УДК 616.89+615.851
№ державної реєстрації 0121U111038
Інв. №

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Київський національний університет імені Тараса Шевченка
01601, м. Київ, вул. Володимирська, 64/13, тел: 239-31-25

ЗАТВЕРДЖУЮ
Проректор з наукової роботи
Київського національного університету
імені Тараса Шевченка
професор _____Ганна ТОЛСТАНОВА
«16» 12 2021 р.

ЗВІТ

про науково-дослідну роботу за договором від 23 жовтня 2020 року № 40/01.2020 за договором від 23 квітня 2021 року № 8/01/0086

ДОСЛІДИТИ ВПЛИВ ПАНДЕМІЇ COVID-19 НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА РОЗРОБИТИ КОМПЛЕКСНУ МОДЕЛЬ ПОДОЛАННЯ ЇЇ НЕГАТИВНИХ НАСЛІДКІВ З ВИКОРИСТАННЯМ СУЧАСНИХ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Грантова підтримка Національного фонду досліджень України
у межах конкурсу «Наука для безпеки людини та суспільства»
(остаточний)

Науковий керівник НДР,
Директор Інституту психіатрії
д-р мед. наук, с.н.с. Ірина ПІНЧУК

2021

Результати роботи розглянуто Науково-технічною радою Київського національного університету імені Тараса Шевченка,
протокол № 10 від 09. 12. 2021 р.

СПИСОК АВТОРІВ

Керівник НДР, головний науковий співробітник, директор Інституту психіатрії, д-р мед. наук, с.н.с.	07.12.2021	Ірина ПІНЧУК (розд. 5.2; 6; висновки; рекомендації)
головний науковий співробітник, д-р мед. наук, проф.	08.12.2021	Віталій ПІШЕЛЬ (розд. 2.1; 5.1; висновки)
старший науковий співробітник, канд. психол. наук, с.н.с.	08.12.2021	Марина ПОЛИВ'ЯНА (вступ; реферат; розд. 1.3; 2.1; 3.1; 3.2)
Старший науковий співробітник, канд. психол. наук	08.12.2021	Наталія СТЕПАНОВА (розд. 3.2; 4.5; 5.2; 6.2)
Старший науковий співробітник, канд. мед. наук	08.12.2021	Станіслав ЧУМАК (розд. 1.1; 2.3; 4.3; 5.2)
Науковий співробітник, канд. мед. наук	08.12.2021	Тетяна ІЛЬНИЦЬКА (розд. 2.2; 3.3; 4.2; 4.4; 5.2; 6.2)
Провідний інженер	08.12.2021	Олексій КОЛОДЄЖНИЙ (розд. 6.2; додатки А, Б; оформлення звіту)
Психолог 1-ї категорії	07.12.2021	Юлія ЯЧНІК (розд 1.2;2.3; 4.1; 5.2)

РЕФЕРАТ

Звіт про НДР: 196 с., 43 рис., 24 табл., 2 додатки, 134 джерела.

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я, МЕДИЧНІ ПРАЦІВНИКИ, COVID-19, МОДЕЛЬ ДОПОМОГИ, ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ

Об'єкт дослідження – психічне здоров'я медичних працівників в умовах пандемії COVID-19.

Мета роботи – розробити комплексну модель подолання негативних наслідків впливу пандемії COVID-19 на психічне здоров'я медичних працівників з використанням сучасних інформаційно-комунікаційних технологій.

Методи дослідження – інформаційно-аналітичний; соціально-психологічний, психодіагностичний; статистичний.

За результатами онлайн опитування 2700 медичних працівників визначено фактори стресу за ступенем їх негативного впливу на психоемоційний стан. Найбільш значущими виявилися емоційний (тривожність, страх) і поведінковий (обмеження контактів з пацієнтами з COVID-19) фактори. Визначено статистично значущі соціо-демографічні параметри негативного впливу на психічне здоров'я медичних працівників в умовах пандемії COVID-19. Виявлено зв'язок між факторами, асоційованими зі стресом, та виникненням тривоги/страху у медичних працівників в умовах пандемії. За допомогою комплексного психодіагностичного обстеження 500 медичних працівників виявлено, що в групі лікарів, що надають допомогу хворим на COVID-19, відмічаються більш виражені симптоми депресії, тривоги, порушень сну та суб'єктивного дистресу.

Розроблено комплексну модель подолання негативних наслідків впливу пандемії COVID-19 на психічне здоров'я медичних працівників на основі сучасних інформаційно-комунікаційних технологій, а саме: мобільного додатку та Інтернет-платформи для онлайн діагностики психічного стану, психоосвітніх онлайн консультацій і психологічних інтервенцій, освітніх вебінарів тощо. Окремі складові моделі впроваджено в практику охорони здоров'я. Вперше в Україні запропонована модель забезпечує системність та комплексність підходу до вирішення проблеми підтримки психічного здоров'я медичних працівників в умовах пандемії COVID-19.

ABSTRACT

Research report: 196 p., 43 pictures, 24 tables, 2 annexes, 134 references.

MENTAL HEALTH, MEDICAL WORKERS, COVID-19, AID MODEL, INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES

Research object - the mental health of health workers in the context of the COVID-19 pandemic.

Purpose of work - to develop a comprehensive model for overcoming the negative effects of the COVID-19 pandemic on the mental health of health care workers using modern information and communication technologies.

Research methods – information-analytical; socio-psychological, psychodiagnostic; statistical

According to the results of an online survey of 2,700 health workers, stress factors were identified according to the degree of their negative impact on psycho-emotional state. The most important factors were emotional (anxiety, fear) and behavioral (limiting contacts with patients with COVID-19). Statistically significant socio-demographic parameters of the negative impact on the mental health of health workers in the context of the COVID-19 pandemic have been identified. An association between stress-related factors and the occurrence of anxiety / fear in healthcare workers in pandemic has been identified. A comprehensive psychodiagnostic survey of 500 health workers found that a group of healthcare workers providing care to patients with COVID-19 had more severe symptoms of depression, anxiety, sleep disturbances, and subjective distress.

A comprehensive model for overcoming the negative effects of the COVID-19 pandemic on the mental health of health professionals based on modern information and communication technologies (mobile application and Internet platforms for online mental health diagnostics, online educational counseling and psychological interventions, educational webinars etc) has been developed. Some components of the model have been implemented in health care practice. For the first time in Ukraine, the proposed model provides a systematic and comprehensive approach to solving the problem of maintaining the mental health of health workers in the context of the COVID-19 pandemic.

ЗМІСТ

Скорочення та умовні познаки …….. 7
Вступ……..……..……... 8
1 Проблема психічного здоров'я медичних працівників в період пандемії COVID-19……..……... 12
1.1 Негативні наслідки пандемії для психічного здоров'я персоналу медичних закладів…….…… 12
1.2 Світовий досвід визначення особливостей психоемоційного стану медичних працівників в умовах пандемії COVID-19……. 16
1.3 Психосоціальна підтримка та медико-психологічна допомога медичному персоналу в період пандемії COVID-19……..….. 22
2 Особливості психоемоційного стану медичних працівників в умовах пандемії COVID-19…….……..... 37
2.1 Попередній аналіз результатів онлайн-анкетування ……. 37
2.2 Удосконалення онлайн-анкети з урахуванням даних попереднього аналізу……..…….…… 44
2.3 Основні соціально-психологічні характеристики медичних працівників, які працюють в умовах пандемії COVID-19……..…. 48
3 Фактори, що негативно впливають на стан психічного здоров'я медичних працівників в умовах пандемії COVID-19…….……. 62
3.1 Матеріал та методи дослідження…….…… 62
3.2 Соціально-демографічна характеристика обстежених……..…… 64
3.2.1 Загальна характеристика вибірки…….…… 64
3.2.2 Соціально-демографічні показники в групах медичних працівників, які надавали або не надавали безпосередню допомогу хворим на COVID-19…….…….. 68
3.2.3 Соціально-демографічні показники в групах медичних працівників, які відчували або не відчували тривогу/страх у зв'язку з пандемією COVID-19……..…… 71
3.3 Визначення факторів, що негативно впливають на стан психічного здоров'я медичних працівників в умовах пандемії…….. 72
4 Психічне здоров'я медичних працівників в умовах коронавірусної пандемії……..……..…….. 85
4.1 Розробка комплексного діагностичного інструментарію з використанням стандартизованих шкал та опитувальників……..…... 85
4.2 Особливості психічного здоров'я медичних працівників, які не мають контакту з хворими на COVID-19……..…... 94
4.3 Особливості психічного здоров'я медичних працівників, які безпосередньо надають допомогу хворим на COVID-19…… 100
4.4 Порівняльний аналіз особливостей психічних порушень у медичних працівників в досліджуваних групах……...…. 107
4.5 Визначення структури психічних порушень у медичних працівників, які безпосередньо надають допомогу хворим на COVID-19… 113

5 Комплексна модель допомоги для подолання негативних наслідків впливу пандемії COVID-19 на психічне здоров'я медичних працівників з використанням сучасних інформаційно-комунікаційних технологій…..…. 118

5.1.Оцінка потреб у наданні психосоціальної підтримки та психолого-психіатричної допомоги медичним працівникам для подолання негативних наслідків впливу пандемії COVID-19……... 118

5.2 Розробка комплексної моделі допомоги медичним працівникам для подолання негативних наслідків впливу пандемії на їх психічне здоров'я.. 124

5.2.1 Концептуальні підходи до визначення актуальних напрямків комплексної моделі допомоги……... 124

5.2.2 Комплексна модель допомоги для подолання негативних наслідків впливу пандемії COVID-19 на психічне здоров'я медичних працівників з використанням сучасних інформаційно-комунікаційних технологій……... 126

5.2.3 Система якості допомоги медичним працівникам ……. 145

6. Впровадження результатів дослідження та окремих складових запропонованої моделі в практику охорони здоров'я ……. 148

6.1 Міжнародний рівень впровадження ……..…... 148

6.2 Національний рівень впровадження…….……..…… 152

6.3 Наукові публікації за темою проекту……..…… 161

Висновки ...……..…….…….. 164

Рекомендації…….……..……..…… 170

Перелік джерел посилання ….…….. 172

Додаток А Опитувальник «Психоемоційний стан медичних працівників в період пандемії COVID-19»…… 188

Додаток Б Інтерфейс мобільного застосунку для онлайн самооцінки психічного стану ……..…… 196

СКОРОЧЕННЯ ТА УМОВНІ ПОЗНАКИ

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров’я

ЗІЗ – засоби індивідуального захисту

ЗМІ – засоби масової інформації

ООН – Організація об’єднаних націй

ППД – перша психологічна допомога

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад

COVID-19 – вірус коронавірусної інфекції

DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders IV-го перегляду

GAD-7 – General Anxiety Disorder-7

ISI – опитувальник для визначення порушень сну

MERS-CoV – Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus

PHQ-9 – Patient Health Questionnaire

SARS – Severe Aacute Respiratory Syndrome

ВСТУП

Епідемія COVID-19, яка спалахнула в грудні 2019 року в Китаї, швидко набула глобальних масштабів і вже у березні 2020 року Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визнала її пандемією. В даний час люди переживають колективну психічну травму, пов'язану з пандемією COVID-19, яка має безпосередні та відстрочені наслідки для їхнього психічного здоров'я.

Пандемія розвивається на тлі реформування спеціалізованої медичної допомоги, скорочення фінансування психіатричної служби в країні. В умовах пандемії, масової соціальної ізоляції, високого рівня інфікування існує гостра необхідність в дослідженнях впливу пандемії COVID-19 на психічне здоров'я як всього населення, так і найбільш вразливих груп, зокрема, медичних працівників, які надають безпосередню допомогу пацієнтам з коронавірусною інфекцією.

Медичні працівники в цих складних умовах ризикують отримати не лише несприятливі фізичні наслідки коронавірусної хвороби, але й мати симптоми тривоги, депресії, гострого стресового та посттравматичного розладу, професійного вигорання. Факторами стресу для них є суворі заходи біобезпеки, підвищені вимоги до умов праці, зокрема, понаднормова робота, збільшена кількість пацієнтів, знижена спроможність користуватися соціальною підтримкою, брак інформації про COVID-19, страх інфікувати своїх друзів чи родичів.

Численні дослідження довели, що психоемоційний стан медичних працівників страждає як в умовах самої пандемії COVID-19, так і тривало після неї та потребує особливої уваги задля забезпечення психічного здоров'я самих медичних працівників, якісної медичної допомоги населенню, а також ефективного використання державних ресурсів.

На сьогодні в Україні відсутній системний підхід до подолання негативних наслідків COVID-19, особливо в питаннях збереження психічного здоров'я, психологічної підтримки та допомоги працівникам системи охорони здоров'я. Існуючі втручання є точковими, а стигма, застарілі програми

підготовки медичних фахівців в частині психічного здоров'я, а також брак часу, обмежують їхнє використання. Тому дуже важливим завданням в цей період є створення програми підтримки медичних працівників задля збереження психічного здоров'я. У зв’язку з цим головна мета проекту полягала в розробці комплексної моделі подолання негативних наслідків впливу пандемії COVID-19 на психічне здоров’я медичних працівників з використанням сучасних інформаційно-комунікаційних технологій.

Основні завдання проекту полягали в наступному:

1. Вивчити соціально-психологічні характеристики медичних працівників, які працюють в умовах пандемії COVID-19.

2. Дослідити стан психічного здоров’я медичних працівників в умовах пандемії COVID-19.

3. Провести порівняльний аналіз структури психічних порушень у медиків, які безпосередньо надають допомогу хворим на COVID-19.

4. Визначити асоційовані з COVID-19 фактори, що негативно впливають на стан психічного здоров’я медичних працівників.

5. Розробити та впровадити психолого-психіатричну модель подолання наслідків впливу пандемії COVID-19 на психічне здоров’я медичних працівників з використанням інформаційно-комунікаційних технологій.

Науково-дослідну роботу було здійснено в три етапи.

І етап (жовтень-грудень 2020 р.) – проведено попередній аналіз трьох груп факторів, пов’язаних з професійним стресом у медичних працівників в період коронавірусної пандемії, а саме: а) типи реагування на ситуацію в зв’язку з COVID-19; б) фактори, що впливають на виникнення стресу; в) фактори, що сприяють подоланню стресу. За результатами опитування було визначено та ранжовано фактори стресу за ступенем їх негативного впливу на медичний персонал. Найбільш значущими серед них виявилися емоційний (тривожність, страх) і поведінковий (обмеження контактів з пацієнтами з COVID-19) фактори. При цьому було доведено важливість враховування не тільки предикторів, що генерують стрес, але також тих факторів, що сприяють

його подоланню. Результати І етапу науково-дослідної роботи засвідчили своєчасність й актуальність дослідження в даному напряму, а також нагальну потребу подовження виконання проєкту.

ІІ етап (травень-серпень 2021 р.) – за результатами опитування 1087 медичних працівників з використанням удосконаленого варіанту анкети визначено статистично значущі параметри, що негативно впливають на стан психічного здоров'я медичних працівників в умовах пандемії COVID-19. За результатами статистичного аналізу виявлено зв'язок між 36 факторами, асоційованими зі стресом, та виникненням тривоги/страху у медичних працівників в умовах пандемії COVID-19.

З використанням комплексу психодіагностичних шкал для оцінки симптомів депресії, генералізованого тривожного розладу, безсоння та впливу травматичної події на психоемоційний стан обстежено 500 медичних працівників. Проведено порівняльне дослідження групи лікарів, що надають допомогу хворим на COVID-19 (основна група) з групою лікарів, які безпосередньої участі в лікуванні хворих на COVID-19 не приймають. Виявлено, що в основній групі відмічаються більш виражені симптоми депресії, тривоги, порушень сну та суб'єктивного дистресу.

ІІІ етап (вересень-грудень 2021 р.) – розроблено комплексну модель подолання негативних наслідків впливу пандемії COVID-19 на психічне здоров'я медичних працівників з використанням сучасних інформаційно-комунікаційних технологій. Окремі елементи (складові) моделі впроваджено в практику охорони здоров'я, а також в навчальний процес на різних етапах підготовки кваліфікованих фахівців у цій галузі.

Запропонована модель вперше в Україні забезпечує системність та комплексність підходу до вирішення проблеми; має акцент на профілактичні втручання та психосоціальну підтримку під час надзвичайної ситуації; дозволяє усунути виявлені диспропорції у наданні спеціалізованої медичної допомоги; пропонує використання сучасних інформаційно-комунікаційних технологій.

Застосування запропонованої моделі дозволить: а) зберегти і поліпшити психічне здоров’я медичному персоналу, який надає допомогу в умовах пандемії COVID-19, б) попередити виникнення і прогресування психічних розладів, в) запобігти розвитку можливих тяжких ускладнень шляхом визначення груп підвищеного ризику, поліпшення скринінгу психічних розладів, застосування спеціальних психологічних втручань щодо медичних працівників, залучених до спалаху COVID-19.

Результати наукового дослідження за Проєктом, отримані на всіх етапах його виконання протягом 2020-2021 рр., представлено в даному заключному звіті.

1 ПРОБЛЕМА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ COVID-19

1.1 Негативні наслідки пандемії для психічного здоров'я персоналу медичних закладів

30 січня 2020 року спалах коронавірусної інфекції року був оголошений Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) надзвичайною ситуацією, що стосується громадського здоров'я [1]. 11 березня 2020 року Генеральний директор ВООЗ охарактеризував COVID-19 як пандемію, і уряди різних країн повинні були готуватися до найгіршого, швидко зрозумівши вплив, який COVID-19 мав би на медичні служби та світову економіку [2].

Пандемія COVID-19 стала безпрецедентним викликом для всієї світової спільноти. В цілому в світі на початок червня 2021 року було зареєстровано 171 292 827 підтверджених випадків COVID-19, включаючи 3 687 589 смертей [3].

На тлі стрімкого поширення пандемії коронавирусной інфекції люди почали відчувати підвищений страх, хвилювання і занепокоєння. Це стосується як населення в цілому, так і окремих груп громадян, наприклад, осіб старшого віку, постачальників послуг охорони здоров'я та осіб із супутніми порушеннями здоров'я. З початку пандемії все частіше спостерігаються зростання рівня безробіття, фінансова нестабільність, складнощі в доступі до освіти, соціальна ізоляція, страх перед хворобою, раптова втрата близьких. Всі ці чинники є суттєвими факторами ризику виникнення психічних розладів [1].

Пандемія COVID-19 впливає на всі аспекти життя й українського суспільства. Пандемія розвивається на тлі реформування спеціалізованої медичної допомоги, скорочення фінансування амбулаторних психіатричних сервісів і психіатричних лікарень в країні. Прогнозованим є зростання кількості та тяжкості психічних захворювань в країні, зменшення доступності медичної, психолого-психіатричної допомоги та соціальної підтримки.

Основні психологічні наслідки пандемії наразі проявляються підвищеним рівнем стресу і тривожності. Введення нових протиепідемічних заходів і

пов'язаних з ними змін також сприяють самотності, депресії, згубному вживанню алкоголю і наркотиків, так само як і поширенню самоушкоджень та суїцидальної поведінки [1]. Люди переживають колективну психічну травму, пов’язану з пандемією COVID-19, яка має безпосередні та відтерміновані наслідки для психічного здоров’я.

Окремої уваги потребує питання карантину внаслідок неоднозначного впливу на здоров’я населення. Найбільш жорсткі варіанти карантину було запроваджено в Китаї. Щоб контролювати пандемію COVID-19, уряд Китаю запровадив низку суворих методів управління карантином для різних груп населення. Пацієнтів з COVID-19 ізолювали в лікарні, тоді як тісні контакти та передовий медичний персонал перебували на карантині в готелі. Ці критичні заходи контролю істотно пом'якшили поширення COVID-19 і мали безперечно позитивні ефекти на здоров’я населення. Однак суворі обмеження суттєво вплинули на повсякденне життя людей і опосередковано призвели до виникнення певних порушень психічного здоров’я.

За даними різних досліджень, було продемонстровано високу поширеність проблем психічного здоров’я у різних вибірках. Однак ці проблеми були пов'язані не тільки з карантинними заходами, а й з їх негативними наслідками для повсякденного життя, причому ці результати підтверджені в кількох дослідженнях [4-7].

В даний час предметом серйозного занепокоєння в країнах і регіонах, які вже значно постраждали від пандемії, стають питання забезпечення безперебійного доступу до послуг для людей з наявними порушеннями психічного здоров'я. Іншим вкрай важливим питанням в цій критичній ситуації постає проблема підтримки психічного здоров'я і благополуччя працівників охорони здоров'я, що знаходяться на передньому краї боротьби з пандемією.

Підтримка психічного здоров'я медичного персоналу є важливою частиною реагування в питаннях охорони здоров'я [8]. На прикладі Італії можна відслідкувати масштабність проблеми, зокрема, щодо незаперечного впливу на дієспроможність системи охорони здоров’я та безпосередньо на життя та

смерть медичних працівників. Зокрема, Італія перенесла одне з найвищих клінічних навантажень у світі у зв’язку з COVID-19 – понад 195.350 випадків та 26.380 смертей [9]. Серед них понад 17 000 випадків смерті медичних працівників та 139 лікарів, з яких 52 були лікарями загальної практики [10]. Що стосується деяких регіонів, таких як Ломбардія, пацієнти з COVID-19 швидко заповнили лікарні, і вірус поширився серед громади, що загалом засвідчило неефективність виключно стаціонарно-орієнтованої служби охорони здоров'я [11].

Лікарі загальної практики відіграють ключову роль у боротьбі із спалахом захворювання [12]. Працюючи фактично на передовій, лікарі загальної практики часто піддаються впливу вірусної інфекції і можуть бути джерелом поширення в громаді, якщо вони не захищені належним чином відповідними засобами індивідуального захисту (ЗІЗ) [13]. У цьому відношенні показовими є виступи лікарів загальної практики Італії, а також їх британських колег, із засудженням відсутності ЗІЗ та неодноразовими закликами до достатнього забезпечення респіраторними масками [14]. Зіткнувшись із спалахом захворювання COVID-19, саме лікарі загальної практики щодня зазнають фізичного та психологічного тиску [15].

Медичні працівники ризикують отримати не лише несприятливі фізичні наслідки коронавірусної хвороби, але й можуть мати симптоми тривоги, депресії, гострого стресового розладу, вигорання та посттравматичного стресового розладу під час та після ліквідації спалаху захворювання [16]. Факторами стресу для медичних працівників можуть бути суворі заходи біобезпеки, підвищені вимоги до умов праці, зокрема, понаднормова робота, збільшена кількість пацієнтів, знижена спроможність користуватися соціальною підтримкою, брак інформації про COVID-19, страх інфікувати своїх друзів чи сім’ю [17]. Перебування медичних працівників на карантині також пов’язано з більшою частотою симптомів гострого стресового розладу, відчуттям виснаження, відірваності від оточуючих, тривогою, дратівливістю,

безсонням, проблемами з концентрацією, небажанням працювати чи думками про звільнення [18].

Загальний стан психічного здоров’я медичного персоналу, який безпосередньо надає медичну допомогу пацієнтам із коронавірусною хворобою, як правило, гірший, ніж у групі незалучених медиків. За даними опитування 5 тис. медичних працівників спеціалізованої лікарні для важких пацієнтів із COVID-19 (м. Ухань), 29,8% осіб повідомили про прояви стресу; 13,5% – депресії; 24,1% – тривоги [19].

Важливо зазначити, що, незважаючи на масштабний вплив та глобальне розповсюдження COVID-19, в 2003 році подібні ефекти вже спостерігалися на тлі епідемії SARS. Епідемія SARS з її швидким розповсюдженням та високим рівнем смертності спричинила значну паніку та занепокоєння у всьому світі, врешті-решт вразила понад 25 країн. У медичних працівників рівень зараження SARS був вищим, ніж у будь-якій іншій дослідженій групі, що становило понад 20% усіх людей, які перенесли SARS [20-22]. У Китаї спостерігалась найбільша кількість випадків SARS, ніж в інших країнах, і Пекін був одним із міст, що найбільше постраждав у світі [23].

За даними відповідного китайського дослідження [24], близько 10% лікарів мали високий рівень симптомів посттравматичного стресу (ПТС) після спалаху SARS. У респондентів, які перебували на карантині або працювали в місцях високого ризику, таких як палати SARS, або мали друзів чи близьких родичів, які перенесли SARS, у 2-3 рази частіше спостерігався високий рівень симптомів ПТС, ніж у тих, хто не зазнавав такого впливу. Також важливо відмітити, що ефект перебування в умовах карантину був передвісником симптомів посттравматичного стресу в працівників лікарень навіть через 3 роки після цього.

Таким чином, психоемоційний стан медичних працівників страждає в умовах пандемії COVID-19 і тривало після неї та потребує особливої уваги задля забезпечення психічного здоров'я самих медичних працівників, якісної

допомоги населенню країни, а також ефективного використання державних ресурсів.

На теперішній час в Україні відсутній системний підхід до подолання негативних наслідків COVID-19, зокрема, в збереженні психічного здоров'я, психологічної підтримки і допомоги працівникам системи охорони здоров'я. Доступні ефективні втручання та лікування є точковими, а стигма, застарілі програми для медичних фахівців в частині психічного здоров'я, а також брак часу, обмежують їхнє використання. Важливим чинником неуспішності навіть тих точкових заходів, що проводяться, є недостатні знання щодо закономірності виникнення і розвитку психічних і психологічних порушень саме у цієї особливої групи населення.

Результати сучасних досліджень підтверджують, що знання ключових факторів ризику виникнення психічних розладів в особливих умовах життя і праці цієї специфічної групи населення, своєчасні та ефективні психосоціальні заходи та стратегії психологічної підтримки, а також, за необхідності, психофармакологічні втручання суттєво покращують стан психічного здоров'я медичних працівників та істотно поліпшують їх функціонування та надання медичної допомоги в критичних умовах пандемії COVID-19.

1.2 Світовий досвід визначення особливостей психоемоційного стану медичних працівників в умовах пандемії COVID-19

З урахуванням того, що психічне здоров’я – це широке поняття, яке охоплює емоційні, психологічні та соціальні виміри, дослідження особливостей психоемоційного стану медичних працівників в умовах пандемії COVID-19 може здійснюватись різними інструментами – від скринінгових опитувальників до діагностичних інтерв'ю для оцінки стану психічного здоров'я. Під час пандемії COVID-19 в світі були створені нові опитувальники та шкали для оцінки проблем психічного здоров'я, пов'язаних з COVID-19, які сфокусовані в основному на страху та тривозі, пов'язаних з COVID-19. Однак психологічні

наслідки COVID-19 можуть бути ширшими і тому доцільними є інструменти, які всебічно охоплюють проблеми психічного здоров'я, пов'язані з COVID-19.

Для дослідження впливу епідемії на психічне здоров'я можуть використовуватись спеціально розроблені анкети. Так, Lee та співавтори розробили спеціальну анкету для дослідження впливу епідемії SARS на психологічний стан медичних сестер [25]. Анкета складається з 72 пунктів, які охоплюють наступні області: (a) негайна реакція на роботу/місію; (b) основні стресові фактори, властиві догляду за хворими на SARS; (c) ефективні заходи для зменшення стресу; (d) копінг-стратегії; (e) мотиватори для приєднання до майбутніх місій та (f) оцінка психіатричних служб. Кожен пункт оцінювався за чотирибальною шкалою (0 = зовсім ні; 1 = незначно; 2 = помірно; 3 = дуже багато). Коефіцієнт внутрішньої узгодженості становив 0,86 (α Кронбаха).

Модифікацію даної анкети використовували Khalid та співавтори для оцінки впливу MERS-CoV на психологічний стан медичних працівників під назвою «MERS-CoV опитувальник для персоналу» [26]. Анкета складалась з 5 розділів із 82 питаннями англійською мовою. Перший розділ анкети складався з 15 питань, які досліджували емоції персоналу під час спалаху MERS-CoV. Кожне запитання вимагало відповіді «так» чи «ні». Потім тим, хто відповів «так», запропонували оцінити ступінь вираженості емоцій за 4-бальною шкалою (0 = зовсім ні; 1 = незначна; 2 = помірна; 3 = дуже). Коефіцієнти внутрішньої узгодженості складали 0,79 (формула Кудера-Річардсона 20) для оцінки емоцій та 0,76 (α Кронбаха) для вираженості емоцій.

У другому розділі анкети оцінено 20 різних можливих факторів, які могли спричинити стрес у персоналу. Це також вимагало відповіді «так» чи «ні». Ті, хто відповів позитивно, відповідали далі щодо ступеня тяжкості стресового фактора (0 = дуже мінімальний; 1 = незначний; 2 = помірний; 3 = дуже великий). Коефіцієнти внутрішньої узгодженості складали 0,81 (формула Кудера-Річардсона 20) для кількості стресових факторів та 0,83 (α Кронбаха) для тяжкості стресу.

Третій розділ опитувальника містив 14 запитань про різні фактори, які могли допомогти зменшити стрес. На ці запитання також було дано відповіді за 4-бальною шкалою (0 = зовсім не ефективно; 1 = помірно ефективно; 2 = помірно ефективно; 3 = надзвичайно ефективно). Коефіцієнт внутрішньої узгодженості для ступеня ефективності становив 0,86. У четвертому розділі, що складався з 13 запитань, розглядаються різні особисті стратегії подолання, якими міг би скористатись персонал. На питання респонденти відповідали "так" чи "ні". Ті, хто відповів "так", оцінили стратегії як 0–4 (0 = ніколи; 1 = іноді; 2 = часто; 3 = завжди). Коефіцієнти внутрішньої узгодженості складали 0,71 (формула Кудера-Річардсона [27] для кількості статегій та 0,78 (α Кронбаха) для частоти використання. П'ятий розділ складався з 10 можливих питань про стимули, які могли б сприяти бажанню брати участь у будь-якій майбутній місії з подолання MERS-CoV чи іншої епідемії. Вони оцінювались за 4-бальною шкалою (від 0 = зовсім не важливо до 4 = найважливіше).

Для дослідження стресу пов’язаного з COVID 19 також були розроблені спеціальні шкали.

Шкала страху перед COVID (COVID-Fear) з одного питання. Kubb та співавторами була розроблена шкала COVID-Fear (COVID-F) [31]. Цей пункт оцінював страх перед COVID-19 («Як ви оцінюєте свій страх перед коронавірусом (COVID-19)?». На основі 10-бальної шкали Лайкерта (1-10), вищий бал свідчить про більший страх.

Шкала страху перед COVID-19 (The Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S)). Шкала FCV-19S, розроблена Ahorsu та співавторами, являє собою опитувальник з 7 питань із використанням 5-бальної шкали Лайкерта з оцінками від 7 до 35 [28]. Чим вищий бал, тим вищий страх перед COVID-19. Шкала показала хорошу внутрішню узгодженість (α = 0,82) та помірну кореляцію з депресією (r = 0,42) та тривогою (r = 0,51). Валідаційні дослідження проводились в Росії та Білорусі, Італії, Бангладеш, Туреччині, Саудівській Аравії, Ізраїлі, Індії, Греції, США, Іспанії, Японії, Кубі та Мексиці.

Шкала тривоги, пов’язаної з коронавірусом (Coronavirus Anxiety Scale (CAS). Шкала CAS, розроблена Lee, є коротким скринінговим інструментом із 5 пунктів, який оцінює загальні фізіологічні симптоми тривоги, пов’язані з COVID-19 протягом останніх двох тижнів: запаморочення, порушення сну, тонус, втрата апетиту та абдомінальний дистрес [29]. Шкала показала чудову внутрішню узгодженість (α = 0,93). Оцінки можуть коливатися від 0 до 20. Були виявлені зв'язки з діагнозом COVID-19, функціональними порушеннями та неадаптивними стратегіями подолання. Запропонована гранична оцінка (≥9) виявила дисфункціональну тривогу, пов’язану з COVID-19, у дорослих із 90% чутливістю та 85% специфічністю. Валідаційні дослідження проводились у Туреччині та Бангладеш.

Шкала тривоги, пов’язаної з пандемією (Pandemic Anxiety Scale (PAS). Шкала PAS, розроблена McElroy та співавторами, являє собою шкалу з 7 пунктів для оцінки тривоги/страху під час пандемії [30]. Загальний бал може коливатися від 0 до 28. Шкала має дві субшкали: тривоги, пов'язаної з захворюванням, та наслідків тривоги. Внутрішня узгодженість α = 0,70. Помірна кореляція була виявлена з шкалами депресії, тривоги та стресу. PAS також тестували на вибірці студентів-медиків та жителів Великобританії.

Шкала стресу, пов’язаного з COVID (The COVID Stress Scales (CSS). Шкала CSS, розроблена Тейлором та співавторами, складається з 36 питань, що входять до п’яти субшкал: страх перед небезпекою та забрудненням, соціально-економічні наслідки, ксенофобія, симптоми травматичного стресу та компульсивні перевірки, пов’язані з COVID-19 [31]. Спочатку шкала була перевірена на вибірці в Канаді та США. Внутрішня узгодженість варіювала від α = 0,83 до α = 0,95, а субшкали були помірно та сильно корельовані. Дослідження валідності були проведені в США та Канаді та на Філіппінах.

Шкала фобії, пов’язаної з COVID-19 (COVID-19 phobia scale (C19P-S). Шкала розроблена Arpaci та співавторами, складається з 20 питань [32]. Коефіцієнт внутрішньої узгодженості α = 0,925. Валідована в Турції.

Шкала обсесії COVID-19 (Obsession with COVID-19 Scale (0CS). Розроблена Lee, містить 4 питання [33]. Коефіцієнт внутрішньої узгодженості 0.84-0.85. Валідована в Сполучених Штатах Америки.

Шкала перитравматичного дистресу, пов'язаного з COVID-19 (COVID-19 Peritraumatic Distress Index (CPDI). Шкала розроблена Qui та співавторами та вивчає частоту тривоги, депресії, специфічних фобій, когнітивних змін, уникнення, компульсивної поведінки, фізичних симптомів та втрати соціального функціонування протягом останніх тижнів [34]. Учасники оцінюють кожен предмет за 5-бальною шкалою Лайкерта в діапазоні від 0 (ніколи) до 4 (більшу частину часу). Бали підсумовуються (загальний діапазон балів 0–100), при чому вищі бали вказують на більший перитравматичний дистрес COVID-19. Китайські нормативні дані виявляють такі діапазони загального балу: 28–51 легкий та помірний дистрес та ≥52 важкий дистрес. Коефіцієнт внутрішньої узгодженості 0.84-0.85 Cronbach's alpha – 0.92 (жінки), 0.89 (чоловіки).

Додатково до спеціальних шкал, пов'язаних з COVID-19, дослідники використовують клінічні шкали для вимірювання симптомів депресії, тривоги, ПТСР та ін. [35].

Для вимірювання симптомів депресії використовують PHQ-9 – шкала з 9 питань, які оцінюються від 0 до 3, загальний бал: 0-4 = немає / мінімальний рівень депресії; 5-9 = середній; 10-14 = середньоважкий; 15-21 = важкий), DASS-21 (21 питання, які оцінюються від 0 до 3, охоплюють депресію, тривогу та стрес; кожна категорія має свою інтерпретацію балів); SDS (20 питань з оцінкою 1-4, потім цей необроблений бал використовується для обчислення індексу, який інтерпретується наступним чином: 25–49 = звичайний, 50–59 = легкий – помірний, 60–69 = помірний – важкий, 70 = важкий); HAMD (17 питань з оцінкою 0-4, загальний бал: 0-7 = звичайний; 8-16 = легкий; 17-23 = помірний; ≥24 = важкий); PHQ-4 (ультракороткий опитувальник, що складається із шкали депресії з 2 пунктів (PHQ-2) та шкали тривожності з 2 пунктів (GAD-2); BDI (21 питання з оцінкою від 0 до 3, загальний бал: 0-13 =

звичайний; 14-19 = легкий; 20-28 = помірний; 29-63 = важкий. У двох пунктах (16 та 18) є сім варіантів, які вказують або на збільшення, або на зменшення апетиту та сну). Шкала HADS (2 субшкали з 7 пунктами кожна, оцінка 0-3. Загальний бал коливається від 0 до 21 для тривоги та від 0 до 21 для депресії: 0-7 = звичайний; 8-10 = межовий рівень; 11 = високий).

Для вимірювання симптомів тривоги використовують GAD-7 (шкала з 7 питань, які оцінюються від 0 до 3, загальний бал: 5-9 = низький рівень тривоги; 10-14 = средній; більше 15 = важкий); SAS (20 питань, які оцінюються від 1 до 4, загальний діапазон балів становить від 25 до 100: 25-44 = нормальний діапазон; 45-59 = легка та середня тривога/страх; 60-74 = помірне до сильне занепокоєння; > 75 = сильна тривога); HAMA (14 питань від 0 до 4, загальний бал: 0–17 = легкий; 18–24 = середньолегкий; 25-30 = середньо важкий; 31 = важкий); BAI (21 питання від 0 до 3. Загальний бал коливається від 0 до 63: 0-7 = мінімальний; 8-15 = легкий; 16-25 = помірний; 25-63 = важкий).

Для вимірювання симптомів ПТСР використовують IES-R (22 пункти, які оцінюються від 0 до 4, питання безпосередньо відповідають 14 із 17 симптомів DSM-IV ПТСР. Поріг > 24 дає клінічну причину занепокоєння щодо наявності ПТСР, більш високий бал пов'язаний з більшою тяжкістю); PCL-5 (20 питань з оцінкою 0-4, розділені на 4 субшкали, що відповідають кластерам B – E у DSM-5: Вторгнення (5 питань), Уникнення (2 питання), Негативні зміни в пізнанні та настрої (7 питань), Зміни в збудженні та реакційній здатності (6 питань). Максимальний загальний бал 80 та граничний показник > 38); GPS (22 питання з варіантами так / ні. Загальний бал можна обчислити, підсумовуючи бали всіх пунктів); K-6 (респонденти повинні врахувати один місяць минулого року, коли їм було найгірше психічно. Питання оцінюють частоту таких симптомів, як безнадія, неспокій та депресія. Загальний бал коливається від 0 до 24: поріг ≥ 13).

Для визначення особливостей безсоння використовують ISI (7 пунктів, які оцінюються від 0 до 4, загальний бал: 0–7 = клінічно значущого безсоння немає, 8–14 = підпорогове безсоння, 15–21 = клінічне безсоння (середнього

ступеня тяжкості), 22–28 = клінічне безсоння (важке); PSQI (19 питань, які оцінюються від 0 до 3, включають затримку сну, тривалість сну, ефективність сну та денне функціонування, поріг 5-7 балів); AIS (8 пунктів на основі критеріїв МКХ-10 для кількісної оцінки елементів дисфункції сну, пороговий бал ≥ 6 використовується для діагностики безсоння).

Таким чином, для визначення особливостей психоемоційного стану медичних працівників в умовах пандемії COVID-19 використовуються різні інструменти від опитувальників, розроблених спеціально для COVID-19 ситуації, до клінічних шкал, які вимірюють конкретні клінічні симптоми. В звя'зку з поширенням пандемії в світі кількість таких психодіагностичних інструментів зростає.

1.3 Психосоціальна підтримка та медико-психологічна допомога медичному персоналу в період пандемії COVID-19

Спалах коронавірусної хвороби (COVID-19) у Китаї у грудні 2019 року та її стрімке подальше поширення в інші країни світу впродовж наступних місяців стали на сьогодні знаковими для багатьох сфер життя. Дослідники з різних країн наводять свідчення значного впливу пандемії COVID-19 на психологічний стан і психічну рівновагу не лише інфікованих людей та їхніх родин, але й представників групи ризику зараження, жителів територій з підтвердженими випадками хвороби, медичних працівників та волонтерів [36-41]. Враховуючи опубліковані дані, що підтверджують помірний та високий рівень стресу серед населення, високий рівень тривоги загалом та через контакти з імовірним носієм вірусу, високий рівень депресії, порушення сну, низький рівень довіри до компетентності лікарів через брак достовірної інформації про вірус, загострення психопатологічної симптоматики та психологічних труднощів, що можуть зберігатися й після одужання, автори справедливо підкреслюють нагальну потребу в наданні своєчасної

психологічної допомоги та підтримці психічного здоров’я для всіх верств населення у цей період [42-47].

При цьому слід взяти до уваги той факт, що в ситуації пандемії медичний персонал є одним з ключових ресурсів держави. Відомості щодо психічного і психологічного стану медичних працівників, що беруть участь у ліквідації COVID-19, дозволяють припустити, що ці наслідки можуть призвести до небезпеки, яка перевищуватимуть наслідки самої пандемії. Тому підтримка фізичного і психічного здоров’я персоналу має дуже важливе значення для боротьби з пандемією [48, 49].

Медичні працівники належать до групи найвищого ризику захворюваності на COVID-19. Надмірне психічне навантаження на медичних працівників, які перебувають у місцях спалаху пандемії і мають підвищений ризик зараження та психологічного травмування під час догляду за інфікованими пацієнтами, має як короткострокові, так і довгострокові наслідки для їхнього психічного здоров’я і психологічного благополуччя.

Дослідження медичних працівників лікарень для тяжких пацієнтів із COVID-19 в Ухані у 29,8% працівників виявило ознаки стресу, у 24,1% – ознаки тривоги, у 13,5% – ознаки депресії [50]. Показник поширеності посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед медичного персоналу в таких ситуаціях може сягати 20 відсотків, як це було під час спалаху тяжкого гострого респіраторного синдрому (SARS) у 2003 році [51].

Слід зазначити, що в дослідженнях психологічного та психічного стану медичних працівників, що доглядали за хворими на вірус Ебола в 2014 році, також було виявлено низку психічних та поведінкових розладів, найпоширенішими з яких були тривожні, депресивні та посттравматичні стресові розлади [52].

За даними обстеження 7236 добровольців, китайські дослідники оцінили стан психічного здоров'я різних верств населення під час пандемії COVID-19. Порівняно з іншими професійними групами в медичних працівників був виявлений найвищий рівень поганої якості сну [53].

Інсомнія дуже часто буває одним з проявів тривожних і депресивних розладів. Вона також є одним з головних факторів ризику розвитку ПТСР [54].

У дослідженні медсестер, безпосередньо залучених до надання допомоги пацієнтам із COVID-19 в Ухані, у 85,37% були виявлені емоційні реакції (гнів, тривога, депресія). Вони відчували розчарування, дискримінацію, негативні емоції пацієнтів, ізоляцію, перевтому і виснаження, у них був відсутній контакт з родинами. Важливим фактором психічної дезадаптації медичних працівників є фактор психологічного впливу епідемії COVID-19 на членів їхніх родин. При вивченні стану їх здоров'я в Нінгбо і Китаї під час спалаху COVID-19 було виявлено, що загальна поширеність тривоги та депресивних симптомів становила в родичів медичних працівників 33,73% і 29,35% відповідно. Найбільш уразливі щодо психічних розладів були батьки й найближчі родичі [55]. Ця ситуація викликала такі психічні прояви, як стрес, занепокоєння, депресивні симптоми, безсоння, заперечення, гнів і страх.

Проблеми з психічним здоров'ям впливають не тільки на увагу, розуміння і здатність медичних працівників приймати рішення, що може перешкодити боротьбі з SARS-CoV-2, але також можуть мати довгостроковий ефект на їх загальне благополуччя. Тому охорона їхнього психічного здоров'я має важливе значення для боротьби з епідемією та стану їхнього власного здоров'я й в довгостроковій перспективі [56].

Слід зазначити, що психічний стан медичних працівників після завершення епідемій ще довгі роки потребує психологічного втручання і психіатричної корекції. Через один рік після закінчення спалаху епідемії SARS у 2003 році в Китаї в медичних працівників був зафіксований більш високий рівень стресу, ніж у хворих, що одужали [57]. Подібні результати були зареєстровані і в інших дослідженнях [50, 58-59].

У 2006 році випадково відібрані 549 співробітників лікарні в Пекіні були опитані щодо стану їх психічного здоров’я після спалаху атипової пневмонії 2003 року. Результати аналізу показали, що й через 3 роки ймовірність наявності високого рівня депресивних симптомів залишалась [60].

Вплив карантину на психічний стан медичних працівників вивчався ще в період спалаху SARS у 2003 році. Було виявлено, що перебування на карантині є провісником ПТСР за три роки. У медичних працівників були діагностовані більш тяжкі симптоми ПТСР, ніж у загальній популяції. Перебування на карантині позитивно корелює зі зловживанням алкоголем, симптомами залежності та поведінкою уникнення через 3 роки після карантину. Медичні працівники також відчували більшу стигматизацію, ніж населення, проявляли більше поведінки уникнення, повідомляли про більший втрачений дохід і постійно зазнавали психологічного травмування [61, 62].

Медичні працівники також можуть страждати як від зовнішньої стигми, так і від самостигматизації. Зовнішня стигматизація пов'язана зі страхом людей контактувати з тими, хто лікує пацієнтів з COVID-19. Самостигматизація медичних працівників є проявом їх незадоволених потреб і страхів, вона також може бути наслідком вікарної травматизації [63].

Експерти ВООЗ у рекомендаціях «Психічне здоров'я та психосоціальні міркування під час спалаху COVID-19» [64] приділяють особливу увагу проблемі дестигматизації. Специфічними джерелами стресу для медичних працівників, які лікують пацієнтів з COVID-19, є:

1. Необхідність застосовування суворих заходів біологічної безпеки:

а) фізичні незручності та напруження при постійному носінні спеціального одягу та засобів захисту;

б) фізична ізоляція (обмеження на фізичні контакти, навіть після робочого дня);

в) постійна поінформованість і пильність щодо інфекційного контролю;

г) чітке дотримання протоколу проведення медичних процедур, відсутність спонтанності дій.

2. Фактори, що пов’язані з ризиком передачі захворювання:

а) постійний інфекційний контроль, який може бути дуже стресогенною подією, оскільки звичайні симптоми грипу та застуди приймаються за COVID-19, поки не надійдуть результати тесту;

б) протиріччя між пріоритетами громадської охорони здоров'я і побажаннями пацієнтів та їх сімей щодо карантину.

3. Психологічні та особистісні проблеми:

а) страх зараження і професійний ризик;

б) надмірні прояви ототожнення і контр-переносу;

в) внутрішній конфлікт між конкуруючими потребами роботи і сім'ї, який посилюється ймовірністю заразити COVID-19 родину.

4. Специфічні умови праці:

а) постійне щоденне надмірне навантаження, непередбачувана кількість нових пацієнтів і екстрених ситуацій, дефіцит сну;

б) постійне спостерігання за погіршенням фізичного та психічного стану хворих та їх смерті, що веде до вікарної (вторинної) травматизації;

в) стигматизація.

На засіданні Ради безпеки ООН 27 травня 2020 року була зроблена заява про те, що за період пандемії з 13 березня 2020 р. в 13 країнах світу зафіксовано 208 нападів на медичних працівників та медичні установи, які надають допомогу пацієнтам з COVID-19. Фізичні напади становили 23%, дискримінація з проявами невербальної і вербальної агресії – 20%, умисне ненадання або відмова в наданні допомоги, вербальна агресія, зневага до заходів захисту медичного персоналу та умисне незабезпечення засобами захисту – 57% випадків [65].

Медичний персонал, що працює в умовах пандемії, має дуже високий рівень формування професійного вигоряння. З одного боку, синдром емоційного вигоряння – це певний тип реагування на хронічний професійний стрес, який дозволяє людині дозувати й економно витрачати енергетичні ресурси. Але з іншого боку, виникаючі соматичні, психологічні і психопатологічні феномени мають несприятливі наслідки для здоров'я і професійної діяльності фахівця.

В дослідженні медичних працівників, яке відбулося в березні-травні 2020 року [66], було виявлено, що працівники, які беруть участь в наданні допомоги

пацієнтам з COVID-19, відрізняються від невключених в цю роботу спеціалістів більш високими показниками професійного вигорання за шкалами емоційного виснаження і деперсоніфікації, але при цьому – нижчими показниками вигоряння за шкалою професійної успішності. Тобто, не дивлячись на крайню втому при роботі з потоком пацієнтів, вони залишаються високо мотивованими і усвідомлюють значимість і необхідність своєї роботи. При цьому вони мають більш високі показники симптомів депресії і тривоги і більш високий рівень емоційного дистресу, до якого вносять важливий внесок такі параметри, як страх заразитися, організаційні труднощі, недовіра керівництву, інформаційний шум і брак медичних коштів.

Профілактика синдрому вигоряння є одним з ресурсів зміцнення психічного здоров'я медичних працівників у ситуації пандемії [67].

Проведені дослідження демонструють, що в групі підвищеного ризику знаходяться медичні працівники молодшого віку і жіночої статі, ті, хто не має соціальної підтримки, знаходиться в ізоляції, страждає від стигматизації, трудиться в умовах значного ризику, є медичними сестрами, а також ті, хто має більш низький рівень спеціалізованої підготовки і менший досвід роботи [68]. У той же час до групи факторів, що зменшують негативний вплив COVID-19 на психічне здоров'я медичного персоналу, можна віднести такі детермінанти: доброзичлива атмосфера в робочому середовищі, поліпшення стану здоров'я інфікованих колег; припинення зараження коронавірусом серед медичного персоналу; організація злагодженої та гнучкої роботи всіх підрозділів закладу, минулий професійний досвід, високий рівень прихильності до професійної етики та доброчесності [36].

Виділяють такі стратегічні напрямки зміцнення психічного здоров'я під час спалаху COVID-19:

1) ідентифікація груп підвищеного ризику;

2) скринінг психічних розладів;

3) психологічні втручання, які обираються за даними скринінга;

4) підтримка залучених до спалаху COVID-19 медичних працівників;

5) надання точної та повної інформації;

6) інтеграція медичних і громадських ресурсів [69].

Згідно зарубіжних досліджень, одне з провідних місць в якості фактора-протектора психічного здоров'я медичних працівників в умовах епідемії грає наявність психологічної служби в установі [70]. Доступність психологічного супроводження і допомоги медичним працівникам є важливим фактором, поряд з іншими заходами профілактики. В аналітичному огляді Kisely et al. (2020) виділено чинники-протектори і рекомендації щодо профілактики негативних наслідків для психічного здоров'я медиків, що працюють в періоди епідемій. До таких факторів на підставі узагальнення цілого ряду досліджень були віднесені наступні.

1. Соціально-психологічні: наявність підтримки з боку рідних і друзів; можливість безпечного контакту з ними; впевненість в своїх силах і користь своєї роботи; схвалення тяжкості і важливості роботи з боку суспільства; інформація про одужання хворих колег і загальне зниження кількості хворих.

2. Професійно-організаційні: наявність продуктивного робочого графіку (з можливістю адекватного відпочинку); можливість отримати відпустку або перерву при необхідності; наявність додаткової освіти і великого досвіду роботи; робота в якості керівника, а не виконавця; наявність продуманих заходів безпеки і малої кількості хворих колег; наявність можливості передати побажання керівникові (працівникові профспілки, наприклад). При цьому важливою умовою виступала саме підтримка співробітників з боку психологічної служби, заходи щодо психоосвіти, а не простий збір інформації.

До найбільш продуктивних заходів запобігання (профілактики) можливого психологічного неблагополуччя медичного персоналу в огляді були віднесені наступні:

а) соціально-психологічні: надання ЗМІ інформації про труднощі роботи персоналу і підтримка з їхнього боку; створення в установі менш формальної, дружньої обстановки, особливо між старшим і середнім медичним персоналом; більша кількість підтримки персоналу з боку сім'ї.

б) професійно-організаційні: можливість отримання навичок продуктивної комунікації (психологічних тренінгів) та додаткової освіти по роботі з епідеміями; наявність відпрацьованого суворого контролю за самопочуттям персоналу, як на етапі до зараження (проби на наявність вірусу), так і після (мінімальний можливий карантин); наявність відпрацьованого алгоритму з прийому нових пацієнтів і догляду за іншими, який знижує ризик поширення інфекції; вільний доступ до засобів індивідуального захисту і можливість окремого проживання відносно мікробіологічного ризику для сім'ї; наявність часу і місця для відпочинку, організація харчування і зв'язку з близькими при черговому графіку; можливість відмовитися від роботи з інфікованими пацієнтами. Також особливо відзначається доступ до служб психологічного супроводу та наявність охорони або іншого персоналу для роботи з пацієнтами в афективному стані.

Kisely et al. [70] виявили, що незважаючи на поки що невелику кількість досліджень психологічного благополуччя медичного персоналу, що працює з COVID-19, виділені раніше при вивченні наслідків інших епідемій загальні фактори ризику та фактори-протектори незмінні, незалежно від типу інфекційного захворювання, з яким працює персонал. Таким чином, описані методи профілактики, отримані в ході роботи з іншими вірусами, можна застосовувати і зараз, знижуючи кількість і тяжкість наслідків COVID-19 для медичних працівників.

Між тим висока контагіозність COVID-19 перешкоджає наданню кризової психологічної та психіатричної допомоги offline. Популяризація Інтернет-служб і смартфонів та поява мобільних мереж п’ятого покоління (5G) дозволили фахівцям з психічного здоров’я та органам охорони здоров’я надавати послуги в період спалаху COVID-19 у режимі online. На сьогоднішній день у Китаї широко впроваджені декілька видів Інтернет-служб психічного здоров’я [71].

Класичні психотерапевтичні та психологічні втручання, направлені на корекцію психічного стану медичних працівників у ситуації спалаху

пандемій, у більшості випадків важко здійснити. Так, реалізація психологічного втручання серед медичних працівників лікарень Китаю в період епідемії SARS у 2003 році наштовхнулася на перешкоди. Медичний персонал неохоче брав участь у групових або індивідуальних психологічних сесіях. Деякі медичні сестри демонстрували ознаки психологічних страждань, збудливість, дратівливість, небажання відпочивати, але вони відмовлялися від будь-якої психологічної допомоги та заявляли, що в них немає проблем [72]. В той же час в 11% випадків у них було виявлено високий рівень травматичних стресових реакцій, включаючи депресію, тривожність, ворожість та симптоми соматизації [73].

Для більш ефективного вирішення нагальних психологічних проблем людей, залучених для подолання епідемії COVID-19, китайські дослідники розробили нову модель психологічного кризового втручання з використанням інтернет-технологій [74, 75]. Ця модель об'єднує лікарів, психіатрів, психологів і соціальних працівників в інтернет-платформи для здійснення психологічного втручання по відношенню до пацієнтів, їх сімей та медичного персоналу (рис. 1.1).

На цьому етапі психологічне кризове втручання повинно одночасні включати дві заходи: втручання внаслідок страху перед хворобою, яке здійснюється, головним чином, медиками та за допомогою психологів; втручання через труднощі в адаптації, головним чином, соціальними психологами. Серйозні психічні проблеми (наприклад, насильство, поведінка із суїцидом) повинні вирішувати психіатри (рис. 1.2).

Це комплексна система реагування на психологічні кризи, яка дозволяє надавати послуги в режимі онлайн. Меню цих послуг включає: інтернет-опитування про стан психічного здоров’я, пов’язаного зі спалахом COVID-19; інтернет-освіту з питань психічного здоров’я в період пандемій; інтернет-психологічні послуги консультування та інтервенції для самодопомоги, включаючи когнітивно-поведінкову терапію при депресивних, тривожних, стресових розладах та безсонні.

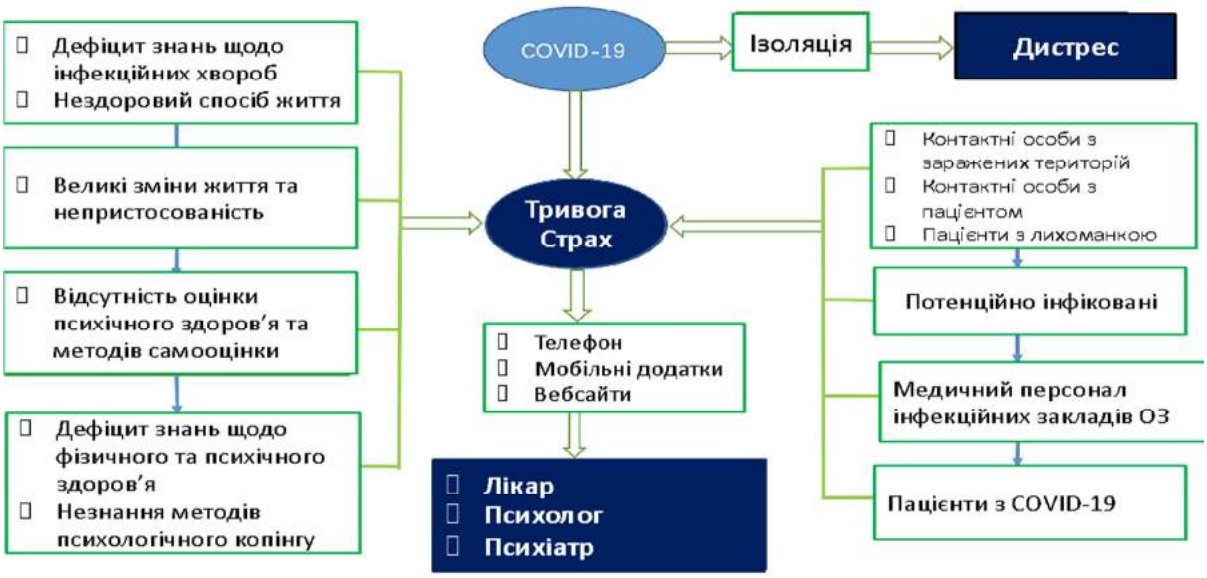


Рисунок 1.1 – Модель психологічного кризового втручання під час пандемії COVID-19.

Основною ідеєю авторів було інтегрувати інтернет-технології у весь процес терапії та поєднати раннє втручання з подальшою реабілітацією. Окремо були розроблені рекомендації для медичних працівників за схемою ППС (передбачати, планувати, стримувати), в оригіналі – The Anticipated, Plan and Deter (APD) Responder Risk and Resilience Model [75].

Рисунок 1.2 – Інтернет-методи кризового психологічного втручання в умовах пандемії COVID-19.

Покрокова модель управління стресом для медичних працівників виглядала наступним чином:

- Передбачати: отримати передподійний стрес-тренінг; розумітися на стрес-менеджменті; описати ймовірні катастрофічні реакції на подію.
- Планувати: розробити індивідуальний план резілієнсу; знайти індивідуальні або групові ресурси копінгу.
- Стримувати: навчитись використовувати індивідуальний план резілієнсу та моніторити будь-чий стрес.

Для пацієнтів зміст психологічних інтервенцій online включав наступне:

- Знання про профілактику та боротьбу з новим коронавірусом: як правильно носити маску; як захистити себе, коли ви виходите на вулицю (п’ять заходів захисту); як подолати інформаціний вибух, пов'язаний з епідемією.
- Знання про навички психологічної самоадаптації: підтримка емоційної стабільності (метод релаксації черевне дихання); поради експертів із лікарні Китаю (як протистояти тривозі та страху, спричиненим коронавірусом); аудіо mildfulness (зосереджена уважність) для зменшення стресу.
- Телефонні гарячі лінії, Інтернет-консультування.
- Оцінка в Інтернеті (7 × 24 год): тривоги – Генералізований тривожний розлад-7 (General anxiety disorder-7, GAD-7); депресії – Опитувальник здоров’я пацієнта-9 (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9); сну – Пітсбургський опитувальник якості сну (Pittsburgh sleep quality index, PSQI).

Багато медичних установ та університетів в Китаї відкрили онлайн-платформи для надання послуг психологічного консультування пацієнтів, членів їхніх сімей та інших людей, постраждалих від епідемії. Але більшість медичних відділень починали психологічну інтервенційну діяльність самостійно, не спілкуючись один з одним, тим самим витрачаючи ресурси щодо психічного здоров’я та відмовляючи пацієнтам через відсутність своєчасної діагностики та недостатнє спостереження за лікуванням та обстеженнями [1].

Національна комісія з охорони здоров'я Китаю видала вказівки щодо екстреного психологічного кризового втручання для людей, які постраждали

від COVID-19 [41]. Ключові моменти були сформульовані для різних груп, в тому числі для: пацієнтів з підтвердженим діагнозом та ймовірним інфікуванням COVID-19; медичних працівників, безпосередньо залучених до допомоги таким пацієнтам (табл. 1.1).

Таблиця 1.1 – Приклади екстреного психологічного кризового втручання для осіб, які постраждали від COVID-19

Групи та прояви	Втручання
1	2
Підтверджені пацієнти	
На ранній стадії ізоляційного лікування.. Психічний стан: оніміння, заперечення, гнів, страх, тривога, депресія, розчарування, скарги, безсоння	Принцип: підтримка та комфорт. 1. Зрозумійте, що емоційна реакція пацієнта є нормальною реакцією на стрес 2. Поясніть важливість та необхідність ізоляції та спонукайте пацієнтів до формування впевненості в одужанні. 3. Поясніть основні моменти сучасного лікування та ефективність втручання. 4. Стабілізуйте емоції пацієнтів та оцініть ризики самогубства та самопошкодження. 5. За необхідності консультація психіатра.
Період лікування в ізоляції. Психічний стан: самотність /дискомфорт через страх перед хворобою, відмова від лікування або надмірний оптимізм щодо лікування.	Принцип: активне повідомлення інформації, консультація психіатра за необхідністю. 1. Якнайкраще об'єктивно та правдиво поясніть хворобу й зовнішню епідемічну ситуацію 2. Допомагайте спілкуватися із родичами, що назовні, та передавати інформацію 3. Активно заохочуйте пацієнтів до співпраці щодо всіх способів лікування 4.Старатися зробити обстановку зручнішою для пацієнта 5. За необхідності консультація психіатра
Пацієнти з респіраторним дистресом та сильним занепокоєнням Психічний стан: відчуття вмирання, паніка, відчай	Принцип: заспокоєння, емоційне спілкування та підвищення впевненості у лікуванні. 1. Заспокойте та дайте заспокійливі ліки. 2. Посилюйте лікування основного захворювання та зменшуйте симптоми.
Легкі пацієнти, ізольовані вдома, хворі лихоманкою, які звертаються до лікарні. Психічний стан: паніка, неспокій, самотність, безпорадність, депресія, песимізм, гнів, нервозність, стрес від відчуження від інших, сором чи зневага до хвороби	Принцип: заохочення до співпраці, адаптація до змін. 1. Допомагайте зрозуміти реальну та достовірну інформацію, довіряти авторитетним матеріалам 2. Заохочуйте до активного дотримання лікувальних та ізоляційних правил, здорового харчування, режиму праці та відпочинку, читання, слухання музикі та ін. 3. Скажіть: прийміть ізоляцію, зрозумійте власну реакцію та шукайте позитивні сенси у неприємностях 4. Рекомендуйте пошук соціальної підтримки, щоб впоратися зі стресом: сучасні методи спілкування, розмови про почуття, здобуття підтримки та заохочення 5. Заохочувати використання гарячої лінії психологічної допомоги або онлайн психологічного втручання.

Продовження табл.1.1

Ймовірно інфіковані особи	
Психічний стан: психічна хвороба, уникнення лікування, страх дискримінації або тривожність, надмірне лікування	Принцип: швидке навчання, правильний захист, підкорення загальній ситуації та зменшення стресу. 1. Психоосвіта, ретельне спостереження та раннє лікування 2. Вживайте необхідні заходи самозахисту 3. Дотримуйтесь загальних правил спілкування 4. Використовуйте декомпресійну поведінку та зменшуйте стрес.
Залучені медичні працівники	
Психічний стан: надмірна втома та напруга, навіть виснаження, тривога, безсоння, депресія, смуток, соматичні скарги, безпорадність, розчарування або самовинувачення перед смертю пацієнта.Страх заразитися, страх перед сім'єю. Надмірне хвилювання, відмова від розумного відпочинку	Принципи: регулярна ротація, саморегуляція та звернення за допомогою, якщо є проблеми. 1. Навчання щодо розуміння реакції на стрес, реагування на стрес та регулювання емоцій. 2. Профілактичні інтерв'ю з відкритим обговоренням почуттів; мобілізація ресурсів; психологічна підготовка до стресу. 3. Належний відпочинок, сон, харчування та трансфер 4. По можливості підтримання зв'язку та спілкування з родиною та навколишнім світом. 5. У разі виникнення симптомів стресу, безсоння, депресії чи тривоги вчасне звертання до професійного психологічного кризового втручання (телефонна «гаряча лінія», онлайн-психологічні послуги, психологічне втручання особистого характеру) 6. Якщо стан не полегшується протягом 2 тижнів і впливає на інших, необхідна консультація психіатра.
Уразливі групи та широка громадськість	
Психічний стан: паніка, самоізоляція, сліпа дезінфекція, розчарування, страх, дратівливість, агресивна поведінка, надмірний оптимізм.	Принцип: медичне виховання, спрямування активних реакцій, усунення страху та наукова профілактика. 1. Правильно надайте інформацію 2. Комунікація та вказівки щодо адаптаційної поведінки 3. Протидійте нездоровим способам подолання ситуації (такі як пиття, куріння тощо) 4. Запобігайте дискримінації хворих та підозрюваних щодо хвороби людей

В рекомендаціях ВООЗ «Психічне здоров'я і психосоціальні аспекти під час спалаху COVID-19» також міститься ряд повідомлень, які можна використовувати в комунікації для підтримки психічного та психосоціального благополуччя в різних цільових групах під час спалаху.

Повідомлення для загальної сукупності спрямовані на уникнення/зменшення дискримінації та стигматизації людей, які лікуються від COVID-19, дотримання інформаційної гігієни, шанування медичних

працівників. Повідомлення для останніх насамперед спрямовані на організації системи психологічної допомоги взагалі та створення ефективного селф-менеджменту з застосуванням адаптивних копінг-стратегій в умовах пандемії COVID-19. Окремі рекомендації стосуються комунікації з особливо уразливими контингентами [77].

У розпал епідемії COVID-19 важливо, щоб поряд із заходами реагування на надзвичайні ситуації були розроблені протоколи щодо виявлення, лікування та запобігання проблемам психічного здоров’я як для пацієнтів, так і для медичних працівників [78]. Причому, відповідно до біопсихосоціальної парадигми медицини, необхідно застосовувати «трикутник допомоги», де три складові – медична, психологічна й соціальна – забезпечують ефективність комплексного втручання [79].

У Сінгапурі було визначено шість критичних напрямків для зміцнення стратегії психічного здоров'я під час спалаху COVID-19, а саме: ідентифікація груп підвищеного ризику; покращений скринінг психічних розладів; психологічні втручання; підтримка залучених до спалаху COVID-19 медичних працівників; надання точної та повної інформації; інтеграція медичних та громадських ресурсів [78].

Дуже важливою є соціальна підтримка та соціальні ресурси, що зменшують негативні емоції, такі як тривожність [80]. Тому, коли люди є ізольованими, в тому числі під час епідемій, інтернет-соціальні групи, які розширюють соціальні мережі та надають взаємну підтримку, можуть зменшити тривожність від ізоляції [81]. Соціальна підтримка допомагає зменшити сприйняття та оцінку загрози стресових подій, фізіологічні реакції та невідповідну поведінку, спричинені стресом, а також зменшити страх та тривогу, викликані стресом [82, 83].

Наявність телемедицинских технологій також може стати критичною потребою для населення та пацієнтів, які постраждали від інфекції COVID-19, особливо в умовах активного карантину. Наприклад, уряд Австралії розширив ряд послуг з надання підтримки психічного здоров'я у зв'язку з пандемією

коронавірусу з використанням цифрових технологій і телемедицини, у тому числі для вразливих груп населення та осіб з серйозними і комплексними потребами [84].

В настановах Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) постійно наголошується, що «медичні працівники повинні продовжувати користуватися своїм правом на гідні, здорові та безпечні умови праці в контексті COVID-19. Всім медичним працівникам слід забезпечити послуги з охорони здоров'я на роботі, психічного здоров'я та психосоціальної підтримки» [85-87].

Бюро ВООЗ в Україні та Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України розробили навчальний курс із питань психічного здоров'я та психосоціальної підтримки під час COVID-19 для медичних працівників [88]. Цей навчальний пакет містить чотири модулі. Перший і останній — для керівників медичних служб, щоб допомогти їм побудувати систему психосоціальної підтримки населення та самопідтримки медичних працівників. Другий і третій — допомагають медичним працівникам виявляти психосоціальні потреби населення та надавати допомогу та підтримку, а також піклуватися про власне благополуччя під час пандемії COVID-19.

Таким чином, охорона психічного здоров'я і соціально-психологічна підтримка медичних працівників є одним з важливих напрямків подолання пандемії коронавірусної хвороби. Дані проведеного науково-теоретичного аналізу стану психічного здоров'я медичних працівників, які надають допомогу хворим на COVID-19, вказують на значну поширеність у них тривожно-депресивних розладів і розладів сну, що є фактором ризику зростання рівня психосоматичних розладів і посттравматичного стресового розладу [89]. Вплив соціально-психологічних та специфічних для медичних працівників стресових чинників є досить значущим і потребує використання сучасних інтернет-технологій для своєчасного і адекватного соціально-психологічного кризового втручання.

2 ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

2.1 Попередній аналіз результатів онлайн-анкетування

З використанням спеціально розробленої анкети було проведено пілотне онлайн-опитування 1100 медичних працівників зі всіх регіонів України. Анкетування здійснювали протягом трьох тижнів. На момент початку опитування – 30.03.2020 року в Україні було зареєстровано 548 хворих з COVID-19 і 13 летальних випадків [90]. При завершенні анкетування (21.04.2020 року) кількість хворих зросла до 6125, помер 161 пацієнт, зафіксовано 415 нових випадків інфікування [91].

Попередній аналіз отриманих даних виявив наступне. Серед 1100 респондентів основну частину склали медичні працівники жіночої статі (79,9%). За віком всі опитані розподілилися наступним чином: до 30 років – 179 (16,2%), від 31 до 60 – 824 (75,0%), старше 60 – 97 (8,8%). Серед них лікарів – 695 (63,1%), медичних сестер – 236 (21,5%), психологів та інших фахівців – 169 (15,4%). Більше третини анкетованих склали лікарі сімейної медицини. Представленість лікарів інших спеціальностей варіювала від 1,0% до 5,7%. Основним місцем роботи у 414 (37,6%) респондентів були центри та амбулаторії первинної медико-санітарної допомоги, 478 (43,5%) – працювали в стаціонарних лікувальних установах, 17 (1,5%) – в інфекційних лікарнях, 191 (17,4%) – в інших медичних закладах. Безпосередньо допомогу хворим з COVID-19 надавали 170 (15,5%) медичних працівників з числа тих, що взяли участь в анкетуванні.

За результатами пілотного анкетування медичних працівників проведено попередній аналіз трьох груп факторів, пов'язаних з професійним стресом в період коронавирусної епідемії:

а) типи реагування на ситуацію в зв'язку з COVID-19;

б) фактори, що впливають на виникнення стресу;

в) фактори, що сприяють подоланню стресу.

Перша група факторів представлена типами реагування медичних працівників на ситуацію в зв'язку з COVID-19 (табл. 2.1).

Як видно з наведених в табл. 2.1 даних, емоційна реакція у вигляді тривожності і страху відзначена майже половиною респондентів (49,0%), і лише третина опитуваних (33,5%) заперечували їх наявність, тоді як 17,5% медичних працівників не змогли дати точну відповідь на дане питання. Таким чином, для більшості опитаних медичних працівників епідемія COVID-19 є емоційно значущою проблемою. Разом з тим роздратування, пов'язане зі збільшеним навантаженням в порівнянні зі співробітниками, які не працюють з COVID-19, відзначили 22,1% респондентів, більшість з них (64,5%) дали негативну відповідь, а 13,4% – не визначилися в цьому відношенні.

Таблиця 2.1 – Типи реагування на ситуацію в зв'язку з COVID-19 (%)

Питання	Ні	Так	Не впевнений
Чи відчуваєте Ви тривожність і страх у зв'язку з COVID-19?	33,5	49,0	17,5
Чи намагаєтеся Ви зменшити контакт з пацієнтами з COVID-19 (наприклад, рідше заходити в палату)?	30,9	59,9	9,1
Чи думаєте Ви залишити роботу?	80,0	9,5	10,5
Чи думаєте Ви піти на лікарняний?	84,2	7,6	8,2
Залишили б Ви роботу, якби хтось із Ваших колег заразився COVID-19?	75,4	8,1	16,5
Залишили б Ви роботу, якби хтось із Ваших колег помер від COVID-19?	64,9	13,2	21,9
Чи відчуваєте Ви, що співробітники, які не працюють з COVID-19, уникають Вас?	74,9	14,6	10,5
Чи відчуваєте Ви, що оточуючі уникають Вас через те, що Ви можете мати контакт з COVID-19?	57,1	31,2	11,7
Чи дратує Вас, що Ваше навантаження збільшилося в порівнянні зі співробітниками, які не працюють з COVID-19?	64,5	22,1	13,4

Наступні питання, спрямовані на з'ясування змін поведінки медичних працівників в зв'язку з COVID-19, дозволили виявити певні тенденції. Так, більшість респондентів (59,9%) намагалися дотримуватися заходів особистої

безпеки шляхом зменшення контактів з пацієнтами з COVID-19, в тому числі, потенційних. Разом з тим лише незначна частина опитаних повідомили про те, що вони планують залишити роботу (9,5%), навіть в тому випадку, якщо б хтось із колег заразився (8,5%) або помер би від коронавірусної інфекції (13,2%). Намір піти на лікарняний в нинішній ситуації висловили тільки 7,6% медичних працівників. Наведені дані свідчать, що переважна більшість респондентів мають намір продовжувати свою професійну діяльність в період епідемії, незважаючи на виражене психоемоційне навантаження і загрозу для здоров'я і життя.

Важливим фактором, асоційованим зі стресом, є взаємини в професійному та особистісному середовищі, відчуття підтримки з боку найближчого оточення. У зв'язку з цим важливо відзначити, що тільки 14,6% опитаних вказали на те, що у них виникає відчуття, що співробітники, які не працюють з COVID-19, уникають контакту з ними. Таке саме почуття з боку оточуючих відзначили вже 31,2% респондентів. Разом з тим більшість учасників анкетування таких почуттів не висловлювали (74,9% і 57,1% відповідно).

Таким чином, попередній аналіз результатів анкетування відображає особливості реагування медичних працівників на ситуацію в зв'язку з COVID-19 і дозволяє виділити значущі для більшості респондентів фактори, а саме – емоційний (тривожність, страх) і поведінковий (обмеження контактів з пацієнтами з COVID-19).

Також в ході дослідження було отримано відповіді медичних працівників на питання щодо оцінки ризиків, пов'язаних з розповсюдженням, зараженням і смертю від COVID-19 (рис. 2.1).

Згідно з отриманими даними, більшість респондентів (65,8%) найбільш серйозною загрозою вважають поширення вірусу COVID-19. Ризик зараження коронавірусом оцінюють як високий майже половина медичних працівників (48,0%). Таку ж високу оцінку ризику померти від COVID-19 дали 16,5% опитаних, помірну – 39,8%, при цьому не змогли дати певну відповідь 16,2%

респондентів, що може бути обумовлено недоліком об'єктивної інформації в світі про наслідки зараження даним типом вірусу.

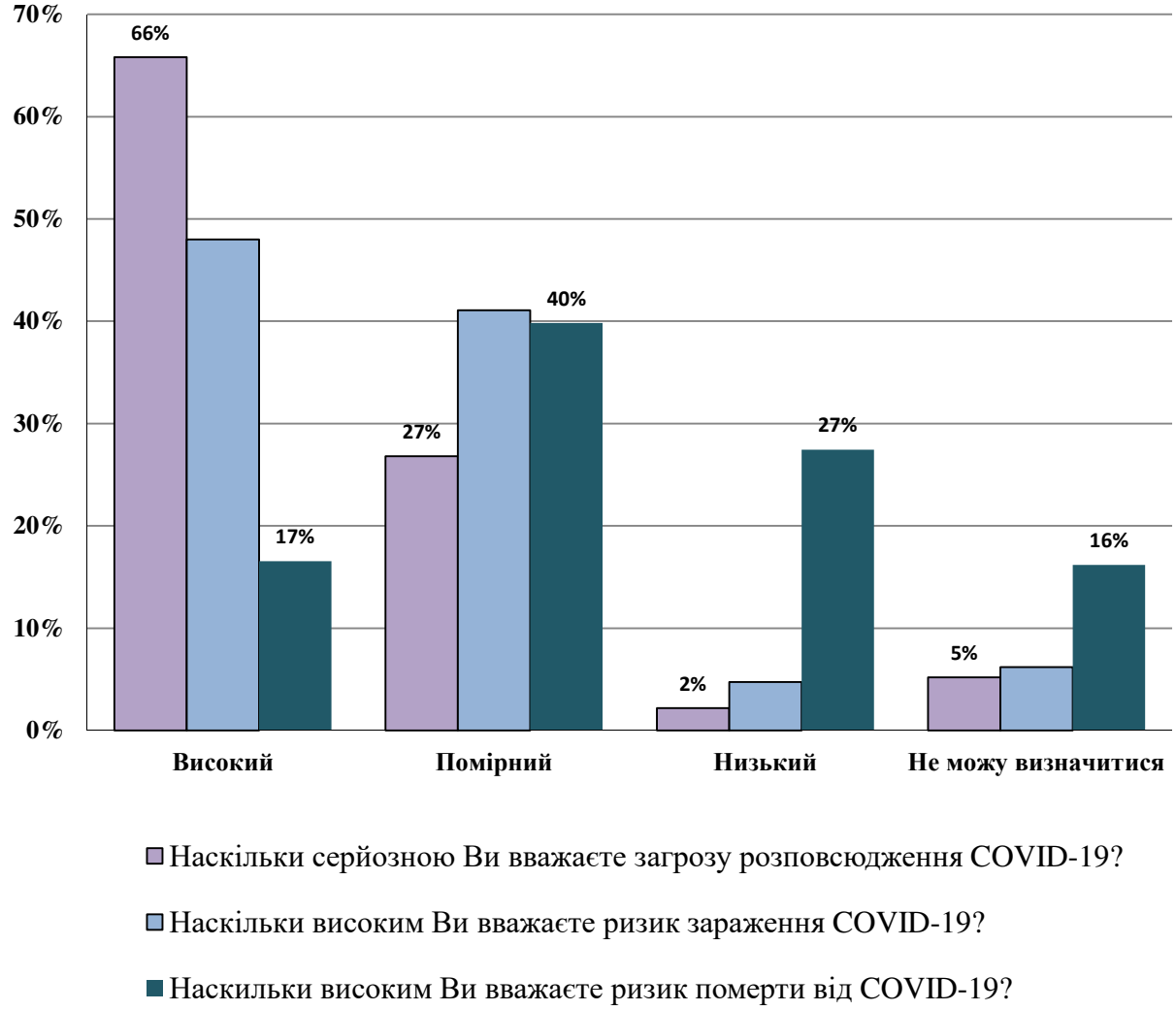


Рисунок 2.1 – Оцінка ризиків, пов'язаних з розповсюдженням, зараженням і смертю від COVID-19.

Звертає на себе увагу вкрай незначне число осіб, які не надають значення як загрозі поширення, так і ризику зараження коронавірусом (2,2% і 5,5% відповідно). Цей факт в цілому свідчить про епідеміологічну настороженість медичних працівників та їх адекватну оцінку ситуації, що склалася в країні в зв’язку з пандемією.

Наступний блок питань стосувався факторів, що впливають на виникнення професійного стресу у медичних працівників. Отримані результати анкетування відображені в табл. 2.2.

Таблиця 2.2 – Фактори, що впливають на виникнення стресу (%)

Фактори	Зовсім не викликає стрес	Викликає легкий стрес	Викликає сильний стрес	Не впевне-ний
Загроза зараження COVID-19	16,3	58,8	18,0	6,9
Загроза передачі COVID-19 своїм рідним або друзям	5,6	39,7	49,4	5,4
Відсутність інформації про наявність контролю над COVID-19	18,7	45,6	22,8	12,9
Інформація про нові випадки зараження COVID-19 на телебаченні і в соціальних мережах	24,9	48,5	20,9	5,8
Конфлікт між Вашими обов'язками і Вашою особистою безпекою	29,6	45,0	19,0	6,4
Фізичне виснаження і стомлюваність	30,4	42,7	19,9	7,0
Відсутність лікування в зв’язку з COVID-19	14,6	40,1	40,3	5,0
Присутність при смерті пацієнтів з COVID-19	11,6	32,0	47,6	8,8
Наявність стресу і страху у колег	16,7	49,8	26,7	6,7
Відсутність або нестача засобів захисту	9,7	39,7	47,8	2,7
Низька ефективність засобів захисту	9,2	43,6	43,7	3,4
Необхідність щоденного застосування засобів захисту	35,5	40,6	19,1	4,8
Нестача персоналу у Вашій установі	31,3	36,9	22,2	9,7
Труднощі дістатися до роботи	48,8	24,4	21,3	5,5

Аналіз представлених в табл. 2.2 даних свідчить, що оцінки респондентами ступеня значимості впливу зазначених чинників на виникнення стресу помітно різнилися. Найбільш часто (більше 40%) в якості факторів, що викликають сильний стрес, медичні працівники називали «загрозу передачі COVID-19 своїм рідним або друзям» (49,4%), «відсутність або нестачу засобів захисту» (47,8%), «присутність при смерті пацієнтів з COVID-19» (47,6%), «низьку ефективність засобів захисту» (43,7%).

Легкий стрес у значної частини респондентів (45% і більше) викликали такі фактори, як «загроза зараження COVID-19» (58,8%), «наявність стресу і страху у колег» (49,8%), «інформація про нові випадки зараження COVID-19 на телебаченні і в соціальних мережах» (48,5%),«відсутність інформації про наявність контролю над COVID-19» (45,6%),«конфлікт між професійними обов'язками і особистою безпекою» (45,0%).

До групи факторів з відносно низькою стресогенністю можна віднести «труднощі дістатися до роботи» (не викликає стресу у 48,8% опитаних, викликає легкий стрес у 24,4%), «необхідність щоденного застосування засобів захисту» (35,5% і 40,6%), «нестача персоналу в установі» (31,3% і 36,9%), «фізичне виснаження і стомлюваність» (30,4% і 42,7% відповідно).

Таким чином, проведений попередній аналіз результатів онлайн-опитування дозволив ранжувати виділені фактори за ступенем їх впливу на виникнення стресу у медичних працівників з виділенням найбільш значущих серед них. Отримані дані слід використовувати при розробці профілактичних і реабілітаційних заходів, спрямованих на подолання професійного стресу у медиків в умовах епідемії COVID-19. При цьому важливо враховувати думку самих фахівців не тільки по відношенню до стресогенних детермінант, а і їхню оцінку факторів, що сприяють подоланню стресу. Результати анкетування з даного питання представлені в табл.2.3.

Серед факторів, що сприяють подоланню стресу, найбільш часто вказували на відсутність зараження COVID-19 у близьких (повністю допомагає – 58,9%, частково – 32,1% опитаних). Фактори «відсутність хворих з COVID-19 серед персоналу», «одужання пацієнтів з COVID-19» і «наявність обладнання та засобів захисту» надавали приблизно таку саму протидію стресу. Велике значення в цьому плані респонденти надавали можливості отримання підтримки як з боку сім'ї і друзів (повністю допомагає – 42,2%, частково – 40,6%), так і з боку колег по роботі (30,4% і 47,7% відповідно). Для зняття напруги медичні працівники оцінювали два способи – «можливість займатися спортом і активним дозвіллям» (повністю допомагає – 33,4%, частково – 38,7%)

і «можливість виплеснути емоції» (відповідно 14,8% і 30,7% опитаних). Фактор «відсутність новин у засобах масової інформації про COVID-19, зокрема, про випадки смерті» в якості протидії стресу 30,4% респондентів оцінили як «повністю допомагає», 39,0% – «допомагає частково».

Таблиця 2.3 – Фактори, що сприяють подоланню стресу (%)

Фактори	Зовсім не допомагає	Допомагає частково	Повністю допомагає	Не впевнений
Наявність взаємопідтримки у Вашому відділенні	13,1	47,7	30,4	8,7
Відсутність хворих з COVID-19 серед персоналу	7,9	35,2	51,6	5,4
Одужання пацієнтів з COVID-19	6,3	39,7	47,6	6,4
Наявність обладнання та засобів захисту	11,5	47,1	34,0	7,4
Відсутність зараження COVID-19 у Ваших близьких	5,2	32,1	58,9	3,8
Імовірність отримання додаткової компенсації за роботу з COVID-19	35,1	25,9	18,7	20,2
Можливість зняти напругу, займатися спортом і активним дозвіллям	18,3	38,7	33,4	9,6
Можливість частіше спілкуватися з сім'єю і друзями для отримання підтримки	10,5	40,6	42,2	6,7
Відсутність новин в ЗМІ про COVID-19, зокрема, про випадки смерті	18,0	39,0	30,7	12,2
Можливість «виплеснути» емоції і таким чином уникнути стресу і напруження	35,1	30,7	14,8	19,3

Звертає на себе увагу значний розкид думок про додаткову компенсацію за роботу з пацієнтами, зараженими COVID-19. Третина респондентів (35,1%) вважає, що цей фактор не допомагає подолати стрес, 25,9% – допомагає частково, 20,2% – не визначилися з відповіддю, і тільки 18,7% опитаних

відмітили, що даний фактор повністю допомагає в подоланні стресу. Представлені дані свідчать про те, що матеріальне стимулювання для медичних працівників в даній ситуації не має безумовного пріоритету.

Проведений попередній аналіз результатів онлайн-опитування продемонстрував надзвичайну актуальність проблеми професійного стресу у медичних працівників в умовах епідемії COVID-19. Підвищені навантаження і додаткові ризики сприяють емоційному вигоранню, викликають дратівливість, безсоння, симптоми тривоги і депресії у лікарів і медичних сестер. У зв'язку з цим особливого значення набуває визначення факторів, які не тільки викликають професійний стрес, але і сприяють його подоланню. Отримані в дослідженні дані стануть відправними пунктами програми для розробки комплексних профілактичних і реабілітаційних заходів, що стабілізують психоемоційний стан медичних працівників та підвищать якість надання медичної допомоги.

2.2 Удосконалення онлайн-анкети з урахуванням результатів попереднього аналізу

На першому етапі роботи одним із завдань було вдосконалення онлайн-анкети з урахуванням результатів попереднього аналізу відповідей респондентів, обробка (аналіз) даних зворотного зв’язку, а також огляд та аналіз нових даних літературних джерел щодо психічного здоров'я медичних працівників в умовах інфекційних епідемій, подібних до COVID-19.

Від самого початку анкета була створена на основі опитувальників, які використовувалися в аналогічних дослідженнях після епідемії SARS в 2003 році [92, 93]. Перший варіант анкети містив 55 питань, проте після пілотного тестування і аналізу даних зворотного зв'язку анкета була скорочена до 40 окремих пунктів, які згодом були доповнені і об'єднані в 19 блоків. Остання версія анкети включала, в тому числі, три групи питань, аналіз відповідей на які послужив основою дослідження: а) типи реагування на ситуацію в зв'язку з

COVID-19; б) фактори, що впливають на виникнення стресу; в) фактори, що сприяють подоланню стресу (додаток А).

Блок запитань щодо «Сприйняття ризику» містив 13 питань. Перші п’ять питань секції (наприклад, «Наскільки Ви вважаєте високим ризик для Вас заразитися COVID-19?») досліджували сприйняття ризику пандемії COVID-19 та готовності медичного закладу до реагування. Ці питання оцінювались за 4-бальною шкалою (0=зовсім ні; 1=дещо; 2=дуже; 3=не впевнений). Наступні 8 питань секції досліджували особистісну готовність до реагування (наприклад, «Ви думаєте залишити роботу?») та емоційний стан. Ці питання оцінювали за шкалою «Так», «Ні», «Не знаю».

Блок запитань «Фактори, що викликають стрес» складається з 13 питань та включає фактори, які можуть потенційно бути пов’язані зі стресом медичних працівників (наприклад, «Ви можете передати COVID-19 своїм рідним або друзям», «Фізичне виснаження /втома», «Складнощі дістатися до роботи»). Ці питання оцінювали за 4-бальною шкалою (0=зовсім ні; 1=дещо; 2=дуже; 3=не впевнений).

Блок запитань «Фактори, що допомагають впоратися зі стресом» вміщує 11 запитань та включає перелік факторів, які можуть потенційно допомогти впоратися зі стресом медичних працівників (наприклад, «Підтримуюча атмосфера у вашому відділенні», «Ймовірність, що ви отримаєте додаткову компенсацію за роботу з COVID-19», «Частіше спілкуватися з родиною та друзями, щоб зняти стрес і отримати підтримку»). Ці питання оцінювались за 4-бальною шкалою (0=зовсім ні; 1=дещо; 2=дуже; 3=не впевнений).

Анкету було розміщено на веб-сайті Інституту психіатрії Київського національного університету імені Тараса Шевченка і використано при проведенні онлайн-опитування 1100 медичних працівників у всіх регіонах України.

Процес роботи над удосконаленням анкети можна умовно розділити на кілька етапів. Зокрема, на першому етапі було проведено узагальнення

результатів опитування респондентів щодо основних груп запитань анкети та проведено стилістичну корекцію відповідно до усталених норм складання опитувальників та анкет з урахуванням специфіки використання в мережі Інтернет [94-97].

На другому етапі було проведено аналіз зворотного зв'язку респондентів, який вони давали в своїх коментарях під час заповнення опитувальника.

На третьому етапі додатково було проведено аналіз літератури щодо подібних опитувальників [98-105], виявлено ключові показники, що могли мати статистично достовірний вплив на психічний стан медичних працівників в умовах епідемій, подібних до COVID-19.

В процесі анкетування аналізували дані зворотного зв'язку респондентів, який вони давали в своїх коментарях. В подальшому в анкету цілеспрямовано було введено рядок «Пропозиції та побажання» для полегшення обробки даних. Відповідно, частина опитувальників містила пропозиції та побажання щодо покращення анкети. Частина вищевказаних пропозицій була доречною і в подальшому була використана в процесі удосконалення анкети.

Не дивлячись на загалом позитивну оцінку анкети з боку опитаних, окрема кількість респондентів висловили зауваження щодо її форми і змісту. Така оцінка була зумовлена наступними основними факторами: великий об'єм анкети, недостатня зрозумілість деяких поставлених питань та неоднозначність їх трактування. Також серед зауважень фігурували наявність скорочень без розшифрування та відсутність певних варіантів відповідей, зокрема щодо деяких соціально-демографічних показників, що ускладнювало вибір відповіді.

В процесі роботи було проведено скорочення анкети, зокрема були видалені питання економічного та політичного контексту. Ці питання суттєво збільшували об'єм опитувальника та виходили за межі основних завдань дослідження, при цьому не відповідаючи його основним завданням.

З метою оптимізації статистичної обробки та отримання статистично значимих (правильних, необхідних) результатів в анкеті відкориговано варіанти відповідей «Так», «Ні», «Не впевнений», «Не застосовується».

З метою скорочення кількості запитань і досягнення більшої компактності анкети були об'єднані та узагальненні деякі запитання. Зокрема, об'єднані та узагальнені запитання 15.2 і 15.5; 15.7 та 15.10.

Також були розшифровані скорочення, що вживаються в анкеті (ЗОЗ, ЦРЛ, ПАР ті інші).

Додано варіант відповіді «Громадянський шлюб», «Керівник закладу», «Молодший медичний персонал» та інші.

Результати проведеного опитування свідчать про те, що загалом анкету підготовлено на достатньо високому рівні. Однак в процесі роботи були виявлені прогалини, які спонукали до внесення додаткових даних. Саме тому з метою з'ясування впливу психологічних інтервенцій на стан психічного здоров'я медичних працівників до анкети було включено питання:

1.Чи проводились у Вашому закладі заходи щодо підтримки Вашого психічного здоров'я? Так–Ні;

2. Якщо «Так», то чи мали ці заходи позитивний вплив на Ваш емоційний стан? Так–Ні;

3. Чи потребуєте Ви психологічної підтримки в умовах пандемії? Так– Ні.

Оскільки психоактивні речовини та алкоголь часто використовують для подолання симптомів стресу, зниження напруги, в якості деструктивних стратегій уникаючої поведінки [106-108], також було додано такі запитання:

1. Чи вживаєте Ви алкоголь для подолання стресу?

2. Чи вживаєте Ви будь які інші психоактивні речовини (марихуана, опіоїди, психостимулятори і т. п.) для подолання стресу?

3. Чи змінили Ви кількість вживання алкоголю чи інших психоактивних речовин під час роботи в умовах пандемії COVID-19?

При проведенні аналізу літератури щодо подібних опитувальників [98-105], також були виявленні деякі ключові показники, що продемонстрували статистично значимі кореляції з психічним станом медичних працівників в умовах подібних до COVID-19 інфекційних епідемій, зокрема, після епідемії SARS. З урахуванням даних наукових досліджень [98-99] щодо зв'язку між кількістю пролікованих хворих і впливом на психічний стан медичних працівників, було додано запитання:

1. Яку кількість хворих з COVID-19 Ви пролікували? 0; 1; 2-9; 10 і більше -20; більше 20.

Також, враховуючи зв'язок між стажем роботи і впливом на психічний стан медичних працівників [92-94], було додано запитання щодо стажу роботи медичних працівників:

2. Стаж роботи за спеціальністю (років): 0-1; 1-5; 5-10; більше 10.

Таким чином, онлайн-анкета була удосконалена з урахуванням отриманих результатів попереднього аналізу відповідей респондентів, проведено стилістичну корекцію, виконано обробку (аналіз) даних зворотного зв'язку, а також огляд та аналіз нових даних літературних джерел щодо психічного здоров'я медичних працівників в умовах інфекційних епідемій, подібних до COVID-19 (додаток А).

2.3 Основні соціально-психологічні характеристики медичних працівників, які працюють в умовах пандемії COVID-19

Виконання завдань, які постають перед медичними працівниками під час пандемії COVID-19, здійснюється в умовах вираженого дистресу. Чинниками, які можуть сприяти розвитку станів, що пов'язані зі стресом, невротичних та психосоматичних розладів тощо, є: очікування масового надходження

важкохворих в умовах обмеженого забезпечення засобами надання допомоги, загроза здоров'ю і життю при наданні допомоги тяжко хворим пацієнтам.

Також стрес медичних працівників викликаний низкою специфічних особливостей їхньої професії, зокрема, необхідністю носити захисне обладнання, дотримуватися чітких правил та інструкцій, важкі умови праці, необхідність бути постійно поінформованими та пильними, величезною відповідальністю за життя і здоров'я пацієнтів, яка важким тягарем лягає на їхні плечі. Важливим чинником стресу є тривале перебування в «полі» негативних емоцій – страждання, болю, відчаю, роздратування і т. п, які так чи інакше за механізмом емоційного зараження передаються і на медичний персонал. Все це відбувається на тлі нерівномірного режиму роботи з нічними і добовими чергуваннями, що порушує природні біоритми праці та відпочинку і негативно впливає на адаптаційні можливості організму.

Ще одним важливим стресогенним чинником є низька заробітна плата лікарів і середнього медичного персоналу, яка не відповідає ступеню їх соціальної відповідальності, що викликає почуття незадоволеності своєю професією і психоемоційні страждання [109-110].

У зв’язку з цим набуває особливої ваги здатність медичних працівників бути стійкими до стресу та долати труднощі без великих втрат для їх психічного та фізичного здоров’я. В зв'язку з цим, актуалізується проблема дослідження чинників розвитку й формування особистісної стійкості до стресу. Аналіз проблеми розвитку стресостійкості передбачає, насамперед, визначення основних наукових підходів до дослідження цього феномену.

Уперше термін «стрес» був використаний Г. Сельє під час розроблення теорії «загального адаптаційного синдрому». Автор підкреслював, що «системний підхід до вивчення стресу та забезпечення його подолання визначає різноманітні шляхи і положення про взаємозв'язок шляхів і методів досягнення необхідного рівня цього стану, про комплексний характер зовнішніх чинників і умов, що відбиваються в його значеннях, про різноманітність рівнів і механізмів психічної регуляції стресу, можливості взаємної компенсації та

стимуляції різних компонентів психологічної системи діяльності для підтримки необхідного рівня функціональної надійності» [112].

Системність категорії стресу зумовлюється також відображенням в ній як «внутрішніх» властивостей людини, які зумовлюють і регулюють процес функціональної надійності та успіху в діяльності, так і «зовнішніх» властивостей, які характеризують потенціал суб'єкта праці (його функціональний ресурс і резерви, знання, навички, вміння, досвід та ін.), що забезпечують функціональний комфорт і виконання конкретної діяльності. Коли людина опиняється у складній ситуації, виникає психологічний стрес як своєрідна форма відображення суб'єктом ситуації, якщо вона в цілому чи частково значуща для людини, тобто має свій сенс і зміст з причини інтеріоризованих предикторів, які мають не лише об’єктивні, а й суб’єктивні характеристики, й можуть не збігатися між собою, тому поведінкові реакції суб’єктів мають багато варіантів в однаковій складній ситуації.

Таким чином, стрес (психологічна напруженість) виникає в ситуаціях, до яких людина ставиться, як до значних подій в своєму житті, що визначається його мотивами [113]. Психологічна специфіка станів стресу (напруженості), отже, залежить передусім від суб’єктивного особистісного сенсу, мети діяльності, оцінки ситуації й від рівня чутливості до зовнішнього впливу [112].

За результатами проведеного онлайн-опитування медичних працівників, які працюють в умовах пандемії COVID-19, було проаналізовано дані щодо їхніх соціально-психологічних характеристик, в тому числі, сприйняття ризику, стресові чинники та способи подолання стресу.

Участь в попередньому анкетуванні взяли понад тисячу медичних працівники з усіх регіонів України. Опитування проводилося анонімно із використанням анкети «Емоційний стан і чинники стресу медичних працівників під час епідемії COVID-19» (додаток А).

За результатами анкетування, згідно з табл. 2.4, переважну більшість опитаного медперсоналу становлять жінки – 879 осіб (79,9%). Чоловіків серед респондентів 221 – кожний п’ятий (20,1%).

Найбільш представленою віковою категорією серед досліджуваної групи є медичні працівники віком від 31 до 40 років (31,2%). Фактично вдвічі менше участь в анкетуванні взяли працівники віком до 30 років (16,3%) та від 51 до 60 років (17,5%) відповідно. 26,3% серед опитаних становлять медики вікової категорії від 41 до 50 років. Частка працівників віком понад 60 років була найменшою – 8,8%.

Таблиця 2.4 – Розподіл респондентів за віком і статтю

Характеристика респондентів (стать, вік)	Кількість респондентів	
	абс.	%
Жіноча	879	79,9
Чоловіча	221	20,1
До 30 років	179	16,3
31-40 років	343	31,2
41-50 років	289	26,3
51-60 років	192	17,5
Понад 60 років	97	8,8
Всього	1100	100,0

Більш третини учасників онлайн-опитування є працівниками Центрів первинної медико-санітарної допомоги (20,0%) та амбулаторій сімейної медицини (17,4%). Ще одну велику групу досліджених становлять медперсонал стаціонарних лікувальних закладів (43,5%) – лікарень (20,6%), міських багатопрофільних (11,4%), обласних (5,2%) та центральних районних лікарень (6,3%). З інфекційних лікарень участь в анкетуванні взяли лише 1,5%. Ще 17,7% опитаних є фахівцями інших закладів охорони здоров'я (табл. 2.5).

Таблиця 2.5 – Розподіл респондентів за закладами охорони здоров'я

Заклад охорони здоров'я	Кількість респондентів	
	абс.	%
1	2	3
Центр первинної медико-санітарної допомоги	220	20,0
Амбулаторія сімейної медицини	191	17,4
Міська багатопрофільна лікарня	125	11,4
Обласна лікарня	57	5,2
Центральна районна лікарня	69	6,3

Продовження таблиці 2.5

1	2	3
Інфекційна лікарня	17	1,5
КНП	103	9,4
Лікарня	227	20,6
Інше	91	8,3

Як зазначено у табл. 2.6, найбільше серед респондентів було представників терапевтичних (16,2%) і хірургічних (4,9%) відділень та амбулаторій (7,8%). Представленість в дослідженні інших медичних відділень становила від 1,7% до 3,6%.

Таблиця 2.6 – Розподіл респондентів за відділеннями

Відділення	Кількість респондентів	
	абс.	%
Інтенсивна терапія	40	3,6
Інфекційне	25	2,3
Терапевтичне	178	16,2
Хірургічне	54	4,9
Психіатрія	30	2,7
Педіатрія	32	2,9
Наркологія	19	1,7
Гінекологія	26	2,4
Амбулаторія	86	7,8
Стоматологія	22	2,0
Акушерсько-пологове	21	1,9
Адміністративне	20	1,8
Поліклінічне	37	3,4
Невідкладної медичної допомоги	23	2,1
Інше	487	44,3

Кожен другий опитуваний – лікар (49,5%). Не менш активну участь у дослідженні взяли медичні сестри – кожна п’ята (21,5%) та завідуючі відділеннями – кожний десятий (11,1%). На питання анкети відповіли і 28 головних лікарів (2,5%). Ще 14,9% респондентів – представники інших посад (табл. 2.7).

Таблиця 2.7 – Розподіл респондентів за посадами

Посада	Кількість респондентів	
	абс.	%
Головний лікар	28	2,5
Завідуючий відділенням	122	11,1
Лікар	545	49,5
Медична сестра	236	21,5
Психолог	5	0,5
Інше	164	14,9

Майже третину опитуваних (29,3%) становлять лікарі сімейної медицини. Водночас участь представників інших лікарських спеціалізацій коливається в межах 1,0%-5,7% (табл. 2.8).

Таблиця 2.8 – Розподіл респондентів за лікарською спеціалізацією

Спеціалізація	Кількість респондентів	
	абс.	%
Інфекційні хвороби	28	2,5
Сімейна медицина	322	29,3
Наркологія	33	3,0
Психіатрія	63	5,7
Онкологія	21	1,9
Терапевт	56	5,1
Педіатр	48	4,4
Невідкладна медична допомога	24	2,2
Акушер-гінеколог	54	4,9
Дерматовенеролог	11	1,0
Стоматолог	25	2,3
Інфекційні	35	3,2
Анестезіолог	22	2,0
Кардіологія	18	1,6
Лаборант	11	1,0
Хірургія	24	2,2
Лікувальна справа	17	1,5
Фтизіатрія	13	1,2
Інше	275	25,0

Дві третини респондентів (71,4%) на період опитування були одруженими або заміжніми, 15,9% – незаміжніми/неодруженими, 9,5% – перебували в розлученні, ще 3,2% – є вдовами чи вдівцями. Майже у половини медичних працівників (45,8%) є неповнолітні діти. Більшість спеціалістів (64,4%)

проживала з родинами, 8,5% – із батьками, 10,2% – з партнером, і лише 16,0% – самостійно (табл. 2.9).

Таблиця 2.9 – Розподіл респондентів за родинним станом та формою проживання

Параметр	Кількість респондентів	
	абс.	%
Родинний стан		
Незаміжня, неодружений	175	15,9
Заміжня, одружений	785	71,4
Розлучена, розлучений	105	9,5
Вдова, вдівець	35	3,2
Наявність неповнолітніх дітей		
Так	504	45,8
Ні	596	54,2
Форма проживання		
Самостійно	176	16,0
З родиною	708	64,4
З партнером	112	10,2
З батьками	94	8,5
З друзями	10	0,9

Медичну допомогу пацієнтам із COVID-19 із досліджуваної групи надавали 15,5% спеціалістів, у той час як 84,5% медиків безпосередньо допомогу інфікованим COVID-19 не надавали.

На питання «Наскільки, на Вашу думку, Ваш заклад охорони здоров'я готовий надавати допомогу хворим з COVID-19?» переважна більшість респондентів (67,1%) відповіли – «недостатньо готовий». Ще 17,3% опитаних медичних працівників визнали, що – «не готовий». І лише 4,7% спеціалістів заявили, що «повністю готовий», а 10,9% відзначили, що «значною мірою готовий».

Переважна більшість респондентів (66%) поширення коронавірусної епідемії вважають доволі високим ризиком, 27% – помірним і лише незначний відсоток медперсоналу (2%) визнали, як низький. Дев'ять із десяти медичних працівників оцінили загрозу заразитися COVID-19 високою (48%) та помірною

(41%). При цьому 57% опитаних відзначили небезпеку летального ризику від коронавірусної інфекції (рис. 2.2).

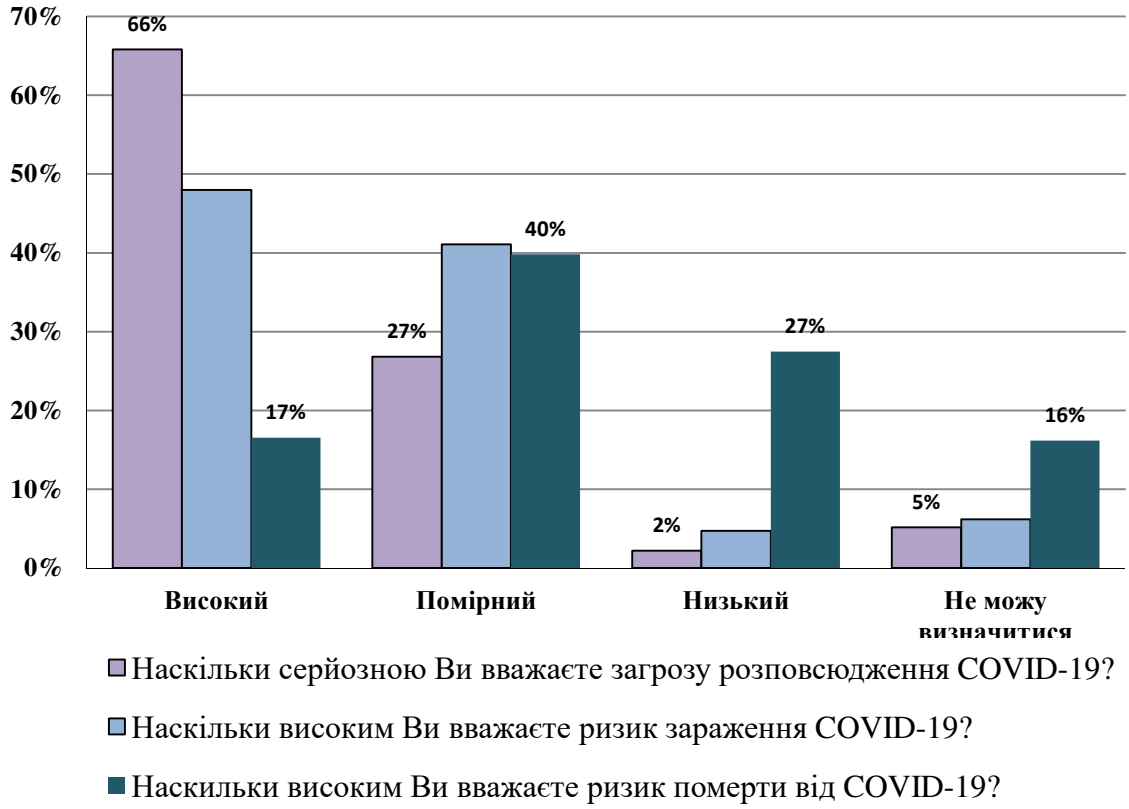


Рисунок 2.2 – Оцінка ризиків від коронавірусної інфекції.

Майже кожен другий із досліджуваної групи (49,0%) із тривогою та страхом ставиться до COVID-19. Третина респондентів (33,5%) відзначила відсутність цих негативних емоцій. У той же час 17,5% медичних працівників не змогли дати однозначної відповіді про тип емоційного реагування щодо вірусу.

Більше половини медичного персоналу (59,9%) зізналися, що з початку коронавірусної епідемії посилили заходи особистої безпеки та намагалися зменшили контакти із хворими на COVID-19. Водночас кожний третій медичний працівник (30,9%) не змінив свою поведінку.

За наявної епідеміологічної небезпеки лише 7,6% опитаних виявили намір піти на лікарняний. Так само невисоким є відсоток тих, хто бажає звільнитися з роботи – 9,5%. Натомість більшість медичних працівників висловилися за те,

що не залишили б роботу, якби хтось з колег захворів на COVID-19 (75,4%) або ж навіть помер (64,9%).

Проведене анкетування також продемонструвало ставлення колег чи оточуючих до працівників медичної сфери, що підтримували або можуть мати контакти з пацієнтами, хворими на коронавірус. Лише 14,6% респондентів підкреслили, що відчули, як колеги, що не працюють з COVID-19, почали уникати їх, і ще третина медиків (31,2%) вказали на аналогічну зміну поведінки з боку оточуючих. Натомість переважна кількість медичних працівників повідомили, що не пережили подібних відчуттів (74,9% та 57,1% відповідно).

П'ята частина опитаних підкреслили неприємне психоемоційне реагування на збільшення навантаження під час коронавірусної епідемії в порівнянні зі спеціалістами, які не працюють з COVID-19. 22,1% медиків відзначили, що це їх дратує. Водночас 64,5% медичних працівників вказали, що це не викликало у них такої негативної реакції (рис. 2.2-2.3).

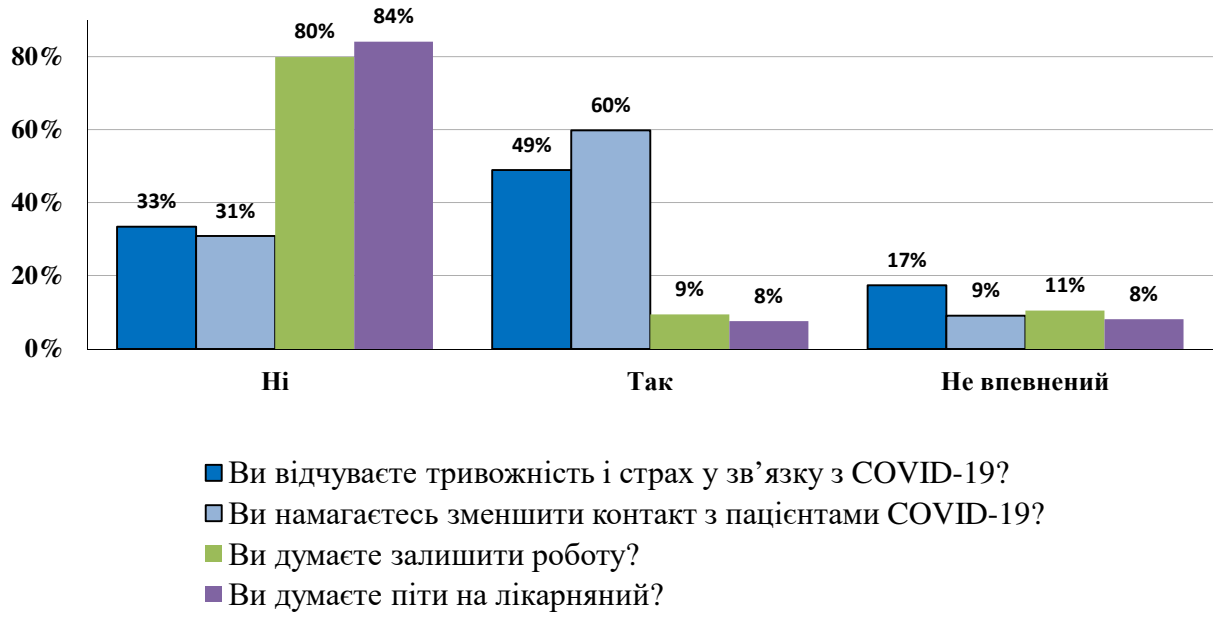


Рисунок 2.3 – Перша група факторів «відчуття ризику».

Наступний блок питань в анкеті стосувався стресових чинників для працівників закладів охорони здоров'я в період пандемії COVID-19.

Майже половина медичних працівників зізналися, що значний стрес у них викликає острах передати коронавірусну інфекцію своїм рідним або друзям (49,4%), спостереження за тим, як вмирають пацієнти, хворі на коронавірус

(47,6%), брак засобів захисту (47,8%), їх низька ефективність (43,7%), відсутність лікування від COVID-19 (40,3%).

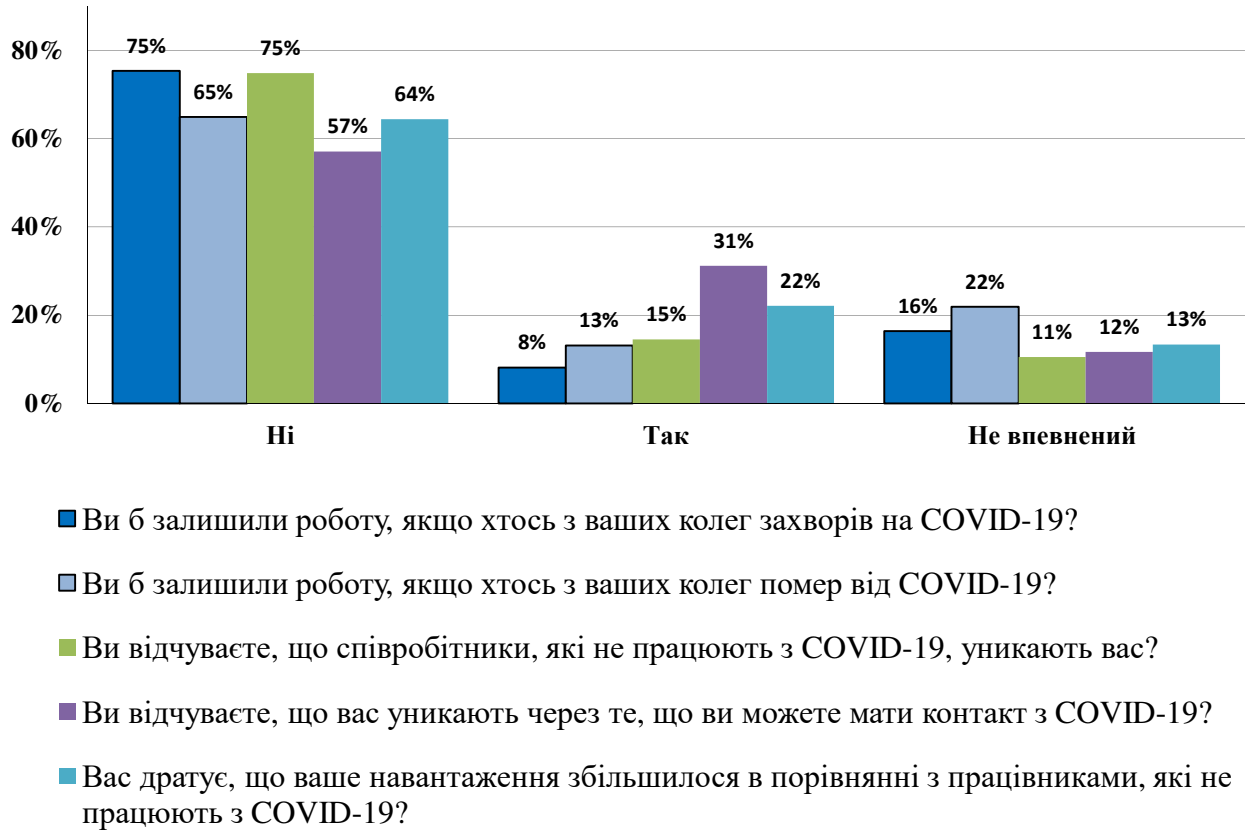


Рисунок 2.4 – Друга група факторів «відчуття ризику».

Результати аналізу відповідей проведеного анкетування демонструють, що більшість вказаних в анкеті стресових чинників пов'язана з невисоким рівнем стресу серед медичних працівників. Насамперед, це те, що вони можуть заразитися COVID-19 (58,8%), побачити своїх колег у стресі чи наляканих (49,8%), почути новини про нові випадки захворювання на коронавірус по телевізору чи в соціальних мережах (48,5%), від відсутності інформації про те, коли саме спалах епідемії буде подолано (45,6%), від можливого конфлікту між виконанням професійного обов'язку та власною безпекою (45,0%), від фізичного виснаження та втоми (42,7%), від необхідності щодня носити засоби захисту (40,6%), тощо.

Не викликає стресу у багатьох медиків труднощі, пов’язані із тим, як дістатися до роботи (48,8%), нестача персоналу в закладах охорони здоров’я (31,3%) та інші обставини.

Відсоток респондентів, які обрали варіант відповіді «Не впевнений», є доволі невисоким і коливається в межах 2,7%-12,9% (рис. 2.4-2.6).

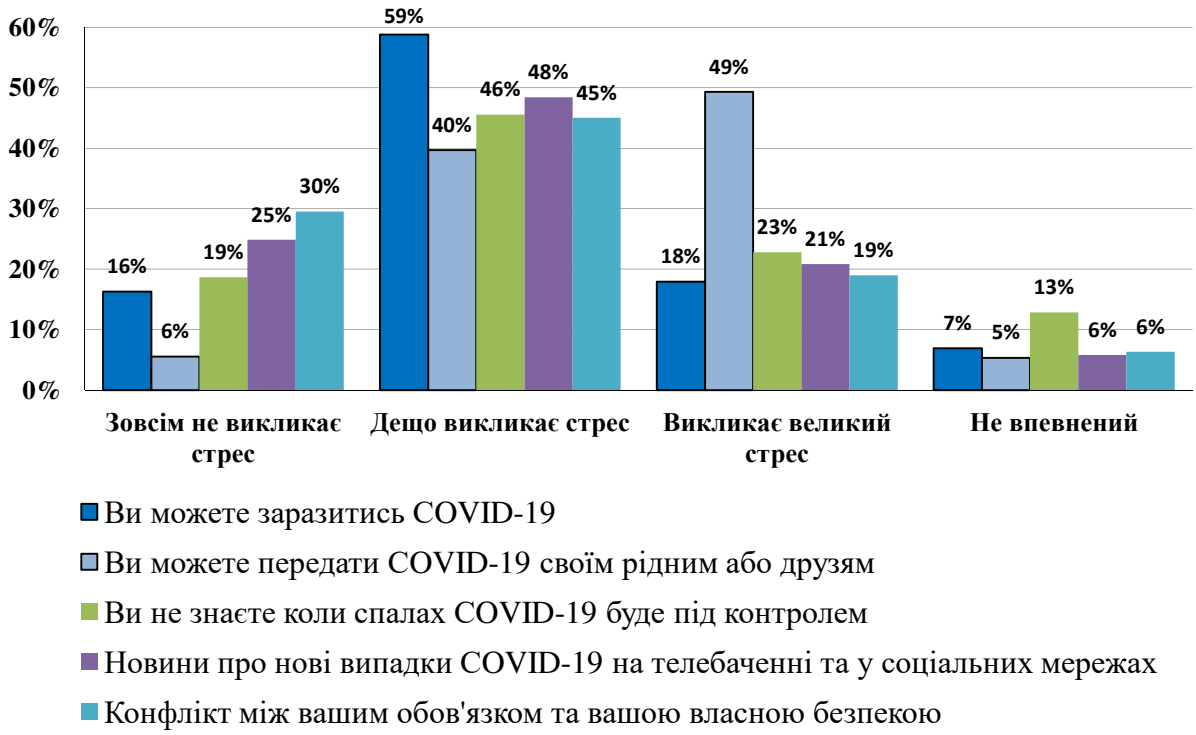


Рисунок 2.5 – Перша група стресових чинників.

Заключна частина онлайн-анкетування була присвячена способам подолання стресу.

Аналіз відповідей показує, що впоратися зі стресом працівникам медичної галузі найбільше допомагає відсутність зараження COVID-19 у родини та близьких (повністю – 58,9%, частково – 32,1%), відсутність хворих на коронавірусну інфекцію серед персоналу (повністю – 51,6%, частково – 35,2%), одужання хворих на коронавірус (повністю – 47,6%, частково – 39,7%), можливість частіше спілкуватися з родиною і друзями для здобуття моральної підтримки (повністю – 42,2%, частково – 40,6%), наявність відповідного обладнання та засобів захисту (повністю – 34,0%, частково – 47,7%).

Підтримуюча атмосфера у відділенні так само позитивно впливає на зняття психоемоційної напруги та подолання стресових ситуацій (повністю – 30,4%, частково – 47,7%), як і відсутність новин у засобах масової інформації про COVID-19, зокрема, про смерть та пов'язані з нею випадки (повністю – 30,7%, частково – 39,0%).

Рисунок 2.6 – Друга група стресових чинників.

Рисунок 2.7 – Третя група стресових чинників.

У своїх відповідях медичний персонал виділив два способи зняття психоемоційної напруги та стресу під час пандемії COVID-19 – заняття спортом та активним дозвіллям (повністю – 33,4%, частково – 38,7%) і можливість вивільнити емоції (повністю – 14,8%, частково – 30,7%).

Окремо привертає увагу широкий діапазон відповідей медичних працівників на питання про ймовірність отримати додаткову фінансову компенсацію за роботу з пацієнтами, хворими на COVID-19. Третина опитаних (35,1%) переконана, що це абсолютно не допомагає в питанні подоланні стресу. 25,9% – вважають, що фінансові стимули допомагають частково. 20,2% респондентів висловили невпевненість, що цей фактор допоможе. І лише 18,7% наголосили на дієвості цього способу відносно стресостійкості (рис. 2.7-2.9).

Аналіз соціально-психологічних характеристик медичного персоналу в період пандемії COVID-19 свідчить про своєчасність й актуальність наукового дослідження в даній сфері, а також про нагальну потребу подальшого вивчення цієї проблеми з метою визначення факторів, які негативно впливають на стан психічного здоров'я медичних працівників.

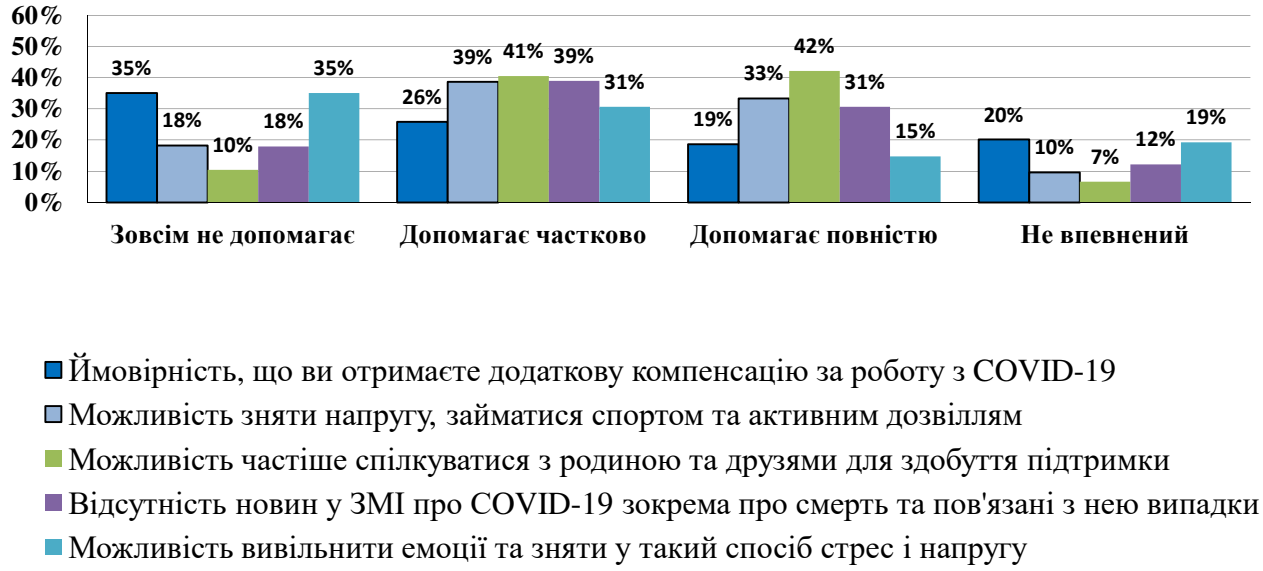


Рисунок 2.8 – Перша група способів подолання стресу.

Як показало проведене опитування, поява додаткових ризиків, підвищеного навантаження та стресових ситуацій під час коронавірусної епідемії негативно позначилася на психоемоційному стані багатьох медичних працівників, викликаючи в них дратівливість, страх, тривогу, стан фізичного виснаження та надмірної втоми. Неочікуване поширення медико-біологічної

катастрофи також призвело і до змін у професійній діяльності та поведінці медичного персоналу (необхідність щоденного застосування засобів захисту, наявність конфлікту між виконанням професійних обов'язків та власною безпекою, намагання зменшили контакти із хворими на COVID-19, спроби з боку колег та оточуючих уникати контактів із медиками, що працюють із пацієнтами, хворими на коронавірус).

Рисунок 2.9 – Друга група способів подолання стресу.

У зв’язку з цим особливого значення набуває визначення найбільш значущої групи стресових факторів, які впливають на психоемоційний стан медичних працівників та працездатність в умовах пандемії COVID-19. Дуже важливо при цьому спиратися на отриманий досвід та висновки самого медперсоналу не тільки щодо причин виникнення стресу, а й профілактичних заходів та засобів, які допоможуть впоратися із ним.

Отримані результати дозволяють краще зрозуміти причини та механізми формування порушень психічного стану медиків і як наслідок – розробити комплексну модель подолання негативних наслідків пандемії COVID-19 для їхнього психічного здоров’я з використанням сучасних інформаційно-комунікаційних технологій.

3 ФАКТОРИ, ЩО НЕГАТИВНО ВПЛИВАЮТЬ НА СТАН ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

3.1 Матеріал та методи дослідження

На попередньому етапі дослідження з використанням спеціально розробленої анкети «Емоційний стан і чинники стресу медичних працівників під час епідемії COVID-19» проведено онлайн опитування 1087 медичних працівників з усіх регіонів України. Анкету було створено на основі опитувальників, які використовували в аналогічних дослідженнях після епідемії SARS в 2003 році [114, 115].

Після пілотного тестування і аналізу даних зворотного зв'язку анкету було скорочено до 40 запитань. До окремих 3 блоків були об'єднані питання, асоційовані з виникненням та подоланням стресу у медичних працівників під час епідемії COVID-19. Блок запитань щодо «Сприйняття ризику» містив 13 пунктів. Перші п'ять питань (наприклад, «Наскільки Ви вважаєте високим ризик для Вас заразитися COVID-19?») стосувалися сприйняття ризику пандемії COVID-19 медичними працівниками та готовності медичного закладу до реагування. Ці питання оцінювали за 4-х бальною шкалою (0 = зовсім ні; 1 = дещо; 2 = дуже; 3 = не впевнений). Наступні 8 питань цього блоку відносились до особистісної готовності до реагування в цій ситуації (наприклад, «Ви думаєте залишити роботу?») та оцінки емоційного стану працівників. Ці питання оцінювали за 3-х бальною шкалою: «так», «ні», «не знаю».

Блок запитань «Фактори, що викликають стрес» складався з 13 питань та включав фактори, які можуть потенційно бути пов'язані з виникненням стресу у медичних працівників (наприклад, «Ви можете передати COVID-19 своїм рідним або друзям», «Фізичне виснаження/втома», «Складнощі дістатися до роботи»). Ці питання оцінювали за 4-х бальною шкалою.

Блок запитань «Фактори, що допомагають впоратися зі стресом» вміщував 11 запитань та включав перелік факторів, які можуть потенційно допомогти медичним працівникам впоратися зі стресом (наприклад, «Підтримуюча атмосфера у Вашому відділенні», «Ймовірність, що Ви отримаєте додаткову компенсацію за роботу з COVID-19», «Частіше спілкуватися з родиною та друзями, щоб зняти стрес і отримати підтримку»). Ці питання також оцінювали за 4-х бальною шкалою.

Онлайн-опитування проводили через посилання на сайті Інституту психіатрії Київського національного університету імені Тараса Шевченка та з використанням соціальних мереж. Анкетування здійснювали протягом місяця, з 04.10.2020 р. по 05.11.2020 р.

В основу даного фрагменту дослідження покладено аналіз відповідей на три групи питань: а) типи реагування на ситуацію в зв'язку з COVID-19; б) фактори, що впливають на виникнення стресу; в) фактори, що сприяють подоланню стресу. Також проаналізовано соціально-демографічні характеристики медичних працівників. Однак не всі респонденти надали повні відповіді на всі групи запитань, тому абсолютні значення за окремими категоріями питань варіюються від 1039 до 1087.

Отримані під час опитування результати було піддано статистичному аналізу. Дескриптивну статистику застосовували для опису соціально-демографічних показників та розподілу оцінок відповідей на запитання. Критерій Пірсона $\chi 2$ був використаний для порівняння групових відмінностей у категоріальних змінних (соціально-демографічні характеристики). Непараметричний U-критерій Манна-Вітні застосовували для порівняння оцінки вираженості кожного фактора стресу в групах респондентів. Значення $p<0,05$ вважали статистично значущим. Окрім цього, було використано логістичний регресійний аналіз з метою вивчення впливу окремих факторів на відчуття тривоги/страху у медичних працівників у зв’язку з COVID-19. Визначено співвідношення шансів при 95% довірчому інтервалі та p-значеннях критерію Вальда для кожної незалежної змінної. Відповідно до логістичної

моделі створено криву робочих характеристик (ROC). Оцінено прогностичну значимість стресових факторів.

Результати дослідження оброблено з використанням статистичного пакету ліцензованої програми TIBCO Statistica v.13.4 (серійний номер: JPZ808E093701ARACD-3) [116, 117].

3.2 Соціально-демографічна характеристика обстежених

3.2.1 Загальна характеристика вибірки

Всього в опитуванні взяли участь 1087 медичних працівників. Проведений аналіз показав, що переважну більшість респондентів становлять медичні працівники жіночої статі – 870 осіб (80,1%), чоловіків серед них 217 – тобто кожний п’ятий (19,9%).

Найбільш представленими віковими категоріями серед досліджуваних, згідно з табл. 2.1, є медичні працівники віком від 41 до 50 років – 280 (25,8%), 31-40 років – 262 (24.1%) і понад 60 років 250 (23%). Меншу участь в опитуванні взяли респонденти віком 51-60 років – 117 (10,8%) та до 30 років – 178 (16,4%) осіб.

Таблиця 3.1 – Розподіл респондентів за віком і статтю

Характеристика респондентів (стать, вік)	Кількість респондентів	
	абс.	%
Жіноча	217	19,9
Чоловіча	870	80,1
До 30 років	178	16,4
31-40 років	262	24,1
41-50 років	280	25,8
51-60 років	117	10,8
Понад 60 років	250	23,0
Всього	1087	100,0

Значна частина учасників онлайн-опитування (табл. 3.2) є працівниками Центрів первинної медико-санітарної допомоги – 198 (18,2%) та амбулаторій сімейної медицини – 143 (13,2%). Ще одну велику групу досліджених

становить медперсонал стаціонарних лікувальних закладів (37,3%): центральних районних лікарень – 137 (12,6%), міських багатопрофільних лікарень – 135 (12,4%) та обласних лікарень – 134 (12,3%). Ще 340 медиків (31,3%) є представниками інших закладів охорони здоров'я.

Таблиця 3.2 – Розподіл респондентів за закладами охорони здоров'я

Заклад охорони здоров'я	Кількість респондентів	
	абс.	%
Центр первинної медико-санітарної допомоги	198	18,2
Амбулаторія сімейної медицини	143	13,2
Міська багатопрофільна лікарня	135	12,4
Центральна районна лікарня	137	12,6
Обласна лікарня	134	12,3
Інше	340	31,3
Всього	1087	100,0

Згідно наведеним у табл. 3.3 даним, найбільшу частину анкетованих склали медичні працівники із амбулаторій – 202 (18,6%), відділень психіатрії 137 (12,6%) і терапевтичних відділень – 129 (11,9%). Представленість персоналу з інших медичних відділень становила від 1,9% до 5,2%.

Як зазначено в табл. 3.4, більшість респондентів є лікарями – 630 (58,0%). Активну участь у дослідженні взяли завідуючі відділеннями – 157 (14,4%) та медичні сестри – 143 (13,2%). Відповіді на запитання анкети надали 31 головний лікар (2,9%). Ще 11,6% опитаних – представники інших посад.

Кожний п'ятий опитаний працює лікарем сімейної медицини – 229 (21,1%). Значну досліджену групу становлять психіатри – 172 (15,8%) та терапевти – 113 (10,4%). Водночас участь представників інших лікарських спеціалізацій коливається в межах 1,0%-6,4% (табл. 3.5).

Таблиця 3.3 – Розподіл респондентів за відділеннями

Відділення	Кількість респондентів	
	абс.	%
Амбулаторне	202	18,6
Інтенсивної терапії	46	4,2
Терапевтичне	129	11,9
Психіатричне	137	12,6
Інфекційне	28	2,6
Хірургічне	31	2,9
Педіатричне	57	5,2
Невідкладної медичної допомоги	21	1,9
Адміністративне	57	5,2
Інше	379	34,9
Всього	1087	100,0

Щодо сімейного стану медичних працівників, то на період опитування понад дві третини з них були одруженими або заміжніми – 736 (67,7%), 186 (17,1%) – незаміжніми/неодруженими, 126 (11,6%) – перебували в розлученні, ще 39 (3,2%) – є удовами чи вдівцями.

Таблиця 3.4 – Розподіл респондентів за посадою

Посада	Кількість респондентів	
	абс.	%
Головний лікар	31	2,9
Завідуючий відділенням	157	14,4
Лікар	630	58,0
Медична сестра	143	13,2
Психолог	20	1,8
Інше	106	9,8
Всього	1087	100,0

Таблиця 3.5 – Розподіл респондентів за лікарською спеціальністю

Спеціальність	Кількість респондентів	
	абс.	%
Сімейна медицина	229	21,1
Терапевт	113	10,4
Педіатр	70	6,4
Інфекційні хвороби	23	2,1
Хірургія	27	2,5
Психіатрія	172	15,8
Наркологія	11	1,0
Кардіологія	43	4,0
Реаніматолог	26	2,4
Анестезіолог	19	1,8
Невідкладна медична допомога	11	1,0
Акушер-гінеколог	17	1,6
Інше	326	30,0
Всього	1087	100,0

Згідно отриманих даних, понад половину респондентів мають неповнолітніх дітей – 670 (61,6%). Більшість опитаних медичних працівників проживають із чоловіком/дружиною – 698 (64,2%), 101 (8,5%) – з батьками, кожний п’ятий (213 - 19,6%) – самостійно (табл. 3.6).

Таблиця 3.6 – Розподіл респондентів за родинним станом та формою проживання

Параметр	Кількість респондентів	
	абс.	%
Родинний стан		
незаміжня, неодружений	186	17,1
заміжня, одружений	736	67,7
розлучена, розлучений	126	11,6
вдова, вдівець	39	3,6
Наявність неповнолітніх дітей		
так	670	61,6
ні	417	38,4
Форма проживання		
з чоловіком/дружиною	698	64,2
з батьками	101	9,3
самостійно	213	19,6
інше	75	6,9

3.2.2 Соціально-демографічні показники в групах медичних працівників, які надавали або не надавали безпосередню допомогу хворим на COVID-19

Безпосередню медичну допомогу пацієнтам із COVID-19 надавали 58,8% спеціалістів із числа тих, що взяли участь в опитуванні. Нижче наведено соціально-демографічні показники в групах медичних працівників, які надавали (група I) або не надавали (група II) безпосередню допомогу хворим на COVID-19 (табл.3.7).

В табл. 3.8 представлено показники професійного статусу медичних працівників в групах I та II. В зв'язку з тим, що не всі респонденти надали відповіді на всі запитання цього розділу опитувальника, абсолютні значення за окремими категоріями питань варіюються.

За допомогою критерію χ^2 Пірсона було проведено аналіз відмінностей між двома групами (I та II) за різними соціо-демографічними показниками та характеристиками професійної діяльності медичних працівників.

Статистично значущі відмінності між групами ($p=0,032111$, $\chi^2= 8,79766$, $df=3$) виявлено за параметром «Сімейний статус». Вдівці та розлучені спеціалісти надавали персональну допомогу у відносно однаковому обсязі, в той час як одружені та заміжні спеціалісти надавали персональну допомогу в більшій кількості випадків.

Найбільший розрив у показниках відбувся у групі незаміжніх та неодружених спеціалістів, серед яких тільки 32% не надавали персональну допомогу пацієнтам з COVID-19. Також різницю між групами I та II було визначено за віком ($p=0,002710$, $\chi^2= 16,2444$, $df=4$).

За показниками «стать», «наявність неповнолітніх дітей», «форма проживання» значущих відмінностей між групами I та II не визначено.

Таблиця 3.7 – Соціально-демографічні показники в групах I та II

Соціо-демографічні показники	Групи респондентів				Кількість відповідей n	Значущість відмінностей (за критерієм Пірсона χ^2)		
	I		II					
	абс.	%	абс.	%		χ^2	df	p
Стать								
Жінки	497	57.7	364	42.3	861	1,00414	1	0,316314
Чоловіки	131	61.5	82	38.5	213			
Вік								
до 30 років	114	64.0	64	36.0	178	16,2444	4	0,002710*
31- 40 років	157	60.6	102	39.4	259			
41- 50 років	175	63.2	102	36.8	277			
51- 60 років	118	48.3	126	51.7	244			
понад 60 років	64	54.7	53	45.3	117			
Сімейний статус						8,79766	3	0,032111*
незаміжня/ неодружен.	125	67.6	60	32.4	185			
заміжня/ одружений	416	57.1	312	42.9	728			
розлучена/ розлучений	68	54.4	57	45.6	125			
вдова/ вдівець	19	50.0	19	50.0	38			
Наявність неповно-літніх дітей						3,48288	1	0,0620
Немає	256	61.7	159	38.3	415			
Є	150	54.5	125	45.5	375			
Форма проживання						0,080918	1	0,776058
з чол./дружин.	401	37.3	292	27.2	693			
з батьками	63	5.9	37	3.4	100			
самостійно	119	11.0	92	8.6	211			
інше	45	4.2	26	2.4	71			

Примітки: df – число ступенів свободи; * – $p < 0.05$.

Таблиця 3.8 – Показники професійного статусу медичних працівників в групах I та II

Професійні характеристики	Групи респондентів				Кількість відповідей n	Значущість відмінностей (за критерієм Пірсона χ^2)		
	I		II			χ^2	df	p
	абс.	%	абс.	%				
Відділення								
Амбулаторія	152	75.6	49	24.4	201			
Інтенсивна терапія	35	76.1	11	23.9	46			
Терапевтичне	94	73.4	34	26.6	128			
Психіатричне	48	36.5	87	64.4	135			
Інфекційне	26	96.3	1	3.7	27	104.147	5	0.00000*
Хірургічне	17	54.9	14	45.1	31			
Педіатрія	42	75.0	14	25.0	56			
Невідкладна допомога	12	60.0	8	40.0	20			
Адміністративне	24	42.1	33	57.9	57			
Інше	160	45.2	194	54.8	354			
Посада								
Головний лікар	11	36.7	19	63.3	30			
Зав. відділенням	104	66.7	52	33.3	156			
Лікар	416	66.4	211	33.6	627	202.899	12	0.00000*
Мед. сестра	72	51.1	69	48.9	141			
Психолог	1	5.0	19	95.0	20			
Інше	24	23.5	78	76.5	102			
Лікарська спеціалізація								
Сімейна медицина	201	88.2	27	11.8	228			
Терапія	80	70.8	33	29.2	113			
Педіатрія	46	66.7	23	33.3	69			
Інфекційні хвороби	19	86.4	3	13.6	22			
Хірургія	15	55.6	12	44.4	27			
Психіатрія	59	34.9	110	65.1	169	8.79766	3	0.032111*
Наркологія	0	0.0	11	100.0	11			
Кардіологія	27	62.8	16	37.2	43			
Реаніматологія	22	84.6	4	15.4	26			
Анестезіологія	13	68.4	6	31.6	19			
Невідкладна мед. допомога	3	30.0	7	70.0	10			
Акушерство/ Гінекологія	6	35.3	11	64.7	17			
Інше	118	41.4	167	58.6	285			

Примітки: df – число ступенів свободи; * – $p < 0.05$.

Статистично значимі розбіжності виявлено за характеристиками професійної діяльності респондентів. Медичні працівники, які надавали безпосередню допомогу хворим на COVID-19, відрізнялись за посадою, лікарською спеціалізацією, за відділенням та закладом охорони здоров'я, в якому вони працювали. Цей факт можна пояснити тим, що безпосередню спеціалізовану допомогу хворим на COVID-19 надають саме працівники певних спеціальностей в певних відділеннях відповідних медичних закладів.

3.2.3 Соціально-демографічні показники в групах медичних працівників, які відчували або не відчували тривогу/страх у зв'язку з пандемією COVID-19

Для подальшого статистичного аналізу всіх респондентів було розподілено на 2 групи (А та В) залежно від варіанту їх відповіді на запитання анкети «Чи відчуваєте ви тривогу/страх у зв'язку з COVID-19?» Загалом відповіді надали 1080 респондентів, у тому числі 865 жінок та 215 чоловіків. Групу А склали особи, які вказали на наявність сильної тривоги/страху (223 – 20,7%), групу В – всі інші респонденти (857 – 79,3%).

Для визначення індикаторів високого ризику виникнення тривоги/страху у медичних працівників була зроблена спроба виявити суттєві відмінності між цими групами за соціально-демографічними показниками (табл. 3.9).

За віком респонденти були представлені наступним чином: до 40 – 43,7% (група А) та 39,9% (група В); 41-60 років – 40,6% (А) та 50,7% (В); старше 60 років – 15,7% (А) та 9,4% (В). Серед працівників молодше 40 років представництво осіб із вираженою та незначною тривогою (або її відсутністю) було приблизно однаковим. Респонденти у віці від 41 до 60 років частіше відчували незначну тривогу, тоді як медичні працівники старше 60 років значно частіше повідомляли про виражену тривогу/страх, пов'язану з COVID-19.

Відмінності між групами були статистично значущими, тобто встановлено вплив віку медичних працівників на ступінь вираженості тривоги у зв'язку з коронавірусною хворобою ($p<0,05$).

Таблиця 3.9 – Відмінності між групами А і В за соціо-демографічними показниками (критерій Пірсона χ2)

Соціо-демографічні показники	Значущість відмінностей		
	χ2	df	p
Стать	0,684157	1	0,408161
Вік	11,5711	4	0,020848*
Сімейний стан	0,928164	3	0,818626
Наявність неповнолітніх дітей	0,011945	1	0,912971
Форма проживання	2,98506	3	0,393939
Тип закладу охорони здоров'я	5,88779	5	0,317299
Профіль відділення	10,8875	9	0,283517
Посада	4,28357	5	0,509356
Лікарська спеціальність	11,3328	12	0,500643

Примітки: df – число ступенів свободи; * - p <0.05

3.3 Визначення факторів, що негативно впливають на стан психічного здоров'я медичних працівників в умовах пандемії

За допомогою критерію χ^2 Пірсона було визначено відмінності між групами I та II (залежно від того, надавали чи не надавали учасники опитування допомогу пацієнтам з COVID-19) за окремими соціо-демографічними показниками. Проведений аналіз показав, що сімейний статус спеціаліста має зв'язок з наданням персональної допомоги пацієнтам з COVID-19. За критерієм χ^2 були знайдені статистичні відмінності на рівні p=0,032111, χ^2= 8,79766, df=3. Вдівці та розлучені спеціалісти надавали персональну допомогу у відносно однаковому обсязі, в той час як одружені спеціалісти надавали персональну допомогу в більшій кількості випадків.

Найбільш виражена різниця у показниках спостерігалася у групі неодружених респондентів, серед яких тільки 32% не надавали персональну допомогу пацієнтам з COVID-19.

За статтю не було знайдено статистично значної відмінності між тими хто надавав персональну допомогу пацієнтам з COVID-19 й тими, хто її не надавав (χ^2 = 1,00414, df=1, p=0,316314).

Окрім того, результати дослідження свідчать, що вік фахівців має значення при наданні персональної допомоги пацієнтам з COVID-19. За критерієм χ^2 були знайдені статистичні відмінності на рівні p=,002710, χ^2= 16,2444, df=4. Більшість спеціалістів із різних вікових груп до 50 років надавала персональну допомогу пацієнтам з COVID-19. Серед спеціалістів віком старше 51 року кількість респондентів, яка надавала та не надавала персональну допомогу, відносно рівна (табл. 3.10).

Доведено, що вік спеціаліста може впливати на відчуття тривоги/страху у зв'язку з COVID-19. За критерієм χ^2 Пірсона були знайдені статистичні відмінності на рівні p=0,02, χ^2= 11,5711, df=4. Спеціалісти до 40 років майже однаково оцінювали свій страх/тривогу, однак спеціалісти віком від 41 до 50 у більшій мірі мають незначний страх/тривогу, а спеціалісти віком більше 60 років навпаки – сильний. За усіма іншими соціально-демографічними показниками та ступенем відчуття тривоги/страху відмінностей виявлено не було.

Результати дослідження продемонстрували, що профільна орієнтація відділення, в якому працює спеціаліст, пов'язана з наданням персональної допомоги пацієнтам з COVID-19. Статистичні відмінності знайдено на рівні p=0,00, χ^2= 124,868, df=9. Розподіл відділень за профілем надання допомоги виявився нерівномірним. Найбільша кількість відповідей була отримана від спеціалістів з амбулаторій, психіатричних та терапевтичних відділень, або інших, не зазначених місць.

Таким чином, більшість спеціалістів із відділень інтенсивної терапії, амбулаторії, невідкладної медичної допомоги, терапевтичного відділення та педіатрії надавали персональну допомогу пацієнтам з COVID-19. Відносна більшість спеціалістів хірургічних відділень (54%) також надавала персональну допомогу. Меншою мірою персональну допомогу надавали спеціалісти з

психіатричних відділень (35%), адміністративних відділень (42%) та інших відділень (26%). Майже всі спеціалісти з інфекційних відділень надавали персональну допомогу хворим на COVID-19.

Таблиця 3.10 – Порівняльна характеристика респондентів I та II групи за соціо-демографічними показниками (критерій Хі-квадрат)

Соціо-демографічні показники	Значущість відмінностей		
	χ^2	df	p
Сімейний статус	8,79766	3	0,032111
Вік спеціаліста	16,2444	4	0,002710
Заклад охорони здоров'я	179,055	6	0,00000
Відділення	124,868	9	0,00000
Посада	104,147	5	0,00000
Лікарська спеціальність	202,899	12	0,00000
Відчуття тривоги/страху та вік спеціаліста	11,5711	4	0,020848

Примітки: χ^2 - критерій Хі-квадрат Пірсона; df - ступені свободи.

Під час аналізу отриманих даних було виявлено, що серед факторів, які мали виражений зв'язок з фактом надання персональної допомоги були, зокрема, «Дратівливість через збільшення навантаження» (χ^2 = 99.743a; p = 0.000; Критерій Крамера V = 0.310), «Фізичне виснаження або втома» (χ^2 = 65.274a; p = 0.000; V = 0.250), «Ризик заразитися» (χ^2 = 61.314a; p = 0.000; V = 0.239) (табл. 3.11).

Окрім того з наданням персональної допомоги були пов'язані такі фактори, як «Відчуття, що оточуючі уникають Вас через те, що Ви можете мати контакт з COVID-19» (χ^2 = 38.857a; p = 0.000; V = 0.193), «Відчуття, що співробітники, які не працюють з COVID-19, уникають Вас» (χ^2 = 32.078a; p = 0.000; V = 0.177), «Думки залишити роботу» (χ^2 = 30.367a; p = 0.000; V = 0.171), «Складнощі дістатися до роботи» (χ^2 = 25.317a; p = 0.000; V = 0.156).

Зв'язок меншої сили мали такі фактори, як «Готовність медичного закладу надавати допомогу» (χ^2 = 22.363a; p = 0.000; V = 0.144), «Відсутність хворих на COVID-19 серед персоналу» (χ^2 = 19.500a; p = 0.000; V = 0.137), «Загроза поширення пандемії» (χ^2 = 13.789a; p = 0.003; V = 0.113), «Можливість передати COVID-19 своїм рідним» (χ^2 = 13.035a; p = 0.005; V = 0.111), «Необхідність щодня носити засоби захисту» (χ^2 = 10.878a; p = 0.012; V

= 0.102), «Здоров'я або відсутність зараження COVID-19 ваших близьких» (χ^2 = 9.114a; p = 0.028; V = 0.094).

Найменший зв’язок з наданням персональної допомоги мали такі фактори як «Думки про те, щоб залишити роботу, якщо хтось з колег захворіє на COVID-19» (χ^2 = 6.323a; p = 0.042; V = 0.078), «Споглядання своїх колег у стресі» (χ^2 = 9.970a; p = 0.019; V = 0.097), «Відсутність/недостатність засобів індивідуального захисту» (χ^2 = 10.546a; p = 0.014; V = 0.100).

Також було визначено зв'язок стрес-факторів з наявністю тривоги/страху у медичних працівників під час пандемії. Серед факторів які продемонстрували найбільш виражений зв'язок з тривогою і страхом у зв'язку з COVID-19, можна виділити чинники, що пов'язані з загрозою захворювання або смерті або ж спеціаліста чи його близьких, або ж його колег. Зокрема, до таких факторів належать «думки про те, щоб залишити роботу, якщо хтось з колег захворіє на COVID-19» (χ^2= 56.120, df=2, p=0,00), «думки про те, щоб залишити роботу, якщо хтось з колег помре від COVID-19» (χ^2= 56.088, df=2, p=0,00), «спеціаліст може заразитися COVID-19» (χ^2= 295.598 , df=3, p=0,00), «можливість передати COVID-19 своїм рідним» (χ^2= 110.594, df=3, p=0,00).

Також було визначено зв'язок стрес-факторів з наявністю тривоги/страху у медичних працівників під час пандемії. Серед факторів які продемонстрували найбільш виражений зв'язок з тривогою і страхом у зв'язку з COVID-19, можна виділити чинники, що пов'язані з загрозою захворювання або смерті або ж спеціаліста чи його близьких, або ж його колег.

Зокрема, до таких факторів належать «думки про те, щоб залишити роботу, якщо хтось з колег захворіє на COVID-19» (χ^2= 56.120, df=2, p=0,00), «думки про те, щоб залишити роботу, якщо хтось з колег помре від COVID-19» (χ^2= 56.088, df=2, p=0,00), «спеціаліст може заразитися COVID-19» (χ^2= 295.598 , df=3, p=0,00), «можливість передати COVID-19 своїм рідним» (χ^2= 110.594, df=3, p=0,00).

Інша група факторів з вираженим зв'язком з тривогою і страхом умовно може бути об'єднана за захисною реакцією уникнення спеціаліста від виконання своїх професійних обов'язків під тим чи іншим приводом.

Таблиця 3.11 – Значущість відмінностей між групами I та II за факторами, асоційованими зі стресом

Фактори	Значущість відмінностей			
	χ^2	df	p	V
Загроза поширення пандемії	13.789a	3	0.003	0.113
Ризик заразитися	61.314a	3	0.000	0.239
Готовність закладу надавати допомогу	22.363a	3	0.000	0.144
Думки про залишення роботи	30.367a	2	0.000	0.171
Думки про те, щоб залишити роботу, якщо хтось з колег захворіє на COVID-19	6.323a	2	0.042	0.078
Відчуття, що співробітники, які не працюють з COVID-19, уникають вас	32.078a	2	0.000	0.177
Відчуття, що оточуючі уникають вас через те, що ви можете мати контакт з COVID-19	38.857a	2	0.000	0.193
Дратівливість через збільшення навантаження	99.743a	2	0.000	0.310
Можливість передати COVID-19 своїм рідним	13.035a	3	0.005	0.111
Фізичне виснаження або втома	65.274a	3	0.000	0.250
Споглядання на своїх колег у стресі	9.970a	3	0.019	0.097
Відсутність\недостатність засобів індивідуального захисту	10.546a	3	0.014	0.100
Необхідність щодня носити засоби захисту	10.878a	3	0.012	0.102
Складнощі дістатися до роботи	25.317a	3	0.000	0.156
Відсутність хворих на COVID-19 серед персоналу	19.500a	3	0.000	0.137
Здоров'я або відсутність зараження COVID-19 ваших близьких	9.114a	3	0.028	0.094

Примітки: χ^2 - критерій Хі-квадрат Пірсона; df - ступені свободи; V - критерій Крамера.

До таких факторів відносяться «намагання зменшити контакт з пацієнтами» (χ^2=11.239, df=2, p=0,00), «думки про залишення роботи» (χ^2=88.584, df=2, p=0,00) та «думки про те, щоб піти на лікарняний» (χ^2=65.815,

df=2, p=0,00). Також до цієї умовної групи можна віднести вищеописані фактори «думки про те, щоб залишити роботу, якщо хтось з колег захворіє на COVID-19» та «думки про те, щоб залишити роботу, якщо хтось з колег помре від COVID-19» (табл. 3.12).

Наступну групу факторів, пов'язану з тривогою і страхом, можна умовно визначити як інформаційну. Зокрема, такими факторами є «незнання коли спалах COVID-19 буде під контролем» (χ^2=154.324, df=3, p=0,00) та «новини про нові випадки COVID-19» (χ^2=167.606, df=3, p=0,00).

Ще однією групою факторів, що продемонстрували істотний зв'язок з тривогою і страхом, були фактори, пов’язані з умовною дискримінацією обстежуваних у зв’язку з наданням ними допомоги хворим на COVID-19. Такими факторами були «відчуття, що співробітники, які не працюють з COVID-19, уникають вас» (χ^2=22,976 df=2, p=0,00) та «відчуття, що оточуючі уникають вас через те, що ви можете мати контакт з COVID-19» (χ^2=27.257, df=2, p=0,00).

Природно, що іншою групою факторів, що показала виражений зв'язок з тривогою і страхом у зв'язку з COVID-19, була група чинників, зумовлена об’єктивними та суб’єктивними недоліками та незручностями організаційного процесу при наданні допомоги хворим.

Зокрема, до таких факторів відносяться «готовність медичного закладу надавати допомогу» (χ^2=26.572, df=3, p=0,00), «відсутність\недостатність засобів індивідуального захисту» (χ^2=66.680, df=3, p=0,00), «необхідність щодня носити засоби захисту» (χ^2=30.663, df=3, p=0,00), «нестача персоналу в закладах охорони здоров’я» (χ^2=68.212, df=3, p=0,00), «складнощі дістатися до роботи» (χ^2=37.532, df=3, p=0,00).

Іншу велику групу факторів складають чинники, пов'язані з фізичним і емоційним виснаженням під час виконання своїх професійних обов'язків в особливих умовах. До таких факторів відносяться «дратівливість через збільшення навантаження» (χ^2=22.587, df=2, p=0,00), «конфлікт між обов'язком та власною безпекою» (χ^2=162.833, df=3, p=0,00), «фізичне виснаження або

втома» (χ^2=77.015, df=3, p=0,00), «складність лікування COVID-19» (χ^2=113.370, df=3, p=0,00), «споглядання, як пацієнти з COVID-19 вмирають» (χ^2=56.265, df=3, p=0,00) та «бачення своїх колег у стресі» (χ^2=120.982, df=3, p=0,00).

Таблиця 3.12 – Значущість відмінностей між групами А і В за факторами, асоційованими зі стресом (критерій Хі-квадрат)

Фактори	Значущість відмінностей			
	χ^2	df	p	V
1	2	3	4	5
Загроза поширення пандемії	43.734	3	0.000	0.201
Ризик заразитися (для себе)	30.579	3	0.000	0.169
Ризик померти від COVID-19 (для себе)	72.538	3	0.000	0.260
Готовність ЗОЗ надавати допомогу	26.572	3	0.000	0.157
Намагання зменшити контакт з пацієнтами	11.239	2	0.004	0.104
Думки про залишення роботи	88.584	2	0.000	0.291
Думки про те, щоб піти на лікарняний	65.815	2	0.000	0.252
Думки про те, щоб залишити роботу, якщо хтось з колег захворіє на COVID-19	56.120	2	0.000	0.232
Думки про те, щоб залишити роботу, якщо хтось з колег помре від COVID-19	56.088	2	0.000	0.232
Відчуття, що співробітники, які не працюють з COVID-19, уникають вас	22.976	2	0.000	0.149
Відчуття, що оточуючі уникають вас через те, що ви можете мати контакт з COVID-19	27.257	2	0.000	0.162
Дратівливість через збільшення навантаження	22.587	2	0.000	0.147
Спеціаліст може заразитися COVID-19	295.598	3	0.000	0.526
Можливість передати COVID-19 своїм рідним	110.594	3	0.000	0.322
Незнання коли спалах COVID-19 буде під контролем	154.324	3	0.000	0.381
Новини про нові випадки COVID-19	167.606	3	0.000	0.398
Конфлікт між обов'язком та власною безпекою	162.833	3	0.000	0.392
Фізичне виснаження або втома	77.015	3	0.000	0.271
Складність лікування COVID-19	113.370	3	0.000	0.328
Споглядання, як пацієнти з COVID-19 вмирають	56.265	3	0.000	0.233
Бачення своїх колег у стресі	120.982	3	0.000	0.339
Відсутність/недостатність засобів індивідуального захисту	66.680	3	0.000	0.252
Необхідність щодня носити засоби захисту	30.663	3	0.000	0.170

Продовження таблиці 3.12

Нестача персоналу в закладі	68.212	3	0.000	0.256
Складнощі дістатися на роботу	37.532	3	0.000	0.189
Підтримуюча атмосфера у відділенні	23.856	3	0.000	0.150
Відсутність хворих на COVID-19 серед персоналу	20.112	3	0.000	0.139
Одужання пацієнтів з COVID-19	18.215	3	0.000	0.132
Наявність обладнання та засобів захисту	11.316	3	0.010	0.104
Здоров'я або відсутність зараження COVID-19 ваших близьких	10.438	3	0.015	0.100

Примітки: χ^2 - критерій Хі-квадрат Пірсона; df - ступені свободи; V - критерій Крамера.

Останньою групою, що продемонструвала зв'язок з тривогою/страхом у зв'язку з COVID-19, була група позитивних підтримуючих чинників. До них можна віднести такі фактори як «підтримуюча атмосфера у відділенні» (χ^2=23.856, df=3, p=0,00), «відсутність хворих на COVID-19 серед персоналу» (χ^2=20.212, df=3, p=0,00), «одужання пацієнтів з COVID-19» (χ^2=18.215, df=3, p=0,00), «наявність обладнання та захисту» (χ^2=11.316, df=3, p=0,01) та «здоров'я або відсутність зараження COVID-19 ваших близьких» (χ^2=10.438, df=3, p=0,01).

Серед інших чинників, що показали певний зв'язок з тривогою/страхом, можна виділити наступні. «Загроза поширення пандемії COVID-19» є одним з таких чинників. За критерієм χ^2 Пірсона були знайдені статистичні відмінності на рівні p=0,00 χ^2= 43.734, df=3. Іншим важливим чинником, пов'язаним з тривогою/страхом у зв'язку з ефектами коронавірусної хвороби був «ризик заразитися». Відповідні значення за критерієм Пірсона досягали значень χ^2= 43.734, df=3, p=0,00 і були статистично значущими. Також свою значущість в зв'язку з тривогою і страхом продемонстрував фактор «ризик померти від COVID-19» (χ^2=72.538, df=3, p=0,00).

Для виявлення зв'язку між 36 незалежними змінними (факторами, асоційованими зі стресом) та почуттями тривоги і страху у зв’язку з COVID-19 у медичних працівників використовували логістичну регресію. Логістична регресія проводилась для визначення значущих предикативних факторів та

побудови остаточної найкращої моделі прогнозування (табл. 3.13). В результаті ітеракційного процесу було обрано найкращу модель логістичної регресії на основі 6 незалежних предикторів ($\chi 2$ (6) = 263,70, p = 0,000). Рівень значущості за Хі-квадратом Вальда менше $p \leq 0,05$ визначив наступні 6 параметрів, які є важливими для моделі логістичної регресії:

1. Загроза поширення пандемії COVID-19.
2. Ризик смерті від COVID-19.
3. Ризик зараження COVID-19.
4. Ймовірність передачі COVID-19 родичам або друзям.
5. Постійні новини про нові випадки захворювання на COVID-19.
6. Нестача персоналу в закладах охорони здоров'я.

Вище значення Хі-квадрату Вальда визначає вищу значимість відповідного предиктора для ризику виникнення тривоги. Так, сприйняття загрози поширення пандемії COVID-19 як серйозної («Загроза поширення пандемії COVID-19» OR, 8.002; 95% CI, 2.035-31.466; p=0.003), сприйняття ризику померти від COVID-19 як високого («Ризик померти від COVID-19» OR, 1.553; 95% CI, 1.129-2.135; p=0.007), ймовірність заразитися COVID-19 («Ризик заразитися COVID-19» OR, 4.361; 95% CI, 2.709-7.018; p=0.000), ймовірність передати COVID-19 своїм рідним або друзям («Ризик передати COVID-19 своїм рідним або друзям» OR, 1.941; 95% CI, 1.121-3.359; p= 0.018), новини про нові випадки COVID-19 («Новини про нові випадки COVID-19» OR, 2.195; 95% CI, 1.539-3.131; p=0.000), нестача персоналу в ЗОЗ («Нестача персоналу в медичному закладі» OR, 1.510; 95% CI, 1.090-2.092; p=0.013) були значно пов'язані з відчуттям тривоги/страху у зв'язку з COVID-19.

Аналіз прогностичної значущості виявлених за допомогою логістичної регресії факторів щодо високої тривоги/страху у зв'язку з COVID-19 за методом «дата майнінгу» (табл. 3.14) показав, що на першому місці є фактор високого стресу через ризик заразитися COVID-19 (предикативна значущість 1,000000).

Таблиця 3.13 – Результати логістичного регресійного аналізу для визначення значущих предикативних факторів

Фактори	Значущість відмінностей						
	Коефіцієнт регресії B	SD	χ^2	p	OR	OR	
Загроза поширення пандемії COVID-19	2.080	0.697	8.891	0.003	8.002	2.035	31.466
Ризик померти від COVID-19	0.440	0.162	7.338	0.007	1.553	1.129	2.135
Можливість заразитися COVID-19	1.473	0.242	36.892	0.000	4.361	2.709	7.018
Можливість передати COVID-19 своїм рідним або друзям	0.663	0.280	5.626	0.018	1.941	1.121	3.359
Новини про нові випадки COVID-19	0.786	0.181	18.878	0.000	2.195	1.539	3.131
Нестача персоналу в закладі	0.412	0.166	6.146	0.013	1.510	1.090	2.092

Примітки: SD – стандартна помилка; χ^2- Хі-квадрат Вальда; OR - відношення шансів; OR - довірчий інтервал (95%).

Далі у порядку зменшення: високий стрес через новини про нові випадки COVID-19 (предикативна значущість 0,866855), високий стрес через нестачу персоналу в закладі (предикативна значущість 0,610183), високий стрес через ризик передати COVID-19 своїм рідним або друзям (предикативна значущість 0,542271), сприйняття ризику померти від COVID-19 як високого (предикативна значущість 0,508007), сприйняття загрози поширення пандемії COVID-19 як серйозної (предикативна значущість 0,383585).

Таблиця 3.14 – Предикативна значущість окремих факторів щодо високої тривоги/страху у зв’язку з COVID-19

Фактори	Значущість відмінностей	
	варіативність	значущість
Можливість заразитися COVID-19	100	1,000000
Новини про нові випадки COVID-19	87	0,866855
Нестача персоналу в медичному закладі	61	0,610183
Можливість передати COVID-19 своїм рідним або друзям	54	0,542271
Ризик померти від COVID-19	51	0,508007
Загроза поширення пандемії COVID-19	38	0,383585

Аналіз прогностичної значущості всіх вивчених факторів щодо високої тривоги/страху у зв’язку з COVID-19 за методом «дата майнінгу» представлений у табл. 3.16. Найвищу предикативну силу щодо високої тривоги/страху у зв’язку з COVID-19 мають наступні фактори (у порядку зменшення значущості): «Ризик заразитися COVID-19» (χ^2 = 285,4, p=0,000), «Новини про нові випадки COVID-19» (χ^2 = 167,7, p=0,000), «Конфлікт між обов'язком та власною безпекою» (χ^2 = 158,3, p=0,000), «Незнання коли спалах буде під контролем» (χ^2 = 154,1, p=0,000), «Бачити своїх колег у стресі»(χ^2 = 120,7, p=0,000), «Складність лікування COVID-19» (χ^2 = 110,2, p=0,000), «Можливість передати COVID-19 своїм рідним» (χ^2 = 108,2, p=0,000).

Найнижчу предикативну значущість мають наступні фактори (у порядку зменшення значущості): «Отримання інформації про розповсюдження COVID-19 тільки з офіційних джерел»(χ^2 = 14,5, p=0,001), «Намагання зменшити контакт з пацієнтами з COVID-19»(χ^2 = 11,2, p=0,004), «Наявність обладнання та засобів захисту»(χ^2 = 11,0, p=0,004), «Здоров'я або відсутність зараження COVID-19 близьких» (χ^2 = 10,2, p=0,006), «Вік» (χ^2 = 11,6, p=0,021).

ROC аналіз та оптимальна гранична точка використовувались для оцінки чутливості та специфічності предикторів щодо наявності чи відсутності тривоги (рис. 3.1). Оскільки AUC ≥ 0,8, можна сказати, що модель має високу прогностичну силу. Згідно з результатом моделі, розподіл медичних працівників щодо наявності чи відсутності тривоги/страху у зв’язку з COVID-19 був правильним у 60,5% випадків (ні), 94,1% (так), а неправильним – 39,5% (ні), 5,9% (так) (табл. 3.15).

Таблиця 3.15 – Предикативна значущість вивчених факторів щодо високої тривоги/страху у зв’язку з COVID-19

Фактори	Значущість відмінностей	
	χ^2	p
1	2	3
Ризик заразитися	285,4	0,000
Новини про нові випадки COVID-19	167,7	0,000
Конфлікт між обов'язком та власною безпекою	158,3	0,000
Незнання коли спалах COVID-19 буде під контролем	154,1	0,000

Продовження таблиці 3.15

1	2	3
Бачення своїх колег у стресі	120,7	0,000
Складність лікування COVID-19	110,2	0,000
Можливість передати COVID-19 своїм рідним	108,2	0,000
Думки про залишення роботи	88,6	0,000
Фізичне виснаження або втома	75,9	0,000
Ризик померти від COVID-19	72,8	0,000
Думки про те, щоб піти на лікарняний	65,8	0,000
Нестача персоналу в вашому закладі	65,1	0,000
Відсутність або недостатність засобів індивід. захисту	63,2	0,000
Думки про те, щоб залишити роботу, якщо хтось з колег захворіє на COVID-19	56,1	0,000
Думки про те, щоб залишити роботу, якщо хтось з колег помре від COVID-19	56,1	0,000
Споглядання, як пацієнти з COVID-19 вмирають	51,4	0,000
Загроза поширення пандемії COVID-19	43,5	0,000
Складнощі дістатися на роботу	37,2	0,000
Намагання знизити напругу, займатися спортом, фізичними вправами	32,7	0,000
Необхідність щодня носити засоби захисту	30,4	0,000
Високий ризик заразитися COVID-19	30,4	0,000
Відчуття, що оточуючі уникають вас через те, що ви можете мати контакт з COVID-19	27,3	0,000
Готовність закладу надавати допомогу	23,6	0,000
Відчуття, що співробітники, які не працюють з COVID-19, уникають вас	23,0	0,000
Підтримуюча атмосфера у відділенні	22,9	0,000
Дратівливість через збільшення навантаження	22,6	0,000
Частіше спілкування з родиною та друзями, щоб зняти стрес	22,0	0,000
Відсутність хворих на COVID-19 серед персоналу	19,5	0,000
Одужання пацієнтів з COVID-19	17,3	0,000
Уникнення новин у ЗМІ про COVID-19, зокрема про смерть	15,2	0,000
Отримання інформації про COVID-19 тільки з офіційних джерел	14,5	0,001
Намагання зменшити контакт з пацієнтами	11,2	0,004
Наявність обладнання та засобів захисту	11,0	0,004
Здоров'я або відсутність зараження COVID-19 близьких	10,2	0,006
Вік	11,6	0,021

Примітка: χ^2 - критерій Хі-квадрат Пірсона.

Таким чином, згідно отриманих даних, страх і тривога, пов’язані з COVID-19, виникали як у медичних працівників, які надавали, так і у тих, які не надавали допомогу пацієнтам з коронавірусною інфекцією. Серед факторів, що визначали ризик появи страху та тривоги, пов'язаних з COVID-19, «ризик зараження COVID-19» посів перше місце. Статистичний аналіз результатів визначив, що як фактори, що спричиняють професійний стрес, так і ті, що впливають на боротьбу з ним, пов’язані з наданням особистої допомоги пацієнтам із COVID-19. Дані, отримані в цьому дослідженні, свідчать про гостру необхідність у розробці та здійсненні профілактичних та реабілітаційних заходів, спрямованих на стабілізацію психоемоційного стану медичних працівників в умовах пандемії COVID-19.

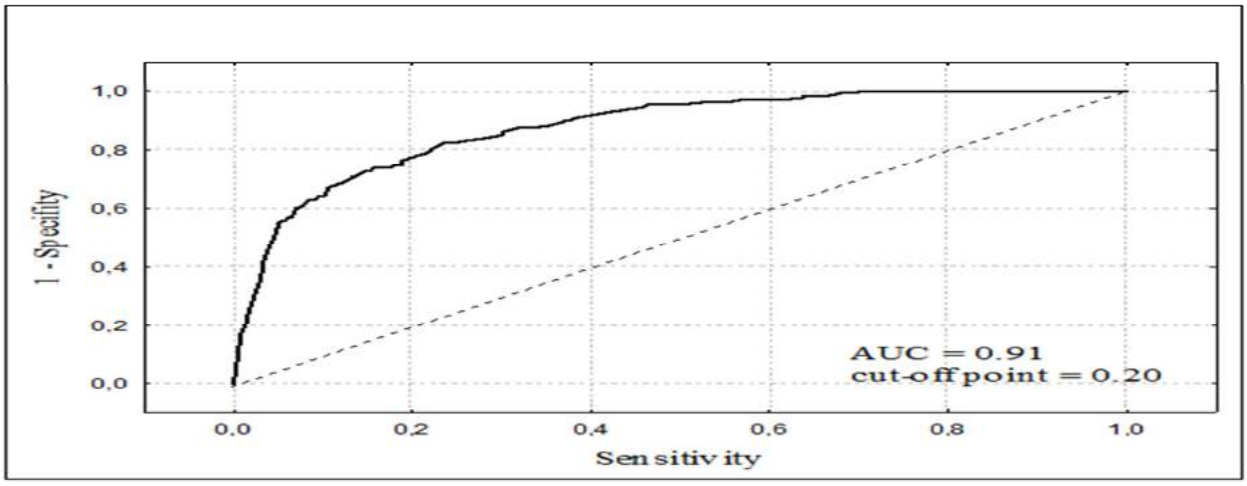


Рисунок 3.1 – ROC крива, побудована на основі предикативної моделі щодо почуття тривоги та страху у зв’язку з COVID-19 у медичних працівників.

4 ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ КОРОНАВІРУСНОЇ ПАНДЕМІЇ

4.1 Розробка комплексного діагностичного інструментарію з використанням стандартизованих шкал та опитувальників

Учасниками дослідження стали 500 медичних працівників різних спеціальностей з усіх регіонів України, крім тимчасово окупованих територій та АР Крим. Запрошення до заповнення онлайн опитувальника та посилання на нього було надіслано медичним закладам, що надають допомогу особам з COVID-19. Також онлайн опитувальник було опубліковано в соціальних мережах з запрошенням до участі лікарів, які безпосередньо надають допомогу пацієнтам з COVID-19. Опитування проводилось в квітні-травні 2021 року. Потенційних учасників було поінформовано про добровільний характер участі, відсутність ризиків для здоров'я та право на вихід із опитування на будь-якому його етапі.

З метою визначення особливостей психоемоційного стану медичних працівників в умовах пандемії COVID-19 та з урахуванням світового досвіду і досвіду попереднього онлайн-анкетування був розроблений комплексний діагностичний інструментарій з використанням стандартизованих шкал і опитувальників (додаток А), який включав наступні складові:

1. Соціо-демографічна анкета. Анкета включала питання про стать, вік, місце роботи, посаду, стаж роботи, сімейний стан, наявність дітей, форму проживання, контакт з хворими на COVID-19, кількість хворих на COVID-19, яким надавали допомогу, потребу в професійної психологічної підтримці в умовах пандемії, тестування та щеплення від COVID-19, захворювання на COVID-19.

2. Опитувальник PHQ-9. PHQ-9 містить питання, що відповідають критеріям депресії згідно DSM-IV та іншим основним симптомам депресії. Опитувальник призначений для самостійного заповнення пацієнтом та

зазвичай використовується під час скринінгу, діагностики, а також для вибору та контролю лікування [118, 119]. Діагностична валідність PHQ-9 була встановлена в дослідженнях за участю 8 центрів первинної медичної допомоги та 7 акушерських клінік. Оцінки PHQ-9 > 10 мали чутливість 88% і специфічність 88% для великого депресивного розладу. Надійність та валідність інструменту показали, що він має добрі психометричні властивості, внутрішня узгодженість PHQ-9 виявилася високою. У дослідженні, в якому брали участь різні групи пацієнтів, було отримано альфу Кронбаха 0.86 та 0.89. Валідність критеріїв була встановлена шляхом проведення 580 структурованих інтерв'ю фахівцями у галузі психічного здоров'я. Результати цих інтерв'ю показали, що особи, які набрали високий рівень (≥ 10) PHQ-9, мали від 7 до 13,6 разів більше шансів отримати діагноз депресії у фахівця з психічного здоров'я. З іншого боку, особи, які набрали низький бал за PHQ-9 (≤ 4), мали менше 1:25 шансів діагнозу депресії [119].

3. Опитувальник GAD-7. GAD-7 складається із 7 питань і заповнюється пацієнтом самостійно. Опитувальник було розроблено для діагностики генералізованого тривожного розладу, але він також має високу чутливість і при панічному розладі, і при посттравматичному стресовому розладі [3]. Оригінальна психометрична оцінка GAD-7 з 15 пунктів була проведена на вибірці із 2739 пацієнтів первинної медичної допомоги [120]. Оцінка продемонструвала хорошу внутрішню узгодженість (α = 0,92) та надійність повторного тестування (кореляція всередині класу = 0,83).

Оцінки шкали GAD-7 за результатами самозвітів та бали GAD-7, визначені в результаті клінічного інтерв'ю, проведеного фахівцем з психічного здоров'я, дали подібні результати. Валідність конструкції продемонстрована зв'язком між підвищенням показників тяжкості GAD-7 та зниженням функціональності за всіма шістьма шкалами Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey (SF-20; Stewart, Hays, & Ware, 1988). Конвергентна валідність була продемонстрована високими кореляціями загальних балів GAD-7 з оцінками за двома іншими шкалами тривожності.

Валідність діагностичних критеріїв підтверджена порівнянням балів GAD-7 з діагнозами, визначеними спеціалістами психічного здоров'я; при балах 10 і більше чутливість і специфічність перевищували 0,80.

Факторіальну валідність досліджували за допомогою аналізу основних компонентів 15 питань, що поєднували GAD-7 та вісім питань щодо депресії з PHQ-8. Оцінювались два фактори, обидва з власними значеннями більше одного. Всі питання щодо депресії мали найвищі факторні навантаження на один фактор (0,58–0,75), а всі питання щодо тривоги мали найвищі факторні навантаження на другий фактор (0,69–0,81), що вказує на те, що GAD-7 оцінював одновимірну конструкцію, відмінну від депресії [120].

4. Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale – IES-R). Шкала була розроблена, щоб охопити всі три групи симптомів ПТСР (тобто вторгнення, уникнення та гіперзбудження) щодо певної події, що загрожувала життю. Була перекладена і адаптована багатьма мовами для виявлення ПТСР після цунамі, землетрусів, повені, нападу тощо. Може використовуватися для повторних вимірювань для моніторингу динаміки симптомів розладу [121, 122].

Шкала містить 22 запитання, 5 з яких були додані до оригінального варіанту (IES) для кращого врахування критеріїв DSM-IV щодо ПТСР [121]. IES-R була розроблена та валідована з вказівкою пацієнту на конкретну травматичну подію. Шкала розрізняє групи людей з симптомами травми та без таких в загальних дослідженнях популяції. Субшкали уникнення та вторгнення демонструють добру внутрішню узгодженість. Субшкали вимірюють різні виміри реакції на стрес. Підшкала гіперзбудження, додана Вайссом і Мармаром, має добру прогнозовану достовірність щодо травми [43], тоді як підшкали вторгнення та уникнення виявляють відповідні відмінності в клінічній реакції на травматичні події різного ступеня тяжкості. Сундін і Горовіц [122] показали, що двофакторна структура IES-R стабільна при різних типах подій, що вона може розрізняти стресові реакції в різний

час після події, і що вона має конвергентну валідність з діагностованим спеціалістом психічного здоров'я посттравматичним стресовим розладом.

5. Індекс тяжкості безсоння (ISI). ISI – це короткий, легкий та широко використовуваний опитувальник для виявлення безсоння. Результати останніх досліджень свідчать про те, що ISI має переваги перед іншими інструментами, оскільки використовує критерії ICD-10 та DSM-5 для оцінки безсоння [123-125]. Містить 7 питань та призначений для оцінки характеру, тяжкості та впливу безсоння та моніторингу реакції на лікування у дорослих.

Психометричну перевірку ISI проводили серед різних груп населення Америки, Європи, Африки та Азії. Результати ISI співвідносяться із щоденниками сну, полісомнографією та інтерв'ю з фахівцями психічного здоров'я; оцінка 10 балів мала 86,1% чутливість та 87,7% специфічність для виявлення випадків безсоння. Опитувальник має добру внутрішню узгодженість (Cronbach $\alpha = 0.90$ та 0.91).

Для порівняння досліджуваних груп за результатами комплексного психодіагностичного обстеження був використаний непараметричний тест Манна-Вїтні. Розмір ефекту розраховувався як рангово-бісеріальна кореляція [48]. Різниця між групами за соціо-демографічними показниками була розрахована за допомогою Хі-критерію Пірсона. Розрахунки проводились за допомогою програмного пакету «RStudio» (R Core Team, 2021) із версією програмної мови R 4.0.5 (2021-03-31) «Shake and Throw». Програмне забезпечення знаходиться у відкритому доступі. Для розрахунку були використані наступні инструменти: readxl, rstatix, psych, summarytools, xlsx, dplyr, doBy, janitor, lsr [127-132].

Соціо-демографічні характеристики учасників дослідження представлено в табл. 4.1 та 4.2. За статтю 82,4% медичних працівників склали жінки, 17,6% – чоловіки. При цьому у групі спеціалістів, які мали безпосередній контакт з хворими на COVID-19, співвідношення чоловіків і жінок було 16,56% та 83,44%, а у групі медичних працівників, які не мали безпосереднього контакту з хворими на COVID-19, – 29,27% та 70,73%

відповідно. Середній вік опитаних складав 40.77±11.90 років, середній стаж роботи – 16.21±11.46 років.

Таблиця 4.1 – Соціо-демографічні характеристики учасників дослідження

Характе-ристики	Середнє статистичне	Медіана	Стандартне відхилення	Мінімальні значення	Максимальні значення	Стандартна помилка середнього
Вік	40.77	40	11.90	21	83	0.53
Стаж роботи	16.21	14.5	11.46	0.4	56	0.51

Таблиця 4.2 – Розподіл між групами медичних працівників за відповідями на питання анкети

Питання анкети	Групи медичних працівників		
	мали безпосередній контакт з хворими на COVID-19	не мали контакту з хворими на COVID-19	загалом
	n=459 (%)	n=41 (%)	n=500 (%)
1	2	3	4
Чи потребуєте Ви психологічної допомоги			
Так	270 (58.82)	9 (21.95)	279 (55.8)
Ні	189 (41.18)	32 (78.05)	221 (44.2)
Чи проводилися у Вашому медичному закладі заходи з психологічної допомоги			
Так	37 (8.06)	4 (9.76)	41 (8.2)
Ні	422 (91.94)	37 (90.24)	459 (91.8)
Кількість хворих на COVID-19, яким Ви надавали допомогу			
0	30 (6.54)	27 (65.85)	57 (11.4)
1-2	34 (7.41)	4 (9.76)	38 (7.6)
3-10	77 (16.78)	7 (17.07)	84 (16.8)
11-30	54 (11.76)	1 (2.44)	55 (11)
Більше 30	264 (57.52)	2 (4.88)	266 (53.2)
Чи хворіли Ви на COVID-19			
Так	279 (60.78)	17 (41.46)	296 (59.2)
Ні	180 (39.22)	24 (58.54)	204 (40.8)
Ваш сімейний стан			
Одружений/а	299 (65.14)	32 (78.05)	331 (66.2)
Неодружений/а	73 (15.9)	3 (7.32)	76 (15.2)
Розлучений/а	44 (9.59)	5 (12.2)	49 (9.8)
Громадянський шлюб	24 (5.23)	1 (2.44)	25 (5)
Інше	19 (4.14)	0 (0)	19 (3.8)
З ким Ви проживаєте			
Сам/а	58 (12.64)	6 (14.63)	64 (12.8)

Продовження таблиці 3.2

1	2	3	4
З родиною	370 (80.61)	33 (80.49)	403 (80.6)
Інше	31 (6.75)	2 (4.88)	33 (6.6)
Ваша посада			
Керівник/ця закладу охорони здоров’я	17 (3.7)	1 (2.44)	18 (3.6)
Лікар/ка	281 (61.22)	17 (41.46)	298 (59.6)
Медична сестра	82 (17.86)	7 (17.07)	89 (17.8)
Молодший медичний персонал	5 (1.09)	0 (0)	5 (1)
Інше	27 (5.88)	14 (34.15)	41 (8.2)
Завідуючий/а відділенням	47 (10.24)	2 (4.88)	49 (9.8)
Місце розташування закладу охорони здоров'я			
м. Київ	59 (12.85)	8 (19.51)	67 (13.4)
Обласний центр	152 (33.12)	15 (36.59)	167 (33.4)
Районний центр	127 (27.67)	6 (14.63)	133 (26.6)
Інше	121 (26.36)	12 (29.27)	133 (26.6)
Стать			
Чоловіки	76 (16.56)	12 (29.27)	88 (17.6)
Жінки	383 (83.44)	29 (70.73)	412 (82.4)
Чи проводилися у Вашому закладі тестування на COVID-19			
Так	323 (70.37)	24 (58.54)	347 (69.4)
Ні	136 (29.63)	17 (41.46)	153 (30.6)
Наявність неповнолітніх дітей			
Так	208 (45.32)	14 (34.15)	222 (44.4)
Ні	251 (54.68)	27 (65.85)	278 (55.6)
Чи отримали Ви щеплення від COVID-19?			
Так	177 (38.56)	17 (41.46)	194 (38.8)
Ні	282 (61.44)	24 (58.54)	306 (61.2)
Відділення			
Інтенсивної терапії та реанімації	37 (8.06)	1 (2.44)	38 (7.6)
Інфекційне	39 (8.5)	0 (0)	39 (7.8)
Терапевтичне	57 (12.42)	5 (12.2)	62 (12.4)
Інше	326 (71.02)	35 (85.37)	361 (72.2)
Заклад охорони здоров’я, в якому Ви працюєте			
Центр первинної медико-санітарної допомоги	96 (20.92)	0 (0)	96 (19.2)
Амбулаторія сімейної медицини	45 (9.8)	0 (0)	45 (9)
Міська багатопрофільна лікарня	73 (15.9)	3 (7.32)	76 (15.2)
Обласна лікарня	57 (12.42)	14 (34.15)	71 (14.2)
Центральна районна лікарня	52 (11.33)	3 (7.32)	55 (11)
Інфекційна лікарня	20 (4.36)	1 (2.44)	21 (4.2)
Інше	116 (25.27)	20 (48.78)	136 (27.2)

66,2% опитаних медичних працівників були у шлюбі, 5% – у громадянському шлюбі, 15,2% – неодружені, 9,8% – розлучені. Серед спеціалістів, які мали безпосередній контакт з хворими на COVID-19, одруженими були 65,14%, у громадянському шлюбі – 5,23%, неодружені – 15,9%, розлучені – 9,59%. У групі медичних працівників, які не мали безпосереднього контакту з хворими на COVID-19, у шлюбі були 78,05%, у громадянському шлюбі – 2,44%, неодружені – 7,32%, розлучені – 12,2%.

Більшість респондентів (80,6%) проживали з родиною, 12,8% – самостійно. На наявність неповнолітніх дітей вказали 44,4% опитаних, у групі спеціалістів, які мали безпосередній контакт з хворими на COVID-19, – 45,32%, серед медичних працівників, які не мали безпосереднього контакту з хворими на COVID-19, – 34,15%.

Щодо місця роботи, то 19,2% респондентів вказали, що працюють в центрі первинної медико-санітарної допомоги, 9% – в амбулаторії сімейної медицини, 15,2% – в міській багатопрофільній лікарні, 14,2% – в обласній лікарні, 11% – в центральній районній лікарні, 4,2% –в інфекційній лікарні, 27,2% – в іншому закладі охорони здоров'я. Розподіл учасників за місцем роботи представлений на рис. 4.1.

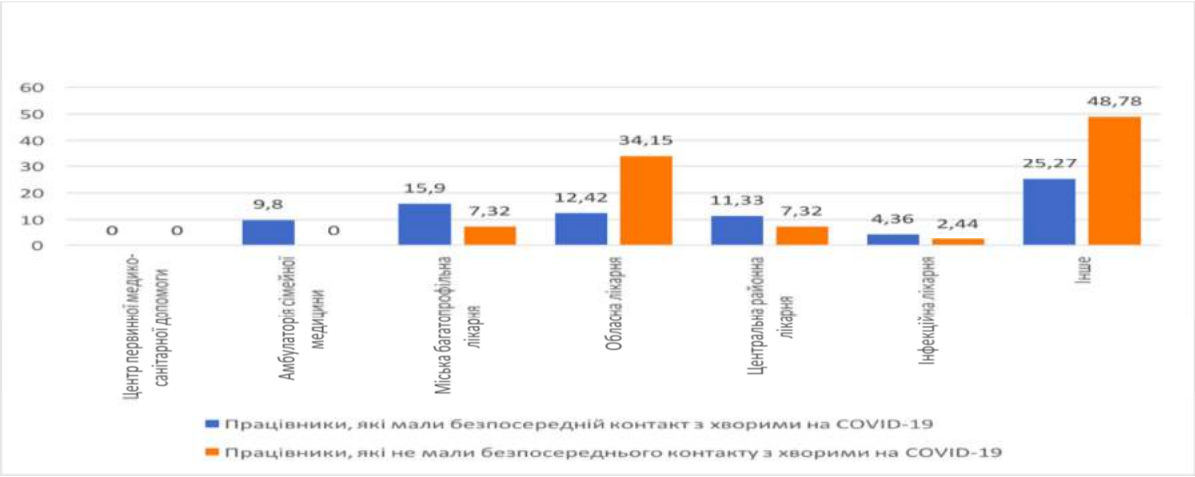


Рисунок 4.1 – Розподіл медичних працівників, які мали і не мали безпосереднього контакту з хворими на COVID-19, за місцем роботи (%).

Розподіл медичних працівників за посадами наведений на рис. 4.2. Так, переважна більшість опитаних (59,6%) працюють на лікарських посадах,

3,6% – на посадах керівників закладів охорони здоров'я, 9,8% – завідувачів відділеннями, 17,8% – медичних сестер, 1% – молодший медичний персонал, 8,2% – займають інші посади.

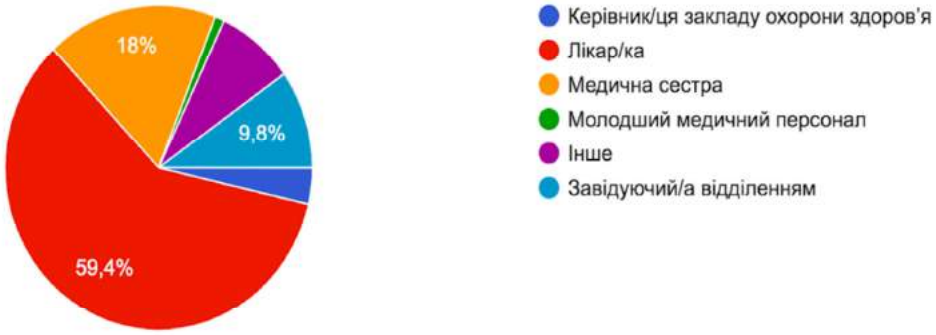


Рисунок 4.2 – Розподіл медичних працівників за займаною посадою (%).

У групі спеціалістів, які мали безпосередній контакт з хворими на COVID-19, 3,7% працюють на посадах керівників закладів охорони здоров'я, 10,24% – завідувачів відділенням, 61,22% – на посадах лікарів, 17,86% – медичних сестер, 1,09% – молодшого медичного персоналу, 5,88% – на інших посадах. У групі спеціалістів, які не мали безпосереднього контакту з хворими на COVID-19, на посадах керівників закладів охорони здоров'я працюють 2,44%, 4,88% – завідувачів відділенням, 41,46% – на посадах лікарів, 17,07% – медичних сестер, 34,15% – на інших посадах.

Більшість опитаних медичних працівників (59,2%) хворіли на COVID-19 (60,78% тих, хто мав безпосередній контакт з хворими на COVID-19, та 41,46% тих, хто не мав безпосереднього контакту з хворими). Про тестування на COVID-19 в закладі охорони здоров'я, в якому вони працюють, повідомили 69,4% респондентів (70,37% тих, хто мав безпосередній контакт з хворими на COVID-19, та 58,54% тих, хто не мав безпосереднього контакту). Щеплення від COVID-19 на момент заповнення опитувальника отримали 38,8% медичних працівників (38,56% тих, хто мав безпосередній контакт з хворими на COVID-19, та 41,46% тих, хто не мав такого контакту).

Більшість респондентів (53,2%) з тих, що надавали допомогу хворим на COVID-19, мали безпосередній контакт з 30 і більше пацієнтами з коронавірусною інфекцією. Розподіл за кількістю хворих на COVID-19, яким надавали допомогу медичні працівники, представлено на рис. 4.3.

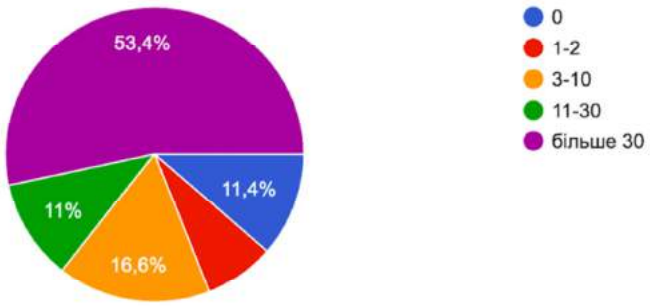


Рисунок 4.3 – Розподіл медичних працівників за кількістю хворих на COVID-19, яким вони надавали допомогу.

Більше половини всіх опитаних (55,8%) вказали на те, що в умовах пандемії COVID-19 вони потребують психологічної допомоги. При цьому серед медичних працівників, які мали контакт з хворими на COVID-19, таких було 58,82%, тоді як серед тих, хто не мав безпосереднього контакту, потребу у психологічній допомозі зазначили 21,9% спеціалістів.

Про проведення заходів з психологічної допомоги в закладі охорони здоров’я, де вони працюють, повідомили 8,2% опитаних (8,06% тих, хто мав безпосередній контакт з хворими на COVID-19, та 9,76% тих, хто не мав такого контакту). Серед заходів з психологічної допомоги медичні працівники вказали наступні: інформаційна забезпеченість, щоденні бесіди з колегами, моральна підтримка та розуміння умов роботи керівництвом, кімната психологічного розвантаження, засоби для захисту від зараження, гарна психологічна атмосфера, дні здоров'я, психологічні тренінги/вебінари/лекції, робота з психологом, психотерапія, групова терапія, фінансова підтримка.

4.2 Особливості стану психічного здоров'я медичних працівників, які не мають контакту з хворими на COVID-19

Загалом в опитуванні взяли участь 500 медичних працівників, 481 з них було розподілене до двох груп для подальшого статистичного аналізу. До дослідження не увійшли респонденти, які заповнили не всі розділи опитувальника або заповнили його із порушенням інструкції. Групу медичних працівників, які не надавали безпосередню допомогу пацієнтам із COVID-19, склали 40 осіб (група В). Стан психічного здоров'я всіх респондентів було оцінено за допомогою відповідних опитувальників. Оцінку вираженості симптомів депресії проводили з використанням опитувальника здоров'я пацієнта (PHQ-9), симптомів тривоги – за опитувальником з генералізованої тривоги (GAD-7), порушень сну – за індексом вираженості безсоння шкали ISI; оцінку впливу травматичних подій – за шкалою симптомів суб'єктивного дистресу, спричиненого травматичними подіями (IES-R). Отримані результати наведено в табл. 4.3.

За результатами опитувальника PHQ-9, у більшості спеціалістів, які не надавали безпосередню допомогу хворим на COVID-19, ознаки депресії не виявлено (M = 4.4, Me = 2, SEM = 0.89, SD = 5.6). Зокрема, 26 осіб (65.0%) не мали симптомів, що могли б свідчити про депресію, взагалі. Мінімальний бал, який набрали опитуванні зазначеної групи – 0, максимальний – 19. У жодного респондента не було виявлено ознак тяжкої депресії. Однак, 3 (7.5%) медичних працівника демонстрували рівень симптомів, що відповідав критеріям вираженого ступеня депресії, 4 (10%) – помірного, 7 – легкого (17.5%). Дані представлено у табл. 4.4.

За результатами статистичного аналізу дані опитувальника PHQ-9 не мають нормального розподілу ($W = 0.79$, $p < 0.01$). Крива – асиметрична, позитивно-скошена (коефіцієнт асиметрії – 1.09) з нормальним ексцесом (коефіцієнт ексцесу – 0), що може свідчити про те, що більшість учасників групи В мають низький рівень вираженості депресії.

Таблиця 4.3 – Показники опитувальників в групі медичних працівників, які не надавали допомогу хворим на COVID-19

Показники	Опитувальник						
	PHQ-9	GAD-7	IES-R загальний бал	IES-R «уникнення»	IES-R «інтрузія»	IES-R «гіпер-збудження»	ISI
M	4.4	5.95	18.2	0.82	0.79	0.68	7.82
SD	5.6	5.33	17.56	0.83	0.8	0.65	5.68
Me	2	4.5	14.5	0.5	0.56	0.5	7
Мінімальне значення	0	0	0	0	0	0	0
Максимальне значення	19	21	67	3.38	2.88	2.25	27
A	1.09	0.86	1.09	1.25	0.91	1.04	1.08
Ex	0	0.03	0.47	1.16	-0.19	0.16	1.52
SEM	0.89	0.84	2.78	0.13	0.13	0.1	0.9
p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01

Примітки: PHQ-9 - опитувальник здоров'я пацієнта; GAD-7 - опитувальник з генералізованої тривоги; ISI - індекс вираженості безсоння; IES-R - шкала оцінки впливу травматичних подій; M - середнє значення; SD - стандартне відхилення; SEM - стандартна помилка середнього значення; Me - медіана; A - коефіцієнт асиметрії - величина, що характеризує асиметрію розподілу даної випадкової величини (в межах -1 до 1 свідчить про те, що дані близькі до нормального розподілу і дані можна екстраполювати на загальну популяцію); Ex - коефіцієнт ексцесу - міра гостроти піку розподілу випадкової величини.

Таблиця 4.4 – Вираженість депресії за даними опитувальника PHQ-9 в групі медичних працівників, які не надавали допомогу хворим на COVID-19

Вираженість депресії	Кількість респондентів	
	n	%
Депресія відсутня	26	65
Депресія легкого ступеня	7	17,5
Депресія помірного ступеня	4	10
Депресія вираженого ступеня	3	7,5
Депресія важкого ступеня	0	0

Для визначення рівня тривоги використовували шкалу GAD-7. Переважна кількість спеціалістів, які не надавали безпосередню допомогу хворим на COVID-19, не повідомляли про клінічно значущий рівень тривоги. Так, 20 (50.0%) респондентів зазначили, що не відчувають тривогу взагалі. Середній бал за шкалою становив 5.95 (Me = 4.5, SEM = 0.84, SD = 5.33). Мінімальний бал, який мали опитуванні зазначеної групи = 0,

максимальний = 21. Зокрема, тривога вираженого ступеня відмічалася у 3 (7.5%) осіб. Кількість балів, що відповідає тривозі помірного ступеня, мали 7 (17.5%) респондентів, легкого – 10 (25%). Дані наведено в табл. 4.5.

Таблиця 4.5 – Вираженість тривоги за даними опитувальника GAD-7 в групі медичних працівників, які не надавали допомогу хворим на COVID-19

Вираженість тривоги	Кількість респондентів	
	n	%
Тривога відсутня	20	50.0
Тривога легкого ступеня	10	25.0
Тривога помірного ступеня	7	17.5
Тривога вираженого ступеня	3	7.5

Результати статистичного аналізу свідчать про те, що дані, отримані за опитувальником GAD-7, не мають нормального розподілу ($W = 0.91$, $p < 0.01$). Крива – асиметрична, позитивно-скошена (коефіцієнт асиметрії = 0.86) з коефіцієнтом ексцесу – 0.03, що може свідчити про те, що більшість учасників даної групи мали низький рівень симптомів тривоги.

Суб'єктивний дистрес, спричинений травматичними подіями, оцінювали за допомогою опитувальника IES-R, що вміщує 3 субшкали: «інтрузія» (середнє значення M – 0.79, Me = 0.56, SEM = 0.13, SD = 0.8), «уникнення» (середнє значення M – 0,82, Me = 0.5, SEM = 0.13, SD = 0.83) та «гіперзбудження» (середнє значення M – 0,68, Me = 0.5, SEM = 0.1, SD = 0.65). Мінімальний бал, який набрали опитуванні групи В по субшкалі «інтрузії» = 0, максимальний = 2.88; по субшкалі «уникнення» та «гіперзбудження» – 0 і 3.38 та 0 і 2.25 відповідно. За субшкалою інтрузії дані не мають нормального розподілу ($W = 0.87$, $p < 0.01$). Крива – позитивно-скошена із ексцесом, який близький до нормального. За субшкалою «уникнення» отримані дані також не мають нормального розподілу ($W = 0.86$, $p < 0.01$). Крива – позитивно скошена й коефіцієнт асиметрії виходить за межі -1 – 1, що може свідчити про значне відхилення від нормального розподілу.

Коефіцієнт ексцесу свідчить про гостро-вершинний характер розподілу даних з великою концентрацією в одному місці. За субшкалою «гіперзбудження» отримані дані не мають нормального розподілу ($W = 0.86$, $p < 0.01$). Крива – позитивно скошена, коефіцієнт асиметрії виходить за межі -1 – 1. Асиметрія з лівим нахилом (позитивна) свідчить про те, що більшість респондентів не мають високих балів.

Зокрема, за субшкалою «уникнення» 29 (72.5%) респондентів відповідають показникам норми. Помірному рівню вираженості симптомів уникання відповідають 9 (22.5%) осіб, вираженому – 2 (5.0%) учасника групи.

За субшкалою «інтрузії» 30 (75.0%) респондентів відповідають показникам норми. Помірному рівню вираженості симптомів інтрузії відповідають 9 (22.5%) осіб, вираженому – 1 (2.5%) учасників групи В.

За субшкалою «гіперзбудження» 33 (82.5%) респонденти відповідають показникам норми. Помірному рівню вираженості симптомів інтрузії відповідають 7 (17.5%) осіб. Жоден опитуваний не відповідав критеріям вираженого ступеня симптомів гіперзбудження. Дані наведено у табл.4.6.

Таблиця 4.6 – Вираженість суб'єктивного дистресу, спричиненого травматичними подіями, за даними опитувальника IES-R в групі медичних працівників, які не надавали допомогу хворим на COVID-19

Вираженість суб'єктивного дистресу	Кількість респондентів	
	n	%
Уникання		
Норма	29	72.5
Помірний ступень	9	22.5
Виражений ступінь	2	5.0
Інтрузія		
Норма	30	75.0
Помірний ступінь	9	22.5
Виражений ступінь	1	2.5
Гіперзбудження		
Норма	33	82.5
Помірний ступень	7	17.5
Виражений ступінь	0	0

Для оцінки порушень сну використовували опитувальник ISI. Середній показник за вказаною шкалою становить 7.82 (Me = 7, SEM = 0.9, SD = 5.68). Мінімальний бал, який набрали опитуванні групи В – 0, максимальний – 27. Про порушення сну не повідомляли 24 (60.0%) респонденти. Бали, що відповідають легкому ступеню порушення сну, мали 12 осіб (30.0%). Про порушення сну помірного рівня повідомили 3 (7.5%) особи. Виражено сон був порушений лише у одного (2.5%) респондента.

За результатом статистичного аналізу даних за опитувальником ISI розподіл даних також не є нормальним ($W = 0.92$, $p < 0.05$). Крива – позитивно скошена (коефіцієнт асиметрії – 1.08), гостро-вершинна (коефіцієнт ексцесу 1.52), що може свідчити про те, що більшість респондентів отримали низькі бали за цією шкалою, й вибірка має невелику варіативність (велика концентрація балів в одному проміжку). Це також говорить про значне відхилення від нормального розподілу, оскільки коефіцієнт асиметрії та ексцесу виходять за межі -1 – 1. Дані наведено у табл. 4.7.

Таблиця 4.7 – Вираженість порушень сну за даними опитувальника ISI в групі медичних працівників, які не надавали допомогу хворим на COVID-19

Вираженість порушень сну	Кількість респондентів	
	n	%
Норма	24	60.0
Легкі порушення сну	12	30.0
Помірні порушення сну	3	7.5
Виражені порушення сну	1	2.5

Додатково було здійснено аналіз відповідей анкети стосовно потреби медичних працівників в психологічній підтримці. Респондентам були задані наступні питання: «Чи потребуєте Ви професійної психологічної підтримки в умовах пандемії?» та «Чи здійснювалися у Вашому закладі заходи щодо підтримки Вашого психічного здоров'я?». 9 респондентів (22.5%) зазначили, що потребували психологічної допомоги, 31 учасник (77.5%) такої необхідності не вбачали. 4 (10.0%) медичних працівники повідомили, що у

їхньому закладі проводили заходи щодо підтримки психічного здоров'я. 36 (90.0%) учасників досліджуваної групи повідомили, що заходи, спрямовані на підтримку психічного здоров'я, не проводилися. Дані наведено у табл. 4.8.

Таким чином, результати дослідження демонструють, що у більшості спеціалістів, які не надавали безпосередню допомогу хворим на COVID-19, клінічно значущих ознак депресії за опитувальником PHQ-9 не виявлено. Не було жодного респондента, який би відповідав рівню тяжкої депресії. Респонденти зазначеної групи, які мали ознаки депресії, демонстрували рівень симптомів вираженого, помірного та легкого ступеня депресії.

Таблиця 4.8 – Потреба в психологічній підтримці в групі медичних працівників, які не надавали допомогу хворим на COVID-19

Запитання	Кількість респондентів	
	n	%
Чи потребуєте Ви професійної психологічної підтримки в умовах пандемії		
Так	9	22.5
Ні	31	77.5
Чи здійснювалися у Вашому закладі заходи щодо підтримки Вашого психічного здоров'я		
Так	4	10.0
Ні	36	90.0

Також переважна більшість спеціалістів, які не надавали безпосередню допомогу хворими на COVID-19, не повідомляли про клінічно значущий рівень тривоги. Половина респондентів даної групи зазначили, що не відчувають тривогу взагалі. У незначної кількості медичних працівників відмічалася тривога вираженого ступеня, а також були респонденти, які повідомили про тривогу помірного та легкого ступеня.

Рівень суб'єктивного дистресу, спричиненого травматичними подіями, у більшості медичних працівників, які не надавали безпосередню допомогу хворим на COVID-19, відповідає показникам норми або рівню помірного дистресу. Лише один респондент за шкалою інтрузії та 2 респонденти за

шкалою уникання мали кількість балів, що відповідає вираженому ступеню симптомів.

Більшість медичних працівників, які не надавали безпосередню допомогу хворим на COVID-19, не повідомляли про порушення сну. Симптоми, які виявлялися у респондентів з ознаками порушення сну, відповідали легкому та помірному ступеню вираженості порушення. Виражено сон був порушений лише у одного респондента.

Переважна більшість медичних працівників групи В не виявляє потреби у психологічній підтримці. Однак були і ті, хто її потребував, але лише незначна кількість осіб отримувала таку підтримку.

4.3 Особливості стану психічного здоров'я медичних працівників, які безпосередньо надають допомогу хворим на COVID-19

В групу медичних працівників, які безпосередньо надавали допомогу хворим на COVID-19, було включено 441 особу (група А) 383 (83,44%) респондентів склали жінки, 76 (16,56%) – чоловіки.

Серед спеціалістів, які мали безпосередній контакт з хворими на COVID-19, одружені – 65,14%, у громадянському шлюбі – 5,23%, неодружені – 15,9%, розлучені – 9,59%.

У групі А на посадах керівників закладів охорони здоров'я працюють 3,7% опитаних, 10,24% - завідувачів відділенням, 61,22% – на посадах лікарів, 17,86% – медичних сестер, 1,09% – молодшого медичного персоналу, 5,88% – на інших посадах (рис. 4.4).

Більшість опитаних групи А (60,78%) хворіли на COVID-19; щеплення від COVID-19 на момент заповнення опитувальника отримали 38,56%.

Допомогу 30 і більше хворим на COVID-19 надавали 264 (57,2%) медичних працівника (рис. 4.5).

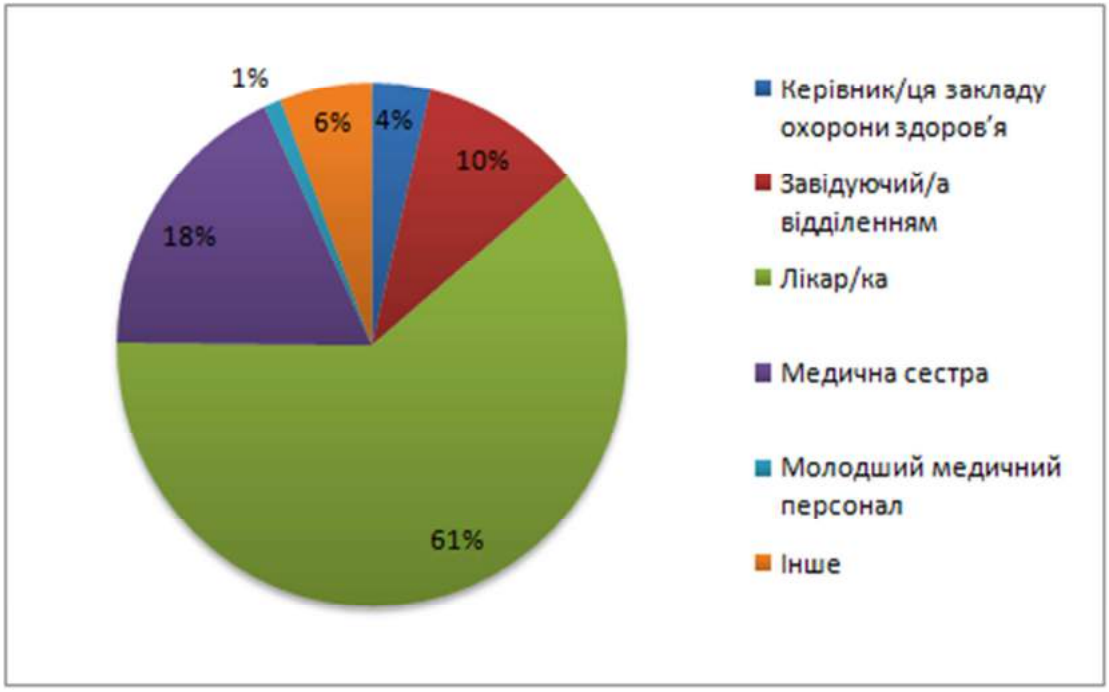


Рисунок 4.4 – Розподіл медичних працівників, які безпосередньо надавали допомогу хворим на COVID-19, за посадами.

Для визначення особливостей стану психічного здоров'я досліджуваних були використані наступні опитувальники: PHQ-9, GAD-7, IES-R, ISI. Загальну інформацію за даними всіх застосованих у досліджені опитувальників для групи А відображено в табл. 4.9.

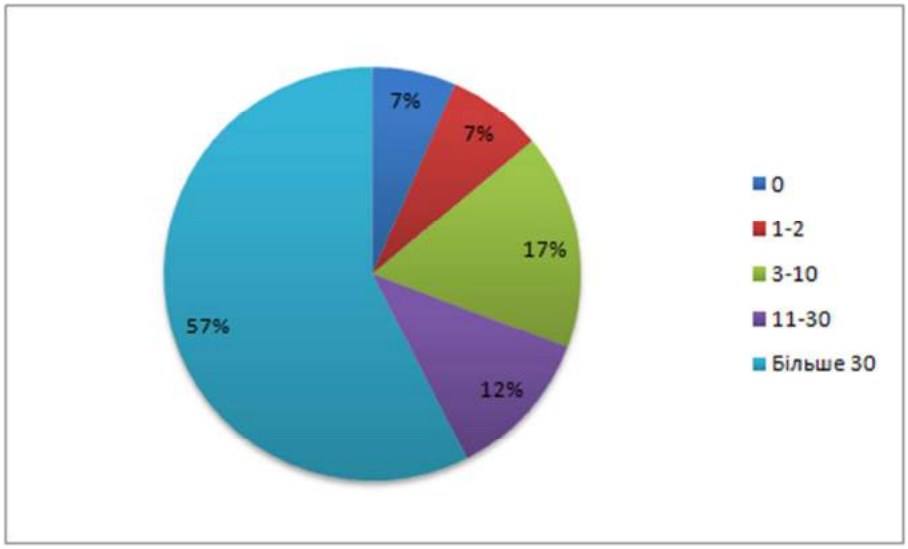


Рисунок 4.5 – Розподіл медичних працівників, які безпосередньо надавали допомогу хворим на COVID-19, за кількістю пролікованих хворих.

Для визначення рівня депресії використовували опитувальник PHQ-9. В групі медичних працівників, які безпосередньо надавали допомогу хворим на

COVID-19, були наступними. Мінімальний бал, який набрали опитуванні групи А – 0, максимальний – 27. Середній бал PHQ-9 становив 7,24 (SD: 6,87), що відповідало значенням депресії легкого ступеня. Частота поширеності легкої депресії (5–9 балів) становила 21,09%, 16,33% – для помірної депресії (10–14 балів), 11,56% - для середньої тяжкості депресії (15–19 балів), і 6,12% – для важкої депресії (20–27 балів). Відповідно, нормальні показники за цією шкалою (0–4) спостергали в 44,90% випадків (табл. 4.10) .

Для визначення рівня тривоги/страху в дослідженні була використана шкала GAD-7. Мінімальний бал, який набрали опитуванні групи А – 0, максимальний – 21.

Таблиця 4.9 – Показники опитувальників в групі медичних працівників, які надавали допомогу хворим на COVID-19

Показники	Опитувальник					
	PHQ-9	GAD-7	IES-R «уникання»	IES-R «інтрузії»	IES-R «гіпер-збудження»	ISI
M	7.24	7.85	1.11	1.12	0.94	10.17
SD	6.87	4.94	0.94	0.93	0.76	6.34
Me	6	7	1	0.88	0.75	9
Мінімальне значення	0	0	0	0	0	0
Максимальне значення	27	21	4	4	3	28
A	0.71	0.4	0.74	0.78	0.73	0.51
Ex	-0.49	-0.49	-0.35	-0.15	-0.4	-0.31
SEM	0.33	0.24	0.04	0.04	0.04	0.3

Примітки: PHQ-9 - опитувальник здоров'я пацієнта; GAD-7 - опитувальник з генералізованої тривоги; ISI - індекс вираженості безсоння; IES-R - шкала оцінки впливу травматичних подій; M - середнє значення; SD - стандартне відхилення; SEM - стандартна помилка середнього значення; Me - медіана; A - коефіцієнт асиметрії - величина, що характеризує асиметрію розподілу даної випадкової величини (в межах -1 до 1 свідчить про те, що дані близькі до нормального розподілу і дані можна екстраполювати на загальну популяцію); Ex- коефіцієнт ексцесу - міра гостроти піку розподілу випадкової величини.

Середній бал за цією шкалою становив 7,85 (SD: 4,94), що відповідало значенням тривоги легкого ступеня. Частота поширеності легкої тривоги (5–9 балів) становила 36,51%, 25,17% - для помірної тривоги (10–14 балів) та 9,30% – для тривоги вираженого ступеня (15–21 балів). Відповідно, нормальні показники за цією шкалою (0-4) спостерігались в 29,02% випадків (табл. 4.11).

Таблиця 4.10 – Вираженість депресії в групі медичних працівників, які надавали допомогу хворим на COVID-19

Вираженість депресії	Кількість респондентів	
	n	%
депресія відсутня	198	44.90
депресія легкого ступеня	93	21.09
депресія помірного ступеня	72	16.33
депресія вираженого ступеня	51	11.56
депресія важкого ступеня	27	6.12

Таблиця 4.11 – Вираженість тривоги в групі медичних працівників, які надавали допомогу хворим на COVID-19

Вираженість тривоги	Кількість респондентів	
	n	%
Тривога відсутня	128	29.02
Тривога легкого ступеня	161	36.51
Тривога помірного ступеня	111	25.17
Тривога вираженого ступеня	41	9.30

Суб'єктивний дистрес, спричинений травматичними подіями, оцінювали за допомогою шкали IES-R. Дані оцінювали за трьома підшкалами («уникання», «інтрузія» та «гіперзбудження»). Мінімальний бал, який набрали опитуванні за підшкалою «уникання» – 0, максимальний – 4. Середній бал за цією підшкалою становив 1,11 (SD: 0,94), що відповідає значенню помірного ступеня вираженості.

Частота поширеності «уникання» помірного ступеня становила 31,29%, виражений ступінь уникання спостерігався в 12,02% випадків. Відповідно, нормальні показники за цією підшкалою спостерігалися в 56,69% випадків. За шкалою «інтрузії» мінімальний бал становив 0, максимальний – 4. Середній бал за цією підшкалою складав 1,12 (SD: 0,93), що відповідає значенню помірного ступеня вираженності.

Частота поширеності «інтрузії» помірного ступеня становила 30,84%, виражений ступінь уникання спостерігався в 11,56% випадків. Нормальні показники за цією підшкалою спостерігалися в 57,60% випадків. Мінімальний

бал, який набрали опитуванні за підшкалою «гіперзбудження» - 0, максимальний – 3. Середній бал за цією підшкалою становив 0,94 (SD: 0,76), що відповідає нормі. Частота поширеності «гіперзбудження» помірного ступеня становила 32,43%, виражений ступінь «гіперзбудження» спостерігався в 4,54% випадків. Нормальні показники за цією підшкалою превалювали і спостерігалися в 63,04% випадків (табл. 4.12).

Таблиця 4.12 – Вираженість суб'єктивного дистресу, спричиненого травматичними подіями, за даними опитувальника IES-R в групі медичних працівників, які надавали допомогу хворим на COVID-19

Вираженість суб'єктивного дистресу	Кількість респондентів	
	n	%
«Уникання»		
Норма	250	56.69
Помірний ступінь	138	31.29
Виражений ступінь	53	12.02
«Інтрузія»		
Норма	254	57.60
Помірний ступінь	136	30.84
Виражений ступінь	51	11.56
«Гіперзбудження»		
Норма	278	63.04
Помірний ступінь	143	32.43
Виражений ступінь	20	4.54

Для визначення порушень сну використовували опитувальник ISI. Мінімальний бал, який мали опитуванні групи А – 0, максимальний – 28. Середній бал за цією шкалою становив 10,17 (SD: 6,34), що свідчить про легкі порушення сну. Частота поширеності легких порушень сну становила 38,32%, в 18,14% випадків спостерігалися помірні порушення та в 4,76% - виражені порушення сну. Відповідно, нормальні показники за цією шкалою спостерігалися в 38,78% випадків (табл. 4.13).

Також було здійснено аналіз відповідей анкети стосовно потреби медичних працівників в психологічній підтримці. Респондентам були задані наступні питання: «Чи потребуєте Ви професійної психологічної підтримки в

умовах пандемії?» та «Чи здійснювалися у Вашому закладі заходи щодо підтримки Вашого психічного здоров'я?». 258 (58.50%) респондентів групи А відповіли, що потребували психологічної допомоги, 183 особи (41.50%) дали негативну відповідь. Щодо другого питання, то 35 (7,94%) медичних працівників повідомили, що у їхньому закладі проводили заходи щодо підтримки психічного здоров'я. В той же час абсолютна більшість опитаних в групі медичних працівників, які безпосередньо надавали допомогу хворим на COVID-19, 406 (92,06%) повідомили, що заходи, спрямовані на підтримку психічного здоров'я, в закладі не проводили (табл. 4.14).

Таблиця 4.13 – Вираженість порушень сну за даними опитувальника ISI в групі медичних працівників, які надавали допомогу хворим на COVID-19

Вираженість порушень сну	Кількість респондентів	
	n	%
Норма	171	38.78
Легкі порушення сну	169	38.32
Помірні порушення сну	80	18.14
Виражені порушення сну	21	4.76

Таблиця 4.14 – Потреба в психологічній підтримці медичних працівників, які надавали допомогу хворим на COVID-19

Запитання	Кількість респондентів	
	n	%
Чи потребуєте Ви професійної психологічної підтримки в умовах пандемії		
Так	258	58.50
Ні	183	41.50
Чи здійснювалися у Вашому закладі заходи щодо підтримки Вашого психічного здоров'я		
Так	35	7.94
Ні	406	92.06

Отже, результати дослідження демонструють, що у більшості спеціалістів, які надавали безпосередню допомогу хворим на COVID-19, спостерігались клінічно значущі ознаки депресії. Достатньо вагомою була частка респондентів з ознаками депресії помірної та середньої важкості, що сумарно становить більше чверті всіх випадків. В той же час депресія легкого

ступеня вираженості спостерігались трохи більше, ніж у кожного п’ятого респондента. Показники тяжкої депресії продемонстрували 27 (6,12%) осіб даної групи.

Ще більш виражені порушення спостерігалися в групі А за результатами шкали GAD-7. Лише менше третини респондентів зазначили, що не відчувають тривогу взагалі. Відповідно, більше ніж у 70 відсотків спеціалістів спостерігались клінічно значущі ознаки тривоги. Причому кількість випадків з тривогою легкого рівня навіть перевищувала кількість випадків з нормальними показниками. Суттєвою була частка спеціалістів з помірною тривогою, яка становила чверть всіх респондентів. Також варто акцентувати увагу, що практично у кожного десятого медичного працівника цієї групи відмічалася тривога вираженого ступеня.

Рівень суб’єктивного дистресу, спричиненого травматичними подіями, у більшості медичних працівників, які безпосередньо надавали допомогу хворим на COVID-19, відповідає показникам норми. Однак важливо відмітити, що помірний рівень дистресу спостерігався приблизно в третині випадків за всіма субшкалами, в той час як виражений ступінь коливався від 4,54% за субшкалою «гіперзбудження» до 12,02% за шкалою «уникання».

Майже дві третини медичних працівників, які надавали безпосередню допомогу хворим на COVID-19, повідомляли про наявність симптомів порушення сну. Кількість випадків з порушенням сну легкого ступеня (38.32%) практично дорівнювала кількості випадків з нормальними показниками (38.78%). Вагомою була частка випадків з помірними порушеннями сну, про які повідомив практично кожний шостий респондент. Про виражені порушення сну повідомив 21 (4,76%) медичний працівник.

Таким чином, у більшості спеціалістів, які безпосередньо надавали допомогу хворим на COVID-19, спостерігаються симптоми депресії та тривоги, а також порушення сну. Також у значної частини респондентів відмічаються симптоми суб’єктивного дистресу. Саме тому ця група медичних працівників має високий ризик подальшого розвитку несприятливих наслідків пандемії

COVID-19 для свого психічного здоров'я і потребує відповідної психологічної підтримки або, навіть, психофармакологічних втручань. Це підтверджується не тільки результатами використаного психодіагностичного інструментарію, а й відповідями самих досліджуваних стосовно потреби в наданні такої допомоги. Незважаючи на те, що більшість медичних працівників, які надають безпосередню допомогу хворим на COVID-19, повідомляє про необхідність такого роду допомоги, на практиці вона вкрай обмежена і недостатня.

4.4 Порівняльний аналіз особливостей психічних порушень у медичних працівників в досліджуваних групах

Відповідно до завдань дослідження було проведено порівняльний аналіз особливостей психічних порушень у медичних працівників, які безпосередньо надавали допомогу хворим на COVID-19 (група А) та медичних працівників, які не надавали такої допомоги (група В).

В групі А мінімальний бал, який мали опитувані за шкалою PHQ-9, склав 0, максимальний – 27. Середній бал становив 7,24 (SD = 6.87), що відповідає значенню депресії легкого ступеня вираженості. Депресія легкого ступеня спостерігалась у 21.09% респондентів, помірного – 16.33%, вираженого – 11.56%, тяжкого – у 6.12%. Показники, що відповідають нормі, спостерігались в 44.90% випадків.

В групі В у більшості респондентів не виявлено ознак депресії за опитувальником PHQ-9. Мінімальний бал, який мали опитуванні зазначеної групи - 0, максимальний – 19. Середній бал становив 7,24 (SD = 5.6). 65.0% медичних працівників взагалі не мали симптомів, які могли би свідчити про наявність депресії. Не було жодного респондента, який би відповідав рівню тяжкої депресії, разом з цим 7,5% медичних працівників демонстрували рівень симптомів, що відповідає критеріям депресії вираженого ступеня, 10% – помірного, 17.5% – легкого ступеня.

Таким чином, результати дослідження свідчать, що в групі В у більшості спеціалістів клінічно значущих ознак депресії за опитувальником PHQ-9 не виявлено, в той час як в групі А таких осіб було 198 (55.1%). Окрім того, в групі В не було жодного респондента, який би відповідав рівню тяжкої депресії, на відміну від групи А, в якій 27 (6.12%) осіб мали відповідні значення. Респонденти групи В, які мали ознаки депресії, демонстрували рівень симптомів, що відповідає критеріям лише вираженого, помірного та легкого ступеня депресії, що склало третину всіх випадків депресії в цій групі. Поряд з цим в групі А кількість випадків, що не відповідали показникам норми, становило понад 50%.

Мінімальний бал, який мали опитуванні в групі А за шкалою GAD-7, – 0, максимальний – 21. Середній бал становив 7.85 (SD 4.94), що відповідає значенню тривоги легкого ступеня (36.51% осіб). У 25.17% респондентів відмічалась тривога помірного ступеня та у 9.30% – вираженого. Відповідно, показники, що відповідають нормі, спостерігалися в 29.02% випадків.

У переважної більшості спеціалістів групи В клінічно значущого рівня тривоги не спостерігалось. Так, 50.0% респондентів зазначили, що не відчувають тривогу взагалі. Середній бал за шкалою становив 5.95 (Me = 4.5, SEM = 0.84, SD = 5.33), мінімальний бал - 0, максимальний – 21. Тривога вираженого ступеня відмічалася у 7.5% осіб. Кількість балів, що відповідала тривозі помірного ступеня, мали 17.5% респондентів, легкого – 25%. Результати статистичного аналізу свідчать про те, що дані за опитувальником GAD-7 не мають нормального розподілу ($W = 0.91$, $p < 0.01$). Крива – асиметрична, позитивно-скошена (коефіцієнт асиметрії = 0.86) з коефіцієнтом ексцесу – 0.03, що свідчить про те, що більшості опитаних групи В притаманний низький прояв симптомів тривоги.

Таким чином, переважна більшість медичних працівників групи В не мали ознак клінічно значущої тривоги, половина респондентів даної групи зазначили, що не відчувають тривогу взагалі. В той же час в групі А респондентів, у яких показник рівня тривоги відповідав нормі, було менше

третини. В групі В у незначної кількості медичних працівників відмічалася тривога вираженого ступеня, а також були спеціалісти, які повідомляли про тривогу помірного та легкого ступеня; разом вони склали близько половини опитаних цієї групи. В той же час, кількість респондентів групи А з тривогою легкого, помірного та вираженого ступеня склали більше двох третин всіх випадків.

Суб'єктивний дистрес, спричинений травматичними подіями, оцінювали за трьома субшкалами («уникання», «інтрузія», та «гіперзбудження») шкали IES-R. Мінімальний бал, який набрали опитувані групи А за підшкалою «уникання» – 0, максимальний – 4. Середній бал за цією підшкалою становив 1,11 (SD: 0,94), що відповідало значенням помірного ступеня вираженості. Частота поширеності «уникання» помірного ступеня становила 31,29%, виражений ступінь уникання спостерігався в 12,02% випадків. Показники, що відповідають нормі, за цією підшкалою спостерігалися в 56,69% випадків. За шкалою «інтрузія» мінімальний бал становив 0, максимальний – 4, середній бал складав 1,12 (SD: 0,93), що відповідає значенню помірного ступеня вираженості (30,84% респондентів). Виражений ступінь симптомів уникання спостерігався в 11,56%, показники норми – в 57,60% випадків. Мінімальний бал, який мали опитуванні за підшкалою «гіперзбудження» - 0, максимальний - 3. Середній бал за вказаною підшкалою становив 0,94 (SD: 0,76), що відповідає нормі. Частота поширеності симптомів гіперзбудження помірного ступеня становила 32,43%, вираженого – 4,54% випадків. Показники норми за вказаною підшкалою превалювали і спостерігалися у 63,04% респондентів.

В групі В значення за субшкалами опитувальника IES-R було наступним: «інтрузії» – середнє значення M = 0.79, Me = 0.56, SEM = 0.13, SD = 0.8; «уникання» – середнє значення M = 0,82, Me = 0.5, SEM = 0.13, SD = 0.83 та «гіперзбудження» – середнє значення M = 0,68, Me = 0.5, SEM = 0.1, SD = 0.65. Мінімальний бал за субшкалою «інтрузії» – 0, максимальний – 2.88.; за субшкалою «уникання» та «гіперзбудження» – 0 та 3.38 і 0 та 2.25 відповідно.

За показниками субшкали «уникання» 72.5% респондентів групи В відповідали нормі. Помірному рівню вираженості симптомів уникання відповідали 22.5%, вираженому – 5.0% осіб. За субшкалою «інтрузії» 75.0% респондентів відповідали показникам норми. Помірному рівню вираженості симптомів інтрузії відповідали 22.5% осіб, вираженому – 2.5% опитаних. За субшкалою «гіперзбудження» 82.5% респондентів відповідали показникам норми. Помірному рівню вираженості симптомів інтрузії відповідали 17.5% спеціалістів. Жоден опитуваний не відповідав критеріям вираженого ступеня симптомів гіперзбудження.

Таким чином, показники рівня суб'єктивного дистресу, спричиненого травматичними подіями, за трьома субшкалами у більшості медичних працівників групи В відповідали нормі. Лише один (1.0%) респондент за підшкалою «інтрузії» та два (5.0%) респонденти за підшкалою «уникання» мали кількість балів, що відповідає вираженому ступеню симптомів. Натомість в групі А виражений ступінь суб'єктивного дистресу, спричиненого травматичними подіями, за субшкалами «уникання», «інтрузії», та «гіперзбудження» демонстрували 12.0%, 11.6% та 4.5% медичних працівників відповідно.

Для визначення порушень сну використовували опитувальник ISI. Середній бал за цією шкалою становив 10,17 (SD: 6,34), що відповідає значенню легких порушень сну. Мінімальний бал, який набрали опитуванні групи А – 0, максимальний – 28. Показники, що відповідають нормі, спостерігалися в 38,78% випадків, 38,32% медичних працівників мали легкі порушення сну, 18,14% - помірні, а 4,76% осіб повідомили про виражені порушення сну.

Середній показник за опитувальником ISI в групі В становив 7.82 (Me = 7, SEM = 0.9, SD = 5.68), мінімальний бал – 0, максимальний – 27. Про порушення сну не повідомили 60.0% респондентів. Бали, що відповідають легкому ступеню порушення сну, мали 30.0% медичних працівників. Про порушення

сну помірного рівня повідомило 7.5% осіб. Виражено сон був порушений лише у 2.5% респондентів.

Таким чином, більшість медичних працівників групи В не повідомляли про порушення сну, в той час як в групі А таких респондентів було більше третини. В групі В симптоми порушення сну відповідали легкому та помірному ступеню вираженості. В групі А спостерігались більш серйозні порушення, зокрема респонденти з ознаками порушень сну легкого, помірного та вираженого ступеня склали майже дві третини від загального числа респондентів цієї групи. Також звертає на себе увагу той факт, що кількість респондентів без порушень і з порушеннями легкого ступеня в цій групі була практично однакова і складала більше третини випадків (табл. 4.15).

Таблиця 4.15 – Відмінності показників опитувальників в досліджуваних групах

Опитувальник	Групи порівняння * (Me)		Статистична значущість		
	A (n = 441)	B (n = 40)	W	p	r**
PHQ-9	6	2	10965.5	0.010	0.243
GAD7	7	4.5	10982	0.010	0.245
ISI	9	7	10803	0.018	0.225
IES-R уникнення	1	0.5	10485	0.048	0.189
IES-R інтрузії	0.875	0.563	10757.5	0.021	0.220
IES-R гіперзбудження	0.75	0.5	10588	0.035	0.200

Примітки: * – порівнювані групи: група А – особи, які безпосередньо надавали допомогу пацієнтам з COVID-19; група В – особи, які безпосередньо не надавали допомогу пацієнтам з COVID-19; Me – медіана; **r = розмір ефекту, рангово-бісериальна кореляція.

Під час дослідження було здійснено аналіз відповідей анкети стосовно потреби медичних працівників в психологічній підтримці. Респондентам були задані наступні питання: «Чи потребуєте Ви професійної психологічної підтримки в умовах пандемії?» та «Чи здійснювалися у Вашому закладі заходи щодо підтримки Вашого психічного здоров'я?».

В групі А 58.50% респондентів відповіли, що вони потребують психологічної допомоги, 41.50% дали негативну відповідь. Щодо другого запитання, то 7,94% медичних працівників цієї групи повідомили, що у їхньому закладі проводили заходи щодо підтримки психічного здоров'я. В той же час абсолютна більшість опитаних в групі А (92.06%) повідомили, що заходи, спрямовані на підтримку психічного здоров'я, не проводилися.

22.5% респондентів групи В зазначили, що потребували психологічної допомоги, 77.5% опитуваних такої необхідності не вбачали. 10.0% медичних працівники повідомили, що у їхньому закладі проводили заходи щодо підтримки психічного здоров'я, 90.0% опитаних групи В повідомили, що таких заходів не проводилося.

Отже, переважна більшість респондентів групи В не виявляють потреби у психологічній підтримці. В той же час, більшість респондентів групи А заявили, що вони потребували такої підтримки. Лише незначна кількість медичних працівників як групи А, так і групи В (7,9% та 10.0% відповідно) таку підтримку отримувала.

Таблиця 4.16 – Відмінності показників щодо потреби в психологічній підтримці в досліджуваних групах

Запитання	Групи порівняння*	
	А (%)	В (%)
Чи потребуєте Ви професійної психологічної підтримки в умовах пандемії?		
Так	58.5	22.5
Ні	41.5	77.5
Чи здійснювалися у Вашому закладі заходи щодо підтримки Вашого психічного здоров'я?		
Так	7.9	10.0
Ні	92.1	90.0

Примітки: * - порівнювані групи: група А - особи, які безпосередньо надавали допомогу пацієнтам з COVID-19; група В - особи, які безпосередньо не надавали допомогу пацієнтам з COVID-19.

Результати проведеного дослідження показали, що в обох групах медичних працівників в значній кількості випадків спостерігаються достатньо виражені симптоми психічних порушень, що свідчить про негативний вплив

пандемії COVID-19 на стан їх психічного здоров'я, незалежно від рівня участі в наданні допомоги хворим на коронавірусну інфекцію. Разом з тим, в групі медичних спеціалістів, які безпосередньо надавали допомогу хворим на COVID-19, відмічаються більш виражені симптоми депресії, тривоги, порушення сну та суб'єктивного дистресу у порівнянні з групою спеціалістів, які безпосередньо допомогу хворим не надавали. Відповідно, спеціалісти групи А мають значно вищий ризик виникнення та розвитку серйозних порушень психічного здоров'я, потребують особливої уваги і розробки та впровадження спеціальних програм психологічної та психіатричної допомоги, профілактичних та реабілітаційних заходів, спрямованих на стабілізацію психоемоційного стану медичних працівників, що безпосередньо надають допомогу пацієнтам з коронавірусною хворобою.

4.5 Визначення структури психічних порушень у медичних працівників, які безпосередньо надають допомогу хворим на COVID-19

У період пандемії COVID-19 медичні працівники перебувають на передовій боротьби з коронавірусною інфекцією та мають не тільки значне фізичне, а й надмірне психологічне та емоційне навантаження. Через це медики відносяться до групи високого ризику як захворюваності на COVID-19 (станом на 18.06.2021 року в Україні захворіло 90452 медичних працівника, для 877 із них хвороба стала летальною), так і психологічного травмування.

Цілодобова та понаднормова боротьба за життя кожного інфікованого пацієнта, екстремальні ситуації, тривалі психоемоційні стреси, переживання за стан здоров'я близьких, втома, відчуття безпорадності перед смертельними випадками та інші стресові чинники негативно впливають на психологічне здоров'я медперсоналу і здатні призвести до психічних порушень та розладів.

Результати проведеного нами дослідження з використанням комплексу психодіагностичних шкал свідчать про те, що у більшості спеціалістів, які безпосередньо надавали допомогу хворим на COVID-19, спостерігаються симптоми депресії та тривоги, а також порушення сну. У значної частини досліджуваних відмічаються симптоми суб'єктивного дистресу. Таким чином, дана категорія медичних працівників має високий ризик подальшого розвитку несприятливих наслідків для свого психічного здоров'я і потребує відповідної психологічної підтримки або втручань.

За даними опитувальника PHQ-9, із 441 медичного працівника, що безпосередньо надавали допомогу хворим на COVID-19, більше половини – 243 (55,1%) мали симптоми депресії різного ступеня вираженості. Так, у 27 (6,1%) респондентів виявлено ознаки важкої депресії, у 51 (11,2 %) – симптоми депресії вираженого ступеня, у 72 (16,3%) – ознаки депресії помірної тяжкості, у 93 (21,1%) – ознаки депресії легкого ступеня. У решти опитуваних (198 – 44,9%) симптоми депресії були відсутні (рис.4.6).

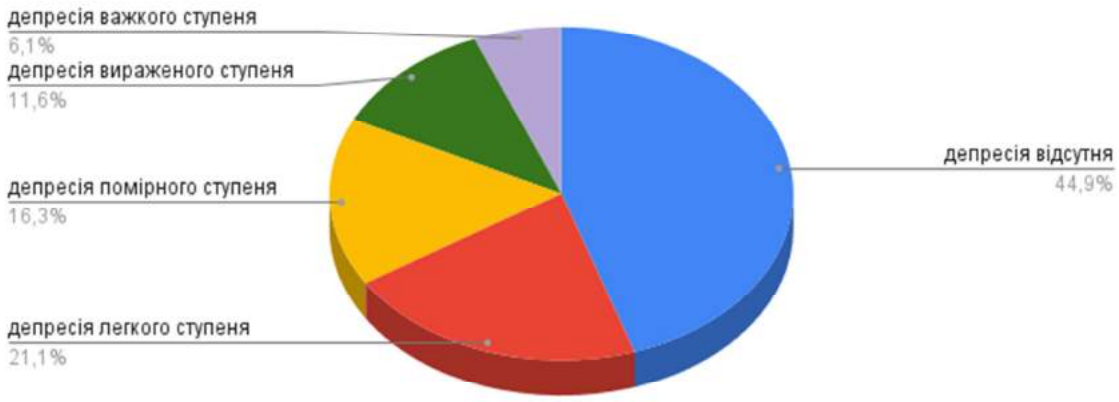


Рисунок 4.6 – Розподіл респондентів за ступенем вираженості депресії.

За даними шкали GAD-7, дві третини досліджених медичних працівників (313 – 70,1%) мають ознаки тривоги різного ступеня вираженості. Майже у кожного десятого респондента (41 – 9,3%) спостерігається тривога вираженого ступеня, у кожного четвертого (111 – 25,2%) – помірна тривога, кожний третій

(161 – 36,5%) страждає від тривоги легкого ступеня. І лише 128 (29,0%) опитуваних повідомили про відсутність ознак тривоги (рис.4.7).

Так само майже дві третини медичних працівників (270 – 61,2%) мають проблеми зі сном (дані опитувальника ISI). Від інсомнії страждає 21 (4,8%) респондент, майже кожний п’ятий (80 – 18,1%) має помірні порушення сну, ще у 169 (38,3%) спостерігаються легкі порушення сну. Відповідно, у 171 (38,8%) медичного працівника проблем зі сном не було виявлено (рис.4.8).

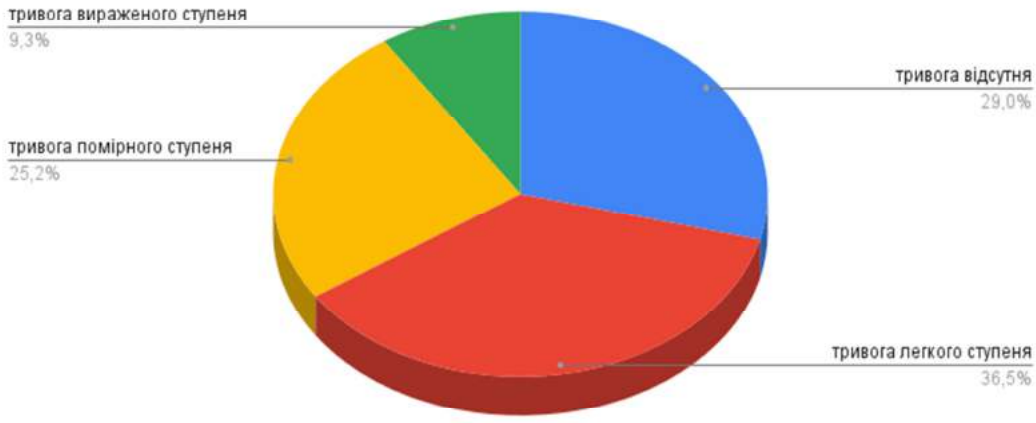


Рисунок 4.7 – Розподіл респондентів за ступенем вираженості тривоги.

Отже, результати проведеного дослідження дозволили визначити структуру психічних порушень в групі медичних працівників, які безпосередньо надавали допомогу хворим на COVID-19. Отримані дані свідчать про те, що більшість із них в екстремальних умовах пандемії зазнали несприятливих наслідків для свого психічного здоров'я у вигляді депресії, тривожних станів і порушення сну. Загрозливим фактором є те, що проблеми із психічним здоров’ям впливають не тільки на рівень надання медичної допомоги та її ефективність у протистоянні з коронавірусною інфекцією, а й можуть мати як короткострокові, так і довгострокові наслідки для психічного здоров’я і психологічного благополуччя самих медиків.

Проблема полягає також у тому, що через надмірну завантаженість в період пандемії, щоденні клопоти і турботи, стан психічного здоров’я часто опиняється поза увагою самих медичних працівників. Тому вкрай важливо

вчасно виявляти у них перші ознаки психічних порушень і надавати відповідну психологічну, а за потреби, і психіатричну допомогу.

Крім того, світова практика засвідчує, що психічний стан медичного персоналу, що бере участь у ліквідації різного роду епідемій та пандемій, ще довгі роки потребує психологічного супроводження і корекції. Показовим є дані дослідження, проведеного у Китаї в 2003 році, коли через рік після завершення спалаху епідемії SARS у медичних працівників був зафіксований більш високий рівень стресу, ніж у хворих, які одужали. Подібні результати, за даними ВООЗ, були зафіксовані і в інших країнах [20, 22].

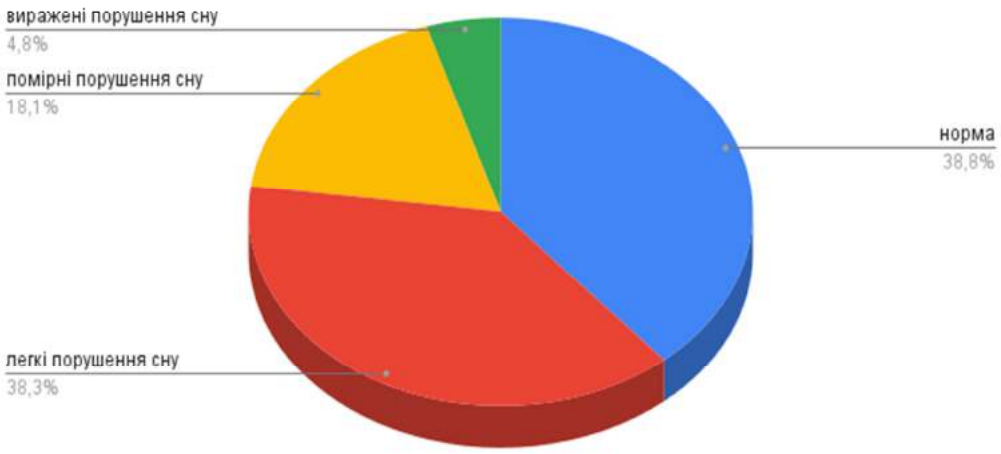


Рисунок 4.8 – Розподіл респондентів за ступенем вираженості порушень сну.

Таблиця 4.17 – Структура психічних порушень в групі медичних працівників, які безпосередньо надавали допомогу хворим на COVID-19

Вираженість психічних порушень	Кількість респондентів	
	абс.	%
1	2	3
Депресія депресія відсутня	198	44.90
депресія легкого ступеня	93	21.09
депресія помірного ступеня	72	16.33
депресія вираженого ступеня	51	11.56
депресія важкого ступеня	27	6.12
Тривога тривога відсутня	128	29.02

Продовження таблиці 4.17

1	2	3
тривога легкого ступеня	161	36.51
тривога помірного ступеня	111	25.17
тривога вираженого ступеня	41	9.30
Порушення сну норма	171	38.78
легкі порушення сну	169	38.32
помірні порушення сну	80	18.14
виражені порушення сну	21	4.76

Таким чином, для того, щоб в період пандемії COVID-19 гарантувати постійну ефективну роботу медичного персоналу, охорона їх психічного здоров'я та соціально-психологічна підтримка повинні стати одним із пріоритетних напрямків діяльності системи охорони здоров'я та держави в цілому. Тому для підтримки психологічного благополуччя медиків ми плануємо на наступному етапі дослідження розробити і запровадити дієву модель подолання негативних наслідків впливу пандемії COVID-19 на психічне здоров'я медичних працівників.

5 КОМПЛЕКСНА МОДЕЛЬ ДОПОМОГИ ДЛЯ ПОДОЛАННЯ НЕГАТИВНИХ НАСЛІДКІВ ВПЛИВУ ПАНДЕМІЇ COVID-19 НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ З ВИКОРИСТАННЯМ СУЧАСНИХ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

5.1 Оцінка потреб у наданні психолого-психіатричної допомоги медичним працівникам для подолання негативних наслідків впливу пандемії COVID-19

Одним із найбільш актуальних викликів сьогодення стало зростаюче навантаження на психічне здоров'я та збільшення потреб, що виникають як прямі та опосередковані наслідки пандемії серед медичних працівників та населення загалом, а також брак послуг з охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки. Як наслідок цього, служби психічного здоров'я є переобтяженими, оскільки потреби в охороні здоров'я зростають через пандемію та заходи ізоляції.

За результатами опитування моніторингової місії ООН з прав людини в Україні в листопаді 2020 року щодо впливу пандемії COVID-19 на працівників охорони здоров'я керівники закладів охорони здоров'я України розповіли, що, хоча вони і бачили збільшену потребу в психологічній та психосоціальній підтримці для співробітників, вони не знали про будь-яку доступну допомогу або консультації. Навіть та невелика кількість опитаних, які знали про можливість відвідати штатного психолога в їхній установі, повідомили, що жодної систематичної, цілеспрямованої кампанії з підвищення обізнаності персоналу про психічне здоров'я і вигоряння серед медичних працівників не проводилося. Потреби психічного здоров'я, як видається, повністю нехтуються при управлінні охороною праці в Україні попри те, що працівники, які залучені в реагування на спалахи та надзвичайні ситуації, стикаються з багатьма джерелами стресу [133].

Стратегії задоволення цих потреб охорони здоров'я значною мірою покладаються на своєчасні та адекватні відповіді через посилення управління та системи психічного здоров'я, доступності послуг, віртуальних платформ і відповідної розбудови спроможності постачальників послуг. Коротко- та середньострокові стратегії зосереджені на зміцненні мереж психічного здоров'я на базі громади за допомогою телемедицини та національних або місцевих гарячих ліній для психосоціальної підтримки.

Тож психосоціальна підтримка є однією з найважливіших стратегій запобігання стресовим реакціям через вигорання та інші наслідки пандемії серед постачальників медичних послуг. Як зазначено в концепції Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо програм безпеки і здоров'я медичних працівників на роботі, кожен заклад охорони здоров'я має розробити і впровадити програму з безпеки і здоров'я на робочому місці, а також залучити призначеного та відповідно підготовленого координатора з питань безпеки і здоров'я на місцях.

Бюро ВООЗ в Україні та Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України розробили навчальний курс із питань психічного здоров'я та психосоціальної підтримки під час COVID-19 для медичних працівників. Цей навчальний пакет містить чотири модулі. Перший і останній – для керівників медичних служб, щоб допомогти їм побудувати систему психосоціальної підтримки населення та самопідтримки медичних працівників. Другий і третій – допомагають медичним працівникам виявляти психосоціальні потреби населення та надавати допомогу і підтримку, а також піклуватися про власне благополуччя під час пандемії COVID-19.

З огляду на особливу природу COVID-19 та його глибокий вплив на психічне здоров'я та добробут населення, зазначений вище підхід має стати основою для здійснення віртуальних втручань, нарощування потенціалу на захист психічного здоров'я користувачів і постачальників медичних послуг, посилення прийняття рішень на підставі фактичних даних та інтеграцію психосоціальної підтримки у механізми високого рівня.

Можливості довгострокової реформи психічного здоров'я передбачають зміцнення законодавчої бази, перерозподіл фінансових ресурсів і співпрацю з місцевими та міжнародними партнерами.

Серед нагальних проблем – доступність кваліфікованих фахівців з охорони психічного здоров'я на рівні первинної медичної допомоги, обмежений доступ до психотропних ліків під час пандемії, відсутність навчання та ресурсів для проведення сеансів телемедицини, а також посилення діяльності екстрених служб у галузі психічного здоров'я для реагування на підвищений попит під час цієї кризи.

В межах нашого дослідження саме для визначення потреби медичних працівників в підтримці їхнього психічного здоров'я в умовах пандемії COVID-19 під час онлайн-опитування респондентам були задані наступні питання: «Чи потребуєте Ви професійної психологічної підтримки в умовах пандемії?» та «Чи здійснювалися у Вашому закладі заходи щодо підтримки Вашого психічного здоров'я?». Результати аналізу відповідей на ці запитання наведено в табл. 5.1.

Таблиця 5.1 – Результати онлайн-опитування медичних працівників стосовно їхньої потреби в психологічної допомозі

Питання анкети	Групи медичних працівників		
	Мали безпосередній контакт з хворими на COVID-19	Не мали контакту з хворими на COVID-19	Загалом
	n=459 (%)	n=41 (%)	n=500 (%)
Чи потребуєте Ви психологічної допомоги?			
Так	270 (58.82)	9 (21.95)	279 (55.8)
Ні	189 (41.18)	32 (78.05)	221 (44.2)
Чи проводилися у Вашому медичному закладі заходи з психологічної допомоги?			
Так	37 (8.06)	4 (9.76)	41 (8.2)
Ні	422 (91.94)	37 (90.24)	459 (91.8)

Більше половини всіх опитаних (55,8%) вказали на те, що в умовах пандемії COVID-19 вони потребують психологічної допомоги. При цьому

серед медичних працівників, які мали контакт з хворими на COVID-19, таких було 58,82%, тоді як серед тих, хто не мав безпосереднього контакту, потребу у психологічній допомозі зазначили 21,9% спеціалістів.

Про проведення заходів з психологічної допомоги в закладі охорони здоров'я, де вони працюють, повідомили 8,2% опитаних (8,06% тих, хто мав безпосередній контакт з хворими на COVID-19, та 9,76% тих, хто не мав такого контакту). Серед заходів з психологічної допомоги (відкрите запитання) медичні працівники вказали наступні: інформаційна забезпеченість, щоденні бесіди з колегами, моральна підтримка та розуміння умов роботи керівництвом, кімната психологічного розвантаження, засоби для захисту від зараження, гарна психологічна атмосфера, дні здоров'я, психологічні тренінги/вебінари/лекції, робота з психологом, психотерапія, групова терапія.

Також в онлайн-анкеті була передбачена можливість надати відповідь на відкрите запитання «Ваші пропозиції та побажання». Кількість респондентів, які заповнили цей пункт анкети, склала 121 особу. Найбільш вагомою виявилася частка пропозицій і побажань стосовно збільшення заробітної платні медичним працівникам в умовах пандемії COVID-19 (55 – 45,5%). Чверть опитаних (31 – 25,6%) висловили побажання щодо покращення умов праці (забезпеченість засобами індивідуального захисту, суворий контроль за дотриманням протиепідемічних заходів в закладах охорони здоров'я). Серед інших пропозицій можна відзначити наступні: надавати об'єктивну, достовірну, позитивну інформацію стосовно ситуації з COVID-19 в засобах масової інформації (7 – 5,8%); забезпечити можливість безкоштовного тестування всім бажаючим (6 – 4,9%); прискорити вакцинацію населення (4 – 3,3%); забезпечити психолого-психіатричну допомогу медичним працівникам, організувати курси для сімейних лікарів по збереженню їхнього психічного здоров'я (4 – 3,3%); забезпечити страхування медичних працівників (4 – 3,3%).

Таким чином, аналіз результатів опитування медичних працівників свідчить, з одного боку, про нагальну потребу в наданні їм психосоціальної підтримки в умовах пандемії COVID-19, з іншого – про дуже низький рівень

задоволення цієї потреби. Звертає на себе увагу відсутність системного підходу щодо організації заходів з психологічної підтримки медичного персоналу та дуже мала питома вага закладів охорони здоров'я, в яких така допомога надається.

У період пандемії COVID-19 медичні працівники перебувають на передовій боротьби з коронавірусною інфекцією та мають не тільки значне фізичне, а й надмірне психологічне та емоційне навантаження. Через це медики відносяться до групи високого ризику як захворюваності на COVID-19, так і психологічного травмування. Екстремальні ситуації, тривалі психоемоційні стреси, переживання за стан здоров'я близьких, втома, відчуття безпорадності перед смертельними випадками та інші стресові чинники негативно впливають на психологічне здоров'я медперсоналу і здатні призвести до психічних порушень та розладів.

Результати проведеного нами онлайн-дослідження з використанням комплексу психодіагностичних шкал свідчать про те, що у більшості спеціалістів, які безпосередньо надавали допомогу хворим на COVID-19, спостерігалися симптоми депресії та тривоги, а також порушення сну (табл. 5.2). У значної частини досліджуваних відмічалися симптоми суб'єктивного дистресу.

Таблиця 5.2 – Поширеність психічних порушень у медичних працівників, які безпосередньо надавали допомогу хворим на COVID-19

Психічні порушення	Кількість респондентів	
	абс.	%
Симптоми депресії		
відсутні	198	44.9
наявні	243	55.1
Ознаки тривоги		
відсутні	128	29.0
наявні	313	71.0
Порушення сну		
відсутні	171	38.8
наявні	270	61.2

Так, більше половини медичних працівників (243 – 55,1%) мали симптоми депресії різного ступеня вираженості: важкого (27 – 6,1%), вираженого (51 – 11,6%), помірного (72 – 16,3%), легкого (93 – 21,1%). Ознаки тривоги мали 313 (70,1%) опитаних, в тому числі, вираженої – 41 (9,3%), помірної – 111 (25,2%), легкої – 161 (36,5%). Майже дві третини опитаних (270 – 61,2%) вказали на наявність порушень сну. Інсомнія спостерігалась у 21 (4,8%), помірні порушення сну – у 80 (18,1%), легкі – у 169 (38,3%) респондентів. За шкалою оцінки впливу травматичної події виражений ступінь суб'єктивного дистресу за субшкалами «уникання», «інтрузії» та «гіперзбудження» відмічався у 53 (12,0%), 51 (11,6%) та 20 (4,5%) медичних працівників відповідно.

Отримані дані свідчать про те, що більшість медичних працівників в екстремальних умовах пандемії зазнали несприятливих наслідків для свого психічного здоров'я у вигляді депресії, тривожних станів і порушення сну. Загрозливим фактором є те, що проблеми із психічним здоров'ям впливають не тільки на рівень надання медичної допомоги та її ефективність у протистоянні з коронавірусною інфекцією, а й можуть мати як короткострокові, так і довгострокові наслідки для психічного здоров'я і психологічного благополуччя самих медиків.

Результати дослідження також свідчать про негативний вплив пандемії COVID-19 на стан психічного здоров'я всіх медичних спеціалістів, незалежно від рівня їх безпосередньої участі в допомозі пацієнтам з коронавірусною хворобою. Разом з тим, у респондентів, які безпосередньо надавали допомогу хворим на COVID-19, відмічалися більш виражені симптоми депресії, тривоги, порушень сну та суб'єктивного дистресу. Таким чином, ця категорія медичних працівників має значно вищий ризик виникнення та розвитку важких порушень психічного здоров'я, потребує особливої уваги і розробки та впровадження спеціальних програм психологічної та психіатричної допомоги, профілактичних та реабілітаційних заходів, спрямованих на стабілізацію їхнього психоемоційного стану.

Проблема полягає також у тому, що через надмірну завантаженість в період пандемії, щоденні клопоти і турботи, стан психічного здоров'я часто опиняється поза увагою самих медичних працівників. Тому вкрай важливо вчасно виявляти у них перші ознаки психічних порушень і надавати відповідну психологічну, а за потреби, і психіатричну допомогу.

Світова практика засвідчує, що психічний стан медичного персоналу, що бере участь у ліквідації різного роду епідемій та пандемій, ще довгі роки потребує психологічного супроводження і корекції. За результатами дослідження, проведеного у Китаї в 2003 році, через рік після завершення спалаху епідемії SARS у медичних працівників був зафіксований більш високий рівень стресу, ніж у хворих, які одужали. Подібні результати були зафіксовані і в інших країнах [20, 22].

Таким чином, для того, щоб в період пандемії COVID-19 гарантувати постійну ефективну роботу медичного персоналу, охорона їхнього психічного здоров'я та соціально-психологічна підтримка повинні стати одним із пріоритетних напрямків діяльності системи охорони здоров'я та держави в цілому. Саме даному напрямку відповідає кінцева мета дослідження – розробка та впровадження комплексної інформаційно-комунікаційної моделі подолання негативних наслідків впливу пандемії COVID-19 на психічне здоров'я медичних працівників.

5.2 Розробка комплексної моделі допомоги для подолання негативних наслідків впливу пандемії COVID-19 на психічне здоров'я медичних працівників з використанням сучасних інформаційно-комунікаційних технологій

5.2.1 Концептуальні підходи до визначення актуальних напрямків комплексної моделі допомоги

Отримані результати власних досліджень щодо факторів, що негативно впливають на психічне здоров'я медичних працівників в умовах пандемії COVID-19, дані про їхній стан психічного здоров'я в умовах коронавірусної

пандемії, визначена структура психічних порушень у медичних працівників, які безпосередньо надають допомогу хворим на COVID-19, результати оцінки потреб у наданні їм психолого-психіатричної допомоги з метою подолання негативних наслідків впливу пандемії COVID-19 та дані наукових досліджень з цих питань, дозволили запропонувати концептуальні підходи до розробки комплексної моделі допомоги для подолання негативних наслідків впливу пандемії COVID-19 на психічне здоров'я медичних працівників з використанням сучасних інформаційно-комунікаційних технологій. В їхню основу покладено Концепцію розвитку охорони психічного здоров'я на період до 2030 року (2018), Постанову Кабінету Міністрів України, яка затверила План заходів на 2021-2023 роки з реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року, Закон України «Про психіатричну допомогу» (2000, 2018) і Закон України «Про соціальні послуги» (2019).

Україна прийняла на себе зобов'язання приділяти першочергову увагу службам, діяльність яких спрямована на охорону психічного здоров'я уразливих верств населення, зокрема, придиляти увагу проблемі комплексної захворюваності; розвивати партнерське співробітництво між міністерствами й відомствами та боротися з перепонами, що заважають спільній праці; прийняти стратегії розвитку кадрових ресурсів щодо забезпечення достатньої кількості кваліфікованого персоналу в службах охорони психічного здоров'я; припинити використання негуманних методів лікування; підвищити рівень соціальної інтеграції осіб з проблемами психічного здоров'я. Усі ці зобов'язання були враховані нами при створенні комплексної моделі допомоги для подолання негативних наслідків впливу пандемії COVID-19 на психічне здоров'я медичних працівників з використанням сучасних інформаційно-комунікаційних технологій.

Принципами діяльності моделі стали:

- адекватність (застосування заходів, технологій і використання ресурсів, в якісному і кількісному відношенні достатніх для досягнення поставлених цілей);

- доступність (відсутність при отриманні допомоги географічних, економічних, соціальних, культурних, організаційних або мовних бар'єрів);
- результативність (можливість запропонованих втручань впливати на якість життя або ступінь досягнення бажаного результату);
- ефективність (співвідношення отриманих результатів та витрачених ресурсів для досягнення мети);
- безпечність (ступінь мінімізації небажаних наслідків в процесі надання допомоги);
- дотримання правових процедур;
- забезпечення права на конфіденційність медичної інформації;
- сталість (сприяння сталим змінам щодо охорони психічного здоров'я медичних працвників на робочому місці)
- превентивність (заходи, спрямовані на запобігання виникнення психічних розладів, їхньому розвитку та на зміцнення психічного здоров'я медичних працівників в цілому).

Сутність розробленої моделі полягає в новій ідеології, яка спрямована на дестигматизацію та зміну акценту на профілактичні заходи; нової методології, що передбачає використання сучасних інформаційно-комунікаційних технологій та акцент на психосоціальну підтримку медичних працівників на різних рівнях, а також забезпечення необхідного рівня знань та навичок.

5.2.2 Комплексна модель допомоги для подолання негативних наслідків впливу пандемії COVID-19 на психічне здоров'я медичних працівників з використанням сучасних інформаційно-комунікаційних технологій

Зазначені концептуальні підходи стали підставою для наукового обґрунтування комплексної моделі допомоги для подолання негативних наслідків впливу пандемії COVID-19 на психічне здоров'я медичних працівників з використанням сучасних інформаційно-комунікаційних технологій (рис. 5.1). До суб'єктів управління моделі додатково вводяться Рада національної безпеки та охорони України, Комітети в Парламенті, Кабінет Міністрів України, МОЗ

України, МОН України, МП та СП України, обласні ради, громадські організації, які через відповідний об'єкт здійснюють функції управління з новим їх змістом через інформаційне забезпечення блоку наукового регулювання моделі. В основу моделі також покладено стратегію збереження психічного здоров'я медичних працівників в Україні.

Як видно із рис. 5.1, суб'єкт управляючий здійснює управління об'єктом через блок наукового регулювання, який підтримує реалізацію усіх фаз управлінського процесу за рахунок можливостей використання трьох видів інформації: а) нормативно-директивної, що дозволяє формувати стратегічні цілі; б) науково-методичної та світового досвіду, яка уточнює стратегічні цілі і розкриває нові сучасні елементи моделі у порівнянні з існуючими; в) інформації із власних джерел, яка використовується для корекції процесів управління з метою контролю.

Особливістю комплексної моделі стало включення до неї:

1) існуючих елементів системи охорони здоров'я, причетних до управління психічним здоров'ям медичних працівників (стаціонарні та амбулаторні підрозділи в закладах з надання психіатричної допомоги та в загальносоматичних лікарнях незалежно від форми власності; сімейні амбулаторії; телефони довіри);

2) існуючих складових, але частково змінених за рахунок функціональної їх оптимізації (онлайн-консультації спеціалістів в умовах карантину; профілізація телефонів довіри за тематикою та контингентами);

3) якісно нових елементів (сучасні інформаційно-комунікаційні технології, а саме: мобільні додатки та Інтернет-платформи для скринінгу та діагностики розладів психічного здоров'я, психоосвітніх онлайн консультацій та психологічних інтервенцій, проведення освітніх вебінарів та нових актуальних освітніх програм на підставі науково-доказових даних), інтеграція яких з раніше існуючими та функціонально удосконаленими надала моделі, як системі, нових якостей із сприяння досягнення головної мети дослідження.

Таким чином, структурну основу моделі в певній частині складають наявні

ресурси діючої системи охорони здоров'я та медичної допомоги. В той же час, запропонована нами модель вперше: 1) забезпечує системність та комплексність підходу до вирішення проблеми; 2) акцент на профілактичні втручання та психосоціальну підтримку під час надзвичайної ситуації; 3) пропонує використання сучасних інформаційно-комунікаційних технологій; 4) дозволяє усунути виявлені диспропорції у наданні спеціалізованої медичної допомоги, запропонувавши 4 рівня втручань (рис. 5.1 і 5.2).

Відповідно до рекомендацій ВООЗ, організація процесу надання послуг з охорони психічного здоров'я відбувається у вигляді піраміди (Рис. 5.3), в якій описані різні типи послуг, в тому числі неформальна громадська турбота, а також формальні та спеціалізовані послуги. Забезпечення базових потреб і безпеки та підтримка з боку спільноти та сім'ї повинні використовуватися найчастіше (нижні рівні піраміди), після чого йде фокусована неспеціалізована психосоціальна підтримка, а вершині піраміди відповідає спеціалізована допомога. Якщо нижчі рівні піраміди є доступними та наявними, то більш спеціалізовані та коштовні послуги з охорони психічного здоров'я будуть використовуватися рідше, оскільки низькоінтенсивні ефективні втручання в громадські або неспеціалізовані сфери можуть запобігти розвитку у постраждалих тяжчих розладів і можуть надаватися менш спеціалізованим кваліфікованим персоналом за меншою вартістю.3

При вчасному втручанні на більш низьких рівнях піраміди суттєво зменшується потреба в залученні вищих рівнів допомоги, більш ефективно розподіляються ресурси та загалом покращуються результати втручань. Окрім того, відсутність низькопорогових втручань також може змусити постраждалих звертатися за медичною допомогою лише тоді, коли у них вже розвинулися серйозні психічні розлади. Більшість медичних працівників потребуватимуть неспеціалізованих втручань першого та другого рівня для підтримки психічного здоров'я та благополуччя.

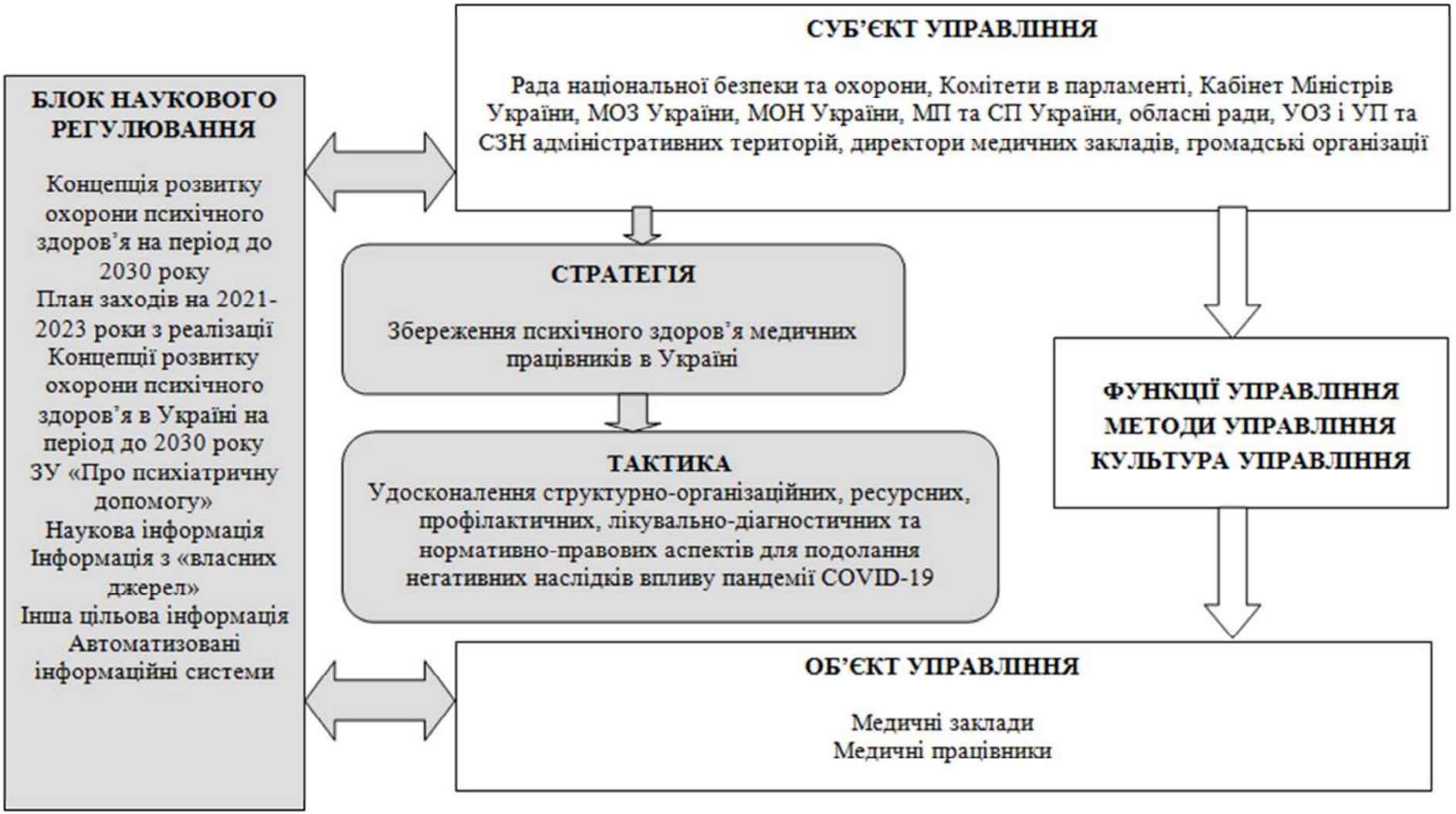


Рисунок 5.1 – Модель допомоги для подолання негативних наслідків впливу пандемії COVID-19 на психічне здоров'ямедичних працівників з використанням сучасних інформаційно-комунікаційних технологій.

Рисунок 5.2 – Багаторівнева система втручань в межах моделі допомоги для подолання негативних наслідків впливу пандемії COVID-19 на психічне здоров'я медичних працівників з використанням сучасних інформаційно-комунікаційних технологій.

Рисунок 5.3 – Піраміда інтервенцій із психічного здоров’я та психосоціальної підтримки.

Частина медичних працівників з груп ризику потребуватимуть фокусованої психосоціальної підтримки, і менша частина, з клінічно значущими симптомами психічних порушень, потребуватимуть скерування до спеціалізованої допомоги.

Таким чином, дана модель реалізує принципи спадкоємності втручань та раціональне використання ресурсів.

Рівень 1. Забезпечення базових потреб та безпеки

За результатами нашого дослідженням медичних працівників тривога і страх у зв'язку з COVID-19 пов’язані зі сприйняттям високої загрози захворювання або смерті самого спеціаліста, його близьких або колег. Іншою групою факторів, що показала виражений зв'язок з тривогою і страхом у зв'язку з COVID-19 були складнощі організаційного процесу при наданні допомоги хворим. Зокрема, невисока готовність закладів охорони здоров’я надавати допомогу, відсутність\недостатність засобів індивідуального захисту, необхідність щодня носити засоби захисту, нестача персоналу в закладах, складнощі дістатися на роботу. І, нарешті, з високою тривогою також було пов’язано уникнення від виконання своїх професійних обов'язків під тим чи іншим приводом. Таким чином, належна організація робочого процесу,

забезпечення базових потреб та безпеки персоналу є важливими умовами охорони психічного здоров'я та благополуччя медичних працівників.

Для досягнення цієї мети нами вперше було розроблено список рекомендацій (3 групи), за результатами наукового дослідження, проведеного в Україні, для керівників закладів охорони здоров'я, щодо охорони психічного здоров'я медичних працівників.

І група рекомендацій. Політика всередені закладу:

- ✓ Забезпечте персонал відповідними засобами індивідуального захисту.
- ✓ Впевніться, що всі співробітники знайомі з політикою закладу охорони здоров'я щодо захисту персоналу від COVID-19, алгоритмами дій у випадках підозри на COVID-19, правилами ізоляції, повернення до роботи.
- ✓ Виявляйте та усувайте персонал з високим ризиком від роботи на передовій, щоб зменшити тривогу щодо зараження;
- ✓ Проактивно вирішуйте проблеми нестачі ресурсів в закладі (нестача засобів індивідуального захисту, нестача персоналу), плануйте заходи підтримки команди на випадок хвороби/смерті колеги;
- ✓ Проактивно вирішуйте житлові чи транспортні питання для персоналу, щоб зменшити занепокоєння щодо інфікування членів сім'ї та безпечно подорожувати на роботу та з роботи;
- ✓ Впевніться, що належна підтримка доступна для всіх працівників, в тому числі адміністративного та допоміжного персоналу;
- ✓ Забезпечуйте регулярну підтримку та спілкування з персоналом, що перебуває на карантині, під час і після ізоляції.

ІІ група рекомендацій. Організація робочого процесу:

- ✓ Забезпечте навчання своїх співробітників для виконання нових ролей (алгоритми дій, користування засобів індивідуального захисту та інше);
- ✓ Формуйте систему супроводу менш досвідчених працівників більш досвідченими колегами. Система супроводу допомагає забезпечувати підтримку, контролювати стрес та посилювати процедури безпеки;

✓ Забезпечте ротацію персоналу з робочих місць із сильним стресом до менш напружених і навпаки;

✓ Забезпечуйте узгодження перерв на чергування/зміни/відпустки всередині команди;

✓ Забезпечуйте працівникам відпочинок та відновлення сил, яких вони потребують (забезпечення водою, їжею, кімнати відпочинку);

✓ Забезпечте моніторинг робочого часу, щоб персонал не перевищував встановлені робочі години, та застосовуйте заохочення у вигляді перерв і, за можливості, відпусток.

III група рекомендацій. Комунікація:

✓ Слідкуйте за оновленнями національних рекомендацій щодо тестування, карантину, лікування та будь-яких інших дотичних тем та вчасно інформуйте працівників.

✓ Правдиво інформуйте персонал щодо ризиків та негативних подій, які сталися (хвороба, смерть колег).

✓ Проводьте регулярні короткі зустрічі з працівниками для швидкого вирішення актуальних питань та підтримання зв’язку. Такі зустрічі також можуть використовуватися для обговорення загальних проблем психічного здоров’я, які виникають внаслідок роботи в складних обставинах (стрес, вигорання, тривога, страх тощо) та простих кроків для психологічного «догляду за собою».

✓ Забезпечте легкий зв'язок працівників з керівництвом закладу охорони здоров’я. Будьте видимі.

✓ Заохочуйте двосторонній діалог та будьте відкриті до ідей та пропозицій медичних працівників.

✓ Акцентуйте увагу співробітників, що їх безпека є пріоритетом для закладу охорони здоров’я.

✓ Регулярно перевіряйте благополуччя вашого персоналу та оцінюйте потреби.

✓ Постійно повідомляйте персоналу про важливість повноцінного відпочинку, сну, харчування та фізичних вправ. Заохочуйте фізичну активність.

✓ Керівники стикатимуться з подібними стресорами, що і їхній персонал. Важливо демонструвати стратегії самодопомоги власним прикладом для зниження особистого рівня стресу.

На 1 рівні «Забезпечення базових потреб та безпеки», який займає питому вагу серед усіх втручань пропонуємо електронні повідомлення та чати для працівників.

Рівень 2. Підтримка з боку спільноти та сім'ї

Згідно з проведеним дослідженням, хвилювання через можливість заразити своїх близьких були пов’язані з тривогою і страхом у зв'язку з COVID-19. Таким чином, забезпечення безпеки та підтримки сімей медичних працівників може сприяти підтримці психічного здоров'я та благополуччя фахівців. Підтримка як з боку сім'ї, так і з боку колег, є потужним захисним фактором щодо виникнення тривожності і страху у зв'язку з COVID-19. Більш широка підтримка на рівні громади також має значення, адже одним з стресових факторів для медичних працівників є стигматизація та умовна дискримінація у зв’язку з наданням допомоги хворим на COVID-19. Отже, наступний 2-ий рівень системи втручань в межах моделі охоплює забезпечення підтримки з боку спільноти та сім’ї.

Для досягнення визначеної мети на даному рівні втручань, нами вперше було розроблено список рекомендацій, за результатами наукового дослідження, проведеного в Україні, для керівників закладів охорони здоров’я, щодо охорони психічного здоров’я медичних працівників.

І група рекомендацій. Підтримка з боку спільноти:

- ✓ Забезпечте висвітлення роботи медичних працівників у місцевих медіа для визнання їхнього внеску на рівні спільноти;
- ✓ Заохочуйте надання колегіальної підтримки;
- ✓ Створіть можливість для проведення колегіальних зустрічей без присутності адміністрації та простір для підведення підсумків та осмислення досвіду;
- ✓ Віддавайте належне собі та колегам, визнайте те, що вдалося, і межі можливого з огляду на обставини;

- ✓ Організуйте подяки та винагороди за щоденний «вихід за межі можливостей»;
- ✓ Забезпечте доступ до професійних спільнот та онлайн каналів;
- ✓ Практикуйте самоспівчуття та встановлюйте надію;
- ✓ Підтримуйте спілкування зі співробітниками на карантині чи лікарняному.

ІІ група рекомендацій. Підтримка сімей медичних працівників:

- ✓ Забезпечте можливість ізоляції для співробітників на карантині для забезпечення безпеки сім'ї медичного працівника;
- ✓ Підтримуйте працівників, які дбають про малих дітей чи старших осіб (більш гнучкий графік роботи, допомога з закупівлею предметів першої необхідності, підтримка сім'ї, якщо вона перебуває на карантині).

На 2-му рівні «Підтримка з боку спільноти та сім'ї», який також займає питому вагу серед усіх втручань, ми пропонуємо проведення інформаційних кампанії у ЗМІ, використання мобільних додатків та формування та участь у групах у соціальних медіа для підтримки рівний рівному.

Рівень 3. Фокусована, неспеціалізована психосоціальна підтримка: перша психологічна допомога, освітні програми, телефонна «гаряча лінія»

Новизна нашої моделі полягає в комплексності надання психоемоційної підтримки особам, які знаходяться в стані стресу, та базується на результатах дослідження, проведеного в українській популяції. Враховані фактори, які зазначили саме українські респонденти, поєднані з напрацюванням закордонних колег та адаптовані до потреб та ресурсів закладів охорони здоров’я в Україні.

Саме 3-ий рівень запропонованої нами праміди інтервенцій забезпечує охоплення допомогою осіб із певним рівнем переживання стресу. Вперше в Україні (українській популяції) ми рекомендуємо приділити увагу плеканню та збереженню психічного здоров’я медичних працівників. Вперше запропоновано застосування новітніх телекомункаційних технологій для скринінгу стану психічного здоров’я медичних працівників та рекомендовані відповідні інтервенції з урахуванням потреб, які зазначили українські лікарі.

Інтервенції 3-го рівня піраміди втручань спрямовані на задоволення потреб працівників закладів охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій, зокрема пандемії COVID-19, та покращення їх якості життя.

Отже, наступний 3-ий рівень системи втручань в межах моделі допомоги для подолання негативних наслідків впливу пандемії COVID-19 на психічне здоров'я медичних працівників з використанням сучасних інформаційно-комунікаційних технологій, надає рекомендації саме для медичних працівників групи підвищеного ризику і включає першу психологічну допомогу та навчання навичкам самодопомоги.

Перша психологічна допомога (ППД) передбачає надання людяної, підтримуючої та практичної допомоги для осіб, які постраждали від тяжких кризових подій у межах схеми надання підтримки з повагою до людської гідності, культури та можливостей. Це набір навичок, якими можуть оволодіти та користуватися всі категорії працівників, що задіяні у наданні допомоги в умовах гострого дистресу. Навички ППД корисні для того, щоб знати, що говорити та робити, як підтримати і допомогти, не заподіявши більшої шкоди. ППД — це одна з форм психосоціальної допомоги, яка може надаватися будь-ким. Для цього не обов'язково потрібно бути фахівцем у сфері охорони психічного здоров'я. ППД може бути корисною усім працівникам закладу охорони здоров'я, які залучені до надання допомоги в умовах пандемії COVID-19, зазнали гострого дистресу, у тому числі тим, які занедужали на COVID-19 та перебувають на карантині, особи, які нещодавно втратили близьких чи ті, хто надзвичайно схвильовані, стривожені чи засмучені.

ППД — це перші заходи реагування, спрямовані на те, щоб допомогти особі у дистресі почуватися спокійніше чи відновити спроможність справлятися зі стресом чи ухвалювати рішення. Якщо після цього особа потребуватиме додаткової підтримки, можуть знадобитися інші інтервенції чи перенаправлення.

Під час спалаху хвороби, такої як COVID-19, надзвичайно важливо використовувати навички ППД у спосіб, який би був безпечним як для

надавача, так і для особи у дистресі. Також слід зазначити, що це впливає на те, як ми підтримуємо один одного (наприклад, не маючи можливості торкатися людей чи близько до них підходити), а також як ми справляємося із хворобою чи смертю близьких людей (наприклад, коли необхідно дотримуватися інструкцій щодо карантину чи ізоляції, та не маючи можливості відвідати церемонії поховання чи поминок особисто). Отже, в запропонованій нами моделі зазначені особливості надання першої психологічної допомоги в період пандемії COVID-19, а саме, ППД може надаватися особисто за дотримання заходів безпеки та через засоби телекомунікації.

Рекомендовані заходи для медичного персоналу:

- ✓ Пройти навчання з опанування навичок ППД, благополуччя та підтримуючого спілкування; Тренінг навичок подолання стресу;
- ✓ Навчитися надавати психологічну підтримку собі та колегам, шляхом надавання першої психологічної допомоги та використовуючи науково обґрунтовані практики та здорові стратегії копінгу;
- ✓ Навчитися навичкам комунікації із пацієнтами, що мають психоемоційні порушення;
- ✓ Прийняти участь у навчальних сесіях для працівників на передовій щодо попередження вигорання/ турботи про себе;
- ✓ Навчитися надавати віддалену підтримку колегам, які знаходяться в ізоляції;
- ✓ Визначити відповідні віддалені способи надання послуг;
- ✓ Мати доступ до засобів віддаленого зв’язку;
- ✓ Розробити пріоритетний список користувачів послуг та видів підтримки;
- ✓ Провести особисте планування щодо безпеки;
- ✓ Створити служби психоемоційної підтримки для співробітників;
- ✓ Залучатися до віддалених супервізій, за потреби та можливості;
- ✓ Організувати кімнати відпочинку та кімнати психоемоційного розвантаження;

- ✓ Залучати керівників закладів до промоції теми психічного здоров'я;
- ✓ Актуалізувати теми підтримки психічного здоров'я на рівні закладу.

На 3 рівні «Фокусована, неспеціалізована психосоціальна підтримка», з метою використання сучасних інформаційно-комунікаційних технологій, ми пропонуємо проведення актуальних сучасних онлайн тренінгів для персоналу, організацію Гарячих ліній для психосоціальної підтримки медичних працівників та чатботи.

Освітні програми. Бюро ВООЗ в Україні за участі Центру громадського здоров'я МОЗ України було розроблено навчальний курс «Психічне здоров'я та психосоціальна підтримка під час підготовки до COVID-19, реагування та відновлення» для медичних працівників. Курс базується на рекомендаціях та матеріалах Міжвідомчого Постійного Комітету ООН, ВООЗ та інших кращих практиках у сфері охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайних ситуацій, зокрема пандемії COVID-19. Для підтримки проекту було використано корпоративні ресурси ВООЗ та глобальні ресурси Плану стратегічної готовності та реагування на COVID-19.

Метою даного курсу є сприяння наданню послуг із психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, як невід'ємної складової реагування сектору охорони здоров'я на надзвичайні ситуації, зокрема пандемію COVID-19, а також забезпечення психосоціального благополуччя медичних працівників на етапах підготовки, реагування та відновлення.

В результаті проведення навчального курсу медичні працівники та керівники закладів охорони здоров'я отримають необхідні знання та підтримку щодо:

• впливу епідемії та обмежувальних заходів на психічне здоров'я та психосоціальне благополуччя населення та медичних працівників;

• факторів стресу, пов'язаних із COVID-19, для населення та медичних працівників;

• аспектів психічного здоров'я та психосоціальної підтримки під час підготовки до надзвичайних ситуацій, реагування та відновлення, із зосередженням особливої уваги на пандемії COVID-19;

• кращих практик щодо психічного здоров'я та психосоціальної підтримки під час надзвичайних ситуацій, зокрема пандемії COVID-19;

• підтримання поваги та гідності осіб, уражених COVID-19;

• поширених проявів психічних порушень, пов'язаних зі стресом;

• навичок ефективної комунікації;

• надання населенню базової психосоціальної підтримки та проведення коротких психологічних втручань, зокрема для особливих груп населення;

• надання психосоціальної підтримки особам із реакцією горя;

• використання стратегій управління стресом для забезпечення власного благополуччя;

• встановлення зв'язків зі службами, які надають допомогу особам із психічними розладами, та перенаправлення до фахівців, за наявності та потреби;

• інтеграції заходів з охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в наявні послуги, а також підтримання благополуччя медичних працівників та забезпечення для них можливості доступу до допомоги із психічного здоров'я та психосоціальної підтримки.

В умовах загального введення обмежувальних заходів та фізичного дистанціювання, навчальний курс «Психічне здоров'я та психосоціальне благополуччя під час підготовки до COVID-19, реагування та відновлення» було розроблено у спосіб, який дозволяє проводити навчання як у режимі онлайн, так і з фізичною присутністю. За даною програмою проведено низьку тренінгів тв вебінарів. Тренінги мали на меті підвищення обізнаності працівників закладів охорони здоров'я щодо потреб населення у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки та організації відповідної допомоги на рівні закладу під час підготовки до COVID-19, реагування та

відновлення, та також просування психосоціального благополуччя та посилення здатності медичних працівників справлятися зі стресом.

Навчальний курс рекомендовано розглядати в комплексі з тренінгами ВООЗ із надання першої психологічної допомоги та впровадження Посібника mhGAP з надання допомоги за гуманітарних надзвичайних станів (mhGAP-ГУМ). Для більш поглибленої підготовки медичних працівників із ведення поширених психічних станів у неспеціалізованих закладах, з метою підсилення основних послуг з охорони здоров’я під час та після пандемії COVID-19, рекомендований тренінг із Керівництва mhGAP (версія 2.0).

Організації з охорони психічного здоров'я та державні установи охорони здоров'я випускають практичні рекомендації щодо турботи про психічне здоров'я та благополуччя. Американська психіатрична асоціація (APA), Національний альянс з питань психічних захворювань (NAMI) та Управління з питань зловживання психоактивними речовинами та психічного здоров’я (SAMHSA) надають загальні поради для громади щодо того, як організувати свій власний час і керувати своїми фізичним і психічним здоров'ям. Центри контролю та профілактики захворювань (CDC) та ВООЗ надають додаткову інформацію, специфічну для груп високого ризику.

Телефонна «Гаряча лінія» - інформаційно-комунікаційний компонент комплексній моделі. Досвід антикризової допомоги в екстремальних умовах населенню, набутий як у світі, так і в Україні, дозволив вітчизняним фахівцям оперативно й фахово відреагувати на психологічну небезпеку пандемії COVID-19 і в короткі терміни розгорнути безкоштовну «Гарячу лінію «Стоп, паніка!» з багатоканальним номером для дієвого надання безкоштовної кваліфікованої анонімної консультативно-психологічної допомоги населенню..

Своєчасне відкриття «Гарячої лінії» з перших днів спалаху епідемії COVID-19 та особливо під час введення жорстких обмежувальних карантинних заходів довело свою своєчасність й ефективність. Саме в період самоізоляції на телефон довіри надійшла найбільша кількість дзвінків із проханням психологічної підтримки від людей, які переживали внутрішню

нестабільність, панічні настрої, невпевненість у завтрашньому дні, страх перед захворюванням та смертю тощо.

Серед звернень на «Гарячу лінію» присутніми були і звінки від представників сфери охорони здоров'я, чимало з яких безпосередньо контактували з хворими на COVID-19 і під час ліквідації пандемії працювали в умовах вираженого дистресу. Професійні консультації допомогли знизити у них інтенсивність емоційних переживань, зменшити прояви дистресу, відновити відчуття спокою, зняти панічні настрої, опанувати емоційний стан та скоригувати модель поведінки в екстремальній ситуації.

Рівень 4. Спеціалізована допомога

Результати нашого дослідження з використанням комплексу психодіагностичних шкал свідчать про суттєві негативні наслідки для психічного здоров'я, включаючи симптоми депресії, тривоги та безсоння, для медичних працівників в цілому, та ще в більшій мірі для медичних працівників, що безпосередньо працювали з пацієнтами з COVID-19. Також, у значної частини респондентів відмічалися симптоми суб'єктивного дистресу.

Суб'єктивні оцінки рівня надання допомоги, пропозиції та побажання медичних працівників, а також результати дослідження свідчать про серйозну потребу в наданні спеціалізованої психолого-психіатричної допомоги під час пандемії COVID-19 при дуже низькому рівні її задоволення на даний час. Це змусило нас розглянути 4-й рівень піраміди втручань щодо надання спеціалізованої допомоги в межах запропонованої моделі допомоги для подолання негативних наслідків впливу пандемії COVID-19 на психічне здоров'я медичних працівників у вигляді низки алгоритмів діагностики, терапії, профілактики та реабілітації, і необхідності широкого застосування сучасних інформаційно-комунікаційних технологій і освітньої складової.

Заходи спеціалізованої допомоги повинні базуватися на комплексній оцінці факторів ризику, що призводять до проблем психічного здоров'я, включаючи: погане психічне здоров'я перед кризою; втрату, травми собі чи

членам сім’ї; обставини, що загрожують життю; паніку; розлуку з сім'єю; низькі доходи сім'ї.

Стратегічними напрямками надання спеціалізованої допомоги під час спалаху COVID-19 є:

1. Ідентифікація груп підвищеного ризику;
2. Скринінг психічних розладів;
3. Психологічні втручання, які обираються за даними скринінга;
4. Психологічна підтримка залучених медичних працівників;
5. Профілактика синдрому вигоряння та психічних розладів;
6. Надання точної та повної інформації;
7. Психоосвіта;
8. Інтеграція медичної і психологічної допомоги, громадських ресурсів.

Особливості надання спеціалізованої допомоги під час пандемії COVID-19:

- ✓ Висока контагіозність COVID-19 перешкоджає наданню кризової спеціалізованої психологічної та психіатричної допомоги offline.
- ✓ Необхідність надання послуг фахівцями з психічного здоров’я та органами охорони здоров’я в період спалаху COVID-19 у режимі online.

Рішення ситуації, що склалася – запропонована нами нова комплексна модель, яка включає 4 рівні надання допомоги з використанням online-технологій (Інтернет-платформи, вебсайти, мобільні додатки, смартфони).

Діагностика

Симптоми, що потребують особливої уваги: надмірна втома та напруга, навіть виснаження, тривога, безсоння, депресія, смуток, соматичні скарги, безпорадність, розчарування або самозвинувачення перед смертю пацієнта. Страх заразитися, страх перед сім’єю. Надмірне хвилювання, відмова від розумного відпочинку.

У разі виникнення відповідних симптомів – вчасне звертання до професійного психологічного кризового втручання (телефонна «гаряча лінія», онлайн-психологічні послуги, психологічне втручання особистого характеру.

Якщо стан не полегшується протягом 2-ох тижнів і впливає на інших працівників, необхідна консультація психіатра.

Особливості діагностики під час пандемії COVID-19:

1. Інтернет-опитування про стан психічного здоров'я, пов'язаного зі спалахом COVID-19;
2. Потреба в доступності цілодобової оцінки в Інтернеті:

✓ тривоги – Генералізований тривожний розлад-7 (General anxiety disorder-7, GAD-7);

✓ депресії – Опитувальник здоров'я пацієнта-9 (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9);

✓ сну – Індекс тяжкості безсоння (Insomnia Severity Index, ISI).

Терапія та втручання

Терапія та втручання проводяться відповідно до протоколів щодо виявлення, лікування та запобігання проблемам психічного здоров'я під час надзвичайних ситуацій. Причому, відповідно до біопсихосоціальної парадигми медицини, необхідно застосовувати «трикутник допомоги», де три складові – медична, психологічна й соціальна – забезпечують ефективність комплексного втручання.

✓ Втручання внаслідок страху перед хворобою, яке здійснюється, головним чином, медичними працівниками та за допомогою психологів;

✓ Втручання через труднощі в адаптації, головним чином, соціальними психологами;

✓ Серйозні психічні порушення - компетентність лікарів-психіатрів.

Особливості терапії та втручань під час пандемії COVID-19 – інтернет-психологічні послуги консультування та інтервенції для самодопомоги, включаючи когнітивно-поведінкову терапію при депресивних, тривожних, стресових розладах та безсонні.

Селф-менеджмент

✓ Науково-популярна література з питань психічного здоров'я в період пандемій;

- ✓ Online освітні курси з питань психічного здоров'я в період пандемії;
- ✓ Online самооцінка психічного здоров'я;
- ✓ Online тренінги навичок самодопомоги.

Профілактика

- ✓ Провідне місце в якості фактора-протектора психічного здоров'я - наявність психологічної служби в установі;
- ✓ Доступність психологічного супроводження і допомоги;
- ✓ Навчання щодо розуміння реакції на стрес, реагування на стрес та регулювання емоцій;
- ✓ Профілактичні інтерв'ю з відкритим обговоренням почуттів; мобілізація ресурсів; психологічна підготовка до стресу;
- ✓ Інтернет-освіта з питань психічного здоров'я в період пандемій;
- ✓ Навчальний курс із питань психічного здоров'я та психосоціальної підтримки під час COVID-19 для медичних працівників.

Відновлення

1. Подальше спостереження і психологічні втручання і психіатрична корекція після пандемії COVID-19 (за даними скринінгів та періодичних обстежень);
2. Інтеграція інтернет-технології у весь процес терапії та поєднання ранніх втручань з подальшим відновленням.
3. Покрокова модель управління стресом для медичних працівників за схемою ППС (передбачати, планувати, стримувати):

- ✓ Передбачати: отримати передподійний стрес-тренінг; розумітися на стрес-менеджменті; описати ймовірні катастрофічні реакції на подію.
- ✓ Планувати: розробити індивідуальний план резілієнсу; знайти індивідуальні або групові ресурси копінгу.
- ✓ Стримувати: навчитись використовувати індивідуальний план резілієнсу та моніторити будь-чий стрес.

4. Знання про навички психологічної самоадаптації: підтримка емоційної стабільності (метод релаксації черевне дихання);

5. Поради експертів як протистояти тривозі та страху, спричиненим новим коронавірусом; аудіо mildfulness (зосереджена уважність) для зменшення стресу.
6. Телефонні гарячі лінії, Інтернет-консультування.

З метою онлайн самооцінки психічного здоров'я нами запропоновано використати спеціально створений мобільний застосунок. Застосунок дозволяє користувачу заповнити три опитувальника: визначити тяжкість безсоння (ISI), ступінь депресії (PHQ-9) та рівень тривоги (GAD-7). По закінченню опитування користувач отримує кількість балів та пояснення щодо того, що вони відображають. Якщо користувач відчуває, що певна проблема має вплив на його життя, йому рекомендується звернутися до сімейного лікаря.

Також, додаток містить статтю «Як впоратися зі стресом в період пандемії» та ілюстроване керівництво «Важливі навички в період стресу».

Застосунок є абсолютно безкоштовним, розповсюджується у форматі .apk та доступний на операційній системі Android.

5.2.3 Система якості допомоги медичним працівникам

Невід'ємною складовою запропонованої моделі допомоги стала система якості допомоги (рис. 6.4), реалізація якої потребує удосконалення трьох базових компонентів структури:

а) ресурсного – обізнаність в питаннях охорони психічного здоров'я; використання алгоритмів психологічного кризового втручання; вміння управляти стресом; впровадження сучасних освітніх програм на підставі науково-доказових даних; матеріально-технічної бази — забезпечення базовим діагностичним обладнанням; забезпечення засобами індивідуального захисту; створення умов для психоемоційного розвантаження; організація місць відпочинку (кімнати відпочинку);

б) технологічного – створення нових мобільних додатків та Інтернет платформ для скринінгу та діагностики розладів психічного здоров'я,

психоосвітніх онлайн консультацій та психологічних інтервенцій; Інтернет-консультування; збільшення чисельності онлайн послуг; розробка індивідуальних програм профілактики/відновлення; проведення освітніх онлайн вебінарів та тренінгів; елефонні гарячі лінії, профілізація телефонів довіри за тематикою та контингентами;

в) результативного – збереження психічного здоров'я медичних працівників; підвищення якості наданих ними послуг та рівеня показника якості життя медичних працівників.

Підсумовуючи результати нашого дослідження, хочемо наголосити на його іноваційних аспектах і підкреслити новизну дослідження.

Вперше в Україні представлена комплексна модель допомоги для подолання негативних наслідків впливу пандемії COVID-19 на психічне здоров'я медичних працівників, що базується на результатах дослідження, проведеного в українській популяції. Модель спрямована на задоволення потреб працівників закладів охорони здоров'я в умовах пандемії COVID-19 та покращення якості їхнього життя. Вперше запропоновано застосування новітніх телекомунікаційних технологій для online самооцінки стану психічного здоров'я медичних працівників та відповідних інтервенцій з урахуванням потреб, які зазначили українські лікарі.

В рамках виконання проекту вперше в Україні організовано телефонну «Гарячу лінію» для медичних працівників, які перебували у стані постійного психоемоційного стресу під час пандемії COVID-19 і мали можливість цілодобово анонімно звернутися за професійною консультацію до досвідчених фахівців і отримати кваліфіковану допомогу. Також вперше в Україні було створено мобільний додаток та інтернет платформу для скринінгу та діагностики порушень психічного здоров'я медичних працівників під час пандемії COVID-19.

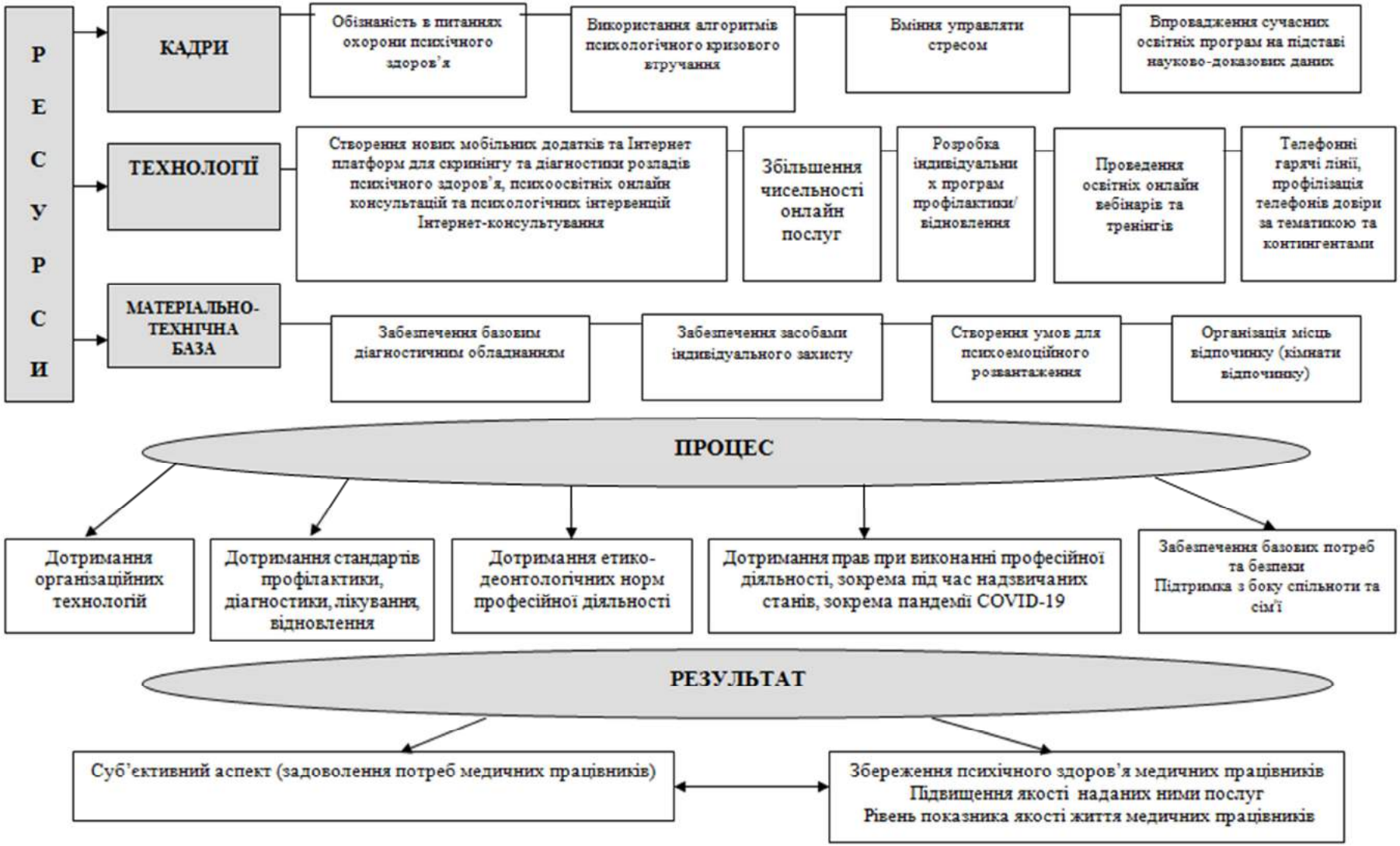


Рисунок 5.4 – Система якості допомоги медичним працівникам.

6 ВПРОВАДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ОКРЕМИХ СКЛАДОВИХ ЗАПРОПОНОВАНОЇ МОДЕЛІ В ПРАКТИКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Впровадження в практику охорони здоров’я елементів моделі допомоги для подолання негативних наслідків впливу пандемії COVID-19 на психічне здоров’я медичних працівників з використанням сучасних інформаційно-комунікаційних технологій можна розглядати на міжнародному та галузевому рівнях.

6.1. Міжнародний рівень впровадження

В процесі виконання проекту здійснено практичне впровадження отриманих під час дослідження результатів та напрацювань на міжнародному рівні стосовно подолання негативних наслідків впливу пандемії COVID-19 на психічне здоров’я медичних працівників в України.

Організація спільних міжнародних аналітичних досліджень.

1. Виконавці проєкту, маючи певний досвід за результатами першого етапу дослідження, прийняли пропозицію міжнародних партнерів King’s College London, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience стосовно участі у аналітичному дослідженні «Охорона психічного здоров'я: несприятливі наслідки COVID-19» - (Mental Health Care: Adverse Sequelae of - COVID-19 (MASC study) в період квітень-вересень 2021 року.

Метою цього дослідження є визначення наслідків пандемії COVID-19 для глобальної системи охорони психічного здоров’я серед країн з низьким та середнім рівнем доходів на прикладі 7 країн на 4 континентах (Чілі, Ефіопія, Грузія, Нігерія, Південна Африка, Шрі-Ланка, Україна). Під час виконання аналітичного дослідження організовано 3 фокус-групи для керівників медичних закладів, лікарів первинної ланки і реанімаційних відділень та лікарів-психіатрів, а також для користувачів медичних послуг. За результатами проекту підготовлено документ (Policy paper), який буде розіслано в законодавчі та виконавчі структури влади в Україні; підготовлено монографію “Охорона

психічного здоров’я в Україні: наслідки пандемії COVID-19” та сформовано авторський колектив, який почав працювати над статею для журналу “The international journal of mental health systems”.

2. Виконавці проєкту, маючи певний досвід за результатами першого етапу дослідження, також прийняли участь у підготовці заявки та отримали 6-місячний грант (червень-листопад 2021 року) для сумісного українсько-литовського аналітичного дослідження «Ситуаційний аналіз умов прав людини з психосоціальними розладами, і прав на психічне здоров'я спільнот під час пандемії COVID-19 в Україні».

Метою дослідження є оцінка реакції на пандемію COVID-19 по відношенню до прав людини з життєвим досвідом розладів психічного здоров'я та / або психосоціальної інвалідності, а також право на психічне здоров'я населення України в цілому. За результатами сумісного українсько-литовського аналітичного дослідження підготовлено звіт та направлено до замовників на перевірку та узгодження.

Таким чином, 2 міжнародних аналітичних дослідження разом із науково-дослідною роботою за договором від 23 жовтня 2020 року № 2020.01/0086 “Дослідити вплив пандемії COVID-19 на психічне здоров’я медичних працівників та розробити комплексну модель подолання її негативних наслідків з використанням сучасних інформаційно-комунікаційних технологій» за грантової підтримки Національного фонду досліджень України у межах конкурсу «Наука для безпеки людини та суспільства» дозволили всебічно вивчити та проаналізувати цілісну картину впливу COVID-19 на психічне здоров’я населення України, зокрема медичних працівників, та запропонувати комплексну модель допомоги для подолання негативних наслідків впливу пандемії COVID-19 на психічне здоров’я медичних працівників з використанням сучасних інформаційно-комунікаційних технологій.

Організація та проведення міжнародних заходів.

Виконавці проєкту прийняли участь у організації та проведенні Регіонального Конгресу Всесвітньої психіатричної Асоціації (ВПА) «Психопатологія в періоди змін» (7-9 липня 2021 р.), який проходив в Києві, вперше в історії України та ВПА. В Конгресі прийняли участь фахівці з 33 країн світу. Виконавці проєкту організували пленарні лекції, спеціальні, наукові і арт-симпозіуми, ворк-шопи, в тому числі, за темою наукового дослідження, з метою ознайомлення з власними отриманими даними та обміну досвідом з міжнародними партнерами стосовно впливу пандемії COVID-19 на психічне здоров'я медичних працівників. https://2021rcp-congress.com/program/.

Організація наукових симпозіумів на міжнародних конференціях за темою проекту.

Виконавці проєкту прийняли активну участь у презентації результатів дослідження при організації наукових симпозіумів на різних міжнародних конференціях. Було організовано наступні наукові симпозіуми:

1. Психічне здоров’я медичних працівників в умовах пандемії COVID-19 // VIII щорічна міжнародна наукова конференція: Психіатрія XXI століття: Глобальний вплив на сучасне суспільство та нові практики на місцях (27 листопада 2020 року, Київ, Україна). https://rimon.in.ua/psyconference2020/uk/

2. Соціально-економічні наслідки проблем психічного здоров’я в умовах пандемії COVID-19 // VIII міжнарод. наук. конф. «Психіатрія XXI століття: Глобальний вплив на сучасне суспільство та нові практики на місцях» (27 листопада 2020 року, Київ, Україна). https://rimon.in.ua/psyconference2020/uk/

3. Mental Health During the COVID-19 pandemic // 20th WPA World Congress of Psychiatry. – March 10-13, 2021. Bangkok, Thailand. https://2020.wcp-congress.com

4. Clinical interpretation of mental disorders in COVID-19 and long COVID-19 // World Psychiatric Association Regional Congress “Psychopathology in Period of Transitions”. – July 7-9, 2021. Kyiv, Ukraine.

5. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare workers //X International Conference “Medical Physics – Current State, Issues, Development Directions. New Technologies”. – Sept. 22-24, 2021. Kyiv. Ukraine.

6. Mental Health in covid times: providing mental health services during the pandemic in european countries // 21st WPA Virtual Congress of Psychiatry, “New World, New Challenges for Psychiatry & Mental Health” – October 18-21, 2021).

Доповіді на міжнародних конференціях.

Виконавцями проєкту підготовлено і зроблено низку доповідей на міжнародних конференціях та заходах з міжнародної участю. Нижче представлений перелік виступів із назвою доповідей та заходу, на якому дані доповіді були представлені.

а) VIII щорічна міжнародна наукова конференція: Психіатрія XXI століття: Глобальний вплив на сучасне суспільство та нові практики на місцях (25-27 листопада 2020 року, Київ, Україна):

1. Психічне здоров'я та психосоціальне благополуччя медичних працівників під час пандемії COVID-19, реагування та відновлення, **Ірина Пінчук.**

2. Соціально-психологічні фактори, асоційовані з професійним стресом у медичних працівників під час епідемії COVID-19 в Україні, **Віталій Пішель, Марина Полив’яна**.

3. COVID-19 та розлади харчової поведінки: вплив на пацієнта та виклики щодо ведення, **Тетяна Ільницька.**

4. Підтримка психічного здоров’я та психосоціальні інтервенції в умовах пандемії COVID-19, реагування та відновлення, **Тетяна Ільницька.**

5. Дослідження професійного стресу у медичних працівників під час пандемії COVID-19, **Юлія Ячнік.**

6. COVID-19 та психіатрична коморбідність, **Станіслав Чумак.**

7. Гаряча лінія психологічної підтримки під час пандемії COVID-19, **Наталія Степанова.**

б) 20th WPA World Congress of Psychiatry (March 10-13, 2021, Bangkok, Thailand):

8. Work-related stress and socio-economic context of mental health of healthcare workers during a COVID-19 pandemic, **Ірина Пінчук.**

в) Регіональний Конгрес Всесвітньої психіатричної Асоціації "Психопатологія в періоди змін" (7-9 липня 2021 рік, Україна):

9. Психологічний вплив коронавірусної хвороби (COVID-19) на медичний персонал України, **Станіслав Чумак.**

г) X International Conference "Medical Physics – Current State, Issues, Development Directions. New Technologies" (Sept. 22-24, 2021. Kyiv. Ukraine).

10. A review of current mental health research during the COVID-19 pandemic, **Yulia Yachnik**.

11. COVID-19 and affective pathology, **Stanislav Chumak**.

12. Study of occupational stress of medical workers during the epidemic COVID-19 in Ukraine, **Vitaly Pishel, Marina Polyviana**.

13. Mental health programs and interventions in the context of the COVID-19 pandemic, **Tatiana Ilnytska.**

14. Psychological support hotline during the COVID-19 pandemic, **Natalia Stepanova, Oleksiy Kolodezhny**.

д) 21st WPA Virtual Congress of Psychiatry, "New World, New Challenges for Psychiatry & Mental Health" (18-21 October 2021):

15. Mental Health Care in Ukraine: Adverse Sequelae of COVID-19 (MASC study), **Ірина Пінчук.**

6.2 Національний рівень впровадження

В процесі виконання проекту здійснено практичне впровадження отриманих під час дослідження результатів та напрацювань на національному рівні стосовно подолання негативних наслідків впливу пандемії COVID-19 на психічне здоров'я медичних працівників в України.

Створення та впровадження освітньої програми підвищення кваліфікації зі спеціальності 222 «Медицина» для лікарів практичної ланки охорони здоров'я.

За першими результатами дослідження стану психічного здоров’я медичних працівників в межах даного проекту та з урахуванням даних інших джерел, офіс ВООЗ в Україні прийняв рішення про необхідність створення освітньої програми для медичних працівників з підтримки психічного здоров‘я та благополуччя під час пандемії COVID-19. Програма «Психічне здоров’я та психосоціальна підтримка під час підготовки до COVID-19, реагування та відновлення» була розроблена у партнерстві з Центром громадського здоров’я МОЗ України, українською та англійською мовами. Учасник даного проєкту Юлія Ячнік входила до робочої групи з розробки навчальної програми для медичних працівників в Україні та її пілотування.

Навчальний курс для медичних працівників «Психічне здоров’я та психосоціальна підтримка під час підготовки до COVID-19, реагування та відновлення» включає наступні модулі:

- Модуль 1. Психічне здоров’я та психосоціальна підтримка під час підготовки до COVID-19, реагування та відновлення. Тренінг для керівників закладів охорони здоров’я.
- Модуль 2. Психічне здоров'я та психосоціальна підтримка під час підготовки до COVID-19, реагування та відновлення. Тренінг для медичних працівників.
- Модуль 3. Психічне здоров'я та психосоціальне благополуччя медичних працівників під час підготовки до COVID-19, реагування та відновлення. Тренінг для медичних працівників.
- Робоча зустріч із керівником(ами) закладу охорони здоров’я після проведення навчального курсу. Сприяння розробці механізмів роботи із психічного здоров’я та психосоціальної підтримки під час підготовки до COVID-19, реагування та відновлення.

Учасники проекту Ячнік Ю.В. та Ільницька Т.Ю. були залучені як консультанти ВООЗ до масштабного впровадження навчального курсу ВООЗ «Психічне здоров’я та психосоціальна підтримка медичних працівників в

умовах пандемії COVID-19». Онлайн навчання було проведено для усіх областей Україн, було охоплено більше 200 медичних працівників.

Після пілотування даної програми в Україні, в якому приймали участь виконавці нашого проекту, нашою командою було прийняте рішення про затвердження даної освітньої програми в Інституті психіатрії Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Наказом ректора Київського національного університету імені Тараса Шевченка за № 132-32 від 09.03.2021 року затверджена програма підвищення кваліфікації зі спеціальності 222 «Медицина» за темою «Психічне здоров'я та психосоціальна підтримка медичних працівників в умовах пандемії COVID-19» (28 акад. годин) для лікарів практичної охорони здоров'я в межах другого рівня вищої освіти. Даний навчальний курс було розроблено з врахуванням міжнародних рекомендацій та останніх наукових досліджень, в тому числі, даного дослідження.

Перший тренінг для головних лікарів і лікарів практичної ланки за затвердженою програмою відбувся 12-14 травня 2021 року. Освітня програма охоплює наступні теми:

- Психосоціальні аспекти пандемії COVID-19;
- Вплив пандемії на психічне здоров'я та психосоціальне благополуччя населення та медичних працівників;
- Принципи та інтервенції щодо психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах пандемії COVID-19;
- Стратегія з психічного здоров'я та психосоціального благополуччя в умовах надзвичайної ситуації;
- Принципи та інтервенції щодо психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах пандемії COVID-19;
- Стратегія з психічного здоров'я та психосоціального благополуччя в умовах надзвичайної ситуації;
- Ведення окремих станів та груп пацієнтів;

- Ведення пацієнтів з тривожними симптомами та депресією в умовах пандемії COVID-19;
- Основні принципи стрес менеджменту та окремі втручання
- Ведення окремих станів та груп пацієнтів;
- Перша психологічна допомога;
- Надання допомоги пацієнтам з делірієм, органічними проявами, розладом сну;
- Адаптування послуг до ситуації в умовах пандемії COVID-19, що змінюється, та «повернення до нормального життя».

Освітня програма має на меті підвищення обізнаності працівників закладів охорони здоров'я щодо потреб населення у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки та організації відповідної допомоги на рівні закладу під час підготовки до COVID-19, реагування та відновлення, та також просування психосоціального благополуччя та посилення здатності медичних працівників справлятися зі стресом.

Учасники тренінгу оволоділи знаннями та навичками, а також розвинули здатність застосовувати їх у повсякденній клінічній практиці. Розвинули здатність використовувати в практичній діяльності навички ведення пацієнтів, що потребують психоемоційної підтримки в умовах пандемії COVID-19, та здатність використовувати в практичній діяльності навички щодо посилення здатності медичних працівників справлятися зі стресом в умовах пандемії COVID-19, реагування та відновлення.

Крім створення окремої освітньої програми, нами були внесені зміни в існуючи освітні програми та затверджені в Інституті психіатрії Київського національного університету імені Тараса Шевченка. До існуючих навчальних програм курсів підвищення кваліфікації лікарів-психіатрів «Сучасні методи проведення попередніх та періодичних психіатричних оглядів» та лікарів-наркологів «Сучасні методи проведення профілактичних наркологічних оглядів», які організовують та проводять учасники нашого проекту, в 2021 році

було включено окремі актуальні питання нової програми «Психічне здоров'я та психосоціальна підтримка медичних працівників в умовах пандемії COVID-19». В 2021 році проведено 6 курсів (2 курси для лікарів-психіатрів (30 слухачів) та 3 курси для лікарів-наркологів (25 слухачів).

Телефонна «Гаряча лінія» як інформаційно-комунікаційний компонент комплексній моделі.

За ініціативи Інституту психіатрії Київського національного університету імені Тараса Шевченка, Офісу реформ НАН України, благодійної організації «Благодійний фонд «Інститут розвитку громадянського суспільства імені Голди Меїр» та Асоціації психіатрів України із березня 2020 року започатковано та запущено соціальний проєкт «Гаряча лінія «Стоп, паніка» для надання кваліфікованої анонімної консультативно-психологічної допомоги громадянам України в умовах пандемії COVID-19. Ініціативу також підтримали Українська психологічна асоціація та Фонд соціального страхування України.

Учасники проєкту (Пінчук Ірина, Ячнік Юлія, Степанова Наталія, Ільницька Тетяна) є волонтерами Гарячої лінії та надають кваліфіковану, консультативно-психологічну допомогу населенню України на базі Інституту психіатрії Київського національного університету імені Тараса Шевченка.

Із першого дня діяльності Гаряча лінія працювала в цілодобовому режимі, що надало можливість звертатися громадянам України з проблемними питаннями в будь-який час. Пріоритетним завданням, що стояли перед консультантами, було зняття з респондентів станів психологічної нестабільності, депресії, тривоги, подолання панічних настроїв і невпевненості в завтрашньому дні, страху перед захворюванням та смертю тощо. Телефон психологічної допомоги діяв у волонтерському форматі. Консультації надавали висококваліфіковані фахівці з багаторічним досвідом роботи в сфері психічного здоров'я, які до того ж пройшли спеціалізовану підготовку за світовими стандартами.

На першому етапі українським консультантам активно допомогли ізраїльські фахівці, що мають великий досвід аналогічної роботи. Для

підвищення кваліфікації українських колег вони організовували спеціалізовані щотижневі онлайн-вебінари. На них вітчизняні фахівці оволодівали найкращим та найефективнішим міжнародним досвідом надання психологічно-консультативної допомоги, відпрацьовували найуспішніші комунікативні моделі при найбільш складних зверненнях респондентів.

Для структуризації та полегшення роботи консультантів, поліпшення надання послуг ізраїльські спеціалісти переклали українською посібник «Алгоритми психологічного консультування», а також надали патерни спілкування. Було наголошено, що в роботі консультанта Гарячої лінії є дуже важливим у період пандемії побудувати розмову з респондентом таким чином, аби допомогти йому підключити власні особистісні ресурси задля вибудовування комфортної для нього моделі поведінки в нових реаліях. Також було акцентовано, що для забезпечення зняття психологічної напруги слід врахувати ряд актуальних факторів, зокрема, обов'язково надавати абонентам лише достовірну інформацію про сам вірус, його локацію, методи боротьби з ним, шляхи подолання психологічних бар'єрів, тощо.

Крім того для фахівців Гарячої лінії щомісяця проводилися вебінари, на яких найкращі експерти з різних країн світу, зокрема із США, Ізраїлю, Литви, Грузії, тощо ділилися досвідом консультативно-психологічної діяльності. Теми лекцій торкались актуальних питань, з якими консультанти можуть зіткнутися під час спілкування з абонентами, включаючи: особливості ведення консультацій при суїцидальних намірах, техніки зі зменшення тривожності, актуальну інформацію щодо вірусу COVID-19 та вакцинації тощо. Раз на місяць проводилися інтервізійні групи зі спеціалістами, де кожен волонтер міг репрезентувати свій випадок й отримати допомогу від колег. Такі дискусії сприяли обміну досвідом, волонтери мали можливість вдосконалити свої знання, особливо, як діяти в тій чи іншій складній ситуації. Групова інтервізійна робота та вебінари проводилися з використанням системи Zoom, а індивідуальне консультування – за допомогою програми Viber та мобільного телефонного зв'язку.

Із метою профілактики емоційного вигорання й психологічного виснаження для консультантів Гарячої лінії проводилися супервізії, під час яких надавалася психоемоційна підтримка.

Для аналізу звернень співробітники Інституту психіатрії КНУ імені Тараса Шевченка розробили спеціальну онлайн-анкету, яку фахівці, що проводили консультації, заповнювали на підставі отриманих даних дзвінків при умові згоди на фіксацію цих даних. Проведений аналіз підсумків анкетування дозволив визначити основні психологічні проблеми, з якими українці зверталися на Гарячу лінію в період пандемії COVID-19 та напрацювати позитивний досвід дистанційної діяльності, особливо на кризовому етапі.

За період діяльності Гарячої лінії «Стоп, паніка!» на багатоканальний телефон звернулося понад 1000 громадян із різними психологічними та соціальними проблемами, в тому числі, працівники системи охорони здоров'я, які виявили бажання отримати таку підтримку під час поширення пандемії COVID-19. Найбільша кількість дзвінків від громадян спостерігалася у березні-травні 2020 р., тобто саме тоді, коли Уряд в період пандемії COVID-19 ввів в Україні жорсткі карантинні обмежувальні заходи у вигляді самоізоляції. Дзвінки надходили зі всіх регіонів України. Найбільшу кількість звернень отримано з м. Київ – 29,4 %; Харківської області – 12,3 %; Івано-Франківської області – 7,4 %.

Згідно з проведеним аналізом онлайн-анкет громадяни зверталися з різними психоемоційними проблемами (таб. 6.1). Найбільше їх турбував страх перед завтрашнім днем і майбутнім (21,5%), страх захворювання/ смерті переживали – 13,7%, стільки ж (13,7%) відчували депресивний настрій через загальну фрустрацію. Значна кількість респондентів пройшли через кризу відношень у родині/домогосподарстві (11,3%), а також мали проблеми з порушенням режиму життя, розладами сну або харчування (9.9%).

Таблиця 6.1 - Розподіл звернень за класифікатором проблем

Класифікатор проблем	n	%
A. Самотність/безвихідність перебування в ізоляції	25	7.3
B. Нездатність себе зайняти/страждання від вимушеної бездіяльності/ втрата інтересу	23	6.7
C. Депресивний настрій через загальну фрустрацію	47	13.7
D. Страх за майбутнє /страх завтрашнього дню	74	21.5
E. Криза відношень у родині/домогосподарстві	39	11.3
F. Страх захворювання/страх смерті/надмірна діагностика	47	13.7
G. Дефіцит інформації/нерозуміння ситуації/розгубленість	23	6.7
H. Виражені фобії /маячня/галюцинації	14	4.1
J. Порушення режиму життя /розлади сну/харчування	34	9.9
K. Гіподинамія/дисфункція волі та інтересів	11	3.2
I. Алкоголізація /інші залежності	3	0.87
Інше	4	1.2
Загалом	344	100

З початку роботи Гарячої лінії «Стоп, паніка» було організовано окрему телефону лінію «Стоп, паніка. Медики». Саме для допомоги медикам була створена волонтерська група фахівців із співробітників наукових закладів, кафедр психіатрії і психотерапії; визначені прямі телефоні лінії і час роботи 24/7. Дана інформація була широко розповсюджена в соціальній мережі; через телефон довіри при МОЗ України, а також розповсюджена в закладах охорони здоров'я. Звертає на себе увагу, що медичні працівники неохоче зверталися за консультацією та психологічною підтримкою у порівнянні з іншим населенням. Перші місяці початку карантинних заходів звернення були поодинокі, потім був період із збільшенням дзвінків, який знов змінився на поодинокі консультації. Медичні працівники більше зверталися на загальну Гарячу лінію «Стоп, паніка» і не завжди охоче розповідали про свою приналежність до медичної професії.

Мобільний застосунок для онлайн самооцінки психічного стану.

В зв'язку з особливостями надання спеціалізованої допомоги під час пандемії COVID-19, а саме високою контагіозністю COVID-19, що перешкоджає наданню кризової спеціалізованої психологічної та психіатричної допомоги offline та необхідністю надання послуг фахівцям з психічного здоров'я в період спалаху COVID-19 у режимі online, нами була розроблена нова модель надання спеціалізованої допомоги з використанням онлайн-технологій.

Відповідно до цієї моделі, був створений мобільний застосунок для онлайн самооцінки психічного стану респондента, який є вже доступний на операційній системі Android. Для розробки застосунку на платформі iOS та впровадження його на платформу AppStore (для його розповсюдження та підтримання, у зв'язку із особливостями функціонування даної платформи) потрібне додаткове фінансування, однак відповідні витрати в рамках виконання даного проекту розраховані не були). Застосунок для операційної системи Android є абсолютно безкоштовним, розповсюджується у форматі .apk та має об'єм 23,8 мегабайт (Додаток Б).

Для визначення особливостей психоемоційного стану медичних працівників в умовах пандемії COVID-19 до застосунку було включено три опитувальника, які дозволяють визначити тяжкість безсоння (ISI), ступінь депресії (PHQ-9) та рівень тривоги (GAD-7).

Опитувальник ISI складається з 7 пунктів, які оцінюються від 0 до 4, загальний бал від 0 до 7 – клінічно значущого безсоння немає, 8–14 балів – підпорогове безсоння, 15–21 – клінічне безсоння (середнього ступеня тяжкості), 22–28 – клінічне безсоння (важке).

Опитувальник GAD-7 уявляє собою шкалу з 7 питань, які оцінюються від 0 до 3 балів, загальний бал 5-9 – низький рівень тривоги; 10-14 – середній; більше 15 – важкий.

PHQ-9 – шкала з 9 питань, які оцінюються від 0 до 3 балів, загальний бал 0-4 – немає або мінімальний рівень депресії; 5-9 – середній; 10-14 – середньоважкий; 15-21 – важкий рівень.

По закінченню опитування користувач отримує загальну кількість балів за кожною шкалою та пояснення щодо того, що ці бали відображають. Якщо користувач відчуває, що певна проблема має вплив на його життя, йому рекомендується звернутися за допомогою до сімейного лікаря.

Також, мобільний застосунок містить статтю з фахового електронного журналу Neuronews «Як впоратися зі стресом в період пандемії» [134] та ілюстроване керівництво «Важливі навички в період стресу», яке розроблено за співробітництвом з ВООЗ [135].

6.3 Наукові публікації за темою проєкту

1. **Пінчук І.Я., Степанова Н.М., Колодєжний О.В.,** Солонський А.В. Діяльність Гарячої лінії психологічної підтримки «Стоп, паніка» під час пандемії COVID-19 // Психічне здоров'я та соціально-економічний добробут населення під час пандемії COVID-19: зб. матер. міжнарод. симпозіуму, 27 листопада 2020 р. / За ред. Г.М. Толстанової, І.Я. Пінчук, В.В. Вірченка та І.С. Сахарук. – Київ, 2020. – С. 34-37.
2. **Пінчук І.І., Чумак С.А**. Вплив пандемії COVID -19 на психічне здоров'я медичних працівників / Матеріали X Міжнародної конференції «Медична фізика – сучасний стан, проблеми, шляхи розвитку. Новітні технології», К.: Інтерсервіс, 2021.- С. 224-227.
3. **Пішель В.Я., Ільницька Т.Ю., Чумак С.А., Степанова Н.М., Ячнік Ю.В.** Психічне здоров'я медичних працівників в умовах пандемії COVID-19 // НейроNEWS. – 2020. – № 10 (121). – С.20-22. https://neuronews.com.ua/ua/archive/2020/10%28121%29/pages-20-22/psihichne-zdorov-ya-medichnih-pracivnikiv-v-umovah-pandemiyi-covid-#gsc.tab=0

4. **Пішель В.Я., Полив'яна М.Ю**. Фактори, асоційовані зі стресом у медичних працівників в умовах пандемії COVID-19 // Міжнарод. науков. журн. «Грааль науки». – 2021. – № 1. – С. 440-441. https://doi.org/10.36074/grail-of-science.19.02.2021.093

5. **Степанова Н.М.,** Солонський А.В., **Колодєжний О.В.** Досвід роботи гарячої лінії "Стоп, паніка" під час пандемії COVID-19 в Україні / Матеріали X Міжнародної конференції "Медична фізика – сучасний стан, проблеми, шляхи розвитку. Новітні технології", К.: Інтерсервіс, 2021.- С. 239-245.

6. **Chumak S.** The psychological impact of coronavirus disease (COVID-19) on medical staff in Ukraine // WPA Regional Congress "Psychopathology in periods of transitions". – July 7-9, 2021. Kyiv, Ukraine, P. 9.

7. **Irina Pinchuk, Yulia Yachnik,** Volodymyr Virchenko / Professional stress in healthcare workers during a COVID-19 pandemic // 20th WPA World Congress of Psychiatry. – March 10-13, 2021. Bangkok, Thailand.

8. **Irina Pinchuk**, **Vitaliy Pishel, Marina Polyvianaia,** Oksana Kopchak**, Stanislav Chumak,** Natalia Filimonova**, Tetiana Ilnytska, Yulia Yachnik,** Andrii Solonskyi / Emotional Impact of the COVID-19 Pandemic on Healthcare Workers in Ukraine // Wiadomości Lekarskie (SCOPUS Q4) – на рецензуванні.

9. **I. Pinchuk.** Mental health care in Ukraine: Adverse Sequelae of Covid-19 (MASC study) / 21st WPA Virtual Congress of Psychiatry, "New World, New Challenges for Psychiatry & Mental Health". – October 18-21, 2021.

10. **Pinchuk I., Pishel V., Polyvianaia M., Chumak S., Ilnytska T., Stepanova N.,** Filimonova N., Kopchak O., **Yachnik Y., Kolodezhny O.,** Solonskyi A. Prognostic Assessment of Stress-Related Factors in Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic. Psychiatria Danubina (SCOPUS Q3) – на рецензуванні.

11. **Pinchuk I.Y., Pishel V.Y., Polyviana M.Y., Yachnik Y.V.,** Virchenko V.V. Occupational stress in healthcare workers during a COVID-19 pandemic. Medicni perspektivi (SCOPUS Q4) – прийнято до друку, буде надруковано в №4 журналу в 2021 році.

12. **Pishel V., Polyviana M.** Anxiety among healthcare workers during the coronavirus pandemic // I International Scientific and Practical Conference «Education and science of today: intersectoral issues and development of sciences». – March 19, 2021. Cambridge, Vol. 3, P.130-131. https://doi.org/10.36074/logos-19.03.2021.v3.39.

13. V.Virchenko, **I.Pinchuk**. Work-related stress and socio-economic context of mental health of healthcare workers during a COVID-19 pandemic / 20th WPA World Congress of Psychiatry. – March 10-13, 2021. Bangkok, Thailand, p. 7.

14. «Психічне здоров'я медичних працівників в умовах пандемії COVID-19» (за результатами виконання проєкту на 2021 рік заплановано видання колективної монографії, випуск затверджено на засіданні Вченої ради Інституту психіатрії Київського національного університету імені Тараса Шевченка від 29 листопада 2021 року, протокол № 9 та на засіданні Науково-технічної ради Київського національного університету імені Тараса Шевченка від 3 грудня 2021 року, протокол № 10).

ВИСНОВКИ

1. Результати дослідження 2700 медичних працівників в онлайн форматі з різних регіонів України з використанням спеціально розробленої анкети та комплексу стандартизованих психодіагностичних опитувальників дозволили визначити фактори, асоційовані з професійним стресом, та дослідити особливості стану психічного здоров'я медичних працівників в умовах пандемії COVID-19.

2. Попередній аналіз результатів опитування 1100 респондентів стосувався оцінки трьох груп факторів, пов'язаних з професійним стресом медичних працівників в період коронавірусної пандемії, а саме: а) типи реагування на ситуацію в зв'язку з COVID-19; б) фактори, що впливають на виникнення стресу; в) фактори, що сприяють подоланню стресу.

Результати анкетування, які відображали особливості реагування медичних працівників на ситуацію в зв'язку з COVID-19, дозволили виділити значущі для більшості респондентів фактори, а саме – емоційний (тривожність, страх) і поведінковий (обмеження контактів з пацієнтами з COVID-19). Серед факторів другої групи більшість респондентів (65,8%) найбільш серйозною загрозою вважали «поширення вірусу COVID-19». Ризик зараження коронавірусом оцінили як високий майже половина медичних працівників (48,0%), таку ж високу оцінку ризику померти від COVID-19 дали 16,5% опитаних. До факторів, що сприяють подоланню стресу, найбільш часто відносили «відсутність зараження COVID-19 у близьких», «відсутність хворих на COVID-19 серед персоналу», «одужання пацієнтів з COVID-19» і «наявність обладнання та засобів захисту».

3. Вивчення соціально-психологічних характеристик медичного персоналу в період пандемії свідчить, що поява додаткових ризиків, підвищеного навантаження та стресових ситуацій негативно позначилася на психоемоційному стані багатьох медичних працівників, викликаючи в них

дратівливість, страх, тривогу, стан фізичного виснаження та надмірної втоми. Пандемія COVID-19 також призвела до змін у професійній діяльності та поведінці медичного персоналу: необхідність щоденного застосування засобів захисту, конфлікт між виконанням професійних обов'язків та власною безпекою, намагання зменшити контакти з хворими на COVID-19, спроби з боку колег та оточуючих уникати контактів з медиками, що працюють з пацієнтами, хворими на коронавірусну інфекцію.

4. За результатами опитування 1087 медичних працівників з використанням удосконаленого варіанту анкети визначено статистично значущі параметри, що негативно впливають на стан психічного здоров'я медичних працівників в умовах пандемії COVID-19. Доведено, що на виникнення тривоги/страху у медичних працівників значимо впливає вік спеціаліста ($p < 0,05$). Респонденти у віці від 41 до 60 років частіше відчували незначну тривогу, тоді як медичні працівники старше 60 років значно частіше повідомляли про виражену тривогу/страх, пов'язану з COVID-19.

5. Встановлено, що медичні працівники, які надавали безпосередню допомогу хворим на COVID-19, мали певні відмінності за соціально-демографічними характеристиками в порівнянні зі спеціалістами, які такої допомоги не надавали. Ці групи респондентів мали статистично значущі розбіжності за показниками професійної діяльності (за посадою, лікарською спеціалізацією, за відділенням та закладом охорони здоров'я, в якому вони працювали), а також за сімейним статусом. Вдівці та розлучені спеціалісти надавали персональну допомогу у відносно однаковому обсязі, в той час як одружені спеціалісти надавали персональну допомогу в більшій кількості випадків ($p < 0,05$).

6. За результатами статистичного аналізу (логістична регресія) виявлено зв'язок між 36 факторами, асоційованими зі стресом, та виникненням тривоги / страху у медичних працівників в умовах пандемії COVID-19. Визначено найбільш значущі фактори вираженого стресу, а саме: а) загроза поширення пандемії COVID-19; б) ризик померти від COVID-19; в) ризик зараження

COVID-19; г) ймовірність передачі COVID-19 родичам або друзям; д) новини про нові випадки захворювання на COVID-19; е) нестача персоналу в закладах охорони здоров'я.

7. Аналіз прогностичної значущості виявлених факторів щодо тривоги / страху у зв'язку з COVID-19 за методом «дата майнінгу» показав, що на першому місці є фактор високого стресу через ризик заразитися COVID-19. Далі у порядку зменшення: новини про нові випадки захворювання на COVID-19, нестача медичного персоналу, ризик передати COVID-19 своїм рідним або друзям, ризик померти від COVID-19, загроза поширення пандемії COVID-19. Оцінка чутливості та специфічності визначених предикторів щодо наявності або відсутності тривоги / страху з використанням ROC-аналізу довела, що запропонована модель має високу прогностичну силу (AUC $\geq$ 0,8).

8. Дослідження з використанням комплексу психодіагностичних шкал встановило особливості стану психічного здоров'я медичних працівників, які безпосередньо надавали допомогу хворим на COVID-19 (група А – 441 особа), у порівнянні зі спеціалістами, яки такої допомоги не надавали (група В – 40 осіб). Більше половини медичних працівників групи А (55,1%), за результатами опитувальника PHQ-9, мали симптоми депресії різного ступеня вираженості: важкого – 61,0%, помірного – 16,3%, легкого – 21,1%. За даними шкали GAD-7, ознаки тривоги мали 70,1% медичних працівника, в тому числі, вираженої – 9,3% респондентів, помірної – 25,2%, легкої – 36,5%. Майже дві третини опитаних групи А (61,2%) вказали на наявність порушень сну (шкала ISI). Інсомнія спостерігалась у 4,8%, помірні порушення сну – у 18,1%, легкі – у 38,3% респондентів. За шкалою IES-R виражений ступінь суб'єктивного дистресу, спричиненого травматичними подіями, за субшкалами «уникання», «інтрузія» та «гіперзбудження» відмічався у 12,0%, 11,6% та 4,5% медичних працівників групи А відповідно.

9. Результати дослідження довели, що в обох групах респондентів в значній кількості випадків спостерігаються симптоми психічних порушень, що свідчить про негативний вплив пандемії COVID-19 на стан психічного здоров'я

всіх медичних спеціалістів, незалежно від рівня їх безпосередньої участі в допомозі пацієнтам з коронавірусною хворобою. Разом з тим, в групі А відмічаються більш виражені симптоми депресії, тривоги, порушень сну та суб'єктивного дистресу у порівнянні з групою В. Тому саме ця категорія медичних працівників має значно вищий ризик виникнення та розвитку важких порушень психічного здоров'я, потребує особливої уваги і застосування спеціальних програм психологічної та психіатричної допомоги, спрямованих на стабілізацію їхнього психоемоційного стану.

10. За даними опитування, більше половини респондентів (55,8%) вказали на те, що в умовах пандемії COVID-19 вони потребують професійної психологічної допомоги. При цьому серед медичних працівників, які мали контакт з хворими на COVID-19, таких було 58,8%, тоді як серед тих, хто не мав безпосереднього контакту, потребу в допомозі зазначили 21,9% спеціалістів. Про проведення заходів щодо підтримки психічного здоров'я в їхньому закладі, повідомили 8,2% опитаних (8,1% тих, хто мав безпосередній контакт з хворими на COVID-19, та 9,8% тих, хто не мав такого контакту).

Отримані дані свідчать, з одного боку, про нагальну потребу в наданні психосоціальної підтримки медичним працівникам в умовах пандемії COVID-19, з іншого – про дуже низький рівень задоволення цієї потреби. Звертає на себе увагу відсутність системного підходу щодо організації заходів з підтримки психічного здоров'я медичного персоналу та дуже мала питома вага закладів, в яких така допомога надається.

11. Результати власного дослідження стосовно факторів, що негативно впливають на психічне здоров'я медичних працівників в умовах пандемії, дані про стан психічного здоров'я медичних працівників, які безпосередньо надають допомогу хворим на COVID-19, результати оцінки потреб у наданні їм психолого-психіатричної допомоги з метою подолання негативних наслідків впливу пандемії COVID-19 та дані наукових досліджень з цих питань, дозволили запропонувати концептуальні підходи до розробки комплексної моделі допомоги для подолання негативних наслідків впливу пандемії COVID-

19 на психічне здоров'я медичних працівників з використанням сучасних інформаційно-комунікаційних технологій.

12. Особливістю запропонованої моделі стало використання існуючих, частково змінених елементів системи охорони здоров'я, причетних до управління психічним здоров'ям медичних працівників і введення якісно нових елементів сучасних інформаційно-комунікаційних технологій (створення нових мобільних додатків та Інтернет платформ для скринінгу та діагностики розладів психічного здоров'я, психоосвітніх онлайн консультацій та психологічних інтервенцій, нових освітніх програм на підставі науково-доказових даних, проведення освітніх вебінарів). Стратегічний напрямок моделі – збереження психічного здоров'я медичних працівників України.

13. Запропонована модель вперше в Україні забезпечує системність та комплексність підходу до вирішення проблеми; має акцент на профілактичні втручання та психосоціальну підтримку під час надзвичайної ситуації; пропонує використання сучасних інформаційно-комунікаційних технологій; дозволяє усунути виявлені диспропорції у наданні спеціалізованої медичної допомоги, має 4 рівня втручань на прикладі піраміди інтервенцій із психічного здоров'я та психосоціальної підтримки ВООЗ.

14. Невід'ємною складовою моделі стала система якості допомоги, реалізація якої потребує удосконалення трьох базових компонентів структури: 1) ресурсного – обізнаність в питаннях охорони психічного здоров'я; використання алгоритмів психологічного кризового втручання; вміння управляти стресом; впровадження сучасних освітніх програм на підставі науково-доказових даних; матеріально-технічної бази – забезпечення базовим діагностичним обладнанням та засобами індивідуального захисту; створення умов для психоемоційного розвантаження; організація місць відпочинку; 2) технологічного – створення нових мобільних додатків та Інтернет-платформ для скринінгу та діагностики розладів психічного здоров'я, психоосвітніх онлайн консультацій та психологічних інтервенцій; Інтернет-консультування; збільшення чисельності онлайн послуг; розробка індивідуальних програм

профілактики/ відновлення; проведення освітніх онлайн вебінарів та тренінгів; телефонні гарячі лінії, профілізація телефонів довіри за тематикою та контингентами; 3) результативного – збереження психічного здоров'я медичних працівників; підвищення якості наданих ними послуг та рівня показника якості життя медичних працівників.

15. Впровадження окремих елементів моделі дозволило інтегрувати в освітні програми закладу вищої освіти програму підвищення кваліфікації зі спеціальності 222 «Медицина» за темою «Психічне здоров'я та психо-соціальна підтримка медичних працівників в умовах пандемії COVID-19» для лікарів практичної охорони здоров'я; провести низку освітніх вебінарів для спеціалістів з питань порушень психічного здоров'я медичних працівників під час пандемії; створити мобільний додаток та інтернет платформу для скринінгу та діагностики порушень психічного здоров'я медичних працівників під час пандемії; організувати Гарячу лінію для медичних працівників, які перебували у стані психоемоційного стресу під час пандемії COVID-19; розробити список рекомендацій для керівників закладів охорони здоров'я щодо охорони психічного здоров'я медичних працівників, зокрема групи підвищеного ризику.

16. Загалом пандемія COVID-19 підкреслила системні проблеми в сфері охорони психічного здоров'я та надання психіатричної допомоги, зокрема, для медичних працівників. Медичні працівники, які надавали допомогу пацієнтам з COVID-19, опинилися у вразливому становищі внаслідок сильного перевантаження, професійного вигорання й сильного стресу, спричиненого тривогою за здоров'я близьких та через смерті пацієнтів з COVID-19. Ключовою проблемою, яка призвела до такої ситуації, стала відсутність розуміння важливості питань охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки медичних працівників, а також брак знань та відсутність сучасних освітніх програм щодо питань психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

Отримані результати власного дослідження стосовно факторів, що негативно впливають на психічне здоров’я медичних працівників в умовах пандемії COVID-19, дані про їхній стан психічного здоров’я в умовах коронавірусної пандемії, результати оцінки потреб у наданні їм психолого-психіатричної допомоги з метою подолання негативних наслідків впливу пандемії COVID-19 та дані наукових досліджень з цих питань, дозволили запропонувати наступні практичні рекомендації.

- Провести засідання РНБО за темою «Психічне здоров’я – невід'ємна складова національної безпеки держави та стабільності суспільства, зокрема під час надзвичайних ситуацій в державі».

- Провести Парламентські слухання за темою «Вплив пандемії COVID-19 на психічне здоров'я, зокрема медичних працівників. Світові тенденції. Отриманий досвід та виклики сьогодення для України».

- Створити Національну Ради з питань охорони психічного здоров'я при Кабінеті Міністрів України для реалізації державної політики та міжгалузевої співпраці у сфері охорони психічного здоров’я, зокрема під час надзвичайних ситуацій.

- Зробити обов'язковою для лікарів та медичних сестер програму підвищення кваліфікації зі спеціальності 222 «Медицина» за спеціальною програмою «Психічне здоров’я та психосоціальна підтримка медичних працівників в умовах пандемії COVID-19», яка підготовлена офісом ВООЗ в Україні, пілотована та адаптована в Україні, і затверджена в Інституті психіатрії Київського національного університету імені Тараса Шевченка.

Внести зміни у перелік фахових компетентностей спеціальності з урахуванням надзвичайної ситуації пандемії COVID-19.

- Розробити рекомендації до освітніх програм навчання за спеціальністю «Журналістика» щодо висвітлення у ЗМІ питань охорони психічного здоров’я, надання психіатричної допомоги та психічних розладів.

- Розробити регіональні програми профілактики та відновлення охорони психічного здоров’я медичних працівників під час надзвичайних ситуацій та з урахуванням наслідків пандемії COVID-19.

- Розробити та затвердити Порядок взаємодії між закладами охорони здоров'я з надання психіатричної допомоги, громадськими організаціями, що надають послуги з охорони психічного здоров’я, що наближені до місця проживання, соціальними службами та іншими закладами та організаціями, що опікуються питаннями охорони психічного здоров'я, зокрема під час надзвичайної ситуації.

Розробити в закладі охорони здоров'я план готовності до COVID-19, як поліпшити безпеку для персоналу та пацієнтів, і як реагувати на випадок COVID-19 у закладі.

Розробити та затвердити Порядок підтримки психічного здоров’я медичних працівників на робочому місці.

Забезпечити вільний доступ до просвітницьких матеріалів підтримки психічного здоров’я для співробітників, пацієнтів та відвідувачів закладів охорони здоров'я.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Всесвітня організація охорони здоров'я. Офіційний веб-сайт. URL: https://www.who.int/ (дата звернення: 21.10.2021).

2. Odone A. The impact of the current economic crisis on mental health in Italy: evidence from two representative national surveys / A. Odone, T. Landriscina, A Amerio, et al. // Eur J Public Health. – 2018. – Vol. 28 (3). – P.490–495.

3. Інформаційна панель ВООЗ щодо коронавірусу (COVID-19) з даними вакцинації. Офіційний веб-сайт. URL: https://covid19.who.int (дата звернення: 21.10.2021)

4. Li Z., Ge M., Yang M., Feng J., Qiao M., Jiang R., Bi J., Zhan G., Xu X., Wang L., Zhou Q., Zhou C., Pan Y., Liu S., Zhang H., Yang J., Zhu B., Hu Y., Hashimoto K., Jia Y., Wang H., Wang R., Liu C., Yang C. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. Brain Behav. Immun. 2020.

5. Wang C., Pan R., Wan X., Tan Y., Xu L., Mclntyre R.S., Choo F.N., Tran B., Ho R., Sharma V.K., Ho C. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. Brain Behav. Immun. 2020

6. Zhang J., Lu H., Zeng H., Zhang S., Du Q., Jiang T., Du B. The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic. Brain Behav. Immun. 2020.

7. Wang Y., Xu B., Zhao G., Cao R., He X., Fu S. Is quarantine related to immediate negative psychological consequences during the 2009 H1N1 epidemic? Gen. Hosp. Psychiatry. 2011;33: 75–77.

8. Walton M. Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic / M. Walton, E. Murray, M. D. Christian // Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. – 2020. – Vol. 9(3). – P. 241-247.

9. Управління цивільного захисту. COVID-19 Італія: моніторинг ситуації. 2020 рік. Офіційний веб-сайт. URL: https://opendatadpc.maps.arcgis.com/apps/dashboards/b0c68bce2cce478eaac82fe38d4138b1 (дата звернення: 21.07.2021).

10. Національна федерація об'єднань лікарів, хірургів та стоматологів Італії. Офіційний веб-сайт. URL: https://portale.fnomceo.it/ (дата звернення: 21.07.2021).

11. Fiorino G. Clinician Education and Adoption of Preventive Measures for COVID-19: A Survey of a Convenience Sample of General Practitioners in Lombardy, Italy / G. Fiorino, M. Colombo, C. Natale, et al. // Ann Intern Med. – 2020. – Vol. 173(5). – P. 405-407.

12. Li D., Zhu S. Contributions and challenges of general practitioners in China fighting against the novel coronavirus crisis / D. Li, S. Zhu // Fam Med Community Health. - 2020; Vol. 8(2). - e000361.

13. Shanafelt T. Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic / T. Shanafelt, J. Ripp, M. Trockel. // JAMA. – 2020. – Vol. 323(21). – P. 2133-2134.

14. Rimmer A. Covid-19: GPs call for same personal protective equipment as hospital doctors. BMJ. – 2020. – Vol. 368. – P. 1055.

15. Spitzer R. Validation and Utility of a Self-Report Version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire / R. Spitzer, K. Kroken, J.B. Williams. // JAMA. – 1999. – Vol. 282(18). – P. 1737-1744.

16. Shatri H. Psychotherapy for Healthcare Provider During COVID-19 Pandemic: An Evidence Based Clinical Review / H. Shatri, R. Putranto, E. Faisal, et al. // Acta Med Indones. – 2021. – Vol. 53(2). – P. 225-232.

17. Міжвідомчий постійний комітет ООН. Вплив COVID-19 на надзвичайні гуманітарні ситуації: основні моменти червня 2021 року. Офіційний веб-сайт.

URL: https://interagencystandingcommittee.org/health/covid-19-impact-humanitarian-emergencies-june-2021-highlights. (дата звернення: 21.07.2021)

18. Brooks S. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence / S. Brooks, R. Webster, L. Smith, L. Woodland, S. Wessely, N. Greenberg, G. Rubin // The Lancet. – 2020. – Vol. 395. – Is. 10227. – P. 912-920.

19. Zhu J. Prevalence and Influencing Factors of Anxiety and Depression Symptoms in the First-Line Medical Staff Fighting Against COVID-19 in Gansu / J. Zhu, L. Sun, L. Zhang, et al. // Front Psychiatry. – 2020. – Vol. 11. – P. 386.

20. Chong M.Y. Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital / M.Y. Chong, W.C. Wang, W.C. Hsieh, et al. // Br J Psychiatry. – 2004. – Vol. 185. – P. 127–133.

21. Sim K. The psychological impact of SARS: a matter of heart and mind / K. Sim, H.C. Chua // CMAJ. – 2004. – Vol. 170(5). – P. 811– 812.

22. World Health Organization. Summary table of SARS cases by country 1 November 2002—2007 August 2003. Geneva (CH): WHO; 2003. SARS Commission. Spring of fear, volumes 1, 2 and 3. Toronto (ON): SARS Commission (Canada); 2006.

23. World Health Organization. Summary table of SARS cases by country 1 November 2002—2007 August 2003. Geneva (CH): WHO; 2003.

24. Wu P. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk / P. Wu, Y. Fang, Z. Guan, et al. // Can J Psychiatry. – 2009. – Vol. 54(5). – P. 302– 311.

25. Lee SH, Juang YY, Su YJ, Lee HL, Lin YH, Chao CC. Facing SARS: psychological impacts on SARS team nurses and psychiatric services in a Taiwan general hospital. Gen Hosp Psychiatry 2005;27:352–358

26. Khalid I, Khalid J, Qabajah M, Barnard A, Qushmaq I: Healthcare Workers Emotions, Perceived Stressors and Coping Strategies During a MERS-CoV Outbreak. Clinical medicine & research 2016; 14(1):7-14.

https://doi.org/10.3121/cmr.2016.1303

27. Kubb, C., & Foran, H. M. (2020). Measuring COVID-19 Related Anxiety in Parents: Psychometric Comparison of Four Different Inventories. JMIR mental health, 7(12), e24507. https://doi.org/10.2196/24507

28. Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. International journal of mental health and addiction, 1–9. Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8

29. Lee SA. Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. Death Stud. 2020;44(7):393-401. doi: 10.1080/07481187.2020.1748481. Epub 2020 Apr 16. PMID: 32299304.

30. McElroy, E., Patalay, P., Moltrecht, B., Shevlin, M., Shum, A., Creswell, C., & Waite, P. (2020). Demographic and health factors associated with pandemic anxiety in the context of COVID-19. British Journal of Health Psychology, 25(4). https://doi.org/10.1111/bjhp.12470

31. Taylor, S., Landry, C. A., Paluszek, M. M., Fergus, T. A., McKay, D., & Asmundson, G. (2020). Development and initial validation of the COVID Stress Scales. Journal of anxiety disorders, 72, 102232. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102232

32. Arpaci, I., Karataş, K., & Baloğlu, M. (2020). The development and initial tests for the psychometric properties of the COVID-19 Phobia Scale (C19P-S). Personality and individual differences, 164, 110108. https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110108

33. Lee S. A. (2020). How much "Thinking" about COVID-19 is clinically dysfunctional? Brain, behavior, and immunity, 87, P. 97–98. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.067

34. Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic:

implications and policy recommendations. General psychiatry, 33(2), e100213. https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213

35. Sanghera, J., Pattani, N., Hashmi, Y., Varley, K. F., Cheruvu, M. S., Bradley, A., & Burke, J. R. (2020). The impact of SARS-CoV-2 on the mental health of healthcare workers in a hospital setting-A Systematic Review. Journal of occupational health, 62(1), e12175. https://doi.org/10.1002/1348-9585.12175

36. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. Lancet Psychiatry. 2020;7(4):300-2. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0

PMID: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32085840

37. Wang C, Pan R, Wan X, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(5):1729.

https://dx.doi.org/10.3390%2Fijerph17051729

PMID: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32155789

38. Qiu J, Shen B, Zhao M, et al. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. Gen Psychiatr. 2020;33(2):e100213.

https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213

PMID: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32215365

39. Dai Y, Hu G, Xiong H, Qiu H, Yuan X. Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China. MedRxiv. 2020. https://doi.org/10.1101/2020.03.03.20030874

40. Liu S, Yang L, Zhang C, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. Lancet Psychiatry. 2020; 7(4): 17-8.

https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8

PMID: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32085841

41. Shigemura J, Ursano RJ2, Morganstein JC2, Kurosawa M1,3, Benedek DM2. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. Psychiatry Clin Neurosci. 2020;74(4):281-2. https://doi.org/10.1111/pcn.12988 PMID: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32034840

42. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 epidemic in China: a web-based cross-sectional survey. MedRxiv. 2020. https://doi.org/10.1101/2020.02.19.20025395

43. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet. 2020;395(10227):912-20. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8

PMID: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32112714

44. Chen Q, Liang M, Li Y, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. Lancet Psychiatry. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X PMID: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32085839

45. Liebrenz M, Bhugra D, Buadze A,Schleifer R. Caring for persons in detention suffering with mental illness during the Covid-19 outbreak. Forensic Science International: Mind and Law. 2020; 1:100013. https://doi.org/10.1016/j.fsiml.2020.100013

46. Park SC, Park YC. Mental Health Care Measures in Response to the 2019 Novel Coronavirus Outbreak in Korea. Psychiatry Investig. 2020;17(2):85-6. DOI: https://doi.org/10.30773/pi.2020.0058 PMID: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32093458

47. Xiang YT, Yang Y, Li W, etal. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. Lancet Psychiatry. 2020;7(3): 228-229. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8

PMID: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32032543.

48. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak / Q. Chen et al. The Lancet Psychiatry. 2020. Vol. 7, No. 4. P. e15-e16. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X.

49. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society / Y. Bao et al. Lancet (London, England). 2020. Vol. 395, No. 10224. P. e37-e38. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30309-3.

50. COVID-19 in Wuhan: Immediate Psychological Impact on 5062 Health Worker/ Z. Zhu et al. Psychiatry and Clinical Psychology. 2020.

51. Chan A. O., Huak C. Y. Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore. Occupational Medicine(Oxford, England). 2004. Vol. 54, No. 3. P. 190-196. https://doi.org/10.1093/occmed/kqh027.

52. Shultz J. M., Baingana F., Neria Y. The 2014 Ebola outbreak and mental health: current status and recommended response. JAMA. 2015. Vol. 313, No. 6. P. 567-568. https://doi.org/10.1001/jama.2014.17934.

53. Huang Y., Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 epidemic in China: a web-based cross-sectional survey. Epidemiology. 2020. Feb. URL: http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.02.19.

54. Predeployment Sleep Duration and Insomnia Symptoms as Risk Factors for New-Onset Mental Health Disorders Following Military Deployment / P. Gehrman et al. Sleep. 2013. Vol. 36, No. 7. P. 1009-1018. https://doi.org/10.5665/sleep.2798.

55. Mental health status among family members of health care workers in Ningbo, China during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) outbreak: a Cross-sectional Study / Y. Ying et al. Psychiatry and Clinical Psychology. 2020.

56. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus / L. Kang et al. The Lancet Psychiatry. 2020. Vol. 7, No. 3. P. e14. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X.

57. Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak / A. M. Lee et al. Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie. 2007. Vol. 52, No. 4. P. 233-240.
https://doi.org/10.1177/070674370705200405.

58. Immediate and sustained psychological impact of an emerging infectious disease outbreak on health care workers / G. M. McAlonan et al. Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie. 2007. Vol. 52, No. 4. P. 241-247. https://doi.org/10.1177/070674370705200406.

59. Impact on health care workers employed in highrisk areas during the Toronto SARS outbreak / R. Styra et al. Journal of Psychosomatic Research.2008. Vol. 64, No. 2. P. 177-183. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.07.015.

60. Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic / X. Liu et al. Comprehensive Psychiatry. 2012. Vol. 53, No. 1. P. 15-23.
https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2011.02.003.

61. Rubin G. J., Wessely S. The psychological effects of quarantining a city. BMJ. 2020. P. m313.

62. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence / S. K. Brooks et al. The Lancet. 2020. Vol. 395, No. 10227. P. 912-920. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8.

63. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control / Z. Li et al. Brain, Behavior, and Immunity. 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/ j.bbi.2020.03.007.

64. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak / World Health Organization. 2020.
URL: https://apps.who.int/iris/handle/10665/331490.

65. Lederer E. M. Red Cross says 208 COVIDrelated attacks on health workers: The Associated Press.
URL: https://apnews.com/5156fc838534d6690522ee45afcffefcAP NEWS.

66. Petrikov S., Kholmogorova A. et al.: Professional Burnout, Symptoms of Emotional Disorders and Distress among Healthcare Professionals during the COVID-19 Epidemic. Counseling Psychology and Psychotherapy. 2020. Vol. 28, no. 2, pp. 8-45. doi: https://doi.org/10.17759/cpp.2020280202.

67. Yuryeva L. N. Educational Programs for Burnout Prevention among Healthcare Professionals in Mental Health. Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology.2019. Vol. 10, No. 2. P. 345-352.

68. Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R et al.: Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. Brain, behavior, and Immunity 2020; 88:916-19. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.007

69. Ho C. S., Chee C. Y., HoR. C. Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 Beyond Paranoia and Panic. Annals of the Academy of Medicine. (Singapore). 2020. Vol. 49, No. 3. P. 155-160.

70. Kisely S., Warren N., McMahon L., et al. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis [Электронный ресурс] // BMJ. 2020. URL: https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1642. doi: 10.1136/bmj.m1642.

71. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak / S. Liu et al. The Lancet. Psychiatry. 2020. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-.

72. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk / P. Wu et al. Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie. 2009. Vol. 54, No. 5. P. 302-311. https://doi.org/10.1177/070674370905400504.

73. Psychological distress of nurses in Taiwan who worked during the outbreak of SARS / C.-S. Chen, et al. Psychiatric Services (Washington, D.C.). 2005. Vol. 56, No. 1. P. 76-79. https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.1.76.

74. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak / S. Liu et al. The Lancet. Psychiatry. 2020. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8.

75. Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital / J. Zhang et al. Precision Clinical Medicine. 2020. Vol. 3, No. 1. P. 3-8. DOI: https://doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa006.

76. National Health Commission of China. A notice on the issuance of guidelines for emergency psychological crisis intervention in pneumonia for novel coronavirus infections.http://www.nhc.gov.cn/xcs/zhengcwj/202001/ 6adc08b966594253b2b791be5c3b9467.shtml (in Chinese).

77. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. WHO reference number: WHO/2019-nCoV/MentalHealth/2020.1 https://www.who.int/publications-detail/mental-health-and-psychosocial-considerations-during-the-covid-19-outbreak

78. Ho CS. Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 Beyond Paranoia and Panic.Article in Press | 'Online First' Access http://www.annals.edu.sg/pdf/special/COM20043_HoCSH_2.pdf.

79. Чабан О.С., Хаустова О.О. Психічне здоров'я в період пандемії COVID-19 (особливості психологічної кризи, тривоги, страху та тривожних розладів). НЕЙРОNEWS. 2020. Т. 114, № 3. С. 26-36.

80. Hempler N, Joensen LE, Willaing I: Relationship between social network, social support and health behaviour in people with type 1 and type 2 dia- betes: Cross-sectional studies. BMC Public Health, 2016; 16: 198.

81. Utz S, Breuer J: The relationship between use of social network sites, online social support, and wellbeing: Results from a six-wave longitudinal study. J Media Psychol, 2017; 29(3): 115–25.

82. Adamczyk K, Segrin C: Perceived social support and mental health among single vs. partnered polish young adults. Curr Psychol, 2015; 34(1): 82–96

83. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB: Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. PLoS Med, 2010; 7(7): e1000316.

84. Digital and telephone supports for mental health during COVID-19/ Australian Government, 11 Sept. 2020. – 3 p. https://www.health.gov.au/resources/publications/coronavirus-covid-19-digital-and-telephone-support-for-mental-health-during-covid-19

85. Міркування щодо заходів охорони здоров'я та соціальних заходів на робочому місці в контексті COVID-19. Додаток до публікації «Міркування

щодо коригування заходів охорони здоров'я та соціальних питань у контексті COVID-19». Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я; 10 травня 2020 р. https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-public-health-and-social-measures-in-the-workplacein-the-context-of-covid-19.

86. Психічне здоров'я та психосоціальні міркування під час спалаху COVID-19. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я; 18 березня 2020 р. considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af

https: //www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/mental-health

87. Вирішення питань психічного здоров'я та психосоціальних аспектів спалаху COVID-19: тимчасова аналітична записка, версія 1.5. Женева: Міжвідомчий постійний комітет; лютий 2020 р.

https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-l/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20CQVID19%200utbreak%20Readiness%20and%20Response%200perations%20-%20MHPSS 3.pdf.

88. Психічне здоров'я та психосоціальна підтримка під час підготовки до COVID-19, реагування та відновлення: навчальний курс для медичних працівників. Бюро ВООЗ в Україні та Центр громадського здоров'я МОЗ України. 2020. – 13 с.

89. Юр'єва Л.М. Охорона психічного здоров'я медичних працівників в умовах пандемії COVID-19. Медичні перспективи. 2020. Т. 25, № 4. С. 12-21. https://doi.org/10.26641/2307-0404.2020.4.221224).

90. Коронавірус в Україні: кількість зафіксованих випадків на 30 березня [Електронний ресурс] : [Веб-сайт].– Електронні дані.– : РБК 2006-2020.– Режим доступу: https://www.rbc.ua/ukr/news/koronavirus-ukraine-kolichestvo-zafiksirovannyh-1585510625.html (дата звернення 27.11.2020) – Назва з екрана.

91. Коронавірус в Україні: кількість зафіксованих випадків на 23 квітня [Електронний ресурс] : [Веб-сайт].– Електронні дані.– : РБК 2006-2020.– Режим доступу: https://www.rbc.ua/ukr/news/koronavirus-ukraine-kolichestvo-zafiksirovannyh-1587576524.html(дата звернення 27.11.2020) – Назва з екрана.

92. Khalid I. Healthcare Workers Emotions, Perceived Stressors and Coping Strategies During a MERS-CoV Outbreak / I. Khalid, T. J. Khalid, M. R. Qabajah, et al. // Clinical medicine & research. – 2016. - Vol. 14(1) –P. 7–14.

93. Lee S. Facing SARS: psychological impacts on SARS team nurses and psychiatric services in a Taiwan general hospital / S. H. Lee, Y. Y. Juang, Y. J. Su, et. al. // General hospital psychiatry. – 2005. – Vol. 27(5). – P. 352–358.

94. Dillman D. A. Mail and Internet surveys. The tailored design method. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons, Inc., 2000 (Ch. 3: Constructing the questionnaire).

95. Ноэль Э. Массовые опросы: введение в методику демоскопии / Пер. с нем. под ред. Н.С. Мансурова. 2-е изд. М. : «АВА – ЭСТРА», 1993.– 272 с.

96. Аверьянов Л. Я. Социология: искусство задавать вопросы. Издание 2-е, переработанное и дополненное. – М. : 1998. – 357 с.

97. Решетников А. В., Ефименко С. А., Астафьев Л. М. Методика проведения медико-социологических исследований. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003.– 96 с.

98. Styra R., Hawryluck L., Robinson S., Kasapinovic S., Fones C., Gold WL. Impact on health care workers employed in high-risk areas during the Toronto SARS outbreak. J Psychosom Res. 2008; 64(2): P. 177-183.

99. Maunder R., Hunter J., Vincent L., Bennett J., Peladeau N., Leszcz M., Sadavoy J., Verhaeghe LM, Steinberg R., Mazzulli T. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. CMAJ. 2003 May 13; 168 (10): P. 1245-51.

100. Amerio A., Bianchi D., Santi F., Costantini L., Odone A., Signorelli C., Costanza A., Serafini G., Amore M., Aguglia A. COVID-19 pandemic impact on mental health: a web-based cross-sectional survey on a sample of Italian general practitioners. Acta Biomed. 2020 May 11; 91(2): P. 83-88.

101. Nochaiwong S., Ruengorn C., Awiphan R., Ruanta Y., Boonchieng W., Nanta S., Kowatcharakul W., Pumpaisalchai W., Kanjanarat P., Mongkhon P., Thavorn K., Hutton B., Wongpakaran N., Wongpakaran T. Health Outcomes and Mental Health Care Evaluation Survey Research Group (HOME-Survey). Mental health circumstances among health care workers and general public under the pandemic situation of COVID-19 (HOME-COVID-19). Medicine (Baltimore). –June 26, 2020 – Volume 99 – Issue 26 – e20751.

102. Ni My, Yang L., Leung CMC, Li N, Yao XI, Wang Y., Leung GM, Cowling BJ, Liao Q. Mental Health, Risk Factors, and Social Media Use During the COVID-19 Epidemic and Cordon Sanitaire Among the Community and Health Professionals in Wuhan, China: Cross-Sectional Survey. JMIR Ment Health.– May 12, 2020.–7(5): e19009.

103. Wang X., Hegde S., Son C., Keller B., Smith A., Sasangohar F. Investigating Mental Health of US College Students During the COVID-19 Pandemic: Cross-Sectional Survey Study. J Med Internet Res. –Sep 17, 2020.– 22(9): e22817.

104. Evanoff BA, Strickland JR, Dale AM, Hayibor L., Page E., Duncan JG, Kannampallil T., Gray DL. Work-Related and Personal Factors Associated With Mental Well-Being During the COVID-19 Response: Survey of Health Care and Other Workers. J Med Internet Res. Aug 25, 2020.–22(8): e21366.

105. Blake H., Bermingham F., Johnson G., Tabner A. Mitigating the Psychological Impact of COVID-19 on Healthcare Workers: A Digital Learning Package. Int J Environ Res Public Health. 2020 Apr 26, 2020.–17(9): e2997.

106. Ramalho R. Alcohol consumption and alcohol-related problems during the COVID-19 pandemic: a narrative review. Australas Psychiatry. Oct 28, 2020.–(5): P. 524-526.

107. Rehm J., Kilian C., Ferreira-Borges C., Jernigan D., Monteiro M., Parry CDH, Sanchez ZM, Manthey J. Alcohol use in times of the COVID 19: Implications for monitoring and policy. Drug Alcohol Rev. May2020; 39(4): P. 301-304.

108. Dubey MJ, Ghosh R., Chatterjee S., Biswas P., Chatterjee S., Dubey S. COVID-19 and addiction. Diabetes Metab Syndr. Sep-Oct 2020; 14(5): P. 817-823,

109. Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции. – СПб. : Питер, 2006. – 256 с., ил.

110. Interim Briefing Note (1.5) Addressing Mental Health and Psychosocial Aspects of COVID-19 Outbreak. – 2020. – P. 3.

111. Стресс без дистресса / Г. Селье // Журнал неврології ім. Б. М. Маньковського. – 2016. – Т. 4, № 1. – С. 78-89

112. Бодров В.А. Психологический стресс. Развитие и преодоление / В.А. Бодров. – М. : ПЕР СЭ, 2006. – 650 с.

113. Морено Я. Л. Психодрама / пер. с англ. Г. Пимочкиной, Е. Рачковой.– М. : Апрель Пресс : ЭКСМО-Пресс, 2001. – 528 с.

114. Khalid I. Healthcare Workers Emotions, Perceived Stressors and Coping Strategies During a MERS-CoV Outbreak / I. Khalid, T. J. Khalid, M. R. Qabajah, et al. // Clinical medicine & research. – 2016. - Vol. 14(1) –P. 7–14.

https://doi.org/10.3121/cmr.2016.1303

115. Lee S. Facing SARS: psychological impacts on SARS team nurses and psychiatric services in a Taiwan general hospital / S. H. Lee, Y. Y. Juang, Y. J. Su, et. al. // General hospital psychiatry. – 2005. – Vol. 27(5). – P. 352–358. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2005.04.007

116. Lavrakas P, Traugott M, Kennedy C, Holbrook A, Leeuw E, West B. Experimental Methods in Survey Research. Hoboken: John Wiley & Sons Publishing; 2019. p. 544. https://doi.org/10.1002/9781119083771.index

117. Meloun M, Militky J. Statistical data analysis: A practical guide. Woodhead Publishing, Limited; 2011. p. 773. https://doi.org/10.1533/9780857097200

118. Kroenke K, Spitzer R L, Williams J B (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. Journal of General Internal Medicine, 16(9): 606-613.

119. Kroenke, K. & Spitzer, R.L. (2002). The PHQ-9: A new depression and diagnostic severity measure. Psychiatric Annals, 32, 509-521.

120. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med. 2006 May 22;166(10):1092-7. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092. PMID: 16717171.

121. Weiss DS, Marmar CR. The Impact of Event Scale-Revised. In: Wilson JP, Keane TM, editors. Assessing psychological trauma and PTSD. New York: Guildford Press; 1997; 399–411.

122. Sundin EC, Horowitz MJ. Impact of Event Scale: psychometric properties. Br J Psychiatry. 2002 Mar;180:205-9. doi: 10.1192/bjp.180.3.205. PMID: 11872511.

123. Bastien CH, Vallières A, Morin CM (2001) Validation of the in- somnia severity index as an outcome measure for insomnia re- search. Sleep Med 2:297–307. https://doi.org/10.1016/S1389- 9457(00)00065-4

124. Morin CM, Belleville G, Bélanger L, Ivers H (2001) The insomnia severity index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. Sleep 18–20 34:601–608. https:// doi.org/10.1093/sleep/34.5.601

125. Seng L, Seow E, Abdin E et al (2018) Identifying the best sleep measure to screen clinical insomnia in a psychiatric population. Sleep Med 41:86–93. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2017.09.015

126. Kerby, D. S. (2014). The simple difference formula: An approach to teaching nonparametric correlation. Comprehensive Psychology, 3, 2165–2228.

127. R Core Team (2021). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL https://www.r-project.org/

128. Hadley Wickham and Jennifer Bryan (2019). readxl: Read Excel Files. R package version 1.3.1. https://CRAN.R-project.org/package=readxl

129. Alboukadel Kassambara (2021). rstatix: Pipe-Friendly Framework for Basic Statistical Tests. R package version 0.7.0. https://cran.r-project.org/package=rstatix

130. Revelle, W. (2021) psych: Procedures for Personality and Psychological Research, Northwestern University, Evanston, Illinois, USA, https://cran.r-project.org/package=psych Version = 2.1.6.

131. Dominic Comtois (2021). summarytools: Tools to Quickly and Neatly Summarize Data. R package version 1.0.0. https://cran.r-project.org/package=summarytools

132. Adrian Dragulescu and Cole Arendt (2020). xlsx: Read, Write, Format Excel 2007 and Excel 97/2000/XP/2003 Files. R package version 0.6.5. https://cran.r-project.org/package=xlsx

133. Вплив пандемії COVID-19 на працівників та працівниць охорони здоров'я в Україні. Інформаційна записка: лютий 2021/ Моніторингова місія ООН з прав людини : [Електронний ресурс] https://ukraine.un.org/sites/default/files/2021-04/UKR_BN_HealthcareWorkers_25-03-2021.pdf

133. Ільницька Т. Як упоратися зі стресом в умовах пандемії [Електронний ресурс] / Тетяна Ільницька // НЕЙРОNEWS©. – 2020. https://neuronews.com.ua/ua/archive/2020/3%28114%29/pages-6/yak-uporatisya-zi-stresom-v-umovah-pandemiyi#gsc.tab=0

134. Важливі навички в періоди стресу: ілюстроване керівництво [Електронний ресурс] // Всесвітня організація охорони здоров'я. – 2021. https://apps.who.int/iris/handle/10665/339150

ДОДАТОК А

Опитувальник «Психоемоційний стан медичних працівників в період пандемії COVID-19»

Шановні колеги!

Запрошуємо Вас взяти участь в опитуванні щодо психоемоційного стану медичних працівників в період пандемії COVID-19 в Україні. Результати опитування будуть враховані при розробці заходів з подолання негативного впливу пандемії на здоров'я медичних працівників. Анкета є повністю анонімною, на її заповнення Вам знадобиться 10-15 хвилин.

Чи погоджуєтесь Ви взяти участь у цьому опитуванні?

Якщо «Так», будь ласка, дайте відповіді на наступні запитання:

---

1. Стать:

- чоловіча
- жіноча

2. Ваш вік: _____ (років)

3. Заклад охорони здоров'я, в якому Ви працюєте:

- Центр первинної медико-санітарної допомоги
- Амбулаторія сімейної медицини
- Міська багатопрофільна лікарня
- Обласна лікарня
- Центральна районна лікарня
- Інфекційна лікарня
- Інше

4. Місце розташування закладу охорони здоров'я:

- м. Київ
- Обласний центр
- Районній центр
- Інше

5. Відділення:

- Інтенсивної терапії та реанімації
- Інфекційне
- Терапевтичне
- Інше

6. Посада:

- Керівник/ця закладу охорони здоров'я
- Лікар/ка

- Медична сестра
- Молодший медичний персонал
- Інше

7. Стаж роботи за спеціальністю (кількість років): _____

8. Сімейний стан

- Одружений/а
- Неодружений/а
- Розлучений/а
- Громадянський шлюб
- Інше

9. Наявність неповнолітніх дітей:

- Є
- Немає

10. Форма проживання:

- Сам/а
- З родиною
- Інше

11. Чи маєте (мали) Ви безпосередній контакт з хворими на COVID-19 у своєму лікувальному закладі?

- Так
- Ні

12. Кількість хворих на COVID-19, яким Ви надавали допомогу:

- 0
- 1-2
- 3-10
- 11-30
- більше 30

13. Чи потребуєте Ви професійної психологічної підтримки в умовах пандемії?

- Так
- Ні

14. Чи здійснювалися у Вашому закладі заходи щодо підтримки Вашого психічного здоров'я?

- Так
- Ні

14.1. Якщо так, то які саме:

_____

_____

15. Чи здійснюються у Вашому закладі тестування співробітників на COVID-19?

- Так
- Ні

16. Чи отримали Ви щеплення від COVID-19?

- Так
- Ні

17. Чи хворіли Ви на COVID-19?

- Так
- Ні

Ваш емоційний стан:

18. Протягом останніх двох тижнів як часто Вас турбували будь-які з перерахованих проблем?

	Ніколи	Кілька днів	Більше половини часу	Майже щодня
18.1 Зниження інтересу чи відчуття задоволення від виконання справ				
18.2 Поганий настрій, відчуття пригнічення чи безнадії				
18.3Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість				
18.4 Відчуття втоми або зниження енергії				
18.5 Поганий апетит або переїдання				
18.6 Негативне відчуття щодо себе – що ви невдаха або що ви підвели себе чи свою родину				
18.7 Труднощі з концентрацією уваги наприклад, під час читання газети чи перегляду телевізора				
18.8 Сповільненість рухів та мовлення, помітна навіть для оточуючих. Або навпаки,				

надмірна і непритаманна вам метушливість та активність	
18.9 Думки, що було б краще, якби ви померли або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду	

19. Прочитайте твердження нижче і оцініть, як часто за останні два тижні Вас турбували наступні проблеми? Виберіть, будь ласка, один варіант.

	Ніколи	Кілька днів	Більше половини часу	Майже щодня
19.1 Ви нервували, відчували тривогу або були дуже напружені				
19.2 Ви не могли зупинити або контролювати своє хвилювання				
19.3 Ви занадто хвилювались через різні речі				
19.4 Вам було важко розслабитись				
19.5 Ви були настільки неспокійні, що Вам було важко всидіти на одному місці				
19.6 Вам було легко дошкулити або роздратувати				
19.7 Ви відчували страх, неначе щось жахливе може статися				

Вплив пандемії COVID-19:

20. Нижче подано список проблем, з якими люди іноді стикаються під час пандемії COVID-19. Будь ласка, прочитайте кожен пункт, а потім вкажіть, наскільки Вас виснажувала кожна з них протягом останніх 2-х тижнів?

	Зовсім ні	Незначно	Помірно	Сильно	Дуже сильно
20.1 Будь-що, що нагадувало мені про цю подію, викликало почуття, пов’язані з нею					
20.2 Мені було важко спати, я часто прокидався (-лась) уночі					
20.3 З різних причин я знову і знову починав думати про цю подію					
20.4 Я відчував (-ла) роздратування і злість					
20.5 Я намагався не дозволяти собі засмучуватися, коли я думав (-ла) про цю подію, чи щось нагадувало мені про неї					
20.6 Я думав (-ла) про цю подію, хоч і не хотів цього робити (-ла)					
20.7 Я почувався (-лася) так, наче це не відбулося або наче це не було насправді					
20.8 Я намагався (-лася) уникати усього, що могло мені нагадувати про цю подію					
20.9 Картинки про це неочікуване з’являлись у мене в голові					
20.10 Я був (-ла) нервовий (-а), я					

«заводився» з нічого	
20.11 Я намагався (-лася) про це не думати	
20.12 Я знав (-ла), що досі маю багато відчуттів, пов’язаних з цією подією, але я нічого з ними не робив (-ла)	
20.13 Мої відчуття, пов’язані з цим, в певній мірі, притупилися	
20.14 Я помітив (-ла), що я поводжуся або почуваюся так, ніби я знаходжусь в осередку подій	
20.15 Мені було важко засинати	
20.16 На мене хвилями находили сильні відчуття, пов’язані з цим	
20.17 Я намагався (-лася) витіснити це зі своєї пам’яті	
20.18 Мені було важко зосереджуватися	
20.19 Спогади про це викликали у мене фізичні реакції (такі як, потовиділення, важке дихання, нудота або серцебиття та ін.)	
20.20 Це мені снилося	
20.21 Я був постійно насторожі і весь час чекав, що трапиться	

щось погане
20.22 Я намагався (-лася) про це ні з ким не говорити

Якість сну:

21. Будь ласка, оцініть Ваші поточні (тобто за останні два тижні) проблеми зі сном

	Немає	Легка	Помірна	Важка	Дуже важка
21.1Проблема з засинанням					
21.2 Проблема переривчастого сну					
21.3 Проблема занадто раннього пробудження					

22. Наскільки Ви задоволені (або незадоволені) процесом свого сну?

- Дуже задоволений
- Задоволений
- Відносно задоволений
- Незадоволений
- Дуже незадоволений

23. Наскільки помітно для оточуючих те, що проблеми зі сном погіршують якість Вашого життя?

- Зовсім ні
- Незначно
- Помірно
- Сильно
- Дуже сильно

24. Якою мірою Вас непокоять (турбують) поточні проблеми зі сном?

- Зовсім ні
- Незначно
- Помірно
- Сильно
- Дуже сильно

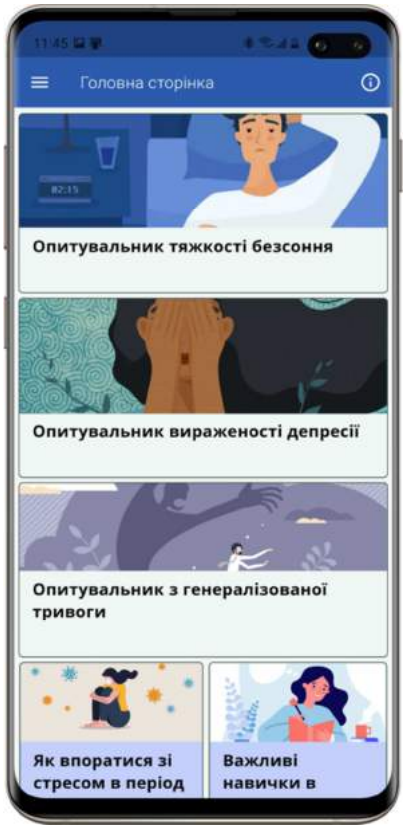
25. Якою мірою, на Вашу думку, Ваші проблеми зі сном заважають Вашому повсякденному функціонуванню (денна втома, здатність

виконувати робочі / щоденні обов'язки, концентрація, пам'ять, настрій і т.п.)?

- Зовсім ні
- Незначно
- Помірно
- Сильно
- Дуже сильно

Для збереження ваших відповідей, будь ласка, натисніть кнопку «Отправить»

Дякуємо за участь в опитуванні!

ДОДАТОК Б

Інтерфейс мобільного застосунку
для онлайн самооцінки психічного стану