичайну подію. Незважаючи на це, існує ще безліч стресових факторів, які можуть потенційно вплинути на психічне здоров’я медичних працівників:

* ризик зараження себе та інших;
* проблеми діагностики захворювання з побоюваннями заразитися;
* високе професійне навантаження (тривалий робочий час, великий потік пацієнтів, висока інтенсивність праці);
* ризик формування синдрому вигорання;
* зниження самообслуговування в умовах дефіциту часу та енергії;
* занепокоєння щодо погіршення фізичного та психічного здоров’я медичних працівників, які мають фактори ризику;
* почуття страху захворіти чи померти;
* почуття страху соціальної ізоляції, стигматизації у зв’язку з умовами праці (наприклад, через побоювання інших людей, що медичні працівники можуть заразитися самі);
* почуття безпорадності через нездатність захистити близьких;
* почуття безпорадності, нудьги чи апатії у зв’язку з ізоляцією чи карантином;
* фізичне та психічне виснаження у зв’язку із суворими заходами безпеки, такими як носіння захисного одягу, постійної концентрації та пильності, а також суворо регламентованими інструкціями, що обмежують спонтанність та автономність, знижують фізичний контакт;
* актуалізація травматичного досвіду попередніх епідемій або криз [18, 56].

Залежно від виду діяльності виділяють такі групи ризику медичних працівників:

1. Надзвичайно високого професійного ризику:

* співробітники спеціалізованих інфекційних стаціонарів, які мають безпосередній контакт з інфікованими Covid-19,
* співробітники патологоанатомічних відділень, які виконують розтин трупів людей, що померли від Covid-19.

2. Високого професійного ризику:

* лікарі швидкої медичної допомоги, які виконують евакуацію хворих;
* співробітники перепрофільованих медичних організацій (МО) для провізорного спостереження за підозрілими на Covid-19;
* співробітники приймальних відділень, МО, які надають допомогу хворим із захворюваннями органів дихання, реанімаційну та спеціалізовану допомогу (стоматологічну, офтальмологічну, пульмонологічну);
* співробітники поліклінік, ФАПів, які надають медичну допомогу вдома особам із ознаками інфекційних захворювань;
* особи, які проводять поточну та заключну дезінфекцію при наявності або після вибуття хворих на Covid-19;
* медичні працівники спеціалізованих хірургічних бригад з урології, офтальмології, торакальної та гнійної хірургії, ЛОР і т.д., створювані для надання спеціалізованої екстреної хірургічної допомоги насамперед у інфекційних та перепрофільованих стаціонарах, які працюють там, де немає цих підрозділів.

3. Середнього професійного ризику:

* всі медичні працівники, включаючи співробітників обсерваторів та осіб, які здійснюють медичне спостереження за клінічно здоровими особами вдома [46].

В умовах боротьби з Covid-19 медичні працівники можуть наражатися на професійні ризики захворювання, травми та навіть смерті. Ці ризики включають:

* інфікування Covid-19 у процесі надання допомоги пацієнтам;
* дерматологічні порушення та тепловий стрес від тривалого носіння засобів індивідуального захисту;
* токсичний вплив дезінфікуючих засобів, що використовуються у великих кількостях;
* психологічний стрес;
* перевтома;
* стигматизацію, дискримінацію, фізичне та психологічне насильство та домагання [29].

За підсумками масштабного аналізу даних С. Кіселі та ін., було виділено такі чинники ризику, які зведені у великі блоки [46]:

1. Соціо-демографічні фактори: наявність дітей віком до 15 років (через наявність тривоги через можливу тривалу ізоляцію та залишення їх без нагляду); низький рівень доходів, супутні захворювання; старший вік (у більшості досліджень більш зрілий вік пов’язувався з наявністю більшого досвіду і був фактором-протектором, проте для епідемії Covid-19 ситуація була зворотною через постійне інформування населення про появу більш важких симптомів захворювання з віком).

2. Професійні фактори: тривалий контакт із постраждалими (наприклад, у працівників реанімацій та медичних сестер); постійний контакт з пацієнтами в афективному стані (наприклад, при вступі до приймального відділення); посада медсестри (зважаючи на їх тривалий контакт з кров’ю та іншими рідинами пацієнтів); нестача досвіду та додаткового навчання (по роботі безпосередньо з інфікованими з респіраторними синдромами); нижчий рівень освіти в цілому (наголошувалося, що фахівці молодшої ланки без специфічної освіти були більш схильні до інформаційного «зараження»).

3. Організаційні фактори: відсутність додаткових виплат для персоналу через непідготовленість бюджету; необхідність швидкої зміни місця роботи через брак персоналу (наприклад, операційним сестрам доводилося приймати пацієнтів у приймальному відділенні); специфічні запобіжні заходи (проходження через систему кімнат знезараження, неможливість роботи з історією хвороби у «червоній зоні», необхідність змінювати засоби індивідуального захисту для переходу між зараженими зонами через відсутність коридору, що з’єднує їх; недолік засобів індивідуального захисту та відсутність вільного доступу до них (через недовіри до персоналу). У низці досліджень подібна ситуація спонукала медичний персонал додатково переодягатися поза будинку чи квартири перед спілкуванням із родичами через страх можливого їхнього зараження. Також сюди відноситься недостатня продуманість заходів щодо контролю над захворюванням (наприклад, відсутність вхідного тесту для новоприбулих пацієнтів). Важливим фактором виступав ненормований графік (без можливості відпочинку у «червоній зоні»).

4. Психологічні та психосоціальні фактори: високий рівень самокритичності; знижена самоефективність; наявність коморбідного психічного розладу чи попереднього досвіду вираженого психологічного дистресу; стигматизація з боку суспільства [46].

Умови праці медичних працівників характеризуються поєднаною, комплексною та комбінованою дією виробничих факторів, що включають фізичні, хімічні та біологічні фактори, тяжкість та напруженість трудового процесу [55].

У осіб, які безпосередньо працюють із хворими на Covid-19 (медсестри, лікарі, водії швидкої допомоги та ін.), додаткові стресові фактори можуть бути пов'язані з: стигматизацією, обумовленою контактами з хворими на Covid-19; необхідністю суворого дотримання заходів біобезпеки (фізична напруга від захисного спорядження; фізична ізоляція, що створює труднощі для забезпечення комфорту для хворих; необхідністю перебування у стані постійної поінформованості та пильності; суворістю процедур, що перешкоджають спонтанності та автономії); високими вимогами до роботи, що включають тривалий робочий день, збільшення кількості пацієнтів, необхідністю володіти новітньою інформацією про пандемію Covid-19 [10].

За даними С. Чатерже, лікарі, які працювали під час пандемії Covid-19 і виявляли альтруїстичні настрої та прагнення до вищої мети, виявляли високу поширеність психічних захворювань, зокрема депресії та тривожності. Це викликає необхідність проведення багатоцентрових досліджень для розробки програм оптимальної організації праці медиків та раціонального планування надання медичних послуг за умов поширення нової коронавірусної інфекції [39].

Проведене в Китаї дослідження постачальників медичної допомоги, які працюють з хворими Covid-19, показало, що у 50,4 % обстежених виявляються симптоми депресії, у 44,6 % – тривоги, у 34 % – порушення сну та у 71,5 % – прояви загального дистресу. Наголошується, що найбільша виразність вимірюваних показників реєструвалася у медсестер, жінок, працівників передової, і тих, хто працював у м. Ухань, у порівнянні з іншими медпрацівниками [44].

Небезпека для здоров’я медиків за умов поширення нової коронавірусної інфекції посилюється як можливістю зараження, так і пов’язаною з цим стресовою ситуацією та погіршенням психічного здоров’я. Очікується, що Covid-19 вплине на психічне благополуччя медичного персоналу, що пов’язано зі значною фізичною та психоемоційною напругою на робочому місці, підвищенням рівня стресу та формуванням стрес-індукованих синдромів (захворювань), у тому числі, тривоги, депресії, вигоряння [2].

Пандемія Covid-19 ставить медичних працівників у виключно важке становище. Крім важкого навантаження вони відчувають страх заразитися самим і передати інфекцію сім’ї та друзям. На медичних працівників та їх психічне здоров’я пливає і загальна атмосфера занепокоєння серед усього населення [47].

Медичні працівники активно представляють групу ризику Covid-19, тому що вони щодня зазнають впливу інфікованих пацієнтів, що змушує їх бути сприйнятливими до великого вірусного навантаження (мільйони вірусних часток). Крім того, вони зазнають високого впливу стресу при обстеженні цих пацієнтів, оскільки багато хто перебуває у важкому стані [46].

У багатьох країнах, де закрилися школи та зупинилося громадське життя, працівники охорони здоров’я, багато з яких жінки, виконують свій професійний обов'язок в умовах, коли до них пред’являються підвищені вимоги, і коли їм доводиться організовувати сімейне життя і піклуватися про домочадців, особливо про дітей, хворих чи інвалідів.

Крім того, медичні працівники у районах, де реєструються множинні випадки зараження Covid-19, стоять перед важким вибором між пріоритетами громадської охорони здоров’я та побажаннями пацієнтів та їх сімей щодо лікування. Наслідком ухвалення важких рішень може стати почуття тривоги аж до стресу та посттравматичних розладів [51].

Досвід боротьби з іншими інфекційними спалахами, такими як епідемія лихоманки Ебола у Західній Африці в 2014 році говорить про те, що медпрацівники можуть піддаватися насильству, дискримінації та стигматизації у суспільстві та у найближчому оточенні через страх зараження [51].

Психічним розладам медперсоналу сприяє підвищене робоче навантаження, виконання професійних обов’язків в умовах соціального дистанціювання та міжособистісної ізоляції, підвищений ризик зараження Covid-19, догляд за вмираючими пацієнтами, дефіцит кадрів [49], а також невпевненість та страх у зв’язку з необхідністю роботи в інфекційному відділенні лікарів інших спеціальностей [50].

У період пандемії зберігається підвищений попит на медичні послуги, непропорційно та непередбачено наростає обсяг роботи. Захворілі медичні працівники змушені ізолюватися, дотримуватися карантину усередині сім’ї, бути свідками хворих родичів. Поява нових штамів підвищує ризик інфікування на невизначений період, засоби індивідуального захисту викликають додаткові незручності при застосуванні: обмеження рухів, погіршення мікроклімату, незручність у спілкуванні. Стресові ситуації посилюються тим, що медперсонал залишається віч-на-віч із вмираючими пацієнтами, які перебувають у вимушеній ізоляції від сім’ї, змушені зустрічатися зі скорботою сімей родичів, що померли від Covid-19 [43].

У квітні 2020 року BMA (British Medical Association) провела опитування 5 000 лікарів, яке виявило у 43 % респондентів вказівки на депресію, занепокоєння, стрес, вигорання, емоційні розлади та інші розлади психічного стану, пов’язані з роботою; майже 70 % повідомили про погіршення свого стану під час пандемії [35]. Це викликає занепокоєння у зв’язку з виявленими у медпрацівників ще до пандемії Covid-19 високим рівнем стресу, вигорання та психічних захворювань, пов’язаних із напруженою роботою. При цьому, лікарі неохоче звертаються за допомогою через психічні розлади, побоюючись стигматизації та заподіяння шкоди своїм перспективам у кар’єрі [38].

За даними попередніх вірусних спалахів, медпрацівники, які працюють у тісному контакті з інфікованими пацієнтами, зазнавали значно більшого ризику психологічного стресу, що частіше спостерігаються серед осіб із психічними захворюваннями, при зловживанні психоактивних речовин, а також у таких категоріях, як медсестри та працівники з недостатнім клінічним досвідом [42].

За даними Британської медичної асоціації (British Medical Association-BMA) та Королівського коледжу медичних сестер (The Royal College of Nursing-RCN), в умовах пандемії Covid-19, у працівників медичної сфери у зв’язку з недосконалістю заходів безпеки на робочому місці формується стрес, що супроводжується виходом на роботу, незважаючи на хворобу, зниження продуктивності праці, погіршення якості обслуговування пацієнтів, порушення психічного здоров’я. Ця ситуація свідчить про необхідність психологічної підтримки для захисту психічного здоров’я всіх працівників, особливо тих, хто сумнівається у безпеці від інфекції на робочому місці [18].

У МКХ-11, прийнятій на 72 сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров’я у травні 2019 р. (набула чинності 1 січня 2022 р.) у класі 24 (Фактори, що впливають на стан здоров’я або контакти з медичними службами) передбачено код QD85 Born-out – синдром вигорання, що виникає в результаті хронічного стресу на робочому місці, яке не було успішно подолано. Він характеризується трьома вимірами:

1) почуття виснаження чи виснаження енергії;

2) збільшення розумової відстороненості від роботи чи почуття негативізму чи цинізму, пов’язаних з роботою;

3) зниження професійної ефективності.

У МКХ-11 підкреслено, що вигорання відноситься безпосередньо до явищ у професійному контексті і не повинно застосовуватись для опису досвіду в інших сферах життя [31].

У вітчизняній медицині впровадження нової нозологічної одиниці – синдрому професійного вигорання може стати прикладним механізмом з визнання зв’язку проблем психічного здоров’я із впливом професійного середовища на здоров’я працівників.

Водночас, нестача медичного персоналу або медсестер збільшує ризик вигорання у медперсоналу через високі вимоги до роботи, низьку задоволеність роботою та недостатньою підтримкою, в тому числі, через відсутність часу для обговорення всіх проблем. Дослідження показали, що підтримка керівництва знижує ризик лікарняних незалежно від робочого навантаження, знижує плинність кадрів, підвищує задоволеність роботою, прихильність до місця роботи та покращує самопочуття працівників охорони здоров’я [19].

Серйозною проблемою під час пандемії Covid-19 є відсутність працівників охорони здоров’я на роботі. Причинами відсутності на робочому місці та оформлення листків непрацездатності можуть бути не тільки захворювання на нову коронавірусну інфекцію, а й інші фактори, які побічно пов’язані з пандемією. До них відносяться психологічне навантаження у зв’язку зі збільшеними вимогами на роботі та нестачею персоналу, агресія з боку пацієнтів та членів їх сімей, стреси, пов’язані з почуттям провини, наприклад, у педіатрів унаслідок смерті дітей. Предикторами відсутності на роботі та оформлення лікарняних є напружена робота та скелетно-м’язові порушення. Надмірні вимоги до роботи можуть бути причиною звільнення медичного персоналу після понаднормової та змінної роботи, що, у свою чергу, призводить до нестачі кадрів [42].

Встановлено, що найбільш значущими факторами стресу на робочому місці серед медпрацівників у період пандемії Covid-19 можуть бути неповна визначеність та непередбачуваність ситуації, тяжкі фізичні та психологічні умови праці, дефіцит часу, природна тривога та страх зараження себе, своїх близьких та колег по роботі, людські втрати при наданні медичної допомоги, підвищена тривожність у зв’язку з ризиком зробити помилку в екстремальних умовах діяльності та можливого ставлення до цього керівництва та колег [34].

Таким чином, в умовах спалаху Covid-19 багатьом медичним працівникам доводиться справлятися з тяжким додатковим навантаженням, тривалий час залишаючись на роботі та позбавляючись відпочинку. У багатьох країнах у зв’язку з зростанням кількості госпіталізацій стала широко практикуватися понаднормова робота. В деяких країнах медпрацівників обмежили у праві на відпустку, щоб забезпечити постійну присутність достатнього числа медиків під час пандемії Covid-19. Справедливий режим робочого часу допомагає знаходити баланс між благополуччям медичних працівників та потребами медичної служби. Однак, у надзвичайних ситуаціях працівники охорони здоров’я змушені працювати наднормово та, часом, у нетипових умовах.

**1.3. Посттравматичний стресовий розлад як наслідок впливу пандемії Covid-19 у працівників медичної сфери**

У період поширення коронавірусної інфекції Covid-19 система світової охорони здоров’я переживає одну з найтяжчих криз. Карантин та повна соціальна ізоляція змінили повсякденну життя всього людства. І лише медичні працівники всіх рівнів залишилися на передовій боротьбі за життя тисяч пацієнтів, і від їхньої мобілізації залежать як клінічні результати в кожному конкретному випадку, так та вирішення кризи в цілому.

Для досягнення поставленої мети – подолання світової кризи та боротьба за мільйони життів – необхідна не лише достатнє кількість висококваліфікованого медичного персоналу, але можливість кожного медичного працівника адекватно та в повному обсязі виконувати свої професійні обов’язки, що, у свою чергу, залежить від стабільності його психічного, морального та емоційного статусу.

Багато працівників медичної сфери схильні до ризиків психоемоційного навантаження та професійного вигорання в силу специфіки професії, коли фахівцям доводиться постійно стикатися з людськими стражданнями та співпереживати пацієнтам та їх близьким. Кожен пацієнт на несвідомому рівні очікує від лікаря участі та співпереживання щодо своєї проблеми, а кожен лікар усвідомлює, що емоційно у сьогоднішніх умовах він вже втомився, тому що йому постійно доводиться входити в становище пацієнтів, співпереживати та реагувати на їхній біль. Однак, треба розуміти, що в ситуації перевантаженості роботою і заданих моделей дій, де у медичного працівника часто невеликий вибір, виникає якийсь «поріг», за яким йде «притуплення» реакцій, втрата інтересу до професії. Особливого випробування лікарі зазнали під час пандемії, за період поширення якої вони зіткнулися з безліччю стресів, втрат, особистої загрози здоров’ю, марних зусиль, претензій, організаційних проблем [25].

Тому, в даний час професії працівників медичної сфери, незважаючи на її зростаючу затребуваність та значимість в умовах реалізації національних завдань щодо збереження громадського здоров’я, є одними зі стресових та напружених.

У період пандемії Covid-19 частота виникнення тривожних та стресових розладів серед медичного персоналу досить висока, причому в жінок вище, ніж у чоловіків. У медичних працівників, які лікують пацієнтів з Covid-19, найбільш ймовірний розвиток психологічного дистресу, професійного вигорання та симптомів посттравматичного стресового розладу [18].

Люди, які працюють у системі «людина – людина», зокрема лікарі, у своїй діяльності змушені постійно стикатися із негативними емоційними переживаннями своїх пацієнтів. Чим довше лікар працює з пацієнтами, тим менше йому подобається ця професійна функція і тим меншою мірою він почувається успішним професіоналом, а як наслідок – менш гуманною є його позиція по відношенню до пацієнтів [15].

У науковій літературі виділяють «чотири групи ситуацій життєдіяльності за рівнем їх суб’єктивної складності для людини.

Перша група – комфортні ситуації, що вимагають від людини мінімальних енергетичних витрат.

Друга група – проблемні повсякденно-життєві ситуації. При конструктивному вирішенні такі ситуації супроводжуються інтелектуальним та особистісним зростанням. В іншому випадку відбувається виснаження психічного ресурсу, наростання розчарування та втоми.

Третя група – важкі ситуації, пов’язані з енергетичними навантаженнями на тлі прояву різних факторів труднощів – раптовість, небезпека події, висока інтелектуальна та психофізична складність здійснюваної діяльності; негативний груповий вплив; несприятливі зовнішні дії; смислова суперечливість чи знецінення колишніх смислів.

Четверта група – екстремальні ситуації, пов’язані з позамежними характерологічними, психофізичними та смисловими навантаженнями (перевищують адаптивно-компенсаторний потенціал людини) і супроводжуються порушенням психічного здоров’я, виснаженням резервів та можливими патологічними психічними та соматичними порушеннями.

Згідно з наведеними вище характеристиками, пандемія Covid-19 для медичних працівників увійшла до четвертої групи ситуацій життєдіяльності з екстремальним рівнем суб’єктивної складності.

Як зазначає низка авторів, психічні ресурси в ситуаціях, пов’язаних із професійною діяльністю, виснажуються пропорційно наростанню втоми та психічної травмованості. У той же час цей процес обернено пропорційний професійній підготовленості та готовності до виконання завдань за рахунок сформованості необхідних психофізичних якостей, вміння набувати оптимального психологічного стану та швидко відновлюватися після стресу. У ситуації пандемії психічні ресурси медичних працівників виснажуються занадто швидко через брак відпочинку та позамежні психофізичні навантаження [13, 28].

Основними джерелами стресу медичного персоналу в умовах пандемії є ненормований багатогодинний робочий день, підвищена відповідальність, нові та складні обов’язки, відсутність чітких вказівок та завдань, недостатня організація та відсутність повної інформації. Працюючи за таких складних умов, медпрацівники щодня бачать сотні тяжкохворих пацієнтів, вислуховують їхній біль та страждання, є свідками численних смертей і самі живуть у страху заразитися. Всі ці фактори негативно впливають на емоційне здоров’я медперсоналу, які можуть призвести до професійного вигорання та, розвитку ПТСР [40, 45].

Традиційно вважається, що ПТСР є наслідком переживання ситуації, у якій людина пережила інтенсивну загрозу життю чи фізичної цілісності, тобто. за умов міжнародних класифікацій на першому плані – тема загрози фізичному існуванню. Основними симптомами ПТСР є:

1) повторні переживання травми у думках, образах, сновидіннях;

2) уникнення об’єктів та ситуацій, що нагадують про травму;

3) підвищена психофізіологічна збудливість (настороженість, підвищена реакція переляку) [11].

ПТСР розвивається у частини людей, які пережили травму (наприклад, внаслідок військової травми ПТСР страждають близько 20 % тих, хто був учасником бойових дій). Ризик розвитку ПТСР залежить від тяжкості та тривалості травматичної ситуації, а також від того, як переживається стрес під час впливу травматичного стресора. Так, наприклад, відомо, що переживання дисоціативних симптомів під час травми є предиктором розвитку ПТСР у майбутньому. Отже, те, як люди (і особливо ті, хто перебуває у групах ризику) проходять зараз через травматичну ситуацію пандемії, впливає на особливості віддалених психологічних наслідків. Цей факт змушує професіоналів, зайнятих у сфері охорони здоров’я, поставити собі питання: що ми можемо зробити зараз, щоб не зіткнутися потім з іншими вірусами: депресією, ПТСР та іншими пов’язаними з травмою розладами? Дії, спрямовані на мінімізацію травматичності ситуації, не можуть, на жаль, нівелювати стрес, але можуть значно зменшити його інтенсивність [53].

Медичні працівники, які безпосередньо беруть участь у лікуванні пацієнтів з Covid-19, піддаються більшому ризику виникнення психологічних проблем і стрес-асоційованих психічних розладів, ніж інші працівники сфери охорони здоров’я. Причини таких несприятливих психологічних наслідків ховаються у надмірному фізичному, емоційному та психологічному навантаженні; впливі шкідливих факторів середовища; неадекватності використовуваних засобів індивідуального захисту, а також у випадках зараження та смертності серед колег; пресингу зі сторони медіа, суспільства та держави; раптовій зміні ролі на пацієнта при захворюванні; проблемах адаптації; страх перед дискримінацією і стигматизацією. Дослідження, проведені раніше, показали, що епідемії можуть викликати серйозні наслідки для психічного здоров’я, що призводять як до погіршення раніше існуючих захворювань, так і до розвитку нових психічних розладів: депресії, тривожних розладів, нападів паніки, посттравматичного стресового розладу, психозу і навіть суїцидальної поведінки [18].

Обмеження свободи медичного персоналу при роботі в «червоних зонах» через необхідність дотримуватися режимів карантину та ізоляції є безпосереднім психотравмуючим фактором як для медичних працівників, так і для схильного до карантинних заходів населення. Дослідження, проведені під час попередніх епідемій, показали, що карантин, запроваджений терміном понад 9 днів, ставав предиктором розвитку гострих стресових розладів у медичного персоналу.

Медичні працівники, що знаходились на карантині, значно частіше повідомляли про емоційне виснаження, почуття відчуженості, страх при роботі з інфікованими пацієнтами, підвищену дратівливість, порушення сну, знижену концентрацію уваги, зниження вольових і мотиваційних показників, якості професійної діяльності та бажанні звільнитися з роботи [38]. Навіть через 3 роки після завершення роботи в епідемічному осередку у деяких медичних працівників зберігалися симптоми ПТСР. Депресія на тлі роботи медперсоналу в несприятливій епідемічній обстановці в умовах карантину виникала в 1,6 рази частіше, ніж без нього, а переживання ПТСР було набагато важчим, ніж у решти населення. Після карантину у медичних працівників на тривалий час (6-36 міс.) зберігалася уникаюча поведінка, соціальна самоізоляція, гіпертрофована пильність, нав’язливе виконання гігієнічних ритуалів [1].

Потенційовані епідемією стрес-асоційовані проблеми з психічним здоров’ям у медичного персоналу не тільки негативно впливають на когнітивні здібності, що може завадити боротьбі з Covid-19, але можуть мати тривалий дестабілізуючий вплив. У медичних працівників гостра стресова реакція або гострий стресовий розлад розвивається після впливу одного або кількох травмуючих подій, що відбулися в реальності або згенерованих в інформаційному просторі («фейк-ньюс»), щодо їх самих, близьких людей або сторонніх людей, але при свідченні медпрацівника (наприклад, смерть пацієнта або колеги у відділенні). Тривалий вплив травмуючих факторів порівняно невеликої інтенсивності, таких як робота в медичному закладі під підсумовуючим впливом ряду потенційно травмуючих факторів, може призвести до розвитку ПТСР [37].

ПТСР здатний призводити до зниження (або до повної втрати) працездатності. Крім того, розвиток ПТСР в 50 % випадків супроводжується коморбідним великим депресивним розладом, вживанням психоактивних речовин, суїцидальною та іншою негативною девіантною поведінкою. ПТСР лікувати легше, якщо лікування починається раніше. Хронічний розлад, що триває більше 1 року, може представляти істотні труднощі для ефективного лікування. Крім того, хронічна форма ПТСР пов’язана з депресивними розладами та суїцидальною поведінкою, що зберігаються протягом усього життя, алкогольною залежністю, схильністю до невиправданого ризику та підвищеного травматизму, соціальними та професійними недоглядами, зниженням якості та тривалості життя [46].

Посттравматичні фактори ризику посттравматичного синдрому були виявлені наступні: низька соціальна підтримка на роботі, велике навантаження, робота в небезпечних умовах (наприклад, відсутність засобів індивідуального захисту), пасивне подолання, тривога та вигорання. Враховуючи, що система охорони здоров’я працювала в найскладніших умовах у період пандемії, пов’язане з цим емоційне та фізичне виснаження у медичних працівників є серйозною проблемою. Пов’язані з роботою наслідки цього стану, а саме вигоранням, включають низьку якість допомоги, професійні помилки, ймовірно, зниження уваги до індивідуальних засобів захисту та підвищений ризик зараження на робочому місці [54].

У 1974 році, вперше про вигорання медичних працівників заговорив психіатр Х. Фреденбергер, який проводив дослідження цілком здорових людей, які надають психологічні послуги. Пізніше синдром вигорання був діагностований і в інших професіях, і був зроблений висновок, що до вигорання схильні як чоловіки, так і жінки, будь-якого віку, різноманітного способу життя та професійної діяльності [9].

Професійне вигорання – синдром, який розвивається в умовах постійного стресу, і завжди веде до виснаження емоційно-енергійних та особистісних ресурсів працюючої людини. Крім стресу, факторами виникнення синдрому професійного вигорання є накопичення внутрішніх негативних емоцій без можливості розрядки або звільнення від них [9].

Таким чином, професійне вигорання – це дистрес або третя стадія загального адаптаційного синдрому – стадія виснаження. Медичні працівники найбільше схильні до синдрому професійного вигорання, який поєднує у собі зниження професійних досягнень, емоційне виснаження, деперсоналізацію [19].

Якщо ж говорити про проблему професійного вигорання медиків, то вона розглядалася ще до ситуації пандемії. Досить сказати, що за даними численних досліджень у різних країнах, близько половини лікарів мають високі показники професійного вигорання, що вдвічі перевищує такі показники у населення, зайнятого в інших сферах професійної діяльності. Вигорання серед лікарів призводить до підвищеного ризику лікарської помилки, погіршення прогнозу лікування, зростання абсентеїзму, бажання скоротити кількість годин роботи аж до відходу з професії [4].

Зниження професійних досягнень полягає в низькій оцінці своєї роботи, негативній поведінці, не досягненні поставленої мети, і як наслідок зниження професійної самоповаги та самооцінки. Емоційне виснаження може поєднуватися з фізичною перевтомою. Працівник починає відчувати пригніченість, млявість або роздратування навіть від думок про роботу; знижуються соціальні контакти; його не тішить те, що тішило раніше; відпочинок приносить лише короткочасне полегшення [25].

Деперсоналізація медичних працівників полягає в особливому ставленні до пацієнтів та колег як до чогось знеособленого. Працівник виявляє байдуже, нелюдське, і навіть цинічне ставлення до всіх, хто потребує медичної допомоги. Таким чином, хоч один із представлених симптомів говорить про прояв синдрому професійного вигорання у медичного співробітника [33].

Відбувається загроза власному «Я»: ризик моральної травматизації у медичних працівників. Теорії психологічних потреб говорять про те, що базові психологічні потреби людини не обмежуються темою фізичної безпеки. Людям властиво також прагнути до того, щоб підтримувати самооцінку та почуття самоповаги. За аналогією з фізичною безпекою, самоцінність та самоповага – це умови безпеки власного «Я». Яскрава ілюстрація цього – соціальна фобія, де можна чітко розпізнати страждання людини у зв’язку з порушеними відносинами з власним «Я». Іншим, не менш яскравим прикладом є пограничний розлад особистості, основним дефіцитом якого також є порушення ідентичності та здатності опиратися на себе.

Таким чином, якщо у разі фізичної загрози людина насамперед переживає тривогу, страх, жах, паніку (це всі різні варіанти емоції «страх»), то у випадку з загрозою самооцінці та самоповазі, ми маємо справу з виною, соромом, огидою. І тут можна говорити про моральну травму.

Поняття моральної травми було введено у 90-ті роки XX століття на підставі аналізу військового досвіду ветеранів війни у ​​В’єтнамі. Під моральною травмою розуміється переживання тяжкого дистресу у зв’язку з тим, що людина вчинила, не запобігла, була свідком або дізналася про дії (або їхню відсутність), що суперечать базовим моральним переконанням; при цьому дії призвели до тяжких наслідків. Численні дослідження військової травми вказують на роль моральної травми у розвитку ПТСР. При цьому, якщо при класичній травматизації, пов’язаної зі страхом та жахом, емоції переживаються під час травматичної ситуації, то у разі моральної травми болючі почуття виникають у повному обсязі після її завершення [37].

Досвід різних країн показує, що в ситуації з Covid-19 моральна травматизація медичних працівників пов’язана, з одного боку, з нездатністю допомогти пацієнтам, за життя яких відчувається персональна відповідальність, в умовах обмежених ресурсів для здійснення цієї допомоги. Вмираючі біля дверей лікарень та у приймальних відділеннях пацієнти, які так і не отримали допомоги; переповнені трупами мобільні морги; безпорадність від спроб лікувати хворобу, про яку майже нічого невідомо, – це ще неповний перелік джерел моральної травми лікарів та медсестер. З іншого боку, самі медичні працівники у багатьох (розвинених!) країнах відчувають себе зрадженими системою охорони здоров’я та державою через недостатність турботи про їхню безпеку [55].

Героїзм та травматизація. Поруч із темою травматизації часто знаходиться тема героїзму. Герої – це люди, які грають надзвичайно важливу роль у житті інших людей в умовах важких або надзвичайних обставинах і таким чином ризикують власним життям. Сьогодні на честь лікарів та медсестер співають найкращі виконавці світу; їм аплодують щодня люди, ізольовані у своїх будинках та квартирах; вечірня ілюмінація у великих містах світу «забарвлена» у білий та червоний кольори.

З одного боку, героїзм асоціюється з максимально осмисленим, живим і справжнім життям: це той час і місце, де людина відчуває себе максимально потрібною, де світ потребує саме її і вона може максимально реалізувати тут свій потенціал: мужність, здібності, знання, енергію, досвід. Героїчний наратив з найдавніших часів й до наших днів відображає етапи розвитку особистості героя, які можуть бути пройдені саме у травматичній ситуації: сепарація (вихід зі звичних безпечних умов); проходження через екстремальний досвід та трансформацію особистості; реалізація потенціалу, набутого внаслідок страждань, у перетворенні зовнішнього світу. У цьому процесі, мабуть, відображено феномен так званого посттравматичного особистісного зростання, який давно описаний у психологічній науці і має емпіричні підтвердження. Людям властиво шукати та виявляти сенси у важких життєвих ситуаціях: найяскравішим прикладом цього є особистість Віктора Франкла – засновника логотерапії, який пройшов через концтабір і створив там основну працю свого життя. Допомога іншим як джерело сенсу є величезним ресурсом у проходженні через травматичні ситуації [15].

З іншого боку, героїзм не може бути нав’язаний або штучно створений: справжня героїчна поведінка може бути лише актом глибокого збігу внутрішньої готовності та зовнішнього запиту. Нав’язування соціальної ролі героя має ризик призвести до самовитрати, відчуття себе жертвою, дистресу та психічного виснаження. Це подвійно небезпечно у разі, коли героїзмом однієї соціально-професійної групи штучно прикривається неспроможність іншої. Здатність жертвувати собою не має бути наслідком соціального тиску. Дослідження ізраїльських учених показують, що ідентифікація себе з героєм перед воєнною операцією є предиктором тривожності у цей період.

Таким чином, ситуація сьогоднішнього дня має низку особливостей, які дозволяють говорити про неї як про глобальний травматичний стресор. Разом з тим, у цій глобальній травматизації можна позначити групи людей, які зазнають найбільш інтенсивної загрози та психологічного дистресу. Наслідки цього дистресу світова спільнота відчуватиме на собі ще роками, та, ймовірно, десятиліттями. Групою номер один у цьому списку є медичні працівники. Досвід Китаю, європейських країн та США чітко вказує на високі ризики розвитку тяжких психологічних наслідків для людей, які зараз працюють із пацієнтами. Повідомлення в пресі, а також публікації лікарів у соцмережах, дозволяють говорити про такі джерела травматизації, що можуть призвести до ПТСР:

1. Психічна травматизація у зв’язку з загрозою власного життя, а також у зв’язку із загрозою життю рідних та близьких.

2. Моральна травматизація у зв’язку із загрозою заразити рідних та близьких; безпорадність у порятунку людей за умов навантаження системи охорони здоров’я; переживання зради з боку системи охорони здоров’я, держави та суспільства. Окремо слід виділити можливі джерела моральної травми у медичних працівників, які обіймають керівні посади, через брак ресурсів для того, щоб подбати про безпеку своїх підлеглих.

Найскладніше питання пов’язане з рекомендаціями щодо профілактики психологічного дистресу та віддалених психологічних наслідків. Відомо, що психологічний дебрифінг (спеціально розроблена процедура, яка передбачає вираження емоцій, що переживаються в групі людей, які переживають подібний досвід) не довів своєї ефективності. Таким чином, найбільш ефективними в процесі долання стресу у людей, які опинилися на передовій під час епідемії Covid-19, можуть бути психоутворення (psychoeducation) або інформування, неформальна соціальна підтримка, а також повна доступність психологічної/психіатричної допомоги.

Нижче ми висловимо більш конкретні припущення у тому, що може бути зроблено задля збереження психологічного благополуччя людей, які лікують пацієнтів за умов пандемії (зазначаємо, що це лише наша думка, що є поза клінік і має обмеження у сприйнятті реальної ситуації на «фронті»):

1. Усі лікарі, медсестри та санітари повинні мати засоби індивідуального захисту, а також інформацію про те, що цих засобів буде достатньо у майбутньому. Вони також повинні бути забезпечені можливістю ізолюватися від своїх сімей, якщо вбачають у цьому потребу.

2. Медичним працівникам має бути відома інформація про прояви гострого та посттравматичного стресу. Вони також мають бути поінформовані про підвищення ймовірності моральної травматизації в умовах надзвичайної ситуації та тих почуттях, які переживають люди після моральної травми. Ця інформація дає можливість нормалізації, тобто ставлення до власних тяжких почуттів як до адекватних у надзвичайній ситуації.

3. Управлінцям у сфері медицини слід заохочувати неформальне спілкування між працівниками. Лікарі, медсестри та санітари повинні мати перерви у роботі для спілкування з колегами. Це забезпечує можливість вираження емоцій (на противагу їх придушенню, яке посилює дистрес), отримання підтримки, зняття напруги.

4. Важливим аспектом профілактики постстресових розладів є формування переконань цінності турботи себе в умовах, коли ситуація потребує повної самовіддачі. Мова йде про посилення уявлень про те, що увага до себе і своїх потреб робить людину більш стійкою і сильною і розширює її можливості допомогти іншим.

5. Лікарі, медсестри та санітари повинні мати оперативний доступ до отримання психологічної та/або психіатричної допомоги. Зрозуміло, що переживання тривоги, напруження та втоми є «нормальними» почуттями у «ненормальній» ситуації. Однак люди, які переживають тривалий стрес, повинні мати можливість оперативно звернутися за допомогою, якщо негативні емоції мають стабільно інтенсивний характер, а також якщо ці емоції призводять до порушення сну, апетиту, соматичних симптомів [1, 33].

Медичні працівники у закладах екстреної допомоги піддаються особливому ризику посттравматичного стресового розладу через дуже стресові ситуації, пов’язані з роботою, яким вони піддаються, зокрема: ведення критичних медичних ситуацій, догляд за важко травмованими людьми, часті свідки смерті та травми, які працюють у людних місцях, переривають циркадні ритми через змінну роботу). Повідомляється, що частота посттравматичних стресових розладів коливається від 10 до приблизно 20 %, з ще вищими показниками посттравматичного стресового стресу (від 8 % до 30 %) серед персоналу відділення інтенсивної терапії (ICU) [53].

Таким чином, нинішня пандемія Covid-19 характеризується деякими відповідними особливостями, які підвищують ризик посттравматичного стресового розладу серед медичних працівників, які належать до надзвичайних ситуацій, тому тягар нинішнього спалаху, який покладений на медичних працівників, заслуговує на найпильнішу увагу, оскільки медичні працівники піддаються ризику розвитку психологічних розладів та інших психічних розладів.

# РОЗДІЛ 2

# ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ СТРЕСУ ТА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ІНФЕКЦІЙНИХ ВІДДІЛЕНЬ ДЛЯ ХВОРИХ НА COVID-19

# 2.1. Організація та опис методичних засобів дослідження

Загальну вибірку нашого дослідження склали 80 медичних працівників КНП «Чернігівська центральна районна лікарня» (далі – КНП «ЧЦРЛ»), а саме: 40 працівників (медсестер та лікарів) інфекційного боксованого відділення, у якому лікуються хворі на Covid-19, та 40 працівників (медсестер та лікарів) поліклінічного відділення, які здійснюють профілактичні огляди пацієнтів.

Для реалізації мети та завдань емпіричного дослідження було використано наступні методики: визначення стресостійкості та соціальної адаптації Т. Холмса і Р. Раге, Шкала професійного стресу Д. Фонтани та Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (цивільний варіант).

Дослідження було спрямоване на вивчення особливостей стресу та професійного вигорання у працівників медичної сфери в період пандемії Covid-19. Для вивчення стресостійкості та соціальної адаптації була використана методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації Т. Холмса і Р. Раге.

Методика Холмса та Раге діагностує стресостійкість та соціальну адаптацію. Бланк тесту містить список психотравмуючих подій повсякденного життя за останній рік, що мають різне емоційне забарвлення та значущість. Кожній події надають бали – від 100 до 11. Випробуваний не бачить цих балів, а просто ставить галочки навпроти подій, що відбувалися в його житті та спричинили стрес.

Підсумковий бал за шкалою визначає актуальний рівень стресу для індивіда. Цей бал зіставляється з відомими рівнями переживання стресу:

Менше 150 – досить висока стресостійкість;

150-199 – висока опірність стресовим факторам;

200-299 – порогова стресостійкість;

300 і більше – низька стресостійкість.

Залежно від суми балів, розрізняють чотири ступені опірності стресу:

1. Досить високий ступінь опірності стресу:

Кандидат має дуже високий рівень стресостійкості. Для нього характерний мінімальний ступінь стресового навантаження. Будь-яка діяльність співробітника, незалежно від її спрямованості та характеру, буде ефективною.

1. Високий ступінь опірності стресу:

Кандидату властива висока ступінь стійкості до стресів. Його енергія та ресурси не витрачаються на боротьбу з негативними психологічними станами, що виникають у процесі стресу.

1. Пороговий (середній) ступінь опірності стресу:

Кандидат має середній ступінь стресостійкості. Вона знижується зі збільшенням стресових ситуацій у житті. Це призводить до того, що особистість змушена левову частку своєї енергії та ресурсів витрачати на боротьбу з негативними психологічними станами, що виникають у процесі стресу.

1. Низький ступінь опірності стресу:

Оцінюваний має низький рівень стресостійкості (ранімістю). Це призводить до того, що особистість змушена значну частку своєї енергії та ресурсів витрачати на боротьбу з негативним психологічними станами, що виникають у стресовій ситуації.

Наступною додатковою методикою ми вибрали методику Шкала професійного стресу Д. Фонтани, оскільки вона спрямована на визначення у випробуваного рівня стресу на роботі. Ця шкала призначена для того, щоб оцінити небажані відповіді на стрес.

Методика являє собою опитувальник що складається з 22 питань, серед яких є питання (1, 2), де необхідно вибрати той варіант, який вам найбільш властивий; однозначні питання – або «так», або «ні» (3, 4, 5, 7, 10, 13, 14, 15, 18, 19, 20); а також питання з 3 варіантами відповіді, де респондент повинен вибрати 1, який найбільшою мірою висловлює його думку та відповідає реальності (6, 8, 9, 11, 12, 16, 17, 21); та 22 питання – шкалу самооцінки. Під час інтерпретації результатів використовується ключ для шкали професійного стресу. Бали за всіма 22 пунктами сумуються. Отримані бали відповідають наступним показникам рівня стресу:

0-15 балів. Стрес не є проблемою вашого життя. Сказане аж ніяк не означає, що ваш рівень не дозволяє зберігати стан зайнятості та задоволеності. Ця шкала призначена лише для того, щоб оцінити небажані відповіді на стрес.

16-30 балів. Це помірний рівень стресу для зайнятого та багато працюючого професіонала. Проте слід проаналізувати ситуацію та подивитися, як можна розумно зменшити стрес.

31-45 балів. Стрес є безумовною проблемою. Очевидною є необхідність корекційних дій. Чим довше ви працюватимете за такого рівня стресу, тим важче щось зробити з ним. Це серйозна нагода для ретельного аналізу вашого професійного життя.

Також було використано Міссісіпську шкалу для оцінки посттравматичних реакцій (цивільний варіант). Методику було використано з метою дослідження ступеня вираженості посттравматичних стресових реакцій працівників медичної сфери.

Шкала складається з 39 тверджень, що відбивають внутрішній стан людей, які пережили ту чи іншу травматичну ситуацію: афективну лабільність, різні особистісні проблеми та ін. Кожне твердження оцінюється за п’ятибальною шкалою Ліккерта. Оцінка результатів проводиться підсумовуванням балів, підсумковий показник дозволяє виявити рівень впливу перенесеного травматичного досвіду. Підсумковий сумарний бал дозволяє виявити міру впливу травматичного досвіду та оцінити ступінь загального психологічного неблагополуччя суб’єкта:

до 77 балів – нормативні показники (низький рівень);

78-97 балів – окремі симптоми ПТСР (середній рівень);

98-145 балів – ознаки клінічного варіанту ПТСР (високий рівень).

# 2.2. Результати емпіричного дослідження та їх аналіз

На початку опишемо результати опитування за авторською анкетою «Психічне здоров’я у період пандемії Covid-19», яка застосовувалась з метою отримання основної інформації про респондента (Додаток А).

На питання «Чи вдається Вам планувати свої дії на тривалий термін?» маємо наступний розподіл відповідей (рис. 2.1.): переважна більшість (57,5 %) медичних працівників, які працюють в інфекційному відділенні, не можуть планувати свої дії або плани на тривалий термін, що, на нашу думку, пов’язано з великою кількістю перебування у відділенні хворих на коронавірус, невизначеність ситуації з кількістю заражених коронавірусом, яка з кожним днем варіюється; та ненормований робочий день працівників.

Якщо ж говорити про працівників поліклінічного відділення, то бачимо, що ситуація трохи змінюється, з них 40 % можуть планувати свої дії на тривалий термін, скоріше за все, це через те, що вони мають більш-менш стабільний графік роботи.

Рис. 2.1. Можливість планувати дії на тривалий термін

Загалом, в ситуації, яка є новою і для лікарів також, можна відчувати страх зробити помилку, що стосується прийняття рішення у лікуванні пацієнта, тому наступне питання було присвячене саме цьому аспекту.

Рис. 2.2. Наявність страху зробити помилку при прийнятті рішення, що стосується лікування пацієнта

Як бачимо на Рис. 2.2., то працівники інфекційного відділення у переважній більшості (85 %) майже завжди відчувають страх зробити помилку при прийнятті рішення, що стосується лікування пацієнта, особливо актуальним цей страх є в період поширення коронавірусу Covid-19, оскільки відсутність єдиного протоколу лікування та виникнення нових штамів вірусу, впливають на перебіг хвороби та, відповідно, на лікування пацієнта.

Серед досліджуваних поліклінічного відділення також в тій чи іншій мірі існує даний страх, однак, на нашу думку, працівники поліклінічного відділення мають в переважній більшості «типових пацієнтів» зі схожими проблемами.

Далі респондентам пропонувалося оцінити свій рівень тривоги на момент дослідження (де 0 – тривога зовсім відсутня, 10 – відчуття тривоги), результати представляємо нижче на рис. 2.3.

Рис. 2.3. Рівень тривоги працівників КНП «ЧЦРЛ»

Як бачимо, працівники інфекційного відділення в середньому відчувають тривогу на рівні більше, ніж середній. Це, на нашу думку, пов’язано з ситуацією поширення коронавірусу Covid-19, яка безпосередньо впливає на працівників медичної сфери, які безпосередньо працюють з хворими. Досліджувані поліклінічного відділення в середньому визначають свій рівень тривоги нижче середнього – працівники поліклінічного відділення також можуть заразитися вірусом через пацієнтів, які їх відвідують, проте, вони не працюють з ними безпосередньо.

Серед досліджуваних майже всі медичні працівники вважають, що у період пандемії Covid-19 вони потребують психологічної допомоги. Лише декілька респондентів відповіли, що працівники медичної сфери скоріше потребують психологічної допомоги, ніж не потребують.

Під час виконання досліджень при обробці та аналізі результатів використовувалась комп'ютерна програма SPSS for Windows версія 21.0. За допомогою частотного аналізу було виявлено середні значення показників стресостійкості та соціальної адаптації.

Аналіз результатів дослідження за методикою визначення стресостійкості й соціальної адаптації Холмса і Раге подано у додатку Б. Середні значення показників для кращої наочності відобразимо у діаграмах 2.4. та 2.5.

Рис. 2.4. Стресостійкість та соціальна адаптація медичних працівників поліклінічного відділення КНП «ЧЦРЛ»

Рис. 2.5. Стресостійкість та соціальна адаптація медичних працівників інфекційного відділення КНП «ЧЦРЛ»

Дані діаграм наочно показують, що серед випробуваних високий ступінь стійкості до стресу переважає у медичних працівників поліклінічного відділення, що говорить про те, що сильні потрясіння вони сприймають як урок у житті та включають механізм самооцінки та значущості, вміють виявляти свої сильні сторони та здатні швидко відновлювати свій психічний стан.

Середній рівень стійкості до стресів, виходячи з діаграм, притаманний 20 % працівників поліклінічного відділення та 45 % інфекційного відділення.. Даний тип стійкості свідчить про те, що у людей працює внутрішній захист і вони легко знімають нервові перезбудження, якої природи вони не були б, але не повністю.

Як бачимо на діаграмах 2.1. та 2.2., низький рівень стресостійкості переважає у працівників інфекційного відділення (30 %), серед працівників поліклінічного відділення низький рівень опірності стресу мають лише 10 %.

Для цього рівня стресостійкості характерно те, що люди не здатні прийняти правильне рішення в сильному нервовому збудженні, їм складно пристосуватися до навколишньої дійсності, навіть невеликі проблеми спричиняють паніку. Їм найскладніше адаптуватися під зовнішній світ. Зміна способу поведінки для них – завдання практично нездійсненне, так як вони звикли діяти за звичним шаблоном, а як відомо, що на початку спалаху пaндемії Covid-19 (а надалі – це виникнення нових штамів коронавірусу). лікарі не мали чіткого протоколу лікування й не знали, як саме лікувати пацієнтів, тому така ситуація вимагала від них постійної зміни звичної поведінки та пошуку нових способів реагування на ситуацію. Будь-яка несприятлива подія для людей з низьким рівнем стресостійкості – підвищений стрес.

Отже, в результаті проведеного дослідження за методикою вивчення особливостей стресостійкості та адаптації працівників медичної сфери, бачимо, що ті лікарі та медсестри, які безпосередньо працюють з хворими на коронавірус мають переважно середній (пороговий) рівень стресостійкості та мають більший прояв низького рівня опірності стресу, у порівнянні з працівниками поліклінічного відділення.

Далі ми вивчили актуальний рівень професійного стресу у наших респондентів за допомогою Шкали професійного стресу Д. Фонтани. У додатку В представлені отримані дані з цієї методики. Загальні результати представлені на рис. 2.3.

Аналізуючи групи респондентів з різним рівнем професійного стресу, було встановлено: найнижчий рівень стресу виявлено у медичних працівників поліклінічного відділення (72,5 %), це характеризується тим, що професійний стрес не є проблемою у діяльності працівників даного відділення, діяльність характеризується активністю і задоволеністю.

Найвищий рівень стресу виявлено у групі працівників інфекційного відділення (27,5 %), серед працівників поліклінічного відділення високий рівень прояву професійного стресу виявлено лише у 5 %. Високий рівень професійного стресу визначає його як проблему, яка у процесі діяльності веде до незмінного негативного результату та потребує корекційних дій.

Рис. 2.6. Результати дослідження професійного стресу у працівників КНП «ЧЦРЛ»

Як бачимо на рис. 2.6., помірний рівень професійного стресу виявлено у 47,5 % респондентів інфекційного відділення, та у 22,5 % досліджуваних поліклінічного відділення. Отже, як бачимо, професійний стрес більший прояв має у медичних працівників інфекційного відділення. На нашу думку, медичні працівники, які працюють безпосередньо з хворими на Covid-19, більш схильні до професійного стресу, оскільки робота в таких складних умовах завжди загрожує своїми наслідками, серед яких насамперед психоемоційна втома та виникнення негативних емоційних станів, що і призводять до професійного стресу.

Якісний аналіз дозволив виявити такі особливості професійного стресу у діяльності працівників інфекційного відділення:

* втома та нестача енергії (зазначають 82,5 %);
* проблеми у прийнятті рішень (30 %);
* більша відповідальність, ніж та, з якою може впоратися (25 %);
* нездатність розслабитися ввечері (30 %).

Наступним етапом було проведення дослідження, яке дозволило виявити рівень тяжкості впливу травматичного досвіду та оцінити рівень поточного психологічного неблагополуччя, а саме ступінь прояву симптомів ПТСР.

Результати за методикою представляємо у табл. 2.1 (у Додатку Г висвітлено отримані дані за результатами даної методики).

Таблиця 2.1

Виразність посттравматичних стресових реакцій

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Інфекційне відділення  (n = 40) | | Поліклінічне відділення  (n = 40) | |
| Шкала ПТСР | Середнє | Стандартне відхилення | Середнє | Стандартне відхилення |
| 84,7 | 24,02 | 62,4 | 17,2 |

Як видно з табл. 2.1, середні показники шкали значно різняться у респондентів поліклінічного та інфекційного відділення. В інфекційному вони знаходяться на рівні, ближчих до критичних значень, за якими можна зробити висновок про вплив травматичної події (у нашому випадку – досвіду роботи з хворими на Covid-19) на їхнє життя; у працівників поліклінічного відділення – вони потрапляють у зону відсутності яскравої виразності посттравматичних стресових реакцій.

Найменше значення, отримане за даною шкалою серед респондентів інфекційного відділення – 64, максимальне – 145; серед досліджуваних поліклінічного відділення найменшим значенням було – 38; максимальним – 109.

Зважаючи на те, що розподіл за цією шкалою виявився ненормальним, статистична перевірка достовірності відмінностей проведена за допомогою непараметричного критерію U-Манна-Уітні. Його результати показали, що досліджувані відмінності є статистично достовірними (U = 110; p = 0,000).

Таким чином, дослідження показало, що пандемія Covid-19 чинить негативний вплив на психоемоційний стан медичних працівників, а найбільш схильними до проявів стресу виявилися медики, які працюють на «передовій» боротьби з пандемією. Саме ці медичні працівники зіткнулися з максимальною кількістю професійних та особистісних ризиків та проблем, і хоч вони відчували занепокоєння і тривогу з приводу власної безпеки та безпеки своїх сімей, продовжили та продовжують виконувати професійні обов’язки.

# РОЗДІЛ 3

# ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ЩОДО САМОРЕГУЛЯЦІЇ ПСИХІЧНОГО СТАНУ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ, ЩО ПРАЦЮЮТЬ ІЗ ХВОРИМИ НА СOVID-19

# 3.1. Напрямки психологічної роботи щодо саморегуляції психічного стану у період дії стресових чинників

Фахівці, чиї професійні обов’язки пов’язані з трудовою діяльністю в ситуації стресу та роботи з групою ризику та інфікованими Covid-19 найбільш схильні до емоційного та професійного вигоряння внаслідок впливу таких сильних стресорів як небезпека для особистого здоров’я та здоров’я оточуючих, висока соціальна відповідальність, тривалі розлуки близькими та членами сім’ї, загальний інформаційний тиск небезпеки Covid-19 та ін.

Робота в таких складних умовах завжди загрожує своїми наслідками, серед яких насамперед психоемоційна втома, виникнення негативних емоційних станів та стресу.

Насамперед, важливо усвідомлювати, що за нинішніх умов стрес, надмірні вимоги та сильні емоції є нормальною реакцією і не означають, що Ви не відповідаєте своїй роботі, вимогам або слабкі.

Спалах Covid-19 є унікальною та безпрецедентною подією для багатьох медичних працівників, особливо якщо вони не брали участі у аналогічних подіях раніше.

**Рекомендації працівникам із попередження стресових станів у медичних працівників у період пандемії Сovid-19**

Будь-яка стресова ситуація, тим більше такої інтенсивності, як за нинішньої пандемії COVID-19, завжди неминуче тягне у себе руйнація звичного способу життя, людей, відмови від багатьох звичних схем поведінки у умовах праці та вдома. І перше, що треба в цій ситуації зробити, – спробувати внести хоч якусь стабільність у своє життя. Навіть у ситуації багатогодинної інтенсивної роботи постарайтеся створити умови для відпочинку. Робіть перепочинки у процесі роботи. У перервах між роботою намагайтеся повноцінно висипатись і нормально харчуватися, підтримувати контакт із близькими (з сім’єю, з дітьми, з друзями). Наразі достатньо можливостей для дистанційного візуального спілкування.

Сьогодні вже всім зрозуміло, що ситуація, на жаль, легкою і швидкоплинною не буде. Тому необхідно бути готовими до тривалої та кропіткої роботи. Намагайтеся розподіляти свої сили. Обов’язково знаходите час для фізичних вправ, особливо таких, які розвантажують м'язову втому, що накопичилася.

Намагайтеся уникати хворих методів справлення з втомою, що накопичується, погіршенням працездатності і психічною напругою. Насамперед йдеться про тютюнопаління, вживання алкоголю та/або психоактивних речовин. Вам, як медичним працівникам, добре відомо, що у довгостроковій перспективі це може погіршити Ваше психічне та фізичне здоров’я.

Намагайтеся проаналізувати стресові ситуації, в які Ви потрапляли раніше і згадати ті прийоми вирішення цих ситуацій та регуляції свого стану, які Вам допомагали. Це може бути ефективним. Якщо це не допоможе, згадайте ситуації зі свого недавнього досвіду роботи (в умовах пандемії коронавірусу), на які особисто Ви найчастіше реагували негативно та спробуйте створити 2-3 сценарії Вашого реагування на них.

Звертайтесь за професійною підтримкою до колег. Пандемія Covid-19 – це ситуація високої невизначеності та виклику для всіх нас, але для Вас, які лікують лікарів – насамперед. Ви зіткнулися з тим, що звичні схеми лікування пацієнтів з пневмонією часто не спрацьовують. Будь ласка, зрозумійте та прийміть, що досвід окремих невдач жодним чином не свідчить про Вашу професійну неспроможність. Не тільки особисто Ви, а й вся медична спільнота, ми всі зіткнулися з новим захворюванням, стратегії лікування якого багато в чому ще тільки розробляються і тому не завжди можуть приносити очікуваний результат. Обговорення складних ситуацій з колегами, можливість спільного аналізу нового клінічного досвіду – хороший спосіб як зняття емоційної напруги та підвищення впевненості у собі, так і розширення знань про Covid-19. У процесі такого обговорення Ви дізнаєтеся, що Ви не самотні у своїх почуттях, що такі самі проблеми відчувають Ваші колеги. При цьому будьте готові, що Ви можете зіткнутися з крайніми точками зору Ваших колег, які не співпадають ні з Вашими висновками, ні з професійними стереотипами, що існували до цього. Знайте, що сьогодні немає готових та однозначних рішень багатьох проблем, породжених пандемією. Їх немає ні у вірусологів та епідеміологів, ні у медичних керівників. У той же час те, що робите Ви, виконуючи свої професійні обов’язки, засновані на Ваших знаннях, досвіді та самовідданості, становить той «острівець безпеки», який надає впевненості людям, яких Ви рятуєте. А для Вас особисто такий «острівець» – це неухильне дотримання протиепідемічних норм, використання засобів індивідуального захисту, а поза роботою – дотримання соціальної дистанції. Це працює!

Якщо Ви маєте страх заразити членів сім’ї під час Вашого повернення додому, має сенс якийсь час проживати окремо від них, якщо є така можливість (наприклад, у пропонованому в деяких випадках лікарняних гуртожиткax, готелі або іншому такому місці). До такої вимушеної «ізоляції» від сім’ї постарайтеся ставитися як до невеликого позапланового відрядження. Такі умови роботи знизять можливі ризики та переживання.

Не відмовляйтеся від можливості брати участь у групах психологічного дебрифінгу після завершення робочого дня або отримати іншу форму індивідуальної/групової психологічної підтримки. Звернення до психолога та участь у групах психологічної підтримки та розвантаження, дзвінок на телефон довіри або знайомому психологу не може і не розцінюватиметься як показник Вашої слабкості чи професійної неспроможності. У публікаціях зарубіжних психологів з проблеми COVID-19 наводяться доказові дані про ефективність психологічної підтримки, своєчасно отриманої лікарями та медичними працівниками.

Якщо Ви працюєте з інфікованими Covid-19 хворими в «червоній» зоні, прийміть те, що для пацієнта Ви стаєте не лише лікарем, а й психологом, готовим надати підтримку. Зрозуміло, що головна причина такого «подвоєння» ролей – існуючі обмеження щодо допуску психіатрів, психотерапевтів та клінічних психологів до «червоної зони». Також очевидно, що через складні робочі процедури, велике робоче навантаження та відсутність необхідної підготовки в галузі психіатрії та клінічної психології Ви не завжди можете пом’якшити психологічний дистрес пацієнтів з Covid-19. Але не приділяти уваги цій стороні проблеми не можна, також як не можна і уникати спілкування з пацієнтом через страх не відповісти на запитання, що задаються ним. При цьому варто розуміти, що існують віково-психологічні особливості пацієнтів, які необхідно враховувати під час спілкування з ними.

Так, наприклад, при спілкуванні з пацієнтом підліткового віку варто уникати повчальності та зайвої авторитарності, краще постаратися проявити дружелюбність та прагнення зрозуміти настрій підлітка, щоб завоювати його довіру та прагнення до співпраці. При спілкуванні з пацієнтами похилого віку необхідно враховувати, що він сприймає у всіх галузях медицини і може звертатися до Вас за вирішенням усіх труднощів, очікуючи, що Ви відгукнетеся і обов'язково надасте допомогу. Особливу увагу необхідно приділяти цінності життя і здоров'я пацієнтів похилого віку, щоб знизити їх рівень тривожності і стресу. Пам’ятайте, що перемога над вірусом більш ймовірна, якщо пацієнт стане Вашим активним союзником у боротьбі з хворобою. Швидше за все, якщо будуть дозволяти умови, Вам доведеться розмовляти з пацієнтами з Covid-19 дещо більше, ніж зазвичай. Потрібний додатковий час для того, щоб вислуховувати їхні проблеми та проаналізувати існуючі у них фактори ризику виникнення емоційної дезадаптації. Ви можете відчути, що у Вас виникають проблеми у спілкуванні з хворими, що Ви уникаєте розмов з ними та що Вам важко надавати психологічну підтримку. Вам треба постаратися запам'ятати, що саме у спілкуванні з пацієнтами є для Вас найбільшою проблемою і обов'язково обговорити це з психологом Вашого відділення або з іншими фахівцями.

Перебуваючи в палаті, обов’язково розмовляйте з хворими, намагайтеся відповідати на різноманітні запитання. Вам та Вашим пацієнтам буде трохи легше починати та підтримувати спілкування, якщо на Вашому костюмі буде бейдж із Вашим ім’ям, по батькові та фотографією. Поставтеся з розумінням до питань пацієнтів: як правило, вони мають великий страх через очевидну вітальну небезпеку наявності Covid-19, вони хвилюються за своїх близьких. Можливо, хтось має вже досвід важких втрат під час пандемії. Підтримайте їх і постарайтеся, за необхідності, переконати їх звернутися за психологічною підтримкою прямо з «червоної» зони телефоном або онлайн.

Якщо Ви опинилися в ситуації, коли Ви повинні повідомити родичам пацієнта важку інформацію про його стан або смерть, то необхідно структурувати інформацію, говорити конкретно, висловити співчуття. При цьому Вам необхідно переконатися, що Ви маєте повну та достовірну інформацію про стан пацієнта або причини його смерті. Якщо Ви відчуваєте, що не готові надати інформацію родичам, наскільки можна, зверніться до психолога з проханням посприяти Вам у цій непростій задачі.

Ви повинні знати, що лікарі і медичні працівники належать до найбільш «вигоряючих» професій. Працюючи в умовах пандемії Covid-19, Ви можете помітити у себе прояви так званого «синдрому вигоряння», який є поєднанням емоційного виснаження, деперсоналізації та переживання зниження Ваших професійних досягнень.

Емоційне виснаження може поєднуватися з фізичною перевтомою. Людина починає відчувати пригніченість, млявість або роздратування навіть від думок про роботу; його перестає тішити те, що тішило раніше; знижується інтенсивність соціальних контактів; відпочинок приносить лише короткочасне полегшення.

Під деперсоналізацією розуміється тенденція, що виникає у спеціаліста, ставитися до пацієнтів і навіть до колег як до чогось знеособленого; з’являється байдуже, черстве і нелюдське, іноді цинічне ставлення до всіх, хто потребує медичної допомоги. Найбільш яскравим проявом зміни переживань щодо Ваших професійних досягнень є тенденція оцінювати свою поведінку та свою роботу з клієнтами негативно. Усі «вигорілі» завжди вважають, що цілі не були досягнуті, і саме це призводить до зниження професійної самоповаги та самооцінки. При виявленні у себе симптомів професійного вигоряння за умов пандемії Covid-19 доцільно звернутися за психологічною допомогою. Телефони гарячих ліній Ви можете знайти на сайті охорони здоров’я України. Намагайтеся опанувати і використати хоча б деякі прийоми так званого «позитивного мислення»: намагайтеся підтримувати в собі почуття гордості та самоповаги за те, що Ви – фахівець, який робить зараз найважливішу справу. Пишайтеся тим, як Ви виконуєте коло своїх обов’язків. Знайте, що за стінами Вашої лікарні все більше людей, які цінують Вашу працю, покладають на Вас багато надій, що турбуються про Вас і намагаються допомогти Вам. У всіх країнах пандемія змінила ставлення людей до Вашої професії, оскільки Ви постійно перебуваєте на передовій лінії фронту. При цьому дуже важливо розуміти наявність меж своїх професійних можливостей: ніхто, ні один фахівець не може постійно творити чудо. І якщо Ви зробили все, що можливо, але при цьому чогось Вам не вдалося досягти, пам’ятайте, що не все залежить лише від лікаря.

Вам важливо навчитися делегувати відповідальність, поділяти її із колегами по роботі. Не варто вважати, що цю роботу ніхто, крім Вас, зробити не зможе! Віддавайте собі в цьому звіт і постарайтеся навчитися розслаблятися, опанувавши прийоми саморегуляції. Якщо є можливість, займіться дихальною гімнастикою, нервово-м’язовою релаксацією, аутотренінгом та ін, особливо якщо вони організовані на Вашому місці роботи або використовуйте відео.

Незважаючи на втому, намагайтеся зберігати «відкритість» нового досвіду: беріть участь у вебінарах та інтернет-конференціях, наприклад, із проблеми Covid-19. Обмін думками з колегами, які працюють в інших клініках, може бути дуже корисним.

Не обмежуйтесь читанням лише професійної літератури та новин. Знайдіть час і скористайтеся можливостями Інтернету: подивитися цікавий фільм, послухати музику або взяти участь у будь-якій віртуальній екскурсії. Сьогодні подібних програм багато і більшість із них абсолютно безкоштовні. Таке перемикання сприятиме відновленню емоційного фону та дозволить Вам відчути певну стабільність в умовах непередбачуваної та важкої роботи.

Якщо у Вас є хобі, що приносить задоволення, постарайтеся не кидати його в даний момент. Будь-яке хобі – це зона емоційного комфорту для людини та її емоційний ресурс, її спосіб та середовище для відновлення сил та психологічної самореабілітації.

Розвивайте в собі готовність звертатися за професійною психологічною допомогoю. Знайте, психологи готові Вам її надати.

Пам’ятайте, що підтримання свого психічного здоров’я та психологічного благополуччя в умовах пандемії COVID-19 є надзвичайно важливим для збереження Вашого фізичного здоров’я.

***Формування навичок самодопомоги при гострій стресовій ситуації***

Перше і найголовніше правило свідчить, що в гострій стресовій ситуації важливо впоратися зі своїм страхом та розгубленістю. Для цього вам допоможуть наступні прийоми:

1) зупиніться і порахуйте до десяти.

2) глибоко дихання: повільно вдихніть носом і на деякий час затримайте дихання, потім повільно видихніть через ніс, зосередившись на відчуттях у тілі.

3) напружте окремі групи м’язів на дві секунди, потім різко їх розслабте.

4) вмийтеся холодною водою.

5) набравши води в склянку, в крайньому випадку, в долоні, повільно випийте її, сконцентрувавши свою увагу на відчуттях, відстежуючи, як вода проходить горлом і т.д.

6) потрясіть кистями, руками, ногами.

7) перемкніть увагу на якийсь зовнішній об’єкт, звертаючи увагу на його колір, фактуру, форму.

8) больове перемикання: боляче ущипніть себе, уколіть голкою.

9) випрямитеся, поставте ноги на ширину плечей і на видиху нахиліться, розслабивши шию і плечі так, щоб голова і руки вільно звисали до підлоги.

10)  дихайте глибше і стежте за своїм диханням, продовжуйте робити це протягом однієї-двох хвилин, потім повільно випряміть.

11) зробіть дуже повільні рухи головою, похитування, повороти, нахили.

Існують прості методи відновлення самоконтролю, наприклад, при переляку рекомендується зробити глибокий вдих і видихати повітря крізь щільно стислі зуби (при цьому чується сильне шипіння). При розгубленості рекомендується задати собі голосно запитання: «Вася, це ти?» і так само голосно відповісти: «Так, це я».

Дещо пізніше залежно від ситуації можна використати наступне:

1. Надати собі можливість «випустити пар»: голосно покричати, потопати ногами.
2. Напруження і розслаблення м’язів тіла (не заспокоювання себе).
3. Перемикання режиму роботи мозку. Десенсибілізація ока. Наприклад, можна три хвилини ретельно вивчати будь-який предмет у полі зору (стіл, камінь, дерево та ін.). Ніби незабаром доведеться складати іспит, згадуючи всі деталі цього предмета.
4. Усунення від ситуації: побачити ситуацію зверху, знизу, збоку, здалеку, поблизу (але обов’язково побачити себе у цій ситуації).
5. Зробіть собі масаж обличчя та голови. Помасажуйте собі м’язи радості, що знаходяться у верхній частині щік.
6. Заплющте очі. Подумки уявіть собі тихе місце, в якому вам було добре та комфортно. Це місце, яке психологи називають як «Безпечне місце, де відновлюються ресурси». Побудьте в ньому кілька хвилин.

У професійній діяльності медичних працівників нерідко виникають ситуації, які мають стресогенний характер. Для емоційної розрядки та переходу психіки у оптимальний стан, відповідний вимогам ситуації, рекомендуються такі вправи.

**Вправа «Розрядка»**

Ця вправа полягає в почерговому натисканні чотирьох точок в області губ (рис. 3.1). Необхідно протягом трьох секунд вказівним пальцем масажувати точку 1. Потім після перерви в 10-15 секунд натискати на точку 2. Після другої перерви слід одночасно масажувати точки 3 та 4. Результатом буде розслаблення м’язів всього тіла. Потім потрібно сісти, розслабитися, імітуючи засинання, і поступово зріжте дихання, звертаючи особливу увагу на подовження видиху. Через 3-5 хвилин зникнуть багато негативних відчуттів.



Рис. 3.1. Ілюстрація до вправи «Розрядка»

**Вправа «Хе-гу»**

Вплив на цю біологічну точку (рис. 3.2.) допоможе зняти напругу, знизити стрес та втому. Зняти перезбудження або дистрес можна за допомогою п'ятихвилинного масажу біологічно активних заспокійливих точок, розташованих на кистях рук, у проміжку між великим та вказівним пальцями, ближче до середини двоп’ясткової кістки. Затиснувши крапку між вказівним та великим пальцями масажної руки, проводити легкі ритмічні натискання (за допомогою великого пальця). Тиснути на точку до появи легкого відчуття розпирання, ломоти, тяжкості чи невеликого болю. Виконати масаж спочатку на одній, потім на іншій руці.



Рис. 3.2. Ілюстрація до вправи «Хе-гу»

Людина має можливість, свідомо керуючи диханням, використовувати його для заспокоєння, зі зняттям напруги – як м’язової, так і психічної, таким чином, ауторегуляція дихання може стати дієвим засобом боротьби зі стресом, поряд з релаксацією та концентрацією.

**Вправа «Вогненний подих»**

Ця дихальна техніка добре звільняє негативні емоції, тривогу та агресивні почуття.

Уявіть себе могутнім вогнедишним драконом. Ви сповнені спеки та енергії сонця. Утримуючи в думці ці образи, зробіть кілька коротких і потужних видихів, виштовхуючи повітря через ніздрі та не відкриваючи рота. Почніть повільно, але поступово нарощуйте швидкість. Видихнути таким чином можна до двадцяти п’яти разів. Під час цього дихання можна спокійно вдихати через ніс, практично не звертаючи уваги на вдихи.

**Техніка «Біологічне центрування»**

Тіло – це продовження нашої психіки. І впливаючи на нього, ми можемо домогтися повернення душевної рівноваги та задоволеності.

Відчуйте і порівняйте відчуття правого та лівого боку тіла на одному рівні, наприклад, праву та ліву сторони голови. Вся увага сконцентрована на відчуттях, що виникають у тілі. Визначте, чим відрізняються відчуття правої та лівої сторони. Як правило, вони відрізняються один від одного – одна буде легше (світліше, більше, тепліше тощо), а друга навпаки – важче (темніше, менше, холодніше). За якими саме якостями будуть відчуватися відмінності, що залежить від ваших пріоритетних каналів сприйняття. Якщо пріоритет за візуальним сприйняттям, то різниця буде в категоріях світліше-темніше або більше-менше. Якщо пріоритет за тактильним сприйняттям – легше-важчий чи тепліше-холодніше.

На ту зону, яка менш комфортна у відчуттях, направте свою увагу – просто спостерігайте її хоча б дві-три хвилини, можна накрити її розслабленою долонею, і ви відчуєте, що вона стає більш комфортною, порівнюється у відчуттях із парною їй зоною. Так само порівняйте і поспостерігайте по черзі праві та ліві сторони грудної клітки, живота та тазу. Порівняйте свій стан до і після цього. Що змінилося? Вам було однаково легко відчути верхні та нижні зони чи ні?

Така увага до свого тіла запускає механізми самовідновлення. У такому стані думки не заважають процесам саморегуляції (зупиняється внутрішній діалог) – адже ви просто відчуваєте, спостерігаєте за тим, що відбувається, та тіло саме прагне найбільш комфортного стану.

**Психотехніка «STOP»**

1. Усвідомте факт перебування у стані стресу.

2. Уявіть знак STOP.

3. Зробіть глибокі діафрагмальні вдих і видих (три-чотири рази).

4. Послідовно зверніть увагу на образи, відчуття та думки.

5. Послідовно зверніть увагу на те, що ви бачите, чуєте, які смаки та запахи відчуваєте.

6. Об'єднайте п. 4 та п. 5.

7. Прийміть усвідомлене рішення, чим важливо зайнятися прямо зараз.

8. Реалізуйте ухвалене рішення.

**Вправа «Гідна відповідь»**

Під час напружених ситуацій з іншими людьми корисно пам’ятати про правила прийняття критичних зауважень відносно себе:

* відповідати не імпульсивно (перш ніж відповісти, порахувати до десяти…);
* подякувати за критику;
* визначити конструктивні елементи критики;
* вербалізувати свої почуття;
* взяти тайм-аут;
* використовувати гумор (не іронію та не сарказм);
* зробити щось несподіване для партнера, вчинити не звичним для оточуючих способом;
* вербалізувати почуття партнера;
* уникати образ;
* з’ясувати, що саме вимагає критикуючий;
* висловити надію на подальшу співпрацю.

**Вправа «Що визначає мене»?**

Дослідження показують, що написання позитивних тверджень про особисті цінності та позитивні якості покращує самооцінку людини, знижує тривожність і посилює контроль над ситуацією.

Що робити? Подумайте про 10 речей, які вас визначають і роблять вас особливим. Не поспішайте. Напишіть список. Покладіть список у таке місце, де ви будете регулярно його бачити, наприклад поряд з ліжком або на робочому місці.

Попросіть людину, щоб вона замінювала негативні думки про себе на позитивні твердження, наприклад: «Я хороша людина незалежно від того, що про мене кажуть інші».

# 3.2. Постстресова психологічна допомога щодо навчання медичних працівників методам саморегуляції

Коли стрес вже настав, необхідно зробити все можливе, щоб зменшити його негативні наслідки.

Запропоновані способи можна розділити на дві великі групи.

1. Робота з емоційною складовою стресу (емоції, які ви відчуваєте під час стресу).

Релаксація. Залежно від особистісних особливостей людини, на нього діють різні способи релаксації. Кожен може вибрати їх на власний смак. Наприклад, рухи (ходьба, плавання, танці); смачна їжа (не плутати із «заїданням» стресу); ванна з заспокійливими травами та оліями, сіллю; музика, аутотренінг, масаж, зокрема акупунктура (біологічно активні точки); вправи з диханням (медитація) - вміння розслаблятися, належати до стану релаксації. Медитація робить людину більш уважною до моменту «тут і тепер», допомагає краще контролювати свої думки.

Ще один спосіб відпочинку – активізація обох півкуль мозку. Цієї мети можна досягти, виконуючи будь-які рухи одночасно руками та ногами. Переключення своєї уваги на інші заняття – гумористичний фільм, книги, спектакль, зайняття своїм хобі.

2. Робота з когнітивною складовою стресу (з думками).

Усвідомлення своїх головних цілей у житті, порівняння їх і подія, що травмує вас, в масштабі світових проблем.

Проговорення проблеми. Стрес – це образ, за ​​створення якого відповідає права півкуля головного мозку. Тому, коли ми розповідаємо про те, що нас хвилює, ми навантажуємо ліву півкулю, відповідальну за промову, тоді як праву – відпочиває. Психологи рекомендують докладніше розповідати про своїх почуттях доброму співрозмовнику. Візуалізація (зорове уявлення) проблеми в різних рамках. Наприклад, помістіть подумки турбуючу вас ситуацію у вигляді темної картинки під ліхтар і уявіть собі, як падає сніг і засипає цю картинку пластівцями.

**Техніка «Фотографія у рамці»**

Техніка може виконуватися відразу ж після того, як сталася подія, що змусило вас неабияк похвилюватися.

1. У швидкому темпі прокрутіть у себе в голові цю ситуацію так, якби вона була фільмом.

2. Виберіть зі всього потоку картинок тільки один «кадр», який, на ваш погляд, найповніше відображає суть всього, що сталося. Можливо, це буде найемоційніший момент пережитого.

3. Уявіть собі вибраний момент у вигляді фотографії. Зупиніть мить. Дивіться на цю фотографію, на обличчя людей, які, наприклад, перекошені злістю чи обуренням.

4. Уявіть, що ви вже старші на кілька років і дивіться на цю фотографію, в якій лише відблиск минулих подій. Дивіться на неї очима людини, для якої все це давно в минулому.

5. Подумайте, в яку рамку ви хотіли б укласти цю фотографію. Круглу? Овальну? Квадратну? Це буде масивне червоне дерево чи витончене скло чи примітивна рейкова рамочка? А може, це буде рамка-іграшка, наприклад, штучного кудлатого хутра у вигляді собачки?

6. Повісьте подумки фотографію в рамці на стіну, зробіть для неї спеціальне, практично музейне освітлення. До речі, які фотографії висять поруч із нею в особистій галереї вашого розуму?

7. Поверніться до цього. Подумайте знову про подію, яка принесла вам прикрість. Ваші відчуття, напевно, трохи змінилися. Якщо ні, поверніться до вибраного вами кадру та уявіть, як це зобразив би дитячий художник, карикатурист, Рубенс, Ван Гог.

8. Знайдіть той образ, який змінить ваші почуття належним чином.

**Вправа «Настрій»**

Вправа допомагає зняти стрес та усунути неприємний осад після конфлікту або неприємності, негаразди, швидко заспокоїтися і знайти внутрішній спокій. Виконується протягом 15-20 хвилин.

Візьміть кольорові фломастери або олівці. Розслабленою лівою рукою намалюйте абстрактний малюнок: лінії, кольорові плями, фігури. Повністю занурюючись у свої переживання, вибирайте колір і проводьте лінії так, як вам заманеться, відповідно до вашого настрою. Ви ніби переносите свій сумний настрій на папір, матеріалізуючи його.

Після того як ви змалювали весь аркуш паперу, переверніть його та на звороті напишіть вісім-десять слів, що відображають ваш настрій. Довго не думайте, пишіть ті слова, які одразу ж спадають на думку. Ще раз подивіться на малюнок, як би знову переживаючи свій стан, і перечитайте написані слова, а потім енергійно, із задоволенням розірвіть листок. Зімніть шматочки паперу та викиньте їх. Таким чином, ви позбавитеся від поганого настрою та заспокоїтеся.

**Техніка «Нейрографіка»**

Нейрографіка – арт-терапевтичний метод із потужним потенціалом трансформації людини та світу. Нейрографіка надзвичайно хороша для: зняття гострого стресу, виявлення та формулювання базових невротичних відчуттів, отримання інсайтів під час малювання.

У ній використовуються прості способи малювання, якими може опанувати кожен бажаючий у будь-якому віці. На думку розробника методу П. Піскарьова, наш світ складається з фігур (коло, трикутник, квадрат) та ліній. У цьому випадку мова йдеться про нейрографічну лінію, яка не повторює себе на кожній ділянці свого руху. Для застосування цього методу людині необхідні папір, фломастери або олівці. Базовий алгоритм нейрографіки складається із шести етапів.

Перший етап полягає у виплескуванні своїх відчуттів на папір. Перш ніж приступити до цієї процедури, людині необхідно сконцентруватися на питанні чи проблемі. Напруга – це рівень нашого переживання щодо якоїсь проблеми. Нейрографіка дозволяє впоратися із напругою, виражаючи його на папір.

Другий етап включає процедуру малювання, коли людина ставить ручку на папір і починає відтворювати хаотичні лінії на аркуші. Тут відбувається перенесення напруги на паперовий лист. Причому чим більше вийшло перетинів та кутів, тим гостріше проблема, що переживається для людини.

Третій етап полягає в тому, що людині необхідно заокруглити всі кути, які є на листі. На цьому етапі людина починає визнавати себе, працюючи на рівні свого індивідуального несвідомого. Варто пам'ятати, що цей процес змінює емоційний та фізичний стан людини. Опір, що з’являється зараз, необхідний свідомо приймати, але в жодному разі не зупинятися на на цьому етапі. Завдання даного етапу полягає в тому, що фігура має стати однорідною.

Четвертий етап включає об'єднання, коли фігура включається до тла. Для цього необхідно через весь аркуш провести нейрографічні лінії. У цей момент людина працює з колективним несвідомим, із визнанням світу. Площа аркуша розуміється як світ навколо людини, а фігурою є сама людина. Завданням є розчинення фігури у фоні та рівняння напруги всередині фігури та навколо неї. Далі людина намічає фігуру кольором і поєднує частини в нові групи. На цьому етапі можна додати ще лінії додаткових кольорів. Після нанесення кольору необхідно додати контраст чорними лініями.

П’ятий етап передбачає малювання ліній поля, які пронизують весь аркуш. Ці лінії йдуть в одному напрямку без перетинів. Цей рівень називається рівнем «самості» – етап синхронічності із Всесвітом.

Шостий етап – включає вербалізацію того, що відбувається, і результату. Готовий малюнок має подобатися людині. Нейрографіка використовується досить широко як метод саморегуляції та релаксації, так і вирішення внутрішньо-особистісних та міжособистісних конфліктів. Завдяки цьому методу людина отримує доступ до опрацювання своїх внутрішніх переживань.

Отже, методів саморегуляції особистості – безліч залежно від параметрів взаємодії з стрес-факторами. Домогтися розслаблення також можна: ведучи щоденник, дивлячись комедію, граючи з домашніми тваринами, танцюючи, прийнявши теплу ванну, відвідуючи салон краси, розмовляючи з друзями і т.д.

# ВИСНОВКИ

Спалах Covid-19 є унікальною та безпрецедентною подією для багатьох медичних працівників, особливо якщо вони не брали участі у аналогічних подіях раніше.

Згідно першого завдання дослідження вивчалась проблема пандемії Covid-19 та її негативні психологічні наслідки для населення. З’ясовано, що на даний час нова коронавірусна інфекція Covid-19 є гострою проблемою охорони здоров’я, пов’язаною як з високим рівнем захворюваності та смертності, так і з значним завданим нею психологічних та соціально-економічних збитків.

Огляд літератури засвідчив, що під час пандемії Covid-19 значно зросли фізичні та емоційні навантаження медичних працівників, що супроводжуються хронічним стресом на робочому місці з розвитком тривожних та депресивних розладів, а також формуванням вигорання, значно зросла кількість психічних розладів: люди більше страждали від депресії, тривоги, стресу, посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Найбільш уразливими з цього погляду виявилися лікарі. Вони більше ризикують заразитися коронавірусом, оскільки багато контактують з пацієнтами, більше працюють понаднормово і через професію частіше стикаються з людськими стражданнями.

Небезпека для здоров’я медиків за умов поширення нової коронавірусної інфекції посилюється як можливістю зараження, так і пов’язане з цією стресовою ситуацією погіршення психічного здоров’я. Крім цього, на психологічний стан медичних працівників впливають такі фактори, як: втома і нестача сну, пов’язані з великим обсягом роботи, страх не впоратися чи підвести своїх колег, складності морального вибору – коли у ситуації обмежених ресурсів необхідно вирішувати, кому з пацієнтів надавати професійну допомогу.

Психологічні проблеми, з якими зустрічаються медичні працівники всього світу у зв’язку з пандемією, зумовлені високою невизначеністю методів лікування, маршрутизації пацієнтів, а також труднощами контролю ситуації та високим ступенем ризику власного зараження, посилюють і без того насичене емоційною напругою поле діяльності медичних працівників [45].

Згідно другого завдання дослідження теоретично визначено стресові чинники, які впливають на працівників медичної сфери у період пандемії, серед яких: фізичні та емоційні навантаження медичних працівників, невизначеність методів лікування, високий ступінь ризику власного зараження, дефіцит часу на відпочинок, підвищення тривожності у зв’язку з ризиком зробити помилку в екстремальних умовах діяльності, почуття страху соціальної ізоляції, стигматизації у зв’язку з умовами праці, фізичне та психічне виснаження тощо.

Згідно третього завдання дослідження нами було проведено емпіричне дослідження.

У результаті проведеного дослідження за методикою вивчення особливостей стресостійкості та адаптації працівників медичної сфери, маємо: лікарі та медсестри, які безпосередньо працюють з хворими на коронавірус мають переважно середній (пороговий) рівень стресостійкості та мають більший прояв низького рівня опірності стресу, у порівнянні з працівниками поліклінічного відділення.

Професійний стрес більший прояв має у медичних працівників інфекційного відділення. На нашу думку, медичні працівники, які працюють безпосередньо з хворими на Covid-19, більш схильні до професійного стресу, оскільки робота в таких складних умовах завжди загрожує своїми наслідками, серед яких насамперед психоемоційна втома та виникнення негативних емоційних станів, що і призводять до професійного стресу. Серед чинників, які впливають на рівень професійного стресу, можна виділити наступні: втома та нестача енергії, проблеми у прийнятті рішень, нездатність до розслаблення після роботи тощо.

Встановлено, що працівники інфекційного відділення відчувають на собі вплив травматичної події (у нашому випадку – досвіду роботи з хворими на Covid-19) на їхнє життя; а серед працівників поліклінічного відділення відсутня яскрава виразність посттравматичних стресових реакцій. Фахівці, чиї професійні обов’язки пов’язані з трудовою діяльністю в ситуації стресу та роботи з групою ризику та інфікованими Covid-19, найбільш схильні до емоційного та професійного вигоряння внаслідок впливу таких сильних стресорів як небезпека для особистого здоров’я та здоров’я оточуючих, висока соціальна відповідальність, тривалі розлуки з близькими та членами сім’ї, загальний інформаційний тиск небезпеки Covid-19 та ін.

Робота в таких складних умовах завжди загрожує своїми наслідками, серед яких насамперед психоемоційна втома, виникнення негативних емоційних станів та стресу.

Насамперед, важливо усвідомлювати, що за нинішніх умов стрес, надмірні вимоги та сильні емоції є нормальною реакцією і не означають, що Ви не відповідаєте своїй роботі, вимогам або слабкі.

Дослідження показало, що пандемія Covid-19 має негативний вплив на психоемоційний стан медичних працівників, а найбільш схильними до проявів стресу виявилися медики, які працюють на «передовій» боротьби з пандемією. Саме ці медичні працівники зіткнулися з максимальною кількістю професійних та особистісних ризиків та проблем, і хоч вони відчували занепокоєння і тривогу з приводу власної безпеки та безпеки своїх сімей, продовжили та продовжують виконувати професійні обов’язки.

Згідно четвертого завдання дослідження визначено, що особливу актуальність у всьому світі набувають рекомендації щодо саморегуляції психічного стану в умовах стресу, оскільки медичний персонал змушений працювати в умовах екстремального навантаження та підвищеної загрози зараження, що може призвести до негативних психологічних наслідків. Будь-яка стресова ситуація, тим більше такої інтенсивності, як за нинішньої пандемії COVID-19, завжди неминуче тягне у себе руйнація звичного способу життя, людей, відмови від багатьох звичних схем поведінки у умовах праці та вдома.

Надані рекомендації допоможуть працівникам медичної сфери зберегти своє психічне здоров’я у період поширення пандемії Covid-19.