

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПЕДІАТРІЇ ТА ДИТЯЧИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ

МАГІСТЕРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
за спеціальністю «Медсестринство»
на тему:
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У
МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ВІДДІЛЕНЬ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Виконала:

Здобувач вищої освіти медико-
психологічного факультету
спеціальність «Медсестринство»

Паламарчук М.І.

Керівник – професор закладу вищої
освіти кафедри педіатрії та дитячих
інфекційних хвороб, д.мед.н. Іванова
Л.А.

Рецензент – доцент закладу вищої
освіти кафедри сімейної медицини,
к.мед.н. Мельничук Л.В.

Рецензент – доцент закладу вищої
освіти кафедри педіатрії та дитячих
інфекційних хвороб, к.мед.н.,
Гарас М.Н.

PECULIARITIES OF PSYCHOLOGICAL AND EMOTIONAL BURDEN OF INTENSIVE CARE UNIT NURSES

ABSTRACT

Background.

In communicative professions, in which the activity involves constant contact with people and excessive emotional burden, working conditions often become the cause of the formation of such a complex and multifaceted phenomenon as emotional burnout syndrome (Yurchenko I., Savchenko I., Buryak O., 2020). Among the factors that may have professional significance and characterize the emotional sphere of medical workers are behavioral plasticity, intellectual maturity, emotionality, empathy, kindness, the ability to establish contact with patients and win their affection, social activity, individuality, emotional stability, etc. (Vasilyeva O.O., Dyadyuk V.V., 2020).

Among the reasons of professional burnout in medical staffs, in particular, nurses, one can single out excessive empathy, inconsistency of experience and knowledge in the performed work, tense relations in the team or with management staffs, insufficient material incentives along with excessive workload of the medical staff with the implementation of professional activities, assignment of additional responsibilities, etc. During the work of nurses in martial law conditions, the above threatening factors are added to the threat of shelling, work in constant potential danger and air alerts conditions, strictly adhere to the regulations of all sanitary and medical procedures, increased requirements for psycho-physical resources, emergency decision-making, and an increase in the number of wounded patients (Kastnerova MS, Babinets LS, Borovyk IO, Botsiuk NE, Migenko BO., 2018).

A separate psychological stress factor for medical staff can be considered work in anesthesiology and intensive care units. Among all medical fields, anesthesiology is considered the most exhausting, as it is associated with everyday psycho-emotional

stress and physical exertion, negative emotions and the toxic effects of inhalation anesthetics (Rybak E.V., 2015).

Psycho-emotional stress and professional burnout of medical staffs lead to a further decrease in the quality of medical care, including the occurrence of medical errors, which dictates the need to identify the risk group and develop preventive measures for these psycho-emotional phenomena.

Purpose of the study: optimization of the work of an intensive care unit nurses by assessment of the psychological and emotional burden peculiarities during managing severe and critical patients.

Research methods: bibliosemantic, sociological (questionnaire), praxemetric, statistical, clinical epidemiology.

Scientific novelty.

The work for the first time analyzed a comprehensive assessment of the professional workload of intensive care units nurses/brothers, indices of emotional burnout, subclinical and manifest anxiety and depression and factors that may cause them in comparison with employees of somatic units. Clinical and epidemiological risk indices of emotional burnout of intensive care units nurses/brothers related to the workplace were determined. Differentiated preventive and corrective measures were substantiated in case of threat and realization of the formation of emotional burnout in intensive care units nurses/brothers.

Theoretical and practical significance.

Determining the peculiarities of the psychoemotional stress development with emotional burnout and signs of subclinical/manifest anxiety and depression in intensive care units nurses/brothers will allow timely and differentiated development of activities for the prevention and correction of these phenomena.

Results of the study.

Analysis of the workload indices of the medical staff in terms of providing anesthetic support, transfusions of blood components, intravenous infusions of glucose-saline solutions and blood substitutes, intravenous injections showed a rather

intense and diverse patient profile (by age - adults and children, surgical/non-surgical) and workload at the workplace with dissatisfaction with the level of salary.

Based on the comparison of the results of verification of signs of emotional burnout, it was established that the dominant phase of emotional burnout in intensive care units nurses/brothers and somatic units is the resistance phase. The most significant in the resistance phase were symptoms from the group of saving emotions and reducing professional duties. Analysis of anxiety phase symptoms showed that intensive care units nurses/brothers reported significantly more severe experiences of traumatic events than did medical staff in somatic units. In the same cohort, there was a significantly higher proportion of nurses/brothers with a score corresponding to subclinical depression.

At the same time, the assessment of the exhaustion phase indices indicates a more pronounced picture of this phase in nurses/brothers of somatic units, in particular, due to symptoms indicating an imbalance in the emotional sphere (emotional deficiency and emotional detachment).

In work experience influence comparing, it was found that intensive care units nurses/brothers of with 15 years of experience and less have a more pronounced assessment of the stress and resistance phases of emotional burnout, as well as a likely more pronounced assessment of the exhaustion phase, i.e., work experience in the intensive care unit is of greater importance for the emotional burnout development, in particular, the signs of this phenomenon are inherent in nurses/brothers in the first 15 years of work.

Identification and involvement of risk groups nurses/brothers of the development and implementation of professional burnout and/or subclinical/manifest anxiety/depression in informal education activities to improve professional skills is considered a promising direction in the modern system of continuous professional development of healthcare professionals, and can serve as an indirect or direct preventive and corrective strategy for the prevention and correction of emotional burnout among healthcare staffs.

Conclusions.

1. The main prerequisites and reasons for the psychological and emotional burden on intensive care units nurses/brothers in comparison with the somatic units staff can be identified as mostly vertical structure of influence, specialization and affiliation, in particular, generally related to the harmfulness and burden in intensive care units, including on the example of a specific place of work, provided dissatisfaction with the level of salary.

2. The dominant phase of emotional burnout in somatic and intensive care units nurses/brothers was the resistance phase, with a more pronounced assessment of the anxiety phase and a probably larger proportion of persons with subclinical depression among intensive care units medical staffs, while a more pronounced assessment and a larger proportion of exhaustion phase persons were recorded among the somatic units medical staff. Thus, employment in an intensive care unit indicates a relative risk of experiencing signs of psychotraumatic circumstances of 1,5 (95% CI 1,0-2,3) with an odds ratio of 2,7 (95% CI 1,0-7,4), while employment in somatic units indicates a risk of development the components of the exhaustion phase (emotional deficit and emotional detachment – 1,6 (95% CI 1,0-2,6).

3. Longer professional experience had an adaptive mechanism for intensive care units nurses/brothers regarding the assessment of exhaustion phases, which was probably more pronounced in respondents-specialists of somatic units.

4. To prevent and eliminate professional burnout, participation in short-term classes of continuous professional development of an indirect and direct type according to the professional activity profile is proposed.

Recommendations.

It is advisable for departments managers to determine and assess the professional burnout of nurses/brothers with the identification of risk groups and the subsequent priority involvement of their members in differentiated classes of continuous professional development. Thus, when assessing the phases of emotional burnout according to the V.V. Boyko method of 40-60 points and/or 8-10 points on

the HADS scale, preventive trainings according to the staff work place profile that contribute to the improvement of professional competencies are appropriate. When assessing the phases of emotional burnout according to the method of V.V. Boyko more than 60 points and/or 11 and above on the HADS scale, it is advisable to involve nurses/brothers-respondents in corrective activities with psychotraining elements.

List of publications of the applicant on the topic of the study.

Approbation of the results of the work.

The main scientific provisions, conclusions and practical recommendations were reported and discussed at: IX International Scientific and Practical Conference of Students and Young Scientists "Vectors of student self-government in the higher educational system", April 18-19, 2024, Chernivtsi; X Scientific and Practical Conference of Students and Young Scientists "Current problems in pediatrics", February 27, 2025, Kharkiv.

Publications.

3 scientific works were published on the topic of the master's scientific and qualification work, including 1 article in a professional publication, 2 abstracts of reports in the materials of scientific and practical conferences and congresses.

Keywords: nurses/brothers, intensive care, professional burnout, psycho-emotional stress, continuous professional development.

АНОТАЦІЯ

Актуальність.

У комунікативних професіях, в яких діяльність передбачає постійний контакт із людьми та надмірну емоційну насиченість, умови праці часто стають причиною формування такого складного та багатогранного явища, як синдром емоційного вигорання (Юрченко І., Савченко І., Буряк О., 2020). Серед чинників, які можуть мати професійну значущість та характеризувати емоційну сферу медичних працівників, є пластичність поведінки, зрілість інтелекту, емоційність, емпатія, люб'язність, уміння налагодити контакт з пацієнтами та завойовувати у них прихильність, соціальна активність, індивідуальність, емоційна стійкість тощо (Васильєва О.О., Дядюк В.В., 2020).

Серед причин професійного вигорання у медичних працівників, зокрема, медичних сестер, можна виділити надмірну емпатію, невідповідність досвіду та знань у роботі, яку виконують, напружені відносини в колективі або з керівництвом, недостатнє матеріальне заохочення поряд із надмірною завантаженістю медичного працівника із здійсненням професійної діяльності. покладання додаткових обов'язків тощо. Під час роботи медичних сестер в умовах військового стану до наведених вище загрозливих факторів додаються загроза обстрілів, робота в умовах постійної потенційної небезпеки та повітряних тривог, необхідність чіткого дотримання регламентів проведення всіх санітарно-медичних процедур, підвищення вимог до психо-фізичних ресурсів, екстрене прийняття рішень, збільшення кількості пацієнтів поранень (Кастнерова МС, Бабінець ЛС, Боровик ІО, Боцюк НЄ, Мігенько БО., 2018).

Окремим психонавантажувальним фактором для середнього медичного персоналу можна вважати роботу в умовах відділень анестезіології та інтенсивної терапії. Серед усіх медичних галузей анестезіологія вважається найбільшою виснажливою, оскільки вона пов'язана з повсякденним психоемоційним напруженням і фізичним навантаженням, негативними емоціями та токсичною дією інгаляційних анестетиків (Рибак Є.В., 2015).

Психоемоційне навантаження та професійне вигорання медичного персоналу зумовлює в подальшому зниження якості надання медичної допомоги, в т.ч. виникнення медичних помилок, що диктує необхідність визначення групи ризику та розробки профілактичних заходів щодо вказаних психоемоційних феноменів.

Мета дослідження: оптимізація роботи медичної сестри відділення інтенсивної терапії шляхом вивчення особливостей психоемоційного навантаження при веденні пацієнтів у тяжкому та критичному стані.

Методи дослідження: бібліосемантичний, соціологічний (анкетного опитування), праксиметричний, статистичний, клінічної епідеміології.

Наукова новизна одержаних результатів.

У роботі вперше проведено комплексну оцінку професійного навантаження медичних сестер/братів відділень інтенсивної терапії, показників емоційного вигорання, субклінічної та маніфесної тривоги та депресії та чинників, які можуть їх зумовлювати у порівнянні з співробітниками соматичних відділень. Визначено показники клінічно-епідеміологічного ризику емоційного вигорання медичних сестер/братів відділень інтенсивної терапії, пов'язані із місцем праці. Обґрунтовані диференційовані превентивні та коректувальні заходи у випадку загрози та реалізації формування емоційного вигорання у медичних сестер/братів відділень інтенсивної терапії.

Теоретичне та практичне значення одержаних результатів.

Визначення особливостей формування психоемоційного навантаження з емоційним вигоранням та ознаками субклінічної/маніфесної тривоги та депресії у медичних сестер/братів відділень інтенсивної терапії дозволить вчасно та диференційовано розробити заходи профілактики та корекції вказаних явищ.

Результати дослідження. Аналіз показників завантаженості середнього медичного персоналу в аспекті забезпечення анестезіологічного супроводу, трансфузій компонентів крові, проведення внутрішньовенних інфузій глюкозо-сольових розчинів та кровозамінних рідин, довенних ін'єкцій засвідчив досить

інтенсивне та різнопланове щодо профілю пацієнтів (за віком – дорослі та діти, хірургічні/нехірургічні) та навантаження на робочому місці з незадоволенням рівнем заробітної плати.

На підставі порівняння результатів верифікації ознак емоційного вигорання встановлено, що домінують фазою емоційного вигорання в медичних сестер/братів відділень інтенсивної терапії та соматичних відділень є фаза резистенції із симптомами, які формуються або сформованими ознаками. Найбільш значимими у фазі резистенції виявилися симптоми з групи економії емоцій та редукції професійних обов'язків. Аналіз симптомів фази тривоги засвідчив вірогідно виразнішу оцінку переживання психотравматичних обставин відзначалися у медичних сестер/братів відділень інтенсивної терапії у порівнянні зі медичними працівниками соматичних відділень. У цій же когорті відзначалася вірогідно більша частка медичних сестер/братів із оцінкою, що відповідала субклінічній депресії.

Водночас оцінка показників фази виснаження свідчить про виразнішу картину даної фази у медичних сестер/братів соматичних відділень, зокрема, за рахунок симптомів, що вказують на дисбаланс емоційної сфери (емоційний дефіцит та емоційна відстороненість).

При порівнянні впливу стажу роботи встановлено, медичні сестри/брати відділень інтенсивної терапії зі стажем 15 років і менше мають виразнішу оцінку фази напруги та резистенції емоційного вигорання, а також вірогідно виразнішу оцінку фази виснаження, тобто стаж роботи в умовах відділення інтенсивної терапії має більше значення для формування емоційного вигорання, зокрема, ознаки даного явища притаманні для медичних сестер/братів в перші 15 років роботи.

Виявлення та залучення медичних сестер/братів груп ризику формування та реалізації професійного вигорання та/або субклінічної/маніфесної тривоги/депресії до заходів неформальної освіти з метою підвищення професійної майстерності вважається перспективним напрямком у сучасній

системі безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я, та може слугувати опосередкованою або безпосередньою превентивною та коректувальною стратегією профілактики та корекції емоційного вигорання серед медичних працівників середньої ланки.

Висновки.

1. Основними передумовами та причинами психоемоційного навантаження на медичних сестер/братів відділень інтенсивної терапії у порівнянні із персоналом соматичних відділень можна виділити здебільшого вертикальну структуру впливу, профільність та афіліацію, зокрема, пов'язано загалом з шкідливостями та навантаженням у відділеннях інтенсивної терапії, в т.ч. на прикладі конкретного місця роботи за умови невдоволеністю рівнем оплати праці.

2. Домінуючою фазою емоційного вигорання у медичних сестер/братів соматичних відділень та відділень інтенсивної терапії виявилася фаза резистенції, при чому у медичних працівників середньої ланки відділень інтенсивної терапії спостерігалася виразніша оцінка фази напруги, та вірогідно більша частка осіб з субклінічною депресією, натомість в медичного персоналу соматичних відділень зафіксована виразніша оцінка та більша частка осіб з ознаками фази виснаження. Так, працевлаштування у відділення інтенсивної терапії вказує на відносний ризик ознак переживання психотравматичних обставин 1,5 (95% ДІ 1,0-2,3) при співвідношенні шансів 2,7 (95% ДІ 1,0-7,4), водночас, працевлаштування у соматичних відділеннях вказує на ризик реалізації компонентів фази виснаження (емоційного дефіциту та емоційної відстороненості – 1,6 (95% ДІ 1,0-2,6).

3. Триваліший стаж володів адаптивним механізмом для медичних сестер/братів відділень інтенсивної терапії стосовно оцінки фаз виснаження, яка була вірогідно виразнішою у респондентів-фахівців соматичних відділень.

4. З метою профілактики та усунення професійного вигорання запропоновано участь у короткотермінових заходах безперервного

професійного розвитку опосередкованого та безпосереднього характеру за профілем фахової діяльності.

Рекомендації. Керівникам підрозділів доцільно проводити визначення та оцінку професійного вигорання медичних сестер/братів з виокремленням груп ризику та наступним першочерговим залученням їх членів до диференційованих заходів безперервного професійного розвитку. Так, при оцінці фаз емоційного вигорання за методикою В.В. Бойка 40-60 балів та/або 8-10 балів за шкалою HADS доречними є заходи за профілем діяльності превентивного плану у вигляді тренінгів, що сприяють підвищенню професійних компетенцій. При оцінці фаз емоційного вигорання за методикою В.В. Бойка більше 60 балів та/або 11 і вище за шкалою HADS доцільно залучати медичних сестер/братів-респондентів до заходів коректувального типу з елементами психотренінгів.

Перелік публікацій здобувача за темою дослідження.

Апробація результатів дисертації.

Основні наукові положення висновки та практичні рекомендації доповідались та обговорювались на: IX Міжнародній науково-практичній конференції студентів і молодих учених «Вектори діяльності студентського самоврядування в системі вищої освіти», 18-19 квітня 2024 року; X науково-практичній конференції студентів та молодих вчених "Проблеми сьогодення в педіатрії", 27 лютого 2025, Харків.

Публікації.

За темою магістерської науково - кваліфікаційної роботи опубліковано 3 наукових праці, з них 1 стаття у фаховому виданні, 2 тез доповідей у матеріалах науково-практичних конференцій, конгресів та з'їздів.

Ключові слова: медичні сестри/брати, інтенсивна терапія, професійне вигорання, психоемоційне навантаження, безперервний професійний розвиток.

ЗМІСТ

	Стор.
АНОТАЦІЯ	2
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	15
ВСТУП	16
РОЗДІЛ 1 ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	19
1.1. Стресогенність професійної діяльності медичних сестер	19
1.2. Пандемія COVID-19 та воєнний стан як додаткові навантажувальні чинники в роботі медичної сестри	21
1.3. Сучасні парадигми формування синдрому емоційного вигорання	24
1.4. Медсестринство як спеціальність з високим ризиком формування синдрому емоційного вигорання	27
1.5. Сучасні аспекти формування психоемоційного навантаження у медичного персоналу відділень анестезіології та інтенсивної терапії	34
РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ	42
2.1. Загальна характеристика респондентів	42
2.2. Методи та методики дослідження	43
2.3. Методи аналізу	44
2.4. Забезпечення вимог біоетики	45
РОЗДІЛ 3. ФОРМУВАННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У МЕДИЧНИХ СЕСТЕР/БРАТІВ ВІДДІЛЕНЬ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ	46
РОЗДІЛ 4. ОСОБЛИВОСТІ ФЕНОМЕНУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ СЕСТЕР/БРАТІВ ВІДДІЛЕНЬ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ	54
РОЗДІЛ 5. ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ СЕСТЕР/БРАТІВ З РІЗНИМ СТАЖЕМ РОБОТИ	60
РОЗДІЛ 6 ОБГРУНТУВАННЯ ЗАЛУЧЕННЯ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР/БРАТІВ ДО	70

ОСВІТНІХ ЗАХОДІВ У ПОПЕРДЖЕННІ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ	
РОЗДІЛ 7 АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ	74
ВИСНОВКИ	78
РЕКОМЕНДАЦІЇ	79
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	80
ДОДАТКИ	90

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ВР – відносний ризик

ДІ – довірчий інтервал

ЄЕС – Європейський союз

КНП – комунальне некомерційне підприємство

МКХ – міжнародна класифікація хвороб

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

СШ – співвідношення шансів

ЦМКЛ – центральна міська клінічна лікарня»

HADS – Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale)

SARS-CoV-2 – коронавірус, що викликає тяжкий гострий респіраторний дистрес-синдром II типу

ВСТУП

Актуальність. Синдром емоційного вигорання є наслідком хронічного стресу, пов'язаного з роботою, і в 2-3 рази вищий у працівників сфери практичної охорони здоров'я, ніж серед представників інших професій. Формування синдрому у медичних працівників негативно впливає на якість догляду за пацієнтами через збільшення недоліків у наданню медичної допомоги та збільшенню ризику медичних помилок, зниження емпатії та продуктивності на роботі. Незважаючи, що синдром професійного вигорання вперше був описаний Клодом Вейлем у Франції ще в 1959 році, а також Фройденбергером в 1975 році (Veyssier-Belot, 2015), увага до цього феномена у країнах Західної Європи була недостатньою впритул до 2000-х років [1].

В медичній галузі професійні обов'язки медичних працівників пов'язані з високим ступенем відповідальності за життя та здоров'я інших, що вимагає термінового прийняття фахових рішень, самодисципліни, здатності зберігати високу працездатність в екстремальних умовах, емоційного впливу, постійного психологічного та інтелектуального напруження. Робота в таких стресових ситуаціях впливає не тільки на якість медичного обслуговування, але й є ризиком захворюваності серед медичних працівників. Згідно з дослідженнями, проведеними в різних країнах світу, серед лікарів та медичного персоналу закладів охорони здоров'я рівень вигорання коливається від 31,4% до 85,8%, в Україні цей показник вищий і коливається від 73% до 89,3% [2].

Медичні сестри/медичні брати зазнають значного стресу, втоми, тривоги та інших психологічних труднощів при виконанні своїх професійних обов'язків. Оцінка їх психоемоційного стану є важливою не лише для збереження їх власного добробуту, але й для забезпечення ефективності надання медичної допомоги. Працюючи у надзвичайно напружених умовах і стикаючись зі стресом на роботі, вони можуть відчувати підвищену потребу в соціальній підтримці та спілкуванні з колегами і сім'єю. Психічний стан медичного персоналу безпосередньо впливає на якість медичної допомоги, яку

вони надають. Медичні сестри, які пережили стресові ситуації, можуть мати знижену концентрацію, в них виникають втома та інші симптоми, що впливають на їх здатність взаємодіяти з пацієнтами і забезпечувати високий рівень надання медичних послуг. Тому дослідження психоемоційного стану медичних сестер є важливим для вчасного виявлення можливих проблем і вжиття заходів з метою підтримки їх психічного здоров'я [3].

Вигорання, яке характеризується емоційним виснаженням, деперсоналізацією та зниженням особистих досягнень, створює значний тягар для здоров'я та психічного благополуччя окремих медичних сестер. Оскільки все більше доказів підкреслює несприятливі наслідки професійного вигорання для професіоналів медичної галузі, пацієнтів та закладів охорони здоров'я, вкрай важливо дослідити вигорання медичних сестер у системі охорони здоров'я [4].

Об'єкт і предмет дослідження

Об'єкт дослідження: медичні сестри та брати медичні, що працюють у відділеннях інтенсивної терапії Чернівецької області.

Предмет дослідження: професійні компетентності медичної сестри відділення інтенсивної терапії, результати анкетування щодо рівня тривожності, стресостійкості, професійного вигорання.

Мета і завдання дослідження

Мета дослідження: Оптимізація роботи медичної сестри відділення інтенсивної терапії шляхом вивчення особливостей психоемоційного навантаження при веденні пацієнтів у тяжкому та критичному стані.

Завдання дослідження:

1. Вивчити рівень професійного навантаження медичної сестри в умовах роботи у відділенні інтенсивної терапії.
2. Оцінити прояви синдрому емоційного вигорання в професійній діяльності медичних сестер відділень інтенсивної терапії. .

3. Дослідити рівень тривожності та депресії у медичних сестер відділень інтенсивної терапії

4. Запропонувати заходи щодо профілактики та корекції синдрому професійного вигорання та інших психоемоційних розладів у медичних сестер, що працюють у відділеннях інтенсивної терапії.

Методи дослідження: бібліосемантичний, соціологічний (анкетного опитування), праксиметричний, статистичний.

РОЗДІЛ І

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1. Стресогенність професійної діяльності медичних сестер

Стрес є неминучою частиною сучасного життя, що включає як психологічні, так і фізіологічні компоненти [5]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, сьогодні стрес на роботі став поширеною і дороговартісною проблемою та в усіх його формах охоплює близько 90 % населення планети. У контексті роботи стрес пов'язаний із ситуаціями, коли робочі вимоги перевищують здатність працівника впоратися з ними або коли наявні умови та ресурси не достатні для задоволення цих вимог. Вважається, що стрес є головною причиною 80 % усіх виробничих травм і 40 % фінансового тягара на робочому місці [6]. Професійний стрес є універсальним явищем серед професіоналів; проте люди, які борються з ним, досягають успіху у своєму професійному житті [5].

Хоча стрес, пов'язаний з професійною діяльністю, наявний в усіх професіях, сфера діяльності з наданням послуг безпосередньо людям, пов'язана з високим рівнем стресу. Медичні сестри є тим медичним персоналом, який проводить найбільшу кількість часу з пацієнтами, охоплює всі сфери медичної мережі та відчуває серйозний вплив стресу на робочому місці [7].

Медичні сестри є найбільшою робочою силою в секторі охорони здоров'я, а нездорове робоче середовище є одним із важливих факторів, що сприяють дефіциту сестринського персоналу в усьому світі. Оскільки в системі охорони здоров'я медсестринський персонал виконує різні ролі та функції з конкретними обов'язками залежно від посади, то стресори та загалом робочий стрес, які відчувають медичні сестри, можуть відрізнятися [8], а чинники, що призводять до стресового навантаження є досить різноманітні та варіабельні [6].

Стрес під час професійної діяльності медичних сестер може вплинути на якість їхнього життя та, водночас, на якість сестринського догляду. Якість життя медичних сестер, які працюють у сфері охорони здоров'я та збереження життя населення, має особливе значення, оскільки більш ефективні послуги можуть надаватися фахівцями з кращою якістю життя [9].

Медичні сестри знаходяться в тісному контакті з пацієнтами, і такі фактори, як місце роботи, різноманітність випадків, нестача робочої сили, вимушені понаднормові години та ставлення адміністрації можуть спричиняти та/або посилювати чи підтримувати професійний стрес. Хоча стрес є визнаним компонентом сучасного медсестринства, що навіть може бути мінімально дозовано корисним, у довгостроковій перспективі може сприяти виникненню хронічних захворювань, зокрема, в першу чергу, серцево-судинної системи. Крім того в аспекті перспективи, стрес на робочому місці може стати тригером звільнення з роботи, конфліктів з колегами, зниження креативності та професійної задоволеності, правильного та своєчасного прийняття рішень, відчуття неадекватності та депресії, огиду та втому від роботи, та, як наслідок – зниження якості медсестринського догляду та збільшують ймовірність виробничих травм. Результатом стресу, пов'язаного з роботою, є втрата співчуття до пацієнтів і збільшення кількості практичних помилок, і тому він несприятливо позначається на якості надання медичної допомоги [10, 11].

Отже, через неминучість деяких стресових факторів у професії медичної сестри, необхідно сприяти покращанню їх психологічного стану з наступним покращенням якості життя [10]. Оскільки негативними стресовими чинниками у роботі медичної сестри вважаються недостатній персональний кваліфікаційний рівень, проблеми в організації праці щодо її дизайну та стиль керівництва [10], тому зменшення впливу зазначених чинників може бути досягнуте заходами підвищення кваліфікації, унормування режиму праці та стосунків з адміністрацією [12].

Вплив відчутного стресу на здоров'я медичних сестер залежить від їх здатності справлятися з проблемами та стійкості. Однак професії медичної сестри властивий найвищий рівень стресу, який зумовлюють різні причини: робоче навантаження, погані міжособистісні стосунки між пацієнтами і колегами та фактори здоров'я. Медичні працівники піддаються більшому ризику виникнення проблем із психічним здоров'ям, водночас в надзвичайних ситуаціях саме медичні сестри, як правило, стикаються з вищим рівнем негативних наслідків для психічного здоров'я порівняно з лікарями [6].

Таким чином, стрес, пов'язаний з професійною діяльністю на робочому місці медичної сестри прямо чи опосередковано в цілому впливає на якість надання медичних послуг [13].

1.2. Пандемія COVID-19 та воєнний стан як додаткові навантажувальні чинники в роботі медичної сестри

Однією з надзвичайних ситуацій світового масштабу в останні роки, що безпосередньо була пов'язана із сферою охорони здоров'я, була пандемія COVID-19, а особи, які зазнавали безпосереднього впливу захворювання внаслідок професійної діяльності частіше мали симптоми пост-травматичного стресу [6]. Окрім стресу, у частини середнього медичного персоналу виявлені відповідні ознаки депресії. Водночас частина середнього медичного персоналу на початку пандемії продемонструвала високий рівень стресостійкості, незважаючи на надзвичайний характер у сфері охорони здоров'я. Установлено, що саме достатність чи недостатність професійної кваліфікації змогла сильно вплинути на формування стресостійкості медичних сестер або, навпаки, спричиняли розвиток стресу і депресії відповідно [14].

Високий ризик інфікування COVID-19 збільшувало навантаження на медичних працівників, які безпосередньо брали участь у діагностиці, лікуванні та догляді за пацієнтами з новою коронавірусною хворобою. Особливо це

стосується медичних сестер, оскільки вони є найбільшою когортою медичного персоналу та знаходяться безпосередньо з пацієнтами найбільш тривало за часом. У боротьбі з раптовою надзвичайною ситуацією, працюючи з високим ризиком зараження, вказані факти можуть призвести до проблем із психічним здоров'ям у вигляді не лише стресу, а й тривоги та депресії [15].

Медичні сестри/медичні брати, як фахівці, які прямо контактували з пацієнтами, могли переживати емоційне вигорання, особливо під час кризових ситуацій, таких, як масові ураження, пандемія. Вони зазнають значного фізичного, психічного та емоційного тиску від великого обсягу роботи, високого ризику зараження і важливості їх внеску в боротьбу із захворюванням [4].

Окрему негативну роль відіграла імуносупресивність професійного стресу в умовах пандемії COVID-19, що, у свою чергу, могло не лише збільшити ризик зараження медичних сестер коронавірусною хворобою, зумовленою вірусом SARS-CoV-2, але й знизити якість та безпеку медичної допомоги та призвести до погіршення результатів лікування пацієнтів та підвищення витрат на охорону здоров'я [16].

Медичні сестри, які працювали з пацієнтами з COVID-19 потенційно мали вищий ризик зараження та летального наслідку, зокрема і в умовах відділень інтенсивної терапії. Медичний персонал, який перебував на карантині, вказував на зростання рівня розчарування, гніву, втрати самоконтролю та уявної стигматизації, посттравматичного стресового розладу, тривоги, міжособистісного відторгнення, страху заразити інших і соціальної ізоляції. Через обмеженість інформації щодо епідеміологічних та клінічних особливостей нової коронавірусної хвороби на початку пандемії стресогенними емоційними чинниками виявилися страх та гнів, що призводило до небажання доглядати за пацієнтами та до збільшення бажання залишити роботу [17]. Окрім того, соціальна ізоляція та відчуття відокремленості можуть мати

значний вплив на психічне здоров'я медичних сестер, особливо під час пандемії COVID-19 [4].

Страх перед COVID-19 пов'язаний із збільшення професійного стресу, емоційного виснаження і деперсоналізації, та, водночас, зі зменшенням особистих досягнень та розладами психічного здоров'я серед медичних сестер відділень екстреної допомоги, оскільки вони є медичними працівниками першого контакту з надання допомоги різнопрофільним пацієнтам в т.ч. хворим на коронавірусну хворобу, зумовлену вірусом SARS-CoV-2. Таким чином, існує прямий вплив через опосередкований зв'язок між страхом перед COVID-19 і психічним здоров'ям, Тобто страх перед інфекційним захворюванням, таким як COVID-19, може суттєво вплинути на формування професійного стресу та/або виснаження медичних сестер з негативними наслідками для їх психічного здоров'я [18].

Окрім страху перед зараженням COVID-19, тривале та постійне застосування засобів індивідуального захисту, які активно та масово застосовувалися при виконанні своїх професійних обов'язків, теж могло негативно впливати як на фізичне, так і на психічне здоров'я медичного персоналу, зокрема, і медичних сестер [4].

Фінально почуття громадянської вдячності медичним працівникам під час розпалу пандемії не змогла перетворитися на дієві зміни з боку менеджменту сфери охорони здоров'я чи державної політики для усунення причин, пов'язаних із стресом, емоційним вигоранням клініцистів і незадоволеністю роботою, які виникли до та погіршилися під час пандемії COVID-19 [19].

Під час роботи медичних сестер в умовах воєнного стану до наведених вище стресогенних чинників додаються загроза обстрілів, робота в умовах постійної потенційної небезпеки та повітряних тривог, необхідність чіткого дотримання регламентів проведення усіх санітарно-медичних процедур, підвищення вимог до психофізичних ресурсів, екстрене прийняття рішень, збільшення кількості пацієнтів у зв'язку з переселенням із небезпечних

територій, почастищення тяжких випадків та випадків осколково-кульових вогнепальних поранень [20, 21].

1.3. Сучасні парадигми формування синдрому емоційного вигорання

У 2019 р. ВООЗ включила синдром вигорання до розділу «Фактори, що впливають на стан здоров'я або звернення до медичної служби» 11-го перегляду Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11): «Це синдром, що визнається результатом хронічного стресу на робочому місці, який не вдалося подолати. Він характеризується трьома вимірами: виснаження; підвищена психічна віддаленість від роботи або почуття негативізму чи цинізму, пов'язані з роботою; зниження професійної ефективності». Тобто, вигорання не є захворюванням чи медичним станом, проте може суттєво впливати на фізичне та психічне здоров'я людей. Тобто, професійне вигорання – це такий стан, коли людина відчуває емоційне та/або фізичне та/або розумове виснаження внаслідок тривалого стресу. Він виникає під час професійної діяльності внаслідок перевантаження, високої відповідальності, поганої організації роботи. Наслідком є зниження самооцінки та ефективності праці, поява чи загострення хронічних хвороб, погіршення стосунків з близькими та колегами [22].

Термін «вигорання» був введений Г. Фройденбергером у 1974 році, коли він спостерігав втрату мотивації та зниження відданості серед волонтерів у психіатричній клініці [1, 2, 22, 23]. Г. Фрейденбергер виділив такі ознаки (симптоми) вигорання: фізичні (втома, проблеми зі здоров'ям); поведінкові (підвищена емоційність – спалахи гніву, роздратування, плач; підозрілість аж до параної; ризикова поведінка; вживання транквілізаторів і барбітуратів; надмірна жорсткість та впертість, опір змінам; цинізм; людина виглядає пригніченою, все більше часу проводить на роботі, але все менше справ і завдань виконує [22].

Відповідно до концепції Маслаха, професійне вигорання є реакцією на надмірний стрес на роботі, який характеризується відчуттям емоційного виснаження та нестачі емоційних ресурсів (емоційне виснаження); через негативну та відсторонену реакцію на інших людей і втрату ідеалізму – деперсоналізація; і через зниження почуття компетентності та продуктивності на роботі – зниження особистих досягнень [24].

Маслах висунув теорію, що вигорання - це стан, який виникає в результаті тривалої невідповідності між фахівцем та принаймні одним із наступних шести вимірів його роботи [24, 25]:

- робоче навантаження: надмірне робоче навантаження;
- контроль ресурсів: працівники не мають достатнього контролю над ресурсами, необхідними для завершення чи виконання своєї роботи;
- винагорода: відсутність адекватної винагороди за виконану роботу. Винагороди можуть бути фінансовими, соціальними та внутрішніми (тобто гордість, яку можна відчувати під час виконання роботи);
- оточення: працівники не відчують позитивних зв'язків зі своїми колегами та керівниками, що призводить до розчарування та зниження ймовірності соціальної підтримки;
- справедливість: несправедливість, зокрема, нерівність у навантаженні та оплаті праці;
- цінності: працівники відчують, що їхня робота змушена діяти всупереч власним цінностям і прагненням або коли вони стикаються з конфліктами із цінностями організації;

Наведені чинники спричиняють вигорання, і, як наслідок, погіршення здоров'я працівників і продуктивності роботи [23].

Вигорання, як психологічний синдром, виникає внаслідок хронічного стресу, пов'язаного з роботою за якого професіонали втрачають будь-яку турботу, усі емоційні почуття щодо людей, з якими вони працюють, і починають ставитися до них відсторонено або навіть негуманно. Вигорання

включає 3 виміри: емоційне виснаження (втом, соматичні симптоми та зниження емоційних ресурсів), деперсоналізація (розвиток негативного, цинічного та безособистісного ставлення, відсутність емпатії до пацієнтів) і відсутність особистих досягнень (почуття некомпетентності, неефективності та неадекватності). Вигорання значною мірою асоціюється з підвищеним ризиком депресивного розладу, суїциду, серцево-судинних захворювань і зловживання психоактивними речовинами [1].

Загалом в основі вигорання можна розглядати як процес, а не лише як стан, зокрема, професійне вигорання як процес невідповідності у роботі, що може розвиватися двома шляхами: надмірні робочі вимоги та недостатні робочі ресурси, що в обох ситуаціях призводять до виснаження. Вигорання також може бути представлено як процес, що характеризується негативними змінами у ставленні та поведінці до клієнтів, які відбуваються з часом, часто пов'язаними з розчаруванням працівників щодо ідеалів, які привели їх до роботи. Вигорання також може виникати, коли працівники виснажують свої ресурси через тривалий вплив емоційно складних обставин як на роботі, так і в житті, тобто, воно може розглядатися як не виключно професійний синдром [23].

Синдром професійного вигорання може виникати внаслідок нездатності адаптуватися до роботи та пов'язаний із фізичними симптомами (втом, нездужання), демотивацією та емоційним виснаженням незалежно від статі, віку чи сімейного стану. Тривалий вплив факторів навколишнього середовища та ситуаційних стресорів призводить до вигорання, спричиняючи емоційне виснаження, деперсоналізацію та відсутність особистих досягнень [26].

Подібним чином вигорання визначається як переживання тривалого виснаження та зниження інтересу, зазвичай у контексті роботи. Це відбувається в результаті витрачання надто великих зусиль на роботу та занадто малого відновлення протягом певного періоду часу. Вигорання може торкнутися будь-

якого типу працівників; однак робота з високим рівнем стресу з більшою ймовірністю спричинить вигорання, ніж робота з меншим стресом [26, 27].

Синдром професійного вигорання залежить від віку, стажу, сімейного стану, спеціальності та посади, мікроклімату як у колективі, так і вдома. Основними причинами вигорання є індивідуальні фактори (особливості характеру, темпераменту, тобто психофізіологічні процеси організму людини) та чинники, які впливають на людину ззовні – умови спілкування між колегами, навантаження, умови праці, матеріальний стан (низька заробітна плата, відсутність житла тощо) [2].

Наразі стрес, пов'язаний з професійною діяльністю, визначається як шкідлива психобіологічна реакція, яка виникає, коли вимоги фахової діяльності не відповідають можливостям, ресурсам або потребам працівника. Це може бути пов'язано як із самою роботою (робоче навантаження, погана здатність приймати рішення), так і з організаційним контекстом або робочим середовищем (погане спілкування, міжособистісні конфлікти), а також із труднощами поєднання сімейного життя з роботою. Крім того, риси особистості кожного працівника та різні стилі подолання професійних труднощів пояснюють значні індивідуальні варіації, з якими працівники сприймають або реагують на робочі вимоги чи робоче середовище. Стрес, пов'язаний з роботою, асоціюється з численними негативними наслідками для фізичного та психічного здоров'я, і він стає зростаючою проблемою для працівників, закладів, відділів охорони праці та системи охорони здоров'я загалом, із значним зв'язком із відсутністю на роботі та високими витратами на охорону здоров'я в разі непрацездатності працівника [26, 28].

1.4. Медсестринство як спеціальність з високим ризиком формування синдрому емоційного вигорання

До професій, у представників яких синдром емоційного вигорання спостерігають найчастіше (від 30 до 90 % працюючих), варто віднести медичних працівників, вчителів, психологів, соціальних робітників, рятувальників, працівників правоохоронних органів [29].

Останніми роками було доведено, що з усіх працівників, схильних до синдрому вигорання, медичні працівники відчують його найбільше. Це пояснюється головним чином частотою, з якою вони стикаються зі стресовими факторами, такими як взаємодія з пацієнтами та родиною, відсутність підтримки, перевантаження роботою та робочий час серед інших аспектів. Серед медичних працівників медсестри мають найвищий ризик вигорання через їх прямий контакт з пацієнтами, хворобою, смертю та перевантаженням, а також іншими поширеними стресовими факторами в лікарняних умовах. Медична сестра вважається професією з високим ризиком синдрому емоційного вигорання і високим стресом, враховуючи швидкий темп роботи та постійну потребу впоратися з надзвичайними ситуаціями, а також з робочими ситуаціями, які висувають високі вимоги до працівників; неспроможність медперсоналу задовольнити висунуті вимоги. Ось чому медичні сестри вважаються сприйнятливими до стресу та проблем із психічним здоров'ям і, таким чином, більш вразливими до виснаження, ніж інші медичні працівники. В даний час на робочий стрес припадає 50–80% психосоматичних або пов'язаних зі стресом захворювань серед працівників. Професійний стрес вважається проблемою, яка впливає як на співробітників, так і на заклади, оскільки він, як правило, спричиняє виснаження та, відповідно, прогули [26].

Таким чином, чільне місце серед спеціальностей з високим ризиком формування синдрому емоційного вигорання займає професія медичного працівника. На жаль, це майже неминучий процес серед висококваліфікованих та високомотивованих працівників у медичній сфері та є реакцією на хронічне емоційне напруження внаслідок роботи з іншими людьми, особливо, якщо вони стурбовані або мають проблеми. На сьогодні соціально-економічні

перетворення та несприятлива політична ситуація в країні, складнощі впровадження реформи охорони здоров'я, нещодавня вірусна пандемія та військовий стан супроводжуються стресами та невпевненістю в майбутньому, що негативно впливають на психологічне, матеріальне, професійне благополуччя медичних працівників. Це, безумовно, негативно позначається на якості надання медичної допомоги на всіх рівнях, що призводить до нівелювання престижу професії, відтоку висококваліфікованих кадрів, зменшення обсягу медичних послуг та погіршення репутації будь-якого медичного закладу. Висока стресогенність роботи медичних працівників за сучасних умов пов'язана також із перенасиченням комунікативної сфери, в тому числі характером спілкування, високою відповідальністю та нездатністю в ряді випадків змінити несприятливий хід речей. Небезпечним фактором також є те, що медичні працівники, які страждають від синдрому професійного вигорання, в домінуючій кількості не здатні розпізнати його за собою, а, отже, не в змозі допомогти собі самотійно [30].

Професійні особливості професії медика обумовлені цілим рядом несприятливих чинників ризику, обумовлених ненормованістю робочого часу, змінним (добовим чи нічним) характером роботи для окремих категорій медичних працівників, високим стресовим навантаженням, необхідністю екстрено приймати відповідальні рішення, підвищеним психоемоційним навантаженням. Усі вказані фактори є підґрунтям для розвитку синдрому емоційного вигорання [31].

Фактори потенційного вигорання включають вік, стать, сімейний стан, дохід, рівень освіти, багаторічний досвід, відділ роботи, змінність, кількість пацієнтів на медсестру та категорію роботи. Вигорання серед медичних сестер пов'язане з різними особистими та ситуаційними факторами, що впливають на рівень плинності та нестачу медичних сестер і, зрештою, на якість наданих послуг [32].

Вигорання професіоналів галузі клінічної медицини може стати загрозою для сфери охорони здоров'я загалом. Серед усіх професіоналів медичні сестри є критично важливою групою, що бере участь у процесах зміцнення здоров'я громадян, профілактики захворювань і безпосереднього лікування пацієнтів. Зі збільшенням робочого навантаження на систему охорони здоров'я з різних причин, зростають і вимоги до медичних сестер, що негативно впливає на робоче середовище останніх. Відомо, що важкі робочі навантаження та аспекти робочого середовища, такі як низька кількість персоналу, відсутність спілкування між лікарями та медсестрами та відсутність організаційного лідерства в робочому середовищі, можуть спричиняти вигорання у медсестер [33].

Вигорання впливає на стан здоров'я медичних сестер, а також на структури та функції мозку, включаючи когнітивні функції, що може призвести до проблем з продуктивністю праці та безпекою пацієнтів, у тому числі безпеку прийому ліків. [34, 35]. Самооцінка наявності синдрому емоційного вигорання серед середнього медичного персоналу є досить низькою, лише одна з 10 медсестер у всьому світі повідомила, що страждає від високого рівня виснаження [35].

Основними факторами, що безпосередньо впливають на виникнення синдрому емоційного вигорання у медичних працівників середньої ланки, є висока насиченість робочого дня, впродовж якого відбувається спілкування з людьми з різними захворюваннями; велика кількість різних за змістом і емоційним напруженням міжособистісних контактів; висока відповідальність при догляді за хворими та виконанні маніпуляцій; постійне спілкування з пацієнтами та колегами; конфліктні або напружені ситуації в спілкуванні з пацієнтами, які викликані недовірою, незгодою проведення обстеження чи лікування, що проявляються в різних формах відмови від подальшої співпраці. Емоційне вигорання – динамічний процес, який розвивається поетапно. У його розвитку виділяють три основних фази. Перша – нервові напруження, яке

проявляється у забуванні деяких моментів, збої при виконанні рухових дій, «провалах у пам'яті» тощо. Ця стадія може тривати від 3 до 5 років. Друга стадія – резистенція, або опір. При ній спостерігають зниження зацікавленості роботою, спілкування з іншими (у тому числі й вдома, з друзями), збільшення апатії наприкінці тижня, поява стійких соматичних симптомів (немає сил, енергії, головний біль, «мертвий сон без сновидінь», збільшення числа застудних захворювань тощо), збільшення дратівливості. На цій стадії медсестра намагається уникати зайвого спілкування, щоб відмежувати себе від неприємних вражень. Тривалість другої стадії – в середньому від 10 до 15 років. Третя стадія – виснаження або, власне, емоційне вигорання. Характерним її проявом є повна втрата інтересу до роботи і життя взагалі, емоційна байдужість, відчуття постійної нестачі сил [29].

Стресове та неадекватне робоче середовище пов'язане з підвищеним рівнем вигорання як у новачків, так і у досвідчених медичних сестер. Досвід учених з Франції, присвячений дослідженню впливу робочого середовища на ризик вигорання та пов'язаних з ним психологічних розладів, визначено такі фактори ризику: занадто велике навантаження, відсутність самотійності або контролю над роботою як наслідок, наприклад, інтенсифікації умов праці у зв'язку з бюджетними обмеженнями, пандемії COVID-19; потреба в пропусках робочого часу через непрацездатність, відсутність підтримки з боку керівників і невизнання, відсутність підтримки з боку колег, навіть моральні утиски, сексуальні домагання (у вигляді непристойних образ, невідповідних пропозицій, дотиків або зґвалтування), різні форми дискримінації. Також виявлено значний зв'язок між різними рівнями емоційного виснаження залежно від віку, статі, сімейного стану, наявності дітей, типу посади, служби чи робочого часу [36].

Передумовами розвитку синдрому емоційного вигорання у медичного персоналу можуть бути як зовнішні, так і внутрішні фактори або так звані «індивідуальні» та «соціальні». До перших належать хронічна напружена

психоемоційна діяльність, дестабілізуюча організація роботи, підвищений рівень відповідальності, низька соціальна оцінка значимості праці, девальвація професійної самооцінки в процесі накопичення професійного досвіду. Внутрішніми факторами для розвитку синдрому емоційного вигорання можуть бути інтенсивність та стиль спілкування людини, відповідність її темпераменту виконуваній роботі, схильність до екстра- чи інтравертованості [29].

Професійне вигорання сприяє збільшенню прогулів медсестер, а також збільшенню плинності кадрів. Так у 2016 році ВООЗ та інших дослідників оцінила глобальну нестачу приблизно 7,6 мільйонів медичних сестер до 2030 року, приблизно 17,5% нових медичних сестер залишають свою першу роботу впродовж року після початку роботи, а частка медичних сестер, які розглядають або мають намір залишити професію, коливається від 4% до 54% залежно від спеціальності [36]. Поряд зі синдромом емоційного вигорання значущим предиктором намірів плинності серед медсестер є хронічна професійна втома. Незважаючи на те, що вигорання тісно пов'язане з емоційним виснаженням і деперсоналізацією (компоненти вигорання), вигорання не передбачало наміру відмовитися від професійної діяльності на даному робочому місці. Високий рівень хронічної втоми передбачив зниження сенсу та радості від роботи. Саме хронічна професійна втома можуть вплинути на рішення медсестер залишити свою посаду [37].

Дискретний аналіз скарг, що відповідали негативному впливу психоемоційного чинника на своє здоров'я (підвищену дратівливість на незначні події, запаморочення, головний біль, швидка втомлюваність) засвідчив репрезентативність медичних сестер нейрохірургічного та приймального, реанімаційного, оториноларингологічного, хірургічного відділення, неврологічного та психіатричного відділень [29]. Медичний працівник із синдромом професійного вигорання часто дивиться на годинник; підсилюється його опір виходові на роботу; відкладає зустрічі з хворим; часто

спізнюється (пізно приходить, і пізно іде); працює більш наполегливо і довше, а досягнення стають менше; зміни в почуттях – утрата почуття гумору або цинічний гумор; постійне почуття невдачі, провини і самозвинувачення, підвищена дратівливість; безсилля; зняття стресу, а не творча діяльність; зміна в мисленні – думки про те, щоб залишити роботу; ригідність мислення; посилення підозрілості; цинічне, осудне відношення до хворих, менталітет жертви; заклопотаність власними потребами й особистим виживанням, агресивність, алкоголізм [38].

Можливий розвиток тривожного і депресивного розладів, що можуть привести до суїциду. Так само простежується зв'язок між синдромом емоційного вигоряння і розвитком залежностей від психоактивних речовин. Загальними соматичними симптомами є головний біль, гастроінтестинальні розлади (симптом подразненого шлунка, діарея), кардіоваскуляторні порушення (тахікардія, аритмія, гіпертонія). Спостерігаються часті простудні захворювання, можливе загострення хронічних хвороб; бронхіальної астми, дерматитів, псоріазу тощо [38].

До ознак соціальної дисфункції можна віднести соціальну ізоляцію, проблеми в родині, на робочому місці. Має місце і негативний вплив на соматичне здоров'я. Соціальні наслідки синдрому вигоряння: погіршується якість виконання роботи лікаря, утрачається творчий підхід до рішення задач, збільшується число конфліктів на роботі і вдома. Ростає число професійних помилок. Слід зазначити, що лікарі, котрі переживають вигоряння, негативно впливають на своїх колег, тому що сприяють великій кількості міжособистісних конфліктів. Таким чином, вигоряння може бути "контагіозним" і поширюватися через неофіційні взаємодії на роботі [38].

Однак деякі особистісні особливості медика можуть робити його більш-менш уразливим до вигоряння. У ході аналізу існуючих досліджень були виділені три типи людей [38], яким загрожує синдром емоційного вигоряння.

Перший тип – так званий "педантичний". Основні характеристики цього типу: сумлінність, зведена в абсолют; надмірна, хвороблива акуратність, прагнення в будь-якій справі домогтися зразкового порядку (нехай на шкоду собі). Другий тип "демонстративний". Люди цього типу прагнуть першенствувати в усьому, завжди бути на очах. Разом з тим їм властивий високий ступінь виснажуваності при виконанні непомітної, рутинної роботи. Третій тип – "емотивний". "Емотики" протиприродно чуттєві і вразливі. Їхня чуйність, схильність сприймати чужий біль як власну граничить з патологією, із саморуйнуванням, і все це при явній нестачі сил протистояти будь-яким несприятливим обставинам [38].

Таким чином, невідповідність між особистісними властивостями, її здатностями протистояти стресові і вимогами навколишнього середовища є вирішальною у розвитку синдрому емоційного вигорання.

1.5. Сучасні аспекти формування психоемоційного навантаження у медичного персоналу відділень анестезіології та інтенсивної терапії

У сучасному суспільстві стрес на роботі та синдром професійного вигорання є важливими проблемами для медичних працівників. Вважається, що персонал відділень інтенсивної терапії для дорослих, дітей, в т.ч. і новонароджених, зазнає найбільшого впливу чинників, що призводять до формування синдрому емоційного вигорання [26].

Анестезіологія та інтенсивна терапія — відносно молода лікарська спеціальність. Анестезіологи навчилися керувати функціями життєво важливих органів під час хірургічних втручань, а потім імплементували навички в клініці внутрішньої медицини, таким чином, з'явилися методи інтенсивної терапії — штучної підтримки уражених органів і систем, а також тимчасового протезування їх функцій. Висока соціальна затребуваність, технологічність та стрімкий науковий розвиток, постійне впровадження нових діагностичних та

лікувальних технологій, тісний зв'язок із різноманітними напрямками медицини (хірургія, стоматологія, терапія, кардіологія та ін.) визначають специфіку цієї медичної спеціальності [39].

Анестезіологія є складовою медицини критичних станів, що актуалізує та наповнює практичним змістом філософські проблеми: природи свідомості та мислення; життя та смерті; сенсу та мети людського існування; духовно-практичного досвіду людини. Лікар-анестезіолог як представник спеціальності анестезіології та інтенсивної терапії повинен бути компетентним у багатьох галузях медицини, а також в інших напрямках людської діяльності [39].

Виходячи з наведеного, можна стверджувати, що анестезіологія, безумовно, одна з найбільш стресових медичних спеціальностей [40], коли щодня медичний персонал працює з високою відповідальністю у стресовій ситуації, пов'язаній з менеджментом життєвоважливих функцій організму людини у критичних станах в т.ч. під час нічних змін, а також у вихідні та святкові дні [41].

Анестезіологія - це стресова медична галузь. Хоча за останні десятиліття анестезія стала безпечнішою для пацієнта, анестезіологія як професія представляє медичну галузь, у якій професіонали постійно напружені. Серед причин такої ситуації можна виділити той факт, що анестезіологія – це командна професія, яка вимагає бездоганної співпраці з іншими фахівцями. Це також передбачає велику відповідальність за життя пацієнта, щоденне використання «сліпих» інвазивних методів. Частий вплив стресових подій у відділенні інтенсивної терапії, можливо, був пов'язаний із збільшенням поширеності депресії та професійного вигорання [42].

Проблема безпеки пацієнта в критичному стані посідає важливе місце у всіх напрямках анестезіології й інтенсивної терапії, оскільки нерідко недостатньо ефективне застосування методів лікування зводить нанівець усі зусилля медичного персоналу. У практичній діяльності лікар-анестезіолог та анестезист має не тільки швидко приймати самостійні доленосні для пацієнта

рішення, але й уміти виконувати багато різноманітних функцій. Анестезіолог обґрунтовує вибір виду анестезії, аналізує результати лабораторних, функціональних і спеціальних методів дослідження, здійснює кваліфіковане анестезіологічне забезпечення, проводить масковий, внутрішньовенний, ендотрахеальний наркоз при термінових і планових операціях, проводить адекватну корекцію водно-електролітного, кислотно-основного обмінів, білкового стану, налагоджує кардіомоніторний нагляд за хворими, володіє методиками проведення закритого масажу серця, пункції серця, електричної дефібриляції серця, забезпечує кваліфіковане проведення інтенсивної терапії й реанімації при невідкладних станах, здійснює нагляд за побічними реакціями (діями) лікарських засобів, працює в тісному контакті з лікарями інших спеціальностей, планує роботу та проводить аналіз її результатів, веде лікарську документацію, бере участь у поширенні медичних знань, постійно удосконалює свій професійний рівень, дотримується принципів медичної деонтології, а палатні медичні сестри відділень та сестри-анестезистки виконують усі вказані призначення [39, 43].

Морально-емоційний дистрес все частіше визнається важливою проблемою, яка загрожує доброчесності надавачів медичних послуг, його інтенсивність може зростати зі складністю робочого середовища, зокрема, персоналом відділень інтенсивної терапії він розглядається як «ситуації догляду за пацієнтом, коли існує невідповідність між очікуваною поведінкою медсестри та її особистими цінностями чи переконаннями» [44, 45].

Надходження до відділення інтенсивної терапії вважається однією з найважливіших подій у житті пацієнта та членів його родини [46]. Страждають не лише пацієнти та сім'ї, але й медичні працівники лікарень. Догляд за пацієнтами у критичному стані також може призвести до негативних наслідків для персоналу, який надає допомогу, коли повсякденна практика переважає особисті здібності справлятися зі складними ситуаціями у відділенні інтенсивної терапії [47]. Середовище інтенсивної терапії піддає медсестер

найвищому ризику морального стресу. Медсестри відділень інтенсивної терапії мають вищий рівень морально-емоційного дистресу, ніж в інших відділеннях, вони щодня стикаються зі стражданнями пацієнтів та їх родин, смертю та етичними дилемами [44, 48, 49]. Робота медичної сестри відділення інтенсивної терапії багатогранна та вимагає різноманітних навичок мануальних, але й психологічних навичок. Медсестри, які працюють у відділеннях інтенсивної терапії, дотримуються етичної практики; повинні поважати культурні, релігійні та духовні переконання пацієнтів та їх родин, зберігаючи приватність і конфіденційність [50]. Усе зазначене, окрім, власне, безпосередніх професійних кваліфікаційних вимог, обумовлює виразне психологічне навантаження медсестер відділень інтенсивної терапії [51-53].

Морально-емоційний дистрес може бути пов'язаний із безпосереднім доглядом за пацієнтом, особистими міркуваннями та робочим навантаженням у бригаді чи лікарні. Фактори, пов'язані з пацієнтом, які можуть призвести до моральних страждань, включають догляд за тяжкохворими, паліативними пацієнтами, рішення про продовження/завершення реанімаційних заходів, втрати пацієнтів, погодження або відмова від медичних процедур [44, 47, 48]. Фактори, пов'язані з командною роботою, можуть бути представлені робочим кліматом, який може включати відсутність співпраці, конфлікти, неповажне спілкування та недовіру між членами команди, які працюють у напруженій атмосфері [45, 49, 53]. Також факторами ризику, пов'язаними з вигоранням фахівців-анестезіологів, є професійні умови (здебільшого перевантаження роботою та/або невеликий стаж роботи), а також особисті позаробочі обставини [41]. Фактори ризику до синдрому вигорання працівників відділень анестезіології та інтенсивної терапії вважаються тривала ненормована робота (анестезіологічне забезпечення тривалих непрогнозованих за часом хірургічних операцій), позмінні, зокрема, нічні, чергування в т.ч. в святкові та вихідні дні, психічної напруги, брак ресурсів, недостатня підтримка колег та керівництва, та недостатня командна взаємодія (зокрема, з хірургами) [54].

Відділення інтенсивної терапії також є середовищем, яке швидко змінюється, де потрібні технічні навички та тягар електронного запису [55]. Інтенсивне психічне напруження та умови роботи за обмеженням часу також характеризують середовище у відділенні інтенсивної терапії разом із можливими подіями, пов'язаними з безпекою пацієнтів, тривалою роботою, фізичним перевантаженням та етичними проблемами. Плинність штату відділень інтенсивної терапії та зміни членів команди вимагають більше ресурсів для додаткового навчання персоналу [56].

Лікарі-анестезіологи часто працюють в напружених виробничих умовах і лікують непростих у клінічному сенсі пацієнтів. На здоров'я анестезіологів і анестезистів впливають різноманітні шкідливі чинники, що сприяють виникненню та розвитку професійних захворювань. Екстремальність умов також обумовлена тяжкістю стану хворих, дефіцитом часу для їх обслуговування, складними умовами праці з цілою низкою виробничих, санітарно-гігієнічних та інших чинників. Виникненню професійних хвороб у лікарів-анестезіологів та сестер-анестезисток сприяють: підвищена чутливість організму, відсутність або неефективність індивідуальних засобів захисту, недотримання техніки безпеки, санітарних правил, недосконалість та зношеність медичної техніки, інструментарію та обладнання [39, 57].

Медичні працівники при виконанні службових обов'язків у відділеннях анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії піддаються негативному впливу несприятливих факторів середовища — хімічних (інгаляційні анестетики, лікарські аерозолі, мийні засоби, дезінфектанти та антисептики); фізичних (високі температури, електромагнітні поля, іонізуюче та лазерне випромінювання, ультразвук, змінений атмосферний тиск); біологічних (ризик зараження інфекційними хворобами); перенапруження окремих органів та систем. Ненормований робочий день, відсутність регламентованої перерви, нічні й добові чергування, підвищені нервово-емоційні навантаження, відповідальність за життя хворого — все це робить професійну діяльність

медичних працівників досить напруженою. Анестезіолог часто опиняється в різноманітних робочих ситуаціях, зазвичай непередбачуваних, пов'язаних з управлінням життєвоважливими процесами організму хворого [58].

Медичні працівники, що працюють у тих відділеннях, де висока смертність, піддаються впливові значного психологічного стресу. Це доведено рядом досліджень, об'єктом яких в одному випадку були лікарі працюючі в складі реанімаційних бригад, в іншому – лікарі і медсестри, що працюють у блоці інтенсивної терапії. Проблемні аспекти передвтрати та втрати пацієнта, комунікації з його родичами, неможливість реабілітації з позитивною інвалідизацією приводить до посилення дискомфорту, лікар переживає свою неадекватність, утрату професійної компетентності, відчуває сильне почуття провини. Поведінка медичного персоналу, що працює в екстремальних умовах, тяжіє до двох крайностей: дистанціювання і повного злиття. У першому випадку медиками свідомо або несвідомо виробляються певні психотехнічні прийоми захисту від стресу на кшталт "дистанціювання", в цих випадках вдаються до використання чорного гумору. Інша крайність полягає в тому, що між фахівцем і важкохворим утворюється глибокий особистісний зв'язок. Тоді пацієнт як би вторгається в життя фахівця, а останній, зв'язавши, себе багатозначними емоційними узами з ним і намагаючись замінити собою всіх лікуючих лікарів, у своїй глибокій особистісній задіяності часом з трудом відокремлюємо від родичів хворого [38].

Обидві крайності однаково згубні з погляду їхнього впливу на особистість медика. Вони роблять свій внесок у професійні й особистісні деформації, обумовлюючи так званий "синдром емоційного вигорання" особистості лікаря. На прикладі медика з професійним вигоранням можна простежити зміну відношення до професійної діяльності, від позитивного до байдужого і негативного, котрий починає сприймати пацієнта винятково як медичний випадок. Відбувається знеособлювання відносин між учасниками цього процесу, що придушує прояв гуманних форм поведінки між людьми і

створює загрозу для особистісного розвитку представників соціальної професії [38].

Саме тому існують високі моральні та психофізичні вимоги до особистості лікаря-анестезіолога та анестезиста. До таких слід віднести: достатні фізичні якості (фізична підготовка, здатність переносити значні фізичні навантаження) та психологічна стійкість; високий рівень професійної відповідальності; повага до гідності та цілісності пацієнта, його автономії (незалежно від соціального статусу, релігійних переконань, національності чи політичних поглядів); тактовність та вихованість, стриманість в емоціях; високий рівень інтелекту, ерудованість; комунікабельність, креативність, ініціативність; критичне ставлення до себе та оточуючих; компетентність, уміння працювати з діагностичною та лікувальною апаратурою, у тому числі в екстремальних умовах [39, 43, 57].

Таким чином, необхідність у психологічному супроводі, психотерапевтичній допомозі й у спеціальній професійній підготовці для тих лікарів, що свідомо вибирають вид медичної діяльності зв'язаний з підвищеним ризиком вигорання не викликає сумнівів [38].

Приклади ефективних заходів самообслуговування, які можуть зменшити вигорання сесер-анестезисток, включають позитивні стратегії подолання, такі як: вдячність, вправи, бути позитивним прикладом для наслідування, щоденні афірмації (коротке твердження з позитивним змістом, яке потрібно промовляти вголос або про себе), молитва, роздуми та/або медитація або волонтерство. Зосередження на позитивних думках і корисних позитивних діях дозволяють зменшувати виснаження у медичних працівників. Наприклад, ініціатива «Три хороші речі» як зосередження на трьох позитивних речах, які можуть відбуватися щодня та прагнення до реалізації цих речей впродовж зміни. Дозволить концентруватися на позитивних емоціях/діях, менше витрачаючи часу на негативні подразники, які є поширеними джерелами вигорання [40].

Заходи попередження вигорання персоналу відділень анестезіології та інтенсивної терапії можуть включати комфортні умови праці та добробут через заохочення, участь в профільних асоціаціях, розслаблювальні техніки на робочому місці, програми навчання стресостійкості, хороший баланс між роботою та особистим життям [54].

Мотиваційними стимулами від роботи в умовах відділень інтенсивної терапії, на думку, інтернів-анестезіологів, вважається отримання задоволення від врятованого людського життя, можливість досягнення швидкого позитивного результату своєї діяльності, престижність, ці ж чинники можна використати при упровадженні заходів з профілактики та подолання синдрому професійного вигорання у співробітників відділень анестезіології та інтенсивної терапії [59].

Деякі автори рекомендують перелік заходів, які необхідно вжити для того, щоб запобігти чи зменшити масштаби професійного стресу, що включає постійне ставлення до самообслуговування, яке полягає у збалансованому професійному та особистому житті; достатній сон; уникати наркотиків, ожиріння та «трудоголічної» поведінки; а також краще використання дозвілля. Нарешті, необхідні додаткові дослідження, щоб з'ясувати, які засоби профілактики можуть потенційно знизити ризик професійного стресу серед анестезіологів та медичних сестер відділення анестезіології та інтенсивної терапії [42].

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

2.1. Загальна характеристика

Для досягнення мети роботи було проведено анонімне опитування 91 фахівця з медичною освітою, що працюють в закладі охорони здоров'я – КНП «Центральна міська клінічна лікарня» Чернівецької міської ради та інших закладів охорони здоров'я кластерного та надкластерного типу м. Чернівці на посадах медичної сестри/брата у відповідності до «Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників галузі Охорона здоров'я» зі змінами [60].

Проаналізовано особливості роботи середнього медичного персоналу в умовах відділення анестезіології та інтенсивної терапії КНП "Центральна міська клінічна лікарня" (м.Чернівці), зокрема, медичної сестри-анестезистки та медичної сестри постової в аспекті професійних кваліфікаційних вимог на прикладі річного звіту діяльності відповідного підрозділу за 2023 рік у розрізі формування психонавантажувальних факторів.

Для досягнення мети та вивчення особливостей психоемоційного навантаження медичних сестер/братів відділень інтенсивної терапії було сформовано 2 групи: до першої групи увійшли 64 медичні сестри/брати відділень інтенсивної терапії, другу групу – групу порівняння – сформували 27 фахівців, що працюють на посадах медичної сестри/брата у соматичних відділеннях

У таблиці 2.1 наведена загальна характеристика респондентів груп порівняння.

Таблиця 2.1

Загальна клінічна характеристика медичних сестер/братів-респондентів

Клінічні групи	Кількість осіб	Чоловіки, %	Вік, роки	Стаж, роки
I група	64	16,2	36,5±1,42	15,1±1,53

II група	27	18,5	37,4±2,41	15,2±2,63
рф, р		>0,05	>0,05	>0,05

Таким чином, загальну когорту обстежених склали, у більшості, медичні сестри – жінки віком в межах 35-40 років та стажом роботи понад 15 років.

2.2. Методи та методики дослідження.

Опитування було проведено методом простої випадкової вибірки у паралельних клінічних групах з дотриманням усіх правил, спрямованих на уникнення системної похибки за анкетами. Методом діагностики професійного вигорання обрано опитувальник за методикою В.В. Бойка, що дає можливість оцінити рівень розвитку вигорання за дванадцятьма шкалами та трьома фазами [61].

Досліджуванним пропонувалося надати відповідь на 84 запитання, кожне з яких відповідає одному з провідних симптомів "вигорання", які, у свою чергу, належать до одного із 3-х компонентів "емоційного вигорання": 1) напруження/тривоги, 2) резистенція, 3) виснаження. Перший компонент - напруження - характеризується відчуттям емоційної виснаженості, втоми, викликаной власною професійною діяльністю. Другий компонент - резистенція - характеризується надмірним емоційним виснаженням, що провокує виникнення та розвиток захисних реакцій, які роблять людину емоційно закритою, відстороненою, байдужою, а будь-яке емоційне залучення до професійних справ і комунікацій викликає у людини відчуття надмірної перевтоми. Третій компонент - виснаження - характеризується психофізичною перевтомою людини, спустошеністю, нівелюванням власних професійних досягнень, порушенням професійних комунікацій, розвитком цинічного ставлення до тих, з ким доводиться спілкуватися з робочих питань, розвитком психосоматичних порушень. За показником виразності кожного симптому визначається фаза сформованості «емоційного вигорання»: від 0 до 9 балів - симптом не

сформований; від 10 до 15 балів - симптом на стадії формування; від 16 і більше балів - симптом сформований [62-64].

Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) була розроблена в 1983 році двома авторами (Zigmond A.S. і Snaith R.P.) з метою визначення та оцінки тяжкості симптомів депресії та тривоги в умовах загальномедичної практики. Переваги шкали HADS полягають у простоті застосування і обробки, що дозволяє рекомендувати її до використання для первинного виявлення (скринінгу) тривоги та депресії. Шкала складена з 14 тверджень, які обслуговують дві підшкали: підшкала А – «тривога» (anxiety) та підшкала D – «депресія» (depression). Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають ступінь наростання симптоматики, – градації вираженості ознаки, і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 балів (відсутність) до 4 (максимальна вираженість). Обробка результатів полягає в підрахунку сумарного показника за кожною шкалою. Інтерпретація результатів шкали HADS, зокрема, 0-7 – норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії); 8-10 – субклінічно виражена тривога/депресія; 11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія [65-66].

2.3. Методи аналізу.

Для даних, що відповідали нормальному розподілу, визначали середню арифметичну вибірки (M), величину стандартного відхилення (s) та стандартної похибки (m), максимальні та мінімальні значення. При оцінці вірогідності різниці показників вираховували коефіцієнт Стюдента (t). За вірогідну різницю приймали різницю при $p < 0,05$. Для оцінки взаємного впливу основних чинників на формування симптомів емоційного вигорання використовували кореляційний аналіз. Отримані результати аналізувалися з використанням принципів описової статистики та біостатистики [67].

Ризик розвитку окремих симптомів та симптомокомплексів емоційного вигорання оцінювали за співвідношенням шансів (СШ) із дослідженням 95% довірчого інтервалу (95%ДІ), а також за величиною абсолютного (АР) і відносного (ВР) ризику. [67].

2.4. Забезпечення вимог біоетики.

Протокол обстеження хворих дітей складений відповідно до основних принципів Гельсінська декларація Всесвітньої медичної асоціації "Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження" (перегляд 2008р), а також «Правил етичних принципів проведення наукових медичних досліджень за участю людини», затверджених ІСН GCP (1996 р.), Директиви ЄС № 609 (від 24.11.1986 р.), наказів МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р., № 944 від 14.12.2009 р., № 616 від 03.08.2012р.

РОЗДІЛ 3

ФОРМУВАННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У МЕДИЧНИХ СЕСТЕР/БРАТІВ ВІДДІЛЕНЬ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Оскільки професійне психоемоційне навантаження формується на робочому місці, доцільним вважалося проаналізувати особливості та передумови його формування на прикладі відділень закладу охорони здоров'я, де поєднується надання терапевтичної та хірургічної медичної допомоги дорослому та дитячому населенню.

Комунальне некомерційне підприємство (КНП) “Центральна міська клінічна лікарня” створена внаслідок об'єднання чотирьох медичних закладів а саме: КНП “Міська лікарня №1”, КНМ “Міська клінічна лікарня №3”, КНП “Міський клінічний пологовий будинок”, КНП “Міська клінічна лікарня №4”. Наразі вказані колишні заклади охорони здоров'я є структурними підрозділами КНП “Центральна міська клінічна лікарня”. КНП “Центральна міська клінічна лікарня” є кластерним, багатoproфільним закладом Буковини який надає послуги спеціалізованої медичної допомоги, в тому числі паліативної допомоги та медичної реабілітації, будь-яким особам у порядку та на умовах встановлених законодавством України та Статутом закладу, а також вживає заходів із профілактики захворювань населення та підтримки громадського здоров'я.

Основною метою діяльності КНП “Центральна міська клінічна лікарня” є забезпечення медичного обслуговування населення шляхом надання йому медичної допомоги та медичних послуг в порядку та обсязі, встановлених законодавством України, в тому числі надання медичної допомоги, а також вжиття заходів профілактики захворювань населення та підтримки громадського здоров'я, організація взаємодії з іншими закладами охорони здоров'я з метою забезпечення наступництва у наданні медичної допомоги на різних рівнях та ефективного використання ресурсів системи медичного

обслуговування, забезпечення права громадян на вільний вибір лікаря з надання спеціалізованої медичної допомоги у визначеному законодавством порядку, забезпечення дотримання стандартів у сфері охорони здоров'я, впровадження нових форм та методів профілактики, діагностики, лікування та реабілітації захворювань та станів [68].

Відповідно до поставленої мети, предметом діяльності КНП “Центральна міська клінічна лікарня” є:

- створення умов, необхідних для забезпечення доступної та якісної медичної допомоги населенню, організації належного управління внутрішнім лікувально-діагностичним процесом та ефективного використання майна та інших ресурсів закладу;
- здійснення медичної практики та надання медичних послуг за програмою медичних гарантій, пов'язаних з спеціалізованою, паліативної медичною допомогою та медичною реабілітацією;
- надання пацієнтам відповідно до законодавства на безвідплатній та відплатній основі послуг спеціалізованої стаціонарної та амбулаторної медичної допомоги, у тому числі невідкладної (екстреної), діагностичних обстежень та лабораторної діагностики;
- організація, у разі потреби, надання пацієнтам медичної допомоги більш високого рівня спеціалізації на базі інших закладів охорони здоров'я шляхом направлення пацієнтів до цих закладів у порядку, встановленому законодавством;
- проведення експертизи тимчасової непрацездатності та контролю за видачею листків непрацездатності та направлення на медико-соціальну експертизу осіб зі стійкою втратою працездатності;
- проведення профілактичних оглядів та щеплень;
- взяття та зберігання донорської крові;
- виробництво лікарських засобів;

- навчально-методична, науково-дослідницька робота, проведення клінічних випробувань лікарських засобів, у тому числі медичних, імунобіологічних препаратів, медичної техніки, виробів медичного призначення та медичних технологій;
- післядипломна освіта;
- консультації щодо профілактики, діагностики, лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних станів;
- провадження зовнішньоекономічної діяльності згідно із законодавством України;
- здійснення іншої не забороненої законодавством діяльності, необхідної для належного забезпечення та підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, управління ресурсами, розвитку та підвищення якості кадрового потенціалу закладу;
- участь у державних та регіональних програмах щодо організації пільгового забезпечення лікарськими засобами, виробами медичного призначення населення у визначеному законодавством порядку та відповідно до фінансового бюджетного забезпечення галузі охорони здоров'я;
- участь у державних та регіональних програмах щодо скринінгових обстежень, профілактики, діагностики та лікування окремих захворювань у порядку, визначеному відповідними програмами та законодавством;
- участь у визначенні проблемних питань надання всіх видів медичної допомоги населенню та шляхів їх вирішення;
- надання пропозицій органам місцевого самоврядування щодо розробки планів розвитку медичної допомоги населенню;
- визначення потреби структурних підрозділів та населення у лікарських засобах, виробих медичного призначення, медичному обладнанні та транспортних засобах для забезпечення населення доступною, своєчасною та якісною медичною допомогою;

- зберігання, перевезення, придбання, пересилання, відпуск, використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів, замісників їх аналогів, отруйних та сильнодіючих речовин (засобів) згідно з вимогами законодавства України;
- залучення медичних працівників для надання медичної допомоги, в тому числі залучення лікарів, що працюють як фізичні особи -підприємці за цивільно-правовими договорами;
- надання елементів паліативної допомоги пацієнтам на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, моральну підтримку членів їх сімей;
- надання інших послуг суб'єктам господарювання, що надають первинну та спеціалізовану медичну допомогу згідно законодавства України;
- проведення стажування лікарів-інтернів;
- забезпечення підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації працівників закладу [68].

Згідно із штатним розписом структурного підрозділу №1 КНП “Центральна міська клінічна лікарня” у структурі відділення анестезіології та інтенсивної терапії на посадах середнього медичного персоналу працюють сестра медична/брат-анестезист, сестра медична/брат операційна та сестра медична/брат стаціонару.

Згідно з нормативно-правовою документацією сестра медична – анестезистка готує до роботи приладдя для анестезіологічного забезпечення та відповідну апаратуру, проводить передстерилізаційну обробку анестезіологічного інструментарію та апаратури та підготовку хворого до наркозу, спостерігає за діяльністю серця, мозку, диханням, температурою під час операції, здійснює спостереження та догляд за хворими в ранньому післяопераційному періоді, веде документацію при проведенні знеболювання, володіє прийомами реанімації при гострій серцево-судинній, нирковій та

печінковій недостатності, щоці, коматозних станах, надає допомогу при основних життєзагрозливих станах, забезпечує протиепідемічний режим у відділенні та дотримується принципів медичної деонтології [60, 69].

Таким чином, основними аспектами професійної активності та, відповідно, факторами психоемоційного навантаження сестри медичної – анестезистки є участь у виконанні анестезіологічного забезпечення. У таблиці 1 наведені показники анестезіологічного забезпечення хірургічних втручань в умовах відділення анестезіології та інтенсивної терапії КНП «Центральна міська клінічна лікарня» м.Чернівці за 2023 рік.

Таблиця 3.1. Показники анестезіологічного забезпечення хірургічних втручань у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії КНП «Центральна міська клінічна лікарня» м.Чернівці за 2023 рік

Профіль пацієнтів	Види знеболення, випадків			Усього випадків анестезіологічного забезпечення
	Інтубаційне	Неінгалаційне	Регіонарне	
Гінекологічний профіль	49	517	134	700
Загально-хірургічний профіль	198	64	347	609
Спеціалізований хірургічний профіль	147	41	4	192
Спеціалізований хірургічний профіль у дітей	155	40	36	231
Разом	549	662	521	1732

Наведені показники свідчать про різноплановість пацієнтів, зокрема, загально-хірургічного, гінекологічного, офтальмологічного, оториноларингологічного профілів. Анестезіологічне забезпечення при оперативних втручаннях дітям виконувалося у 13,3% випадків (28,2% серед інтубаційного знеболення) у зв'язку із офтальмологічною патологією та захворюваннями ЛОР-органів, що вимагало додаткової кваліфікації, особливих навиків комунікації з дітьми та їх батьками з ймовірністю підвищеної відповідальності. Звертає увагу на себе, що майже третина (31,7%) хірургічних втручань виконувалася із використанням інтубаційного загального знеболення, що пов'язане із найбільшим фаховим навантаженням та професійними шкідливостями. Виходячи з наведеного розрахункове поденне виконання анестезій у 2023 році складає 4,7 випадків анестезіологічного забезпечення на кожен календарний день (6,5 на кожен робочий день), що може вказувати на інтенсивність навантаження на робочому місці.

Водночас сестра медична стаціонару на посту відділення анестезіології та інтенсивної терапії виконує лікарські призначення, проводить маніпуляції та процедури згідно з анестезіологічним профілем роботи, готує хворих до інструментальних методів обстеження, виконує забір, зберігання, доставку матеріалу для лабораторних досліджень, забезпечує медичний догляд за хворими, володіє прийомами реанімації, вміє надати допомогу при основних життєзагрозливих станах. Сестра медична/брат операційна комплектує набори медичного інструментарію відповідно до виду операції, готує та стерилізує шовний матеріал, асистує під час складних інструментальних обстежень та лікувальних процедур, проводить місцеву анестезію, внутрішньовенний наркоз, інфузійну терапію, володіє різними медичними маніпуляціями, забезпечує догляд за дренажною системою, трахеостомою, застосовує сучасну наркозо-дихальну апаратуру, здійснює догляд за хворими після операції у палаті реанімації та інтенсивної терапії, володіє методикою забору матеріалу для лабораторних досліджень, несе відповідальність за витрати ліків в операційній,

володіє прийомами реанімації, вміє надати допомогу при основних життєво загрозливих станах [60, 69].

Для аналізу навантаження встановлено, що у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії КНП «Центральна міська клінічна лікарня» м. Чернівці у 2023 році проліковано 378 пацієнтів, здебільшого – хірургічного профілю (83,1%).

Оскільки основними складовими професійної діяльності медичних сестер стаціонару є виконання лікарських призначень, було проаналізовано показники виконання основних маніпуляцій, зокрема, в умовах відділення анестезіології та інтенсивної терапії складають парентеральне введення лікарських засобів. Так, серед показників роботи медичної сестри зазначено відділення було проведено 115 трансфузій еритроцитовмісних компонентів крові та 45 трансфузій свіжозамороженої плазми, що було виконано 73 пацієнтам (19,3% від загальної кількості пролікованих пацієнтів у відділенні). З метою стабілізації гемодинаміки та корекції водно-електролітного балансу впродовж 2023 року пацієнтам було проведено 2027 внутрішньовенних інфузій глюкозо-сольових розчинів та кровозамінних рідин. Також з метою виконання лікарських призначень медичними сестрами виконано 10900 ін'єкцій, левова частка яких були довенними.

Оскільки чинниками емоційного вигорання можуть служити також атмосфера в колективі, зручність робочого місця, компоненти матеріального та нематеріального заохочення, виховання дітей, доцільним вважалося проаналізувати окремі зазначені суб'єктивні та об'єктивні чинники у представників обох груп. У кожної третьої медичної сестри власних дітей на момент опитування не було (33,3% та 37,0% у I та II групах відповідно, ($p_{\phi} > 0,05$), представниками багатодітних сімей виявилися лише 7,5% працівниць соматичних відділень.

Більшість респондентів обох груп оцінювали власне робоче місце як зручне (62,1% та 57,1% у I та II групах відповідно, $p_{\phi} > 0,05$), також у більшості

респондентів стосунки за вертикаллю мали позитивний підтримувальний характер (59,5% та 55,6% у I та II групах відповідно, $p_{\phi} > 0,05$), інша частина респондентів мала нейтральні професійні стосунки з керівництвом, що може свідчити, певне, про здорову комфортну атмосферу в колективі.

Водночас диверсифікаційною виявилася характеристика власної отримуваної заробітної плати. Так, невдоволені рівнем заробітної плати майже три чверті (71,4%) медичних братів/сестер відділень інтенсивної терапії і лише кожен п'ятий (22,2%) медичний працівник соматичних відділень ($p_{\phi} < 0,05$), в той же час дві третини респондентів II групи характеризували рівень заробітної плати як середній (66,7%) проти 28,6% представників відділень інтенсивної терапії ($p_{\phi} < 0,05$). Оскільки на момент опитування фінансова сума заробітної плати в обох типах відділень була майже однаковою, можна вважати, що працівники відділень інтенсивної терапії характеризували власну працю як малооплачувану відносно до виконуваного об'єму роботи та завантаженості, режиму, шкідливості та відповідальності, коли працівники соматичних відділень вважали рівень оплати праці спів розмірним із виконуваними обов'язками.

Таким чином, проаналізувавши посадові характеристики медичних сестер/братів відділень інтенсивної терапії, об'єм виконуваної роботи на прикладі відділень інтенсивної терапії КНП «Центральна міська клінічна лікарня» м.Чернівці, порівнявши результати самооцінки фізичної та емоційної комфортності в колективах (на прикладі зручності робочого місця та міжособистісних стосунків) та оцінка рівня заробітної плати, можна припустити, що основними чинниками емоційного вигорання є профільність відділень (пов'язаний загалом з шкідливостями та навантаженням у відділеннях анестезіології та інтенсивної терапії), а також поєднання вертикального та горизонтального варіантів формування психоемоційного навантаження на локальному афіліаційному (професійне навантаження на прикладі конкретного місця роботи).

РОЗДІЛ 4

ОСОБЛИВОСТІ ФЕНОМЕНУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ СЕСТЕР/БРАТІВ ВІДДІЛЕНЬ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Згідно з позицією В. Бойка, емоційне вигорання - це вироблений особистістю механізм психологічного захисту у формі цілковитого або часткового «вимикання» емоцій у відповідь на психотравмівні впливи. Позначена методика дає змогу діагностувати провідні ознаки емоційного вигорання, виявити, на якій його фазі перебуває медичний працівник, та, відповідно, визначити індивідуальні засоби упередження вигорання і шляхи нівелювання його негативних наслідків. Рівень вигорання оцінюється за 12 шкалами, які відповідають трьом фазам: тривожна напруга, резистенція та виснаження [64].

Розподіл респондентів І клінічної групи за фазами емоційне вигорання наведений на рис. 4.1.

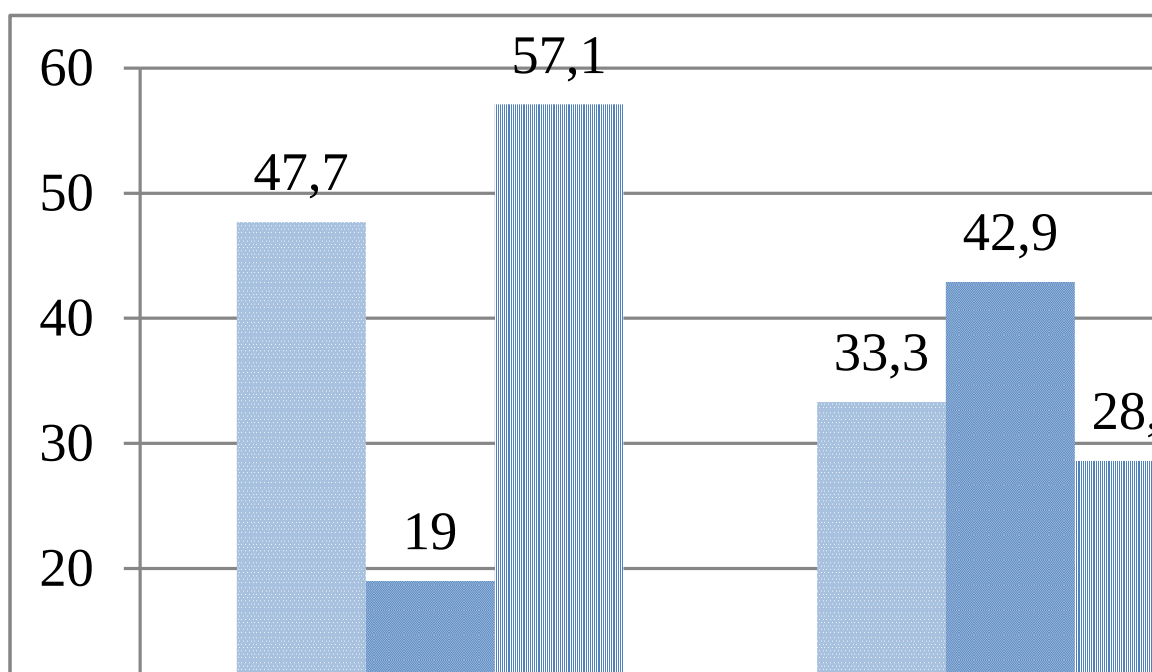


Рис. 4.1. Розподіл медичних сестер/братів відділень інтенсивної терапії за фазами емоційного вигорання (%).

Установлено, що левовій частці респондентів-медичних працівників відділень інтенсивної терапії притаманна фаза резистенції емоційного вигорання (87,3%).

Розподіл респондентів групи порівняння за фазами емоційного вигорання представлений на рис. 4.2.

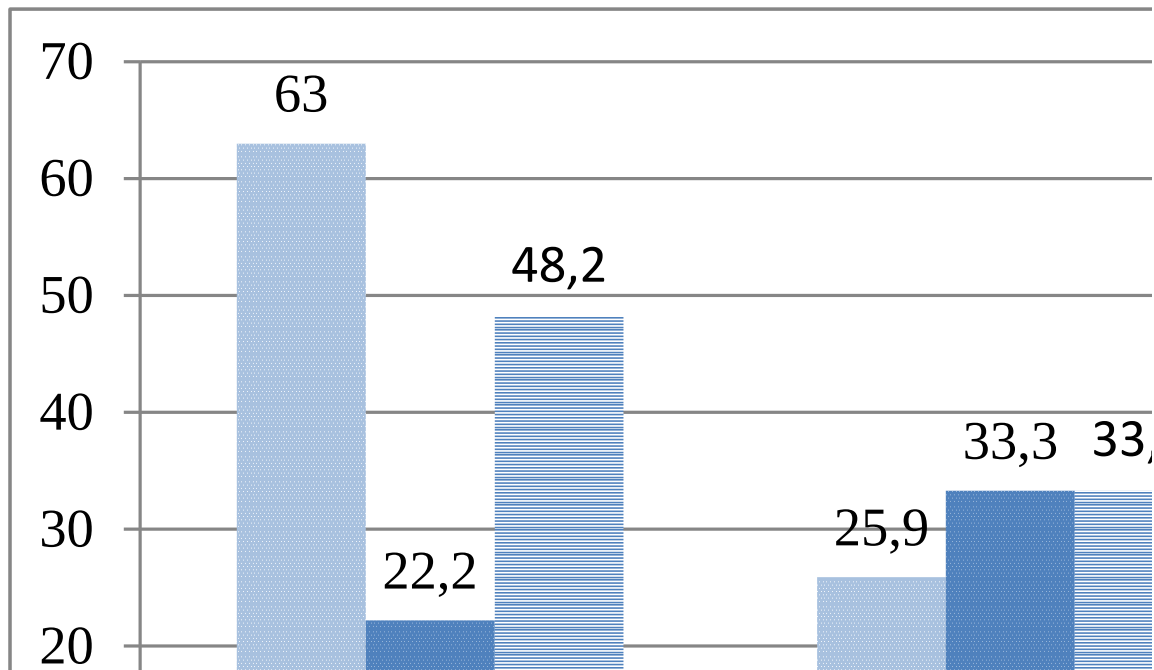


Рис. 4.2. Розподіл медичних сестер/братів соматичних відділень за фазами емоційного вигорання (%)

Отримані результати свідчать, що майже половині медичних сестер/братів (44,4%) соматичних відділень та поліклінічної служби властиві сформовані симптоми фази резистенції, ще третина працівників (33,3%) мають симптоми на етапі формування.

При аналізі показників фази тривожної напруги у респондентів клінічних груп звертає на себе увагу тенденція до вищої бальної оцінки даної фази у медичних працівників відділень інтенсивної терапії, ніж у представників групи порівняння ($40,3 \pm 3,55$ балів проти $36,4 \pm 4,33$ балів, $p > 0,05$), а також більша частка представників I групи (52,3%) із реалізованими симптомами, ніж у II групі (37%, $p_{\phi} > 0,05$).

Дискретний аналіз симптомів вказаної фази засвідчив тотожну оцінку стосовно характеристик, що описують незадоволеність собою ($9,5 \pm 1,22$ балів

проти $9,7 \pm 1,57$ балів, $p > 0,05$), «загнаності у клітку» ($6,6 \pm 1,04$ балів проти $7,3 \pm 1,12$ балів, $p > 0,05$), тривогу і депресію ($9,0 \pm 1,25$ балів проти $8,5 \pm 1,38$ балів, $p > 0,05$), водночас, симптоми, що характеризують переживання психотравмівних обставин вірогідно виразніші відзначалися у медичних сестер/братів відділень інтенсивної терапії у порівнянні зі медичними працівниками соматичних відділень та поліклінічної служби ($15,2 \pm 1,29$ балів проти $10,7 \pm 1,52$ балів, $p < 0,05$).

Зважаючи на наведене, працевлаштування у відділення інтенсивної терапії вказує на відносний ризик реалізації симптомів, що характеризують переживання психотравмівних обставин $1,5$ (95% ДІ $1,0-2,3$) при співвідношенні шансів $2,7$ (95% ДІ $1,0-7,4$), що підтверджується вірогідним кореляційним зв'язком ($0,29$, $p < 0,05$).

Найбільш значимими у фазі резистенції виявилися симптоми з групи економії емоцій ($24,1 \pm 2,19$ бали та $23,1 \pm 2,74$ бали у I та II групах відповідно, $p > 0,05$) та редукції професійних обов'язків ($13,2 \pm 1,24$ бали та $12,5 \pm 1,45$ балів у I та II групах відповідно).

Бальна оцінка фази резистенції ($55,2 \pm 3,25$ бали) виявилася вірогідно вищою у порівнянні з фазою напруги ($40,3 \pm 3,55$ бали, $p < 0,05$) та фазою виснаження ($35,1 \pm 3,03$ бали, $p < 0,05$) як у I групі, так і в групі порівняння ($55,5 \pm 4,44$ бали оцінка фази резистенції проти $36,4 \pm 4,33$ бали фази напруги ($p < 0,05$) та фази виснаження, $41,1 \pm 3,79$ бали, $p < 0,05$).

Зважаючи на наведене вище, можна констатувати, що домінують фазою емоційного вигорання в медичних сестер/братів є фаза резистенції із симптомами, які формуються або сформованими ознаками в обох групах (рис. 4.3).

Показники фази виснаження медичних сестер/братів клінічних груп свідчать про виразнішу картину даної фази у представників II групи, зокрема, за рахунок симптомів, що вказують на дисбаланс емоційної сфери: емоційний дефіцит ($7,5 \pm 1,19$ балів проти $10,6 \pm 1,48$ балів, $p > 0,05$), емоційна

відстороненість ($11,4 \pm 0,84$ балів проти $12,9 \pm 0,91$ балів, $p > 0,05$) при тотожних показниках, що описують деперсоналізацію ($7,7 \pm 1,15$ балів проти $9,0 \pm 1,37$ балів, $p > 0,05$) та психосоматичні порушення ($8,7 \pm 1,24$ балів проти $8,6 \pm 1,39$ балів, $p > 0,05$).

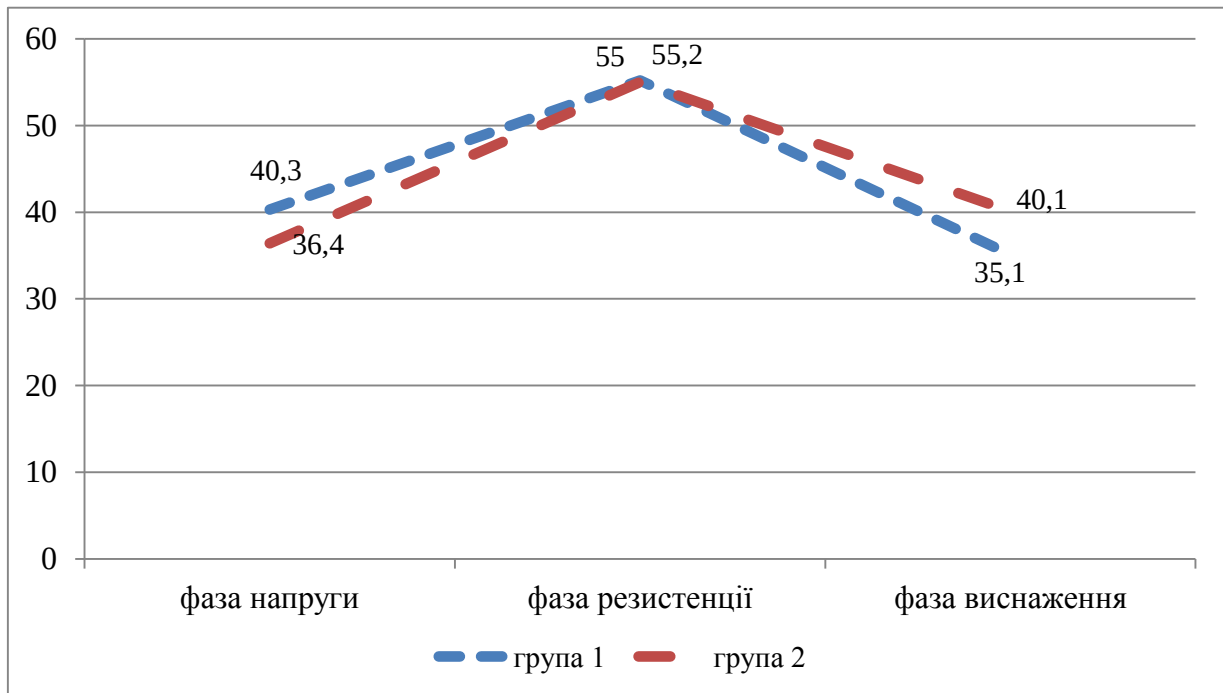


Рис. 4.3. Показники фаз емоційного вигорання в медичних сестер/братів груп порівняння, бали.

Звертає на себе увагу оцінка емоційного дефіциту, яка у групі порівняння свідчить про процес формування даних ознак, водночас оцінка емоційної відстороненості свідчить про процес формування даних ознак у респондентів обох груп. В цілому, серед представників групи порівняння процес формування ознак виснаження та уже сформовані симптоми присутні у половини представників II групи (51,8%) та у 42,9% медичних сестер/братів групи порівняння ($p > 0,05$).

На підставі отриманих даних встановлено, що працевлаштування у соматичних відділеннях вказує на відносний ризик реалізації емоційного дефіциту 1,6 (95% ДІ 1,0-2,6) при співвідношенні шансів 2,1 (95% ДІ 0,8-5,7), а також відносний ризик емоційної відстороненості 1,6 (95% ДІ 1,2-2,3) при

співвідношенні шансів 2,1 (95% ДІ 0,8-6,2). Тобто ризик реалізації компонентів фази виснаження при емоційному вигоранні (емоційного дефіциту та відстороненості) вищий у медичних сестер братів, що працюють у соматичних відділеннях, ніж у відділеннях інтенсивної терапії.

Таким чином, у медичних сестер/братів обох груп домінувальною фазою емоційного вигорання є фаза резистенції за рахунок ознак розширення сфери економії емоцій та редукції професійних обов'язків. Водночас, виразніша оцінка фази тривожної напруги спостерігалася у медичних працівників відділень інтенсивної терапії за рахунок, здебільшого, вірогідно виразнішої оцінки симптомів переживання психотравмівних обставин, а дещо виразніша картина фази виснаження спостерігалася у представників II групи, зокрема, за рахунок симптомів емоційного дефіциту та відстороненості,

За результатами госпітальної шкали тривоги і депресії симптоми вказаних станів були більше притаманними співробітникам відділень інтенсивної терапії (табл.1).

Таблиця 4.1. Розподіл медичних працівників груп порівняння за ознаками тривоги та депресії

Ознаки	Частка респондентів I групи, %	Частка респондентів II групи, %	рф
Ознаки субклінічної тривоги	23,8	22,2	>0,05
Ознаки маніфесної тривоги	11,9	3,7	>0,05
Ознаки субклінічної депресії	21,4	7,4	<0,05
Ознаки маніфесної депресії	9,5	7,4	>0,05

Хоча середня бальна оцінка не досягала значень, що свідчили б про відхилення, зокрема, оцінка рівня тривоги $5,9 \pm 0,63$ балів проти $5,4 \pm 0,57$ балів у I та II групах відповідно ($p > 0,05$) та оцінка рівня депресії $5,4 \pm 0,59$ балів та

3,9±0,66 балів у представників I та II груп відповідно ($p>0,05$) з тенденцією до виразнішого рівня депресії у респондентів відділень інтенсивної терапії, що підтверджується вірогідно більшою часткою медичних сестер/братів з ознаками субклінічної депресії у I групі (табл.4.1).

Таким чином, домінувальною фазою емоційного вигорання у медичних сестер/братів соматичних відділень та відділень інтенсивної терапії виявилася фаза резистенції, при чому у медичних працівників відділень інтенсивної терапії спостерігалася виразніша оцінка фази напруги, та вірогідно більша частка осіб з субклінічною депресією, натомість в медичного персоналу соматичних відділень зафіксована виразніша оцінка та більша частка осіб з ознаками фази виснаження.

РОЗДІЛ 5

ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ СЕСТЕР/БРАТІВ З РІЗНИМ СТАЖЕМ РОБОТИ

Зважаючи на динамічність процесу емоційного вигорання, можна було припустити, що інтенсивність виразності його ознак може залежати від стажу працівника. Задля підтвердження/спростування вказаної гіпотези проведений аналіз оцінки фаз емоційного вигорання у загальній когорті респондентів та дискретний аналіз у I та II групі. Враховуючи, що середній стаж у когорті респондентів склав $15,2 \pm 1,37$ років, для вказаного аналізу сформовані субгрупи, залежно від стажу, зокрема, із тривалістю 15 років і менше та більше 15 років.

Попри те, що левовій частці респондентів обох субгруп були притаманними симптоми фази резистенції (83,7% та 80,0%, $p_{\phi} > 0,05$), ознаки фази напруги (53,5%) та виснаження (53,5%) фіксувалися у понад половини респондентів із стажем 15 років і менше, у порівнянні із працівниками із тривалішим стажем (40,0%, $p_{\phi} > 0,05$ та 36,0%, $p_{\phi} > 0,05$ відповідно).

Установлено, що за бальною оцінкою (рис. 5.2) виразніші симптоми емоційного вигорання в обох субгрупах виявилися притаманними для фази резистенції, водночас у медичних сестер/братів зі стажем 15 років та менше зафіксовано вищу оцінку фази напруги та вірогідно вищу оцінку фази виснаження у порівнянні із фахівцями з тривалішим стажем.

Таблиця 5.2. Розподіл медичних працівників груп порівняння за ознаками тривоги та депресії

Групи	Фаза напруги	Фаза резистенції	Фаза виснаження
Зі стажем 15 років та менше, балів	$41,1 \pm 3,75$	$56,7 \pm 3,32$	$42,5 \pm 3,14$
Зі стажем більше 15 років, балів	$32,6 \pm 3,71$	$53,1 \pm 4,49$	$28,5 \pm 3,03$
p	>0,05	>0,05	<0,05

Вказані тенденції підтверджуються вірогідно більшими частками працівників із стажем 15 років і менше із сформованою фазою напруги (32,5%) та виснаження (25,6%) у порівнянні із респондентами із тривалішим стажем (8,0%, $p_{\phi} < 0,05$ та 4,0%, $p_{\phi} < 0,05$, відповідно).

Характеризуючи фазу напруги, у субгрупі зі стажем 15 років та менше виявилася вірогідно вища оцінка симптомів тривоги та депресії ($10,1 \pm 1,23$ бали проти $6,8 \pm 1,17$ бали, $p < 0,05$) та незадоволеності собою ($10,7 \pm 1,23$ бали проти $6,6 \pm 1,23$ бали, $p < 0,05$), що відповідають стадії формуванню ознак у порівнянні із медичними сестрами/братами із тривалішим стажем. При дискретному аналізі компонентів фази резистенції у працівників із стажем 15 років і менше встановлено тенденції до виразнішої оцінки симптомів емоційно-моральної дезорієнтації ($10,6 \pm 1,02$ бали проти $8,8 \pm 1,12$ бали, $p > 0,05$) на стадії формуванню ознак та симптомів розширення сфери економії емоцій ($24,6 \pm 2,1$ бали проти $22,1 \pm 3,01$ бали, $p > 0,05$) уже на стадії сформований ознак. Порівнюючи компоненти фази виснаження звертає на себе увагу вірогідно вища оцінка симптомів емоційного дефіциту ($10,6 \pm 1,18$ балів проти $5,3 \pm 1,39$ балів, $p < 0,05$) та деперсоналізації ($9,4 \pm 1,22$ балів проти $5,9 \pm 1,13$ балів, $p < 0,05$) на стадії формуванню ознак у працівників із стажем 15 років і менше стосовно респондентів із тривалішим стажем.

За результатами госпітальної шкали тривоги і депресії симптоми вказаних станів були більше притаманними співробітникам відділень інтенсивної терапії (табл. 5.3).

Таблиця 5.3. Розподіл медичних працівників з різною тривалістю стажу за ознаками тривоги та депресії

Ознаки	Зі стажем 15 років та менше, %	Зі стажем більше 15 років, %	P_{ϕ}
Ознаки субклінічної тривоги	16,3	28,0	$>0,05$
Ознаки маніфесної тривоги	13,9	4,0	$>0,05$
Ознаки субклінічної	16,3	16,0	$>0,05$

депресії			
Ознаки маніфесної депресії	4,7	16,0	>0,05

Таким чином, ознаки субклінічної/маніфесної тривоги були притаманними майже третині фахівців в обох субгрупах, тобто незалежно від стажу роботи. Водночас частка респондентів із симптомами субклінічної/маніфесної депресії виявилася дещо більшою серед медичних сестер/братів із стажем більше 15 років (21,0% проти 32,0%, $p_{\phi} > 0,05$).

Для встановлення виразності ознак емоційного вигорання в різних умовах праці проведений аналіз оцінки компонентів даного явища у працівників соматичних відділень та відділень інтенсивної терапії. Залежність ознак емоційного вигорання від стажу роботи у відділеннях інтенсивної терапії представлена у таблиці 5.4.

Таблиця 5.4. Бальна оцінка компонентів фаз емоційного вигорання у працівників відділень інтенсивної терапії

Компоненти фаз емоційного вигорання	Зі стажем більше 15 років, %	Зі стажем 15 років та менше, %	p
Переживання психотравмівних обставин	14,6±1,77	14,8±1,83	>0,05
Незадоволеність собою	6,1±1,63	11,1±1,67	<0,05
Загнаність у клітку	5,5±1,85	7,3±1,35	>0,05
Тривога і депресія	6,8±1,65	10,7±1,86	>0,05
Фаза напруги, разом	33,1±4,99	43,8±5,03	>0,05
Неадекватне емоційне реагування	6,9±1,63	9,5±1,41	>0,05
Емоційно-моральна дезорієнтація	9,1±1,56	10,3±1,44	>0,05
Розширення сфери економії емоцій	20,1±3,55	25,9±2,86	>0,05
Редукція професійних обов'язків	12,9±1,89	13,5±1,79	>0,05

Фаза резистенції, разом	49,2±5,01	58,8±4,42	>0,05
Емоційний дефіцит	4,2±1,87	9,4±1,53	<0,05
Емоційна відстороненість	9,3±1,02	12,2±1,25	>0,05
Деперсоналізація	5,1±1,42	9,3±1,73	>0,05
Психосоматичні порушення	6,9±1,62	10,2±1,87	>0,05
Фаза виснаження, разом	25,4±3,77	41,1±4,24	<0,05

Як встановлено, медичні сестри/брати відділень інтенсивної терапії зі стажем 15 років і менше мають виразнішу оцінку фази напруги та резистенції емоційного вигорання, зокрема, за рахунок виразнішої оцінки симптомів тривоги та депресії неадекватного емоційного реагування, емоційно-моральної дезорієнтації та вірогідно виразнішої оцінки незадоволеності собою. Звертає на себе увагу, що у даній когорті оцінка ознак незадоволеності собою, тривоги та депресії, емоційно-моральна дезорієнтації відповідає стадії формування, водночас у працівників із тривалішим стажем оцінка наведених ознак не свідчить про формування компонентів фаз емоційного вигорання. Вірогідно виразнішою виявилася оцінка фази виснаження у працівників відділень інтенсивної терапії зі стажем 15 років та менше за рахунок виразнішої оцінки усіх компонентів даної фази, що відповідають стадії формування ознак вигорання.

Негативними тенденціями також можна вважати оцінку ознак розширення сфери економії емоцій, яка незалежно від стажу відповідає стадії сформованих ознак.

Водночас при порівняльному аналізі оцінки компонентів емоційного вигорання у працівників соматичних відділень виявлено (табл. 5.5), що бальна оцінка фаз тривоги та виснаження виявилася дещо вищою у медичних сестер/братів зі стажем 15 років та менше, а фази резистенції – у респондентів зі стажем понад 15 років. Також відмічено, що оцінка ознак незадоволеності собою, тривоги та депресії, емоційно-моральної дезорієнтації, емоційного

дефіциту, деперсоналізації та психосоматичних порушень відповідала стадії формуванню симптомів у працівників соматичних відділень із стажем 15 років і менше, в той же час оцінка ознак неадекватного емоційного реагування та редукції професійних обов'язків – для персоналу із тривалішим стажем.

Незалежно від стажу роботи спостерігалася оцінка ознак переживання психотравмивних обставин та емоційної відстороненості на стадії формування симптомів, а оцінка ознак розширення сфери економії емоцій – на стадії уже сформованої симптоматики.

Таблиця 5.5. Бальна оцінка компонентів фаз емоційного вигорання працівників соматичних відділень

Компоненти фаз емоційного вигорання	Зі стажем більше 15 років, %	Зі стажем 15 років та менше, %	p
Переживання психотравмивних обставин	11,9±2,64	10,2±1,89	>0,05
Незадоволеність собою	7,7±2,40	10,8±2,03	>0,05
Загнаність у клітку	5,7±1,84	8,2±1,39	>0,05
Тривога і депресія	6,6±1,52	9,5±1,91	>0,05
Фаза напруги, разом	31,8±5,60	38,7±5,89	>0,05
Неадекватне емоційне реагування	10,2±2,98	9,0±1,69	>0,05
Емоційно-моральна дезорієнтація	8,2±1,52	10,9±1,55	>0,05
Розширення сфери економії емоцій	25,6±5,56	21,8±3,1	>0,05
Редукція професійних обов'язків	15,9±3,25	10,8±1,37	>0,05
Фаза резистенції, разом	60,0±8,64	52,6±5,15	>0,05
Емоційний дефіцит	7,3±1,93	12,2±1,91	>0,05
Емоційна відстороненість	12,8±0,86	13,0±1,31	>0,05
Деперсоналізація	7,2±1,90	9,9±1,82	>0,05

Психосоматичні порушення	6,8±1,70	9,6±1,91	>0,05
Фаза виснаження, разом	34,1±4,78	44,6±5,03	>0,05

Таким чином, можна стверджувати, що стаж роботи в умовах відділення інтенсивної терапії має більше та однонаправлене значення для формування емоційного вигорання, зокрема, ознаки даного явища притаманні для медичних сестер/братів в перші 15 років роботи.

Порівняльна оцінка компонентів фаз емоційного вигорання у медичних сестер/братів із тривалим стажем у відділеннях різного профілю наведено у табл. 5.6.

Таблиця 5.6. Бальна оцінка компонентів фаз емоційного вигорання працівників різних відділень з тривалим стажем

Компоненти фаз емоційного вигорання	Відділення інтенсивної терапії	Соматичні відділення	p
Переживання психотравмівних обставин	14,6±1,77	11,9±2,64	>0,05
Незадоволеність собою	6,1±1,63	7,7±2,40	>0,05
Загнаність у клітку	5,5±1,85	5,7±1,84	>0,05
Тривога і депресія	6,8±1,65	6,6±1,52	>0,05
Фаза напруги, разом	33,1±4,99	31,8±5,60	>0,05
Неадекватне емоційне реагування	6,9±1,63	10,2±2,98	>0,05
Емоційно-моральна дезорієнтація	9,1±1,56	8,2±1,52	>0,05
Розширення сфери економії емоцій	20,1±3,55	25,6±5,56	>0,05
Редукція професійних обов'язків	12,9±1,89	15,9±3,25	>0,05
Фаза резистенції, разом	49,2±5,01	60,0±8,64	>0,05

Емоційний дефіцит	4,2±1,87	7,3±1,93	>0,05
Емоційна відстороненість	9,3±1,02	12,8±0,86	>0,05
Деперсоналізація	5,1±1,42	7,2±1,90	>0,05
Психосоматичні порушення	6,9±1,62	6,8±1,70	>0,05
Фаза виснаження, разом	14,6±1,77	34,1±4,78	>0,05

Попри ідентичну оцінку ознак фази тривоги працівниками з тривалим стажем роботи в обох типах відділень, оцінка фази резистенції та, особливо, виснаження, виявилася вищою у респондентів-фахівців соматичних відділень, певне, через сформовані досвідом професійні механізми адаптації та стресостійкості у медичного персоналу відділень інтенсивної терапії.

Порівняння оцінки компонентів фаз емоційного вигорання у медичних сестер/братів із стажем до 15 років у соматичних та відділеннях інтенсивної терапії наведено у табл. 5.7.

Таблиця 5.7. Бальна оцінка компонентів фаз емоційного вигорання працівників різних відділень із стажем до 15-и років

Компоненти фаз емоційного вигорання	Відділення інтенсивної терапії	Соматичні відділення	p
Переживання психотравмівних обставин	14,8±1,83	10,2±1,89	>0,05
Незадоволеність собою	11,1±1,67	10,8±2,03	>0,05
Загнаність у клітку	7,3±1,35	8,2±1,39	>0,05
Тривога і депресія	10,7±1,86	9,5±1,91	>0,05
Фаза напруги, разом	43,8±5,03	38,7±5,89	>0,05
Неадекватне емоційне реагування	9,5±1,41	9,0±1,69	>0,05

Емоційно-моральна дезорієнтація	10,3±1,44	10,9±1,55	>0,05
Розширення сфери економії емоцій	25,9±2,86	21,8±3,1	>0,05
Редукція професійних обов'язків	13,5±1,79	10,8±1,37	>0,05
Фаза резистенції, разом	58,8±4,42	52,6±5,15	>0,05
Емоційний дефіцит	9,4±1,53	12,2±1,91	>0,05
Емоційна відстороненість	12,2±1,25	13,0±1,31	>0,05
Деперсоналізація	9,3±1,73	9,9±1,82	>0,05
Психосоматичні порушення	10,2±1,87	9,6±1,91	>0,05
Фаза виснаження, разом	41,1±4,24	44,6±5,03	>0,05

За результатами госпітальної шкали тривоги і депресії симптоми вказаних станів були у співробітників відділень інтенсивної терапії залежно від стажу роботи продемонстровані на рис. 5.1.

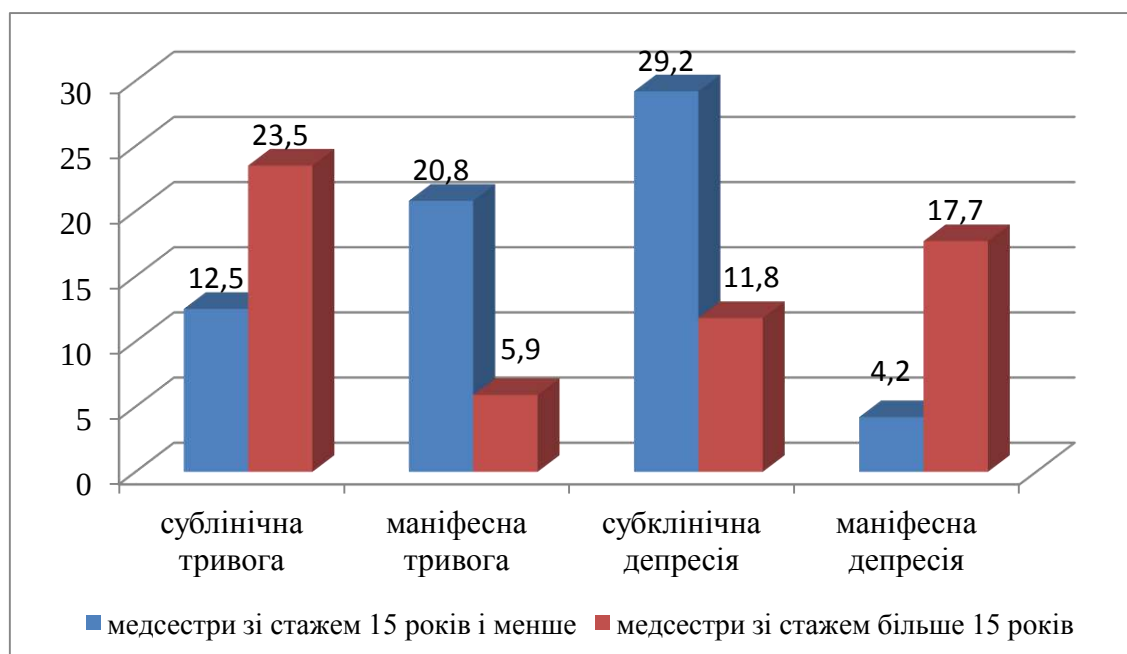


Рис. 5.1. Частка медичних сестер/братів відділень інтенсивної терапії з ознаками тривоги та депресії (%).

Проаналізувавши показники оцінки субклінічної тривоги та депресії за результатами госпітальної шкали можна стверджувати, що у відділеннях інтенсивної терапії на розвиток вказаних ознак стаж роботи вірогідно не позначається, близько третині респондентів-інтенсivistів притаманною є оцінка, що відповідає субклінічній або маніфесній тривозі та/або депресії.

При дискретному аналізі результатів опитування за госпітальною шкалою тривоги та депресії медичних сестер/братів соматичних відділень, встановлено, що виразнішу оцінку ознак маніфесної тривоги, субклінічної та маніфесної депресії отримано від респондентів з коротшим професійним стажем (рис. 5.2). Так, оцінка, що відповідає субклінічній та маніфесній депресії виявлено лише у кожного десятого медичного працівника соматичних відділень зі стажем більше 15-и років і в третини медичних сестер братів відповідних відділень з коротшим стажем.

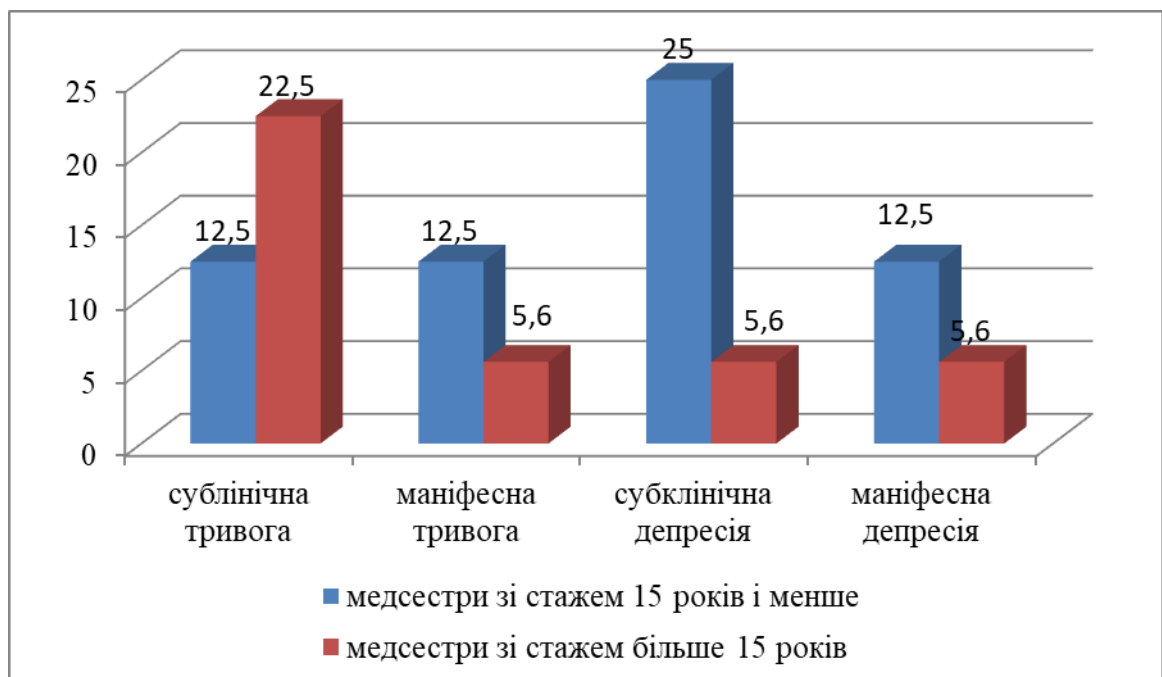


Рис. 5.2. Частка медичних сестер/братів соматичних відділень з ознаками тривоги та депресії (%).

При порівнянні оцінки ознак тривоги та депресії медичних сестер/братів відділень різного профілю з різним стажем роботи (табл. 5.8) можна дійти висновку, що стаж роботи, скоріш за все, відіграє певну адаптивну позитивну роль для працівників обох профілів відділень, оскільки частка медичних

сестер/братів з ознаками тривоги та депресії виявилася дещо більшою серед респондентів зі стажем 15 років та менше.

Табл. 5.8. Частка медичних сестер/братів відділень різного профілю з різним стажем роботи з ознаками тривоги та депресії

Ознаки	Зі стажем 15 років і менше		рф	Зі стажем більше 15-и років		рф
	працівник и відділень ІТ	Працівники соматичних відділень		працівник и відділень ІТ	Працівник и соматичних відділень	
Ознаки тривоги	33,3	25	>0,05	29,4	27,8	>0,05
Ознаки депресії	33,3	37,5	>0,05	29,4	11	>0,05

Частка медичних працівників з ознаками тривоги виявилася дещо більшою серед медичних сестер/братів відділень інтенсивної терапії, водночас частка працівників соматичних відділень з коротшим стажем та ознаками депресії зафіксована у респондентів соматичних відділень. Зі збільшенням тривалості стажу частка працівників з ознаками депресії збільшується серед медичних сестер/братів відділень інтенсивної терапії.

Таким чином, на підставі отриманих даних можна стверджувати про позитивну адаптивну роль професійного стажу, більшою мірою для працівників відділень інтенсивної терапії. В даній когорти дещо виразнішою виявилася оцінка фази тривоги емоційного вигорання, а також і дещо більшою когорта респондентів із ознаками тривожності. Водночас оцінка фази резистенції та, особливо, виснаження, виявилася вищою у респондентів-фахівців соматичних відділень з тривалішим стажем.

РОЗДІЛ 6

ОБГРУНТУВАННЯ ЗАЛУЧЕННЯ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР/БРАТІВ ДО ОСВІТНІХ ЗАХОДІВ У ПОПЕРЕДЖЕННІ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ

Окремі дослідники [70, 71, 72] виділяють напрямки профілактичної та корекційної роботи з синдромом емоційного вигорання:

- підвищення комунікативних та управлінських умінь за допомогою активних методів навчання: соціально-психологічні тренінги, ділові ігри, тренінги комунікативних умінь; навчання ефективним стилям комунікацій і вирішення конфліктних ситуацій;
- тренінги, стимулюючі мотивацію саморозвитку, особистісного та професійного зростання;
- антистресові програми і групи підтримки, орієнтовані на особистісну корекцію самооцінки, впевненості, соціальної сміливості та креативності особистості;
- програми підвищення емоційної стійкості і психофізичної гармонії шляхом оволодіння способами психічної саморегуляції, оптимізації способу життя, самоорганізації та планування особистої і професійної кар'єри [70].

Безперервний професійний розвиток у сфері охорони здоров'я представляє собою неперервний процес самовдосконалення та здобуття нових знань і навичок після отримання вищої освіти та післядипломної освіти в інтернатурі. Цей процес має на меті підтримання або підвищення професійних стандартів у відповідності до потреб сфери охорони здоров'я та триває протягом усього професійного життя фахівця. Впровадження нової системи безперервного професійного розвитку сприятиме ефективному контролю якості атестації медичних фахівців у сфері охорони здоров'я та покращить якість медичної допомоги для українських громадян. З 2024 року, атестація медичних

сестер буде відбуватися аналогічно до атестації лікарів: вони будуть зобов'язані брати участь у заходах безперервного професійного розвитку і отримувати бали за участь, які враховуватиме атестаційна комісія .

Мета безперервного професійного розвитку медсестер через інтеграцію в практику полягає в підвищенні ефективності навчання та забезпеченні постійного покращення їхніх професійних навичок та компетентностей. Інтеграція в практику дозволяє медсестрам набувати нові знання та навички та безпосередньо застосовувати їх у робочому середовищі, що сприяє збільшенню їхньої впевненості та професійної підготовленості, й відповідно – профілакувати професійне вигорання. Розширення можливостей для особистого і професійного зростання за допомогою участі у нових формах заходів безперервного професійного розвитку, таких як фахові школи – навчання з актуальних питань відповідної спеціальності, що поєднує у собі заняття у великих групах для опанування теоретичної частини під час проведення лекцій та заняття у малих групах для проведення семінарів/практичних занять тривалістю 1 день і більше.

У 2024 році на кафедрі педіатрії та дитячих інфекційних хвороб БДМУ розпочалися заняття фахової школи для медичних сестер/братів, які працюють з дитячим населенням в закладах охорони здоров'я «Невідкладна допомога дітям у критичних станах у практиці медсестринства».

Метою фахової школи було вдосконалення знань та виконання медичними сестрами/братами практичних навичок з надання невідкладної допомоги при невідкладних та критичних станах у дітей. Основними компетентностями, які удосконалюються під час фахової школи можна вважати: спроможність виконувати медичні маніпуляції, відповідно до професійних стандартів сестри медичної/брата медичного; володіння прийомами реанімації дітей різного віку; вміння визначати тактику та надавати медичну допомогу при зомлінні, колапсі, лихоманці, судомах, зневодненні, дихальній недостатності, алергічних станах.

Упродовж 2024 року слухачами фахової школи стали 87 медичних сестер/братів, які надають медичну допомогу у закладах охорони здоров'я дитячому населенню, зокрема, медичних сестер – 85, медичних братів – 2 осіб, фахівців із середньою спеціальною освітою – 84, бакалаврів медсестринства – 3 слухачів.

Майже половина слухачів мала стаж роботи 11-20 років, кожен четвертий – 21-30 років, що може свідчити про досвідченість слухацької аудиторії, водночас звертає на себе увагу факт, що слухачів із стажем більше 20-ти років виявилось більше 40%, що може свідчити про процеси «професійного старіння» серед фахівців середньої ланки.

Тематика семінарського заняття стосувалася визначення «червоних прапорців» тяжкості стану дитини на етапі першого контакту із медичним працівником, зокрема, медичною сестрою/братом. Тематика практичних занять присвячувалася невідкладній допомозі при основних невідкладних станах у педіатричній практиці, зокрема, непритомності, лихоманці та судомах, зневоденні, крупі, бронхообструкції та інших причинах дихальної недостатності у дітей, а також проведення серцево-легеневої реанімація у дітей різного віку.

Слухачами фахової школи виявилися медичні сестри/брати різного профілю, лєвова частка – стаціонарних відділень (90%), третина слухачів – медичні сестри, які працюють в умовах відділень невідкладних станів та інтенсивної терапії. Близько третини фахівців працюють в інфекційних підрозділах, з чим пов'язане додаткове професійне навантаження.

По завершенню кожної фахової школи слухачі тетстуються за запитаннями матеріалів курсу, абсолютна успішність склала 100%, середній показник правильних відповідей 94%.

З 2025 року з метою цілеспрямованої профілактики професійного вигорання на кафедрі педіатрії та дитячих інфекційних хвороб БДМУ упродовжена фахова школа для медичних сестер/братів «Стратегії збереження

ментального та фізичного здоров'я за спеціальністю «медсестринство» на робочому місці». Фахова школа є двокомпонентною – один день присвячений збереженню фізичного здоров'я шляхом удосконаленню знань та опанування навичками з інфекційного контролю та безпеки ін'єкцій. Метою другої компоненти є вдосконалення знань та виконання медичними сестрами/братами практичних навичок зі збереження ментального здоров'я на робочому місці шляхом профілактики професійного вигорання.

Основними проблемними питаннями збереження ментального здоров'я, яким присвячена вказана компонента фахової школи, є професійне вигорання в медичних фахівців, фактори ризику, стрес-менеджмент та профілактика, емоційна стійкість і саморегуляція в умовах професійного стресу, психологічне благополуччя та баланс між роботою і особистим життям.

Оскільки одномоментне залучення медичних сестер/братів до участі в фахових школах є досить проблематичним, доцільним в перспективі виокремлення груп ризику за межевими показниками опитувальник за методикою В.В. Бойка та/або госпітальна шкала тривоги і депресії.

Таким чином, на підставі досвіду проведення фахової школи «Невідкладна допомога дітям у критичних станах у практиці медсестринства» для фахівців за спеціальністю «Медсестринство» можна вважати, що реалізація неформальної освіти з метою підвищення професійної майстерності сестер/братів медичних та опосередкованого попередження професійного вигорання є перспективним напрямком у сучасній системі безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я, водночас упровадження фахової школи «Стратегії збереження ментального та фізичного здоров'я за спеціальністю «медсестринство» на робочому місці» може слугувати безпосереднім превентивним та коректувальним заходом з профілактики та корекції професійного вигорання серед медичних працівників середньої ланки.

РОЗДІЛ 7

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

Специфіка роботи медичних працівників характеризується тим, що у них є значна кількість ситуацій з високою емоційною насиченістю та когнітивною складністю міжособистісного спілкування. Це вимагає від фахівця значного внеску у встановлення довірчих відносин та вміння керувати емоційною напругою ділового спілкування [73]. Синдром вигорання – це процес поступової втрати емоційної, когнітивної та фізичної енергії, що проявляється у симптомах емоційного, розумового виснаження, фізичної втоми, особистої відчуженості та зниженням задоволення від виконаної роботи. Існує так звана "група ризику" працівників, найбільш схильних до вигорання - це ті, хто працює у сфері "людина - людина" і через свою професію змушені багато та інтенсивно спілкуватися з іншими людьми [74].

Галузь анестезіології та інтенсивної терапії є важливою складовою в системі лікування хворих, яка має на меті здійснення повного комплексу реанімаційних заходів щодо профілактики, відновлення та підтримки порушених життєво важливих функцій організму, що гостро виникають внаслідок захворювання, травми, оперативного втручання, агресивних та інших порушень. Робота середнього медичного персоналу у відділенні інтенсивної терапії винятково складна та відповідальна. Медичні сестри не тільки повинні спостерігати стан хворого та функціонування апаратури, а й вчасно помітити виникнення будь-яких ускладнень, а іноді й самотійно розпочати реанімаційні заходи, такі як закритий масаж серця, штучна вентиляція легень. До обов'язків медичних сестер входить виконання багатьох маніпуляцій, іноді складних та трудомістких (дренування дихальних шляхів, повернення хворого, участь у рентгенологічних дослідженнях тощо). Усі перелічені чинники негативно впливають на стан фізичного та психічного здоров'я медичних працівників цієї спеціальності. Окремими несприятливими факторами можуть вважатися професійні трансмісивні захворювання (вірусні гепатити В, С, ВІЛ-інфекція),

захворювання, що виникають при роботі з медикаментами, наркотичними, дезінфекційними засобами, іншими хімічними сполуками (гострі та хронічні отруєння, медикаментозна алергія, дерматоз. Негативне дію умов праці фахівців анестезіологічного профілю на їх здоров'я можна розділити на безпосередні й опосередковані, алергічні прояви, і особливо небезпечно – порушення репродуктивної функції [75].

Виходячи з цього, метою нашої роботи було оптимізація роботи медичної сестри відділення інтенсивної терапії шляхом вивчення особливостей психоемоційного навантаження при веденні пацієнтів у тяжкому та критичному стані.

До основних завдань дослідження, послідовне вирішення котрих, на нашу думку, дозволило досягти поставленої мети, можна віднести:

1. Вивчити рівень професійного навантаження медичної сестри в умовах роботи у відділенні інтенсивної терапії.
2. Оцінити прояви синдрому емоційного вигорання в професійній діяльності медичних сестер відділень інтенсивної терапії. .
3. Дослідити рівень тривожності та депресії у медичних сестер відділень інтенсивної терапії
4. Запропонувати заходи щодо профілактики та корекції синдрому професійного вигорання та інших психоемоційних розладів у медичних сестер, що працюють у відділеннях інтенсивної терапії.

Для вирішення поставлених задач, спрямованих на досягнення мети роботи, були вивчені особливості роботи середнього медичного персоналу в умовах відділення анестезіології та інтенсивної терапії КНП "Центральна міська клінічна лікарня" (м.Чернівці) та результати їх анонімного анкетування для діагностики професійного вигорання обрано опитувальник за методикою В.В. Бойка та визначення та оцінки тяжкості симптомів депресії та тривоги за госпітальною шкалою тривоги і депресії. Отримані результати аналізувалися з використанням принципів клінічної епідеміології.

Таким чином, загальну когорту обстежених склали, у більшості, медичні сестри – жінки віком в межах 35-40 років та стажем роботи понад 15 років.

Аналіз показників завантаженості середнього медичного персоналу в аспекті забезпечення анестезіологічного забезпечення, трансфузій компонентів крові, проведення внутрішньовенних інфузій глюкозо-сольових розчинів та кровозамінних рідин, довенних ін'єкцій засвідчив досить інтенсивне та різнопланове щодо профілю пацієнтів (за віком – дорослі та діти, хірургічні/нехірургічні) та навантаження на робочому місці з незадоволенням рівнем заробітної плати незважаючи на зручне робоче місце та позитивний підтримувальний характер зі сторони безпосереднього керівництва у більшості випадків.

На підставі порівняння результатів верифікації ознак емоційного вигорання встановлено, що домінують фазою емоційного вигорання в медичних сестер/братів відділень інтенсивної терапії та соматичних відділень є фаза резистенції із симптомами, які формуються або сформованими ознаками. Найбільш значимими у фазі резистенції виявилися симптоми з групи економії емоцій та редукції професійних обов'язків. Фазі резистенції властиві згортання професійних обов'язків, прагнення якомога менше часу витратити на виконання професійних завдань, зменшення часу взаємодії не тільки з колегами, пацієнтами, але і з членами родини, бажання побути на самоті, розширення сфери економії емоцій, неадекватні емоційні реагування, залежність якості роботи від емоційного стану, коливання настрою тощо [64].

Аналіз симптомів фази тривоги засвідчив вірогідно виразнішу оцінку переживання психотравматичних обставин відзначалися у медичних сестер/братів відділень інтенсивної терапії у порівнянні зі медичними працівниками соматичних відділень. У цій же когорті відзначалася вірогідно більша частка медичних сестер/братів із оцінкою, що відповідала субклінічній депресії. Водночас оцінка показників фази виснаження свідчить про виразнішу картину даної фази у медичних сестер/братів соматичних відділень, зокрема, за рахунок

симптомів, що вказують на дисбаланс емоційної сфери (емоційний дефіцит та емоційна відстороненість). Вказані особливості, певне, можуть бути пов'язані з інтенсивнішим психотравмувальними чинниками у відділеннях інтенсивної терапії з наступним формуванням домінувальної фази резистенції в обох клінічних групах, а також більшою адаптацією та стійкістю працівників відділень інтенсивної терапії, про що свідчить менший ризик та оцінка показників фази виснаження у працівників відділень інтенсивної терапії.

При порівняння впливу стажу роботи встановлено, медичні сестри/брати відділень інтенсивної терапії зі стажем 15 років і менше мають виразнішу оцінку фази напруги та резистенції емоційного вигорання, а також вірогідно виразнішу оцінку фази виснаження, тобто стаж роботи в умовах відділення інтенсивної терапії має більше значення для формування емоційного вигорання, зокрема, ознаки даного явища притаманні для медичних сестер/братів в перші 15 років роботи. Також при дискретному аналізі результатів опитування за госпітальною шкалою тривоги та депресії медичних сестер/братів соматичних відділень, встановлено, що виразнішу оцінку ознак маніфесної тривоги, субклінічної та маніфесної депресії отримано від респондентів з коротшим професійним стажем.

ВИСНОВКИ

1. Основними передумовами та причинами психоемоційного навантаження на медичних сестер/братів відділень інтенсивної терапії у порівнянні із персоналом соматичних відділень можна виділити здебільшого вертикальну структуру впливу профільність та афіліацію рівень, зокрема, пов'язано загалом з шкідливостями та навантаженням у відділеннях інтенсивної терапії, в т.ч. на прикладі конкретного місця роботи за умови невдоволеністю рівнем оплати праці.
2. Домінуючою фазою емоційного вигорання у медичних сестер/братів соматичних відділень та відділень інтенсивної терапії виявилася фаза резистенції, при чому у медичних працівників середньої ланки відділень інтенсивної терапії спостерігалася виразніша оцінка фази напруги, та вірогідно більша частка осіб з субклінічною депресією, натомість в медичного персоналу соматичних відділень зафіксована виразніша оцінка та більша частка осіб з ознаками фази виснаження. Так, працевлаштування у відділення інтенсивної терапії вказує на відносний ризик ознак переживання психотравмівних обставин 1,5 (95% ДІ 1,0-2,3) при співвідношенні шансів 2,7 (95% ДІ 1,0-7,4), водночас, працевлаштування у соматичних відділеннях вказує на ризик реалізації компонентів фази виснаження (емоційного дефіциту та емоційної відстороненості – 1,6 (95% ДІ 1,0-2,6).
3. Триваліший стаж володів адаптивним механізмом для медичних сестер/братів відділень інтенсивної терапії стосовно оцінки фаз виснаження, яка була вірогідно виразнішою у респондентів-фахівців соматичних відділень.
4. З метою профілактики та усунення професійного вигорання запропоновано участь у короткотермінових заходах безперервного професійного розвитку опосередкованого та безпосереднього характеру за профілем фахової діяльності.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

Керівникам підрозділів доцільно проводити визначення оцінку професійного вигорання медичних сестер/братів з виокремленням груп ризику та наступним першочерговим залученням їх членів до диференційованих заходів безперервного професійного розвитку. Так, при оцінці фаз емоційного вигорання за методикою В.В. Бойка 40-60 балів та/або 8-10 балів за шкалою HADS доречними є заходи за профілем діяльності превентивного плану; при оцінці фаз емоційного вигорання за методикою В.В. Бойка більше 60 балів та/або 11 і вище за шкалою HADS доцільно залучати медичних сестер/братів-респондентів до заходів коректувального типу з елементами психотренінгів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Kansoun Z., Boyer L., Hodgkinson M., Villes V., Lançon C., Fond G., Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. Vol. 246. 2019. P. 132-147.
URL: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.056>.
2. Chorna, V., Makhniuk, V., Pshuk N., Gumeniuk N., Shevchuk Yu., Khliestova S. Burnout in mental health professionals and the measures to prevent it. *Georgian medical news*. 2021. Vol. 35. P. 113-118.
3. Чорній, С. А., Данилевич, Ю. О., Даньчак, С. В. Психоемоційний стан медичних сестер після використання засобів індивідуального захисту під час догляду за хворими на COVID-19. *Медсестринство*. 2024. №2. С. 11–17.
URL: <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2024.2.14798>.
4. Ojemeni M., Kalamani R., Tong J., Crecelius M. Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: Systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2021. Vol. 119.
URL: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103933>.
5. Синенко М. Ю., Губенко І. Я. Пошук асоціацій між мотиваційними чинниками та рівнем сприйманого стресу в медсестер терапевтичних та хірургічних відділень. *Медсестринство*. 2024 № 2. С. 30–38.
URL: <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2024.2.14801>
6. Синенко М. Ю., Марущак М. І., Чижишин Б. З., Мялюк О. П., Заєць, Т. А. (). Основні стресові чинники в роботі медсестер. *Медсестринство*. 2024. №1. С. 104–109.
URL: <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2024.1.14665>
7. Aberhe W., Mariye T., Bahrey D., Hailay A., Mebrahtom G., Zereabruk K., Gebreayezgi G., Job stress among nurses in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2024. Vol. 20.
URL: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2024.100661>.

8. Марущак М. І., Дейнека Н. Д., Ничик Б. В., Мялюк О. П., Хмеляр І. М. Особливості професійного стресу серед медичних сестер різного профілю. *Health & Education*. 2024. № 3. С.22-32.

URL: <https://doi.org/10.32782/health-2024.3.3>

9. Layali I., Ghajar M., Abedini E., Emadian S. Role of Job Stressors on Quality of Life in Nurses. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2019. Vol. 29, no 180. P. 129–33.

10. Babapour A.R., Gahassab-Mozaffari N., Fathnezhad-Kazemi A., Nurses' job stress and its impact on quality of life and caring behaviors: a cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2022. Vol. 21, no. 75.

URL: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00852-y>

11. Rizkianti I., Haryani A.. The Relationship Between Workload and Work Stress With Caring Behavior Of Nurses in Inpatient Rooms. *Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan*. 2020. No 2. P. 59–66.

12. Oluma A., Abadiga M. Caring behavior and associated factors among nurses working in Jimma University specialized hospital, Oromia, Southwest Ethiopia, 2019. *BMC Nurs*. 2020. Vol. 19, no 1. P. 1–7.

13. Parveen R., Hussain M., Afzal M., Parveen M.K., Majeed M.I., Tahira F., Sabir M. The impact of occupational stress on nurses caring behavior and their health related quality of life. *Saudi J Med Pharm Sci*. 2017. Vol.3, no 9. P. 1016–1025.

14. Manzanares I., Sevilla Guerra S., Lombraña Mencía M., Acar-Denizli N., Miranda Salmerón J., Martinez Estalella G. Impact of the COVID-19 pandemic on stress, resilience and depression in health professionals: a cross-sectional study. *Int Nurs Rev*. 2021. Vol. 68. P. 461-470.

URL: <https://doi.org/10.1111/inr.12693>

15. Mohammed Al Maqbali, Mohammed Al Sinani, Badriya Al-Lenjawi. Prevalence of stress, depression, anxiety and sleep disturbance among nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2021. Vol. 141.

URL: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110343>.

16. Döndü Şanlıtürk, Perceived and sources of occupational stress in intensive care nurses during the COVID-19 pandemic. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2021. Vol. 67.

URL: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103107>.

17. Shah Syed Haider Ali, Haider Aftab, Jindong Jiang, Mumtaz Ayesha, Rafiq Nosheen. The Impact of Job Stress and State Anger on Turnover Intention Among Nurses During COVID-19: The Mediating Role of Emotional Exhaustion. *Frontiers in Psychology*. VOL.12. 2022 DOI=10.3389/fpsyg.2021.810378

18. Daniel Kwasi Ahorsu, Chung-Ying Lin, Zohreh Hosseini Marznaki, Amir H. Pakpour The association between fear of COVID-19 and mental health: The mediating roles of burnout and job stress among emergency nursing staff. *Special Section: Building Consensus for Excellence in Adult Nursing*. 2022. Vol. 9, no 2. P. 1147-1154.

URL: <https://doi.org/10.1002/nop2.1154>

19. Aiken L.H., Lasater K.B., Sloane D.M. Physician and Nurse Well-Being and Preferred Interventions to Address Burnout in Hospital Practice: Factors Associated With Turnover, Outcomes, and Patient Safety. *JAMA. Health Forum*. 2023. Vol. 4, no 7. P. 231809.

URL: <https://doi:10.1001/jamahealthforum.2023.1809>.

20. Кок ГМ. Особливості емоційного вигорання у медичних працівників в умовах воєнного стану. *Principles of formatio multifunctional resort and entertainment complexes: Abstracts of XVI International Scientific and Practical Conference, 23–24 квітня 2023 р., Париж / Париж, 2023*. С. 319–322.

21. Паламарчук М.І., Іванова Л.А., Гарас М.Н. Формування психоемоційного навантаження у медичних сестер відділень інтенсивної терапії Україна. *Здоров'я нації*. 2024. Т.1, № 75 С.145-150.

URL: <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.1/25>

22. Коваль Н., Колосова, К. Управлінська діяльність з попередження синдрому професійного вигорання в сучасних умовах. *Економіка та суспільство*. 2024 № 66.

URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2024-66-49>

23. Dall'Ora C., Ball J., Reinius M. Burnout in nursing: a theoretical review. *Hum Resour Health*. 2020. Vol.18, no 41.

URL: <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>

24. Maslach C. A Multidimensional theory of burnout. In: Cooper CL, editor. *Theories of Organizational Stress* Oxford University Press Inc, 1999. 451 p.

25. Maslach C, Leiter M. Burnout. Fink G, editor. London, UK: Academic Press: 2016. 351 p.

26. Acosta-Ramos S., Rocio Ramirez-Martinez F., Reveles Manriquez J., Galindo-Odilon M., Yanin Estrada-Esparza S., Trejo-Franco J., Flores-Padilla L.. Burnout syndrome and association with work stress in nursing staff in public hospital of the northern border of Mexico. *Archives of Psychiatric Nursing*. Vol. 35, no 6. 2021. P. 571-576.

URL: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.07.002>

27. Elshaer, N. S. M., Moustafa, M. S. A., Aiad, M. W., & Ramadan, M. I. E. (2018). Job Stress and Burnout Syndrome among Critical Care Healthcare Workers. *Alexandria Journal of Medicine*. Vol. 54, no 3. P. 273–277.

URL: <https://doi.org/10.1016/j.ajme.2017.06.004>

28. Amarneh B.H. Social Support Behaviors and Work Stressors among Nurses: A Comparative Study between Teaching and Non-Teaching Hospitals. *Behav Sci (Basel)*. 2017. Vol. 29, no 7.

URL: <https://doi.org/doi: 10.3390/bs7010005>.

29. Лотоцька О.В., Литвинюк В.В, Сопель О.М., Крицька Г.А., Кучер С. В. Гігієнічні аспекти профілактики синдрому емоційного вигорання у середнього медичного персоналу різнопрофільних відділень лікарні. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. Т.3. С. 19–23.

URL: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2020.3.11616>

30. Юрченко І., Савченко О., Буряк І. Професійне вигорання медичних працівників за сучасних умов. *Медсестринство*. 2020. № 4. С. 11-16.

31. Гордієнко Л. М. Розвиток гіпертонічної хвороби та особливості надання медичної допомоги при факторах, пов'язаних із сихоемоційним навантаженням. *Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини*. 2020. Т. 4, № 1. С. 14-25.

URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apklm_2020_4_1_432. Alenezi A., McAndrew S., Fallon P. Burning out physical and emotional fatigue: Evaluating the effects of a programme aimed at reducing burnout among mental health nurses. *Int J Ment Health Nurs*. 2019 Vol. 28, no 5. P.1045-1055.

URL: <https://doi.org/10.1111/inm.12608>

33. Shah M.K., Gandrakota N., Cimiotti J.P., Ghose N., Moore M., Ali M.K. Prevalence of and Factors Associated With Nurse Burnout in the US. *JAMA Netw Open*. 2021. Vol.4, no 2. e2036469.

URL: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.36469>

34. Montgomery Aoyjai P., Patrician Patricia A., Azuero Andres. Nurse Burnout Syndrome and Work Environment Impact Patient Safety Grade. *Journal of Nursing Care Quality*. 2022. Vol. 37, no 1. P. 87-93.

URL: <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000574>

35. Montgomery Aoyjai P., Azuero Andres, Baernholdt Marianne, Loan Lori A.; Miltner Rebecca S., Qu Haiyan, Raju Dheeraj, Patrician Patricia A. Nurse Burnout Predicts Self-Reported Medication Administration Errors in Acute Care Hospitals. *Journal for Healthcare Quality*. 2021. Vol. 43, no 1. P. 13-23.

URL: <https://doi.org/10.1097/JHQ.0000000000000274>

36. Lucas G., Colson S., Boyer L., Inthavong K., Haller P.H., Lancon C., Auquier P., Gentile S., Fond G. Risk factors for burnout and depression in healthcare workers: The national AMADEUS study protocol. *L'Encéphale*. 2022. Vol. 48, no 3. P.247-253.

URL:<https://doi.org/10.1016/j.encep.2021.06.001>.

37. Rutledge Dana N., Douville Sarah; Winokur Elizabeth J. Chronic Fatigue Predicts Hospital Nurse Turnover Intentions. *The Journal of Nursing Administration*. 2022. Vol. 52, no 3. P 241-247

38. Симоненко С.М., Плющ І.А. Психологічний супровід медичної практики у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії. *Наука і Освіта*. 2009. №5. С.155-161.

39. Марков Ю.І., Пустовіт С.В. Філософські проблеми сучасної анестезіології / Медицина невідкладних станів. 2018. Т.89, № 2. С.41-48

URL:<https://doi.org/10.22141/2224-0586.2.89.2018.126601>

40. Vells B., Midya V., Prasad A. Experiences of Burnout Among Nurse Anesthetists. *The Online Journal of Issues in Nursing*. 2021.Vol. 26, no. 2. P.41-48.

41. Sanfilippo F., Noto A, Foresta G., Santonocito C., Palumbo G. J., Arcadipane A., Incidence and Factors Associated with Burnout in Anesthesiology: A Systematic Review. *BioMed Research International*. 2017. Vol. 10

URL: <https://doi.org/10.1155/2017/8648925>

42 Gurman\ G.M., Klein M., Weksler N. Professional stress in anesthesiology: a review. *J Clin Monit Comput*. 2012. Vol. 26 P. 329–335.

URL: <https://doi.org/10.1007/s10877-011-9328-7>.

43.Пашутинський Є. К. Посадові інструкції. Охорона здоров'я. (Керівники, професіонали в галузі лікарської справи) (Кадри підприємства). К.: КНТ, 2005. С. 356.

44 Petrișor C., Breazu C., Doroftei M., Mărieș I., Popescu C. Association of Moral Distress with Anxiety, Depression, and an Intention to Leave among Nurses Working in Intensive Care Units during the COVID-19 Pandemic. *Healthcare*. 2021. Vol. 9, no 10. P. 1377.

URL: <https://doi.org/10.3390/healthcare9101377>

45. Burton M.; Caswell H.; Porter C.; Mott S.; DeGrazia M. Moral Distress: Defined and described by neonatal and pediatric critical care nurses in a quaternary

care free-standing pediatric hospital. *Dimens. Crit. Care Nurs.* 2020. Vol. 39. P. 101–109.

46. Fumis R.R.L., Schettino.G.D.P.P., Rogovschi P.B., Corrêa T.D. Would you like to be admitted to the ICU? The preferences of intensivists and general public according to different outcomes. *J. Crit. Care.* 2019. Vol. 53. P. 193–197.

47. Azoulay E., De Waele J., Ferrer R., Staudinger T., Borkowska M., Povia P., Iliopoulou K., Artigas A., Schaller S.J., Hari M.S. Symptoms of burnout in intensive care unit specialists facing the COVID-19 outbreak. *Ann. Intensiv. Care.* 2020. Vol. 10. P. 1–8.

48. Browning E.D., Cruz J.S. Reflective Debriefing: A Social Work Intervention Addressing Moral Distress among ICU Nurses. *J. Soc. Work. End-Of-Life Palliat. Care.* 2018. Vol. 14. P. 44–72.

49. Pappa, S.; Ntillac, V.; Giannakasc, T.; Giannakoulisc, V.G.; Papoutsic, E.; Katsaounoucd, P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav. Immun.* 2020. Vol. 88. P. 901–907.

50. Parsons L.C.; Walters M.A. Management Strategies in the Intensive Care Unit to Improve Psychosocial Outcomes. *Crit. Care Nurs. Clin. North Am.* 2019. Vol. 31. P. 537–545.

51. Milliken A., Ludlow L., Grace P. Ethical Awareness Scale: Replication Testing, Invariance Analysis, and Implications. *AJOB Empir. Bioeth.* 2019. Vol. 10. P. 231–240.

52. Kavurmacı M., Tan, M. Determining the Moral Sensitivities of Intensive Care Nurses. *Crit. Care Nurs.* 2019. Vol. 42. P. 278–284.

53. Firm J., Rui C., Vercler C., De Vries R., Shuman A. Identification of core ethical topics for interprofessional education in the intensive care unit: A thematic analysis. *J. Interprofessional Care.* 2020. Vol. 34. P. 453–460.

54. Zahid M.A., Huma Nasir H., Zahra Zahid Z. The anesthesiologist, stress, burn-out and the coping strategies. *Anaesth. Pain Intensive Care*. 2023. Vol. 27, no 4. P. 444–448.

URL: <https://doi.org/DOI: 10.35975/apic.v27i4.2254>.

55. Paprocka-Lipińska A., Drozd-Garbacewicz M., Erenc J., Wujtewicz M., Suchorzewska J., Olejniczak M., Wujtewicz M., Aszkiełowicz H., Dończyk A., Furmanik J. Potential sources of conflict in intensive care units—a questionnaire study. *Anestezjol. Intensywna Ter.* 2019. Vol. 51. P. 357–360.

56. Bateman M.E., Hammer R., Byrne A., Ravindran N., Chiurco J., Lasky S., Denson R., Brown M., Myers L., Zu Y. Death Cafés for prevention of burnout in intensive care unit employees: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2020. Vol. 21. P. 1–9.

57. Рибак Є.В., Марков Ю.І. Професійні шкідливості в анестезіології та інтенсивній терапії // *Проблеми військової охорони здоров'я: Збірник наукових праць Української військово-медичної академії*. Вип. 43. К.: 2015. С. 356-365.

58. Єрошкіна Т.В., Меркулова В.Б. Шкідливі фактори умов праці лікарів різних спеціальностей. *Сучасний рух науки: тези доп. III міжнародної науково-практичної інтернет-конференції, 1-2 жовтня 2018 р. Дніпро, 2018*. С. .210-215.

59. Марков Ю. І. Професійна ідентифікація майбутніх анестезіологів. *Здоров'я, медицина та філософія: стратегії виживання в умовах ковідної реальності* / За наук. ред. Пустовіт С.В., Бугайової Н.М., Палей Л.А. – К.: Українська асоціація з біоетики, 2022. С.116-123.

60. Наказ МОЗ України від 29.03.2002 р. № 117 Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників, випуск 78 «Охорона здоров'я» (зі змінами).

URL:<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02#Text>

61. Колтунович, Тетяна Анатоліївна. Психологічні умови корекції професійного вигорання у вихователів дитячих навчальних закладів. дис. ... канд. псих. наук : 19.00.07. Івано-Франківськ, 2016. 352 с.

62 Коваль Н.В., Колосова К.К. Управлінська діяльність з попередження синдрому професійного вигорання в сучасних умовах. – Економіка та суспільство. 2024. Випуск № 66. С. 5-11.

63 Емоційне вигорання педагогів. Методичні рекомендації./ Укладачі: Коняхіна А.В., Гаврик І.Л, Гриценко Н.В., Гутенко Д.М., Коропченко Н.М., Обравит О.М., Полякова В.С., Сухомлин Л.Г., Усик Ю.С., Чорний О.І. – Суми: методичний кабінет відділу освіти Сумської районної державної адміністрації, 2016.- 60 с.

64 Туз Л.Г. Синдром емоційного вигорання медичних сестер на етапі ранньої професіоналізації. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України*. 2020. Т. 9, Вип. 13. С.371-380.

65. В. Д. Мішиєв. Сучасні депресивні розлади. Львів: Медицина світу, 2004. 208 с.

URL: http://msvitu.com/pages/medical-books/depres_mishyev/DEPRES04.pdf

66. Zigmond A. S., Snaith R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983. Vol.67, no 6. P. 361–370.

67. Соціальна медицина, громадське здоров'я. навч. посіб. : у 4 т. / за заг. ред. В.А. Огнєва. Харків: ХНМУ, 2023. Т. 1. Біологічна статистика. 316 с.

68. Статут комунального некомерційного підприємства «Центральна міська клінічна лікарня» Чернівецької міської ради, затверджено Рішення Чернівецької міської ради VIII скликання 31. 08. 2023 № 1390. м. Чернівці, 2023. С.1-19.

URL: <https://cmkl.cv.ua/%d0%9f%d1%80%d0%be-%d0%bd%d0%b0%d1%81/>

69. Наказ МОЗ України від 25.01.2023 р. № 138 Про затвердження змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0138282-23#Text>

70. Танасійчук О. М. Психологічна корекція синдрому емоційного вигорання медичних сестер. *Інсайт*. 2019. №1. С. 41-46.
71. Artyomenko V., Yelchaninova S., Nosenko V., Vastyanov R. The emotional burnout syndrome signs identification during medical training simulation. *Reports of Vinnytsia National Medical University*. 2017. Vol. 20, no 1, P. 125-127.
72. Дуб Н., Максименко Т., Блоховита О. Безперервний професійний розвиток медсестер: підвищення ефективності навчання через інтеграцію в практику *Сучасне медсестринство: євроінтеграційні процеси безперервного професійного розвитку*: збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції, 14 березня 2024 р. / Ломжа – Кривий Ріг – Утена, С.80-84
73. Штинь М-В.А., Маланчин І.М. Формування синдрому професійного вигорання у співробітників відділення анестезіології та інтенсивної терапії. *Медсестринство*. 2019. Т.4. С. 32-35.
URL: <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2019.4.10835>.
74. Кастнерова МС, Бабінець ЛС, Боровик ІО, Боцюк НЄ, Мігенько БО. Синдром вигорання – важлива проблема підготовки медичних сестер (досвід Південної Чехії). *Медична освіта*. 2018;1:75-79. DOI 10.11603/me.2414-5998.2018.1.8825.
75. Рибак ЄВ. Професійні шкідливості в анестезіології та інтенсивній терапії. *Проблеми військової охорони здоров'я*. 2015;43:356-365.

ДОДАТОК А

ОПИТУВАЛЬНИК ЗА МЕТОДИКОЮ В.В. БОЙКА

1. Стать: ☐ жін. ☐ чол. (підкреслити)
 2. Вік: _____
 3. Стаж роботи: _____
 4. Сімейний стан (одружений / заміжня) ☐ так ☐ ні (підкреслити)
 5. Діти, їх вік: _____
 6. Відділення: ☐ а) інфекційне ☐ б) неінфекційне; ☐ в) інтенсивної терапії; ☐ г) поліклінічне
 7. Кабінет: є ☐ окремий / ☐ ординаторська, робоче місце зручне: ☐ так ☐ ні (підкреслити)
 8. Кількість оглянутих (під Вашим спотереженням) хворих за день: _____
 9. Ваша тривалість вашого робочого дня (у годинах): _____
 10. Ваші стосунки з керівництвом: ☐ а) відчуваю підтримку; ☐ б) нейтральні; ☐ в) відчуваю тиск і нерозуміння: _____
 11. Рівень вашої зарплати: ☐ а) високий; ☐ б) середній; ☐ в) низький: _____
-
1. Організаційні недоліки на роботі постійно змушують мене нервувати, переживати, напружуватися: ☐ так, ☐ ні
 2. Сьогодні я задоволений своєю професією не менше, ніж на початку кар'єри: ☐ так, ☐ ні
 3. Я помилився у виборі професії або профілю діяльності (займаю не своє місце): ☐ так, ☐ ні
 4. Мене турбує те, що я став гірше працювати (менш продуктивно, якісно, повільніше): ☐ так, ☐ ні
 5. Тепло́та взаємодії з пацієнтами дуже залежить від мого настрою - хорошого або поганого: ☐ так, ☐ ні
 6. Від мене як професіонала мало залежить благополуччя пацієнтів: ☐ так, ☐ ні
 7. Коли я приходжу з роботи додому, то деякий час (години 2-3) мені хочеться

побути наодинці, щоб зі мною ніхто не спілкувався: ☐ так, ☐ ні

8. Коли я відчуваю втому або напруга, то намагаюся скоріше вирішити усі проблеми: ☐ так, ☐ ні

9. Мені здається, що емоційно я не можу дати хворим того, що вимагає професійний обов'язок: ☐ так, ☐ ні

10. Моя робота притупляє емоції: ☐ так, ☐ ні

11. Я відверто втомився від людських проблем, з якими доводиться мати справу на роботі: ☐ так, ☐ ні

12. Буває я погано засинаю (сплю) через переживання, пов'язаних з роботою: ☐ так, ☐ ні

13. Робота з хворими вимагає від мене великої напруги: ☐ так, ☐ ні

14. Робота з людьми приносить все менше задоволення: ☐ так, ☐ ні

15. Я б змінив місце роботи, якщо б представилася можливість: ☐ так, ☐ ні

16. Мене часто засмучує те, що я не можу належним чином надати професійну допомогу: ☐ так, ☐ ні

17. Мені завжди вдається запобігти впливу поганого настрою на роботу: ☐ так, ☐ ні

18. Мене дуже засмучує, якщо щось не ладиться на роботі: ☐ так, ☐ ні

19. Я настільки втомлююся на роботі, що вдома намагаюся спілкуватися якнайменше: ☐ так, ☐ ні

20. Через брак часу, втоми або напруги часто приділяю хворим увагу менше, ніж належить: ☐ так, ☐ ні

21. Іноді самі звичайні ситуації спілкування на роботі викликають роздратування: ☐ так, ☐ ні

22. Я спокійно сприймаю обґрунтовані претензії батьків пацієнтів: ☐ так, ☐ ні

23. Спілкування з хворими спонукає мене цуратися людей: ☐ так, ☐ ні

24. При згадці про деяких колег по роботі у мене псується настрій: ☐ так, ☐ ні

25. Конфлікти чи розбіжності з колегами забирають багато сил та емоцій: ☐ так, ☐ ні

26. Мені все важче встановлювати або підтримувати контакти з батьками хворих: ☐ так, ☐ ні
27. Обстановка на роботі мені здається дуже важкою, складною: ☐ так, ☐ ні
28. У мене часто виникають тривожні очікування, пов'язані з роботою: щось має статися, як би не допустити помилки, чи зможу зробити все, як треба, не скоротять тощо: ☐ так, ☐ ні
29. Якщо батьки дитини мені неприємні, я намагаюся обмежити час спілкування з ними або менше приділяти їм уваги: ☐ так, ☐ ні
30. У спілкуванні на роботі я дотримуюся принципу: «не роби людям добра, не отримаєш зла»: ☐ так, ☐ ні
31. Я охоче розповідаю домашнім про свою роботу: ☐ так, ☐ ні
32. Бувають дні, коли мій емоційний стан погано позначається на результатах роботи (менше роблю, знижується якість, трапляються конфлікти) : ☐ так, ☐ ні
33. Часом я відчуваю, що треба виявити до батьків дітей емоційну чуйність, але не можу: ☐ так, ☐ ні
34. Я дуже переживаю за свою роботу: ☐ так, ☐ ні
35. Батькам дітей на роботі віддаєш уваги і турботи більше, ніж отримуєш від них вдячності: ☐ так, ☐ ні
36. При думці про роботу мені зазвичай стає гірше: починає колоти в області серця, підвищується тиск, з'являється головний біль: ☐ так, ☐ ні
37. У мене хороші (цілком задовільні) відносини з безпосереднім керівником: ☐ так, ☐ ні
38. Я часто радію, бачачи, що моя робота приносить користь людям: ☐ так, ☐ ні
39. Останнім часом (чи як завжди) мене переслідують невдачі в роботі: ☐ так, ☐ ні
40. Деякі аспекти (факти) моєї роботи викликають глибоке розчарування та смуток: ☐ так, ☐ ні
41. Бувають дні, коли спілкування з хворими складаються гірше, ніж зазвичай: ☐ так, ☐ ні

42. Я поділяю думки колег по роботі менше, ніж зазвичай: ☐ так, ☐ ні
43. Утома від роботи приводить до того, що я намагаюся скоротити спілкування з друзями і знайомими: ☐ так, ☐ ні
44. Я звичайно виявляю інтерес до справ колег окрім того, що стосується роботи: ☐ так, ☐ ні
45. Зазвичай я приходжу на роботу зі свіжими силами, у гарному настрої: ☐ так, ☐ ні
46. Я іноді ловлю себе на тому, що працюю з батьками дітей без душі: ☐ так, ☐ ні
47. По роботі зустрічаються настільки неприємні люди, що мимоволі бажаєш їм чого-небудь поганого: ☐ так, ☐ ні
48. Після спілкування з неприємними пацієнтами у мене буває погіршення фізичного або психічного самопочуття: ☐ так, ☐ ні
49. На роботі я відчуваю постійні фізичні або психологічні перевантаження: ☐ так, ☐ ні
50. Успіхи в роботі надихають мене: ☐ так, ☐ ні
51. Ситуація на роботі, в якій я опинився, здається мені безвихідною (майже безвихідною) : ☐ так, ☐ ні
52. Я втратив спокій через роботу: ☐ так, ☐ ні
53. Упродовж останнього року була скарга (були скарги) на мою адресу з боку батьків / пацієнтів: ☐ так, ☐ ні
54. Мені вдається берегти нерви завдяки тому, що багато чого з того, що відбувається з пацієнтами, я не приймаю близько до серця: ☐ так, ☐ ні
55. Я часто з роботи приношу додому негативні емоції: ☐ так, ☐ ні
56. Я часто працюю через силу: ☐ так, ☐ ні
57. Раніше я був більш чуйним і уважним до пацієнтів, аніж тепер: ☐ так, ☐ ні
58. У роботі з людьми керуюся принципом: не витратити нерви, бережи здоров'я: ☐ так, ☐ ні
59. Іноді йду на роботу з важким почуттям: як все набридло, нікого б не бачити і не чути: ☐ так,

☐ ні

60. Після напруженого робочого дня я відчуваю нездужання: ☐ так, ☐ ні

61. Контингент хворих, з якими я працюю, дуже важкий: ☐ так, ☐ ні

62. Іноді мені здається, що результати моєї роботи не варті тих зусиль, які я витрачаю: ☐ так, ☐ ні

63. Якби мені пощастило з роботою, я був би більш щасливий: ☐ так, ☐ ні

64. Я в розпачі через те, що на роботі в мене серйозні проблеми: ☐ так, ☐ ні

65. Іноді я працюю зі своїми пацієнтами так, як не хотів би, щоб чинили зі мною:
☐ так, ☐ ні

66. Я засуджую батьків пацієнтів, які розраховують на особливу поблажливість, увагу: ☐ так, ☐ ні

67. Найчастіше після робочого дня у мене немає сил займатися домашніми справами: ☐ так, ☐ ні

68. Зазвичай я кваплю час: скоріше б робочий день скінчився: ☐ так, ☐ ні

69. Стани, прохання, потреби пацієнтів зазвичай мене щиро хвилюють: ☐ так, ☐ ні

70. Працюючи з людьми, я зазвичай ніби ставлю екран, який захищає від чужих страждань і негативних емоцій: ☐ так, ☐ ні

71. Робота з людьми (пацієнтами) дуже розчарувала мене: ☐ так, ☐ ні

72. Щоб відновити сили, я часто приймаю ліки: ☐ так, ☐ ні

73. Як правило, мій робочий день проходить спокійно і легко: ☐ так, ☐ ні

74. Мої вимоги до виконуваної роботи вище, ніж те, чого я досягаю в силу обставин: ☐ так, ☐ ні

75. Моя кар'єра склалася вдало: ☐ так, ☐ ні

76. Я дуже нервую через все, що пов'язано з роботою: ☐ так, ☐ ні

77. Деяких з своїх постійних пацієнтів я не хотів би бачити і чути: ☐ так, ☐ ні

78. Я схвалюю колег, які повністю присвячують себе людям, забуваючи про власні інтереси: ☐ так, ☐ ні

79. Моя втома на роботі зазвичай мало позначається у спілкуванні з домашніми

та друзями: ☐ так, ☐ ні

80. Бувають випадки, коли я приділяю пацієнтам менше уваги: ☐ так, ☐ ні

81. Мене часто підводять нерви в спілкуванні з людьми на роботі: ☐ так, ☐ ні

82. До всього (майже до всього), що відбувається на роботі, я втратив інтерес, живе почуття: ☐ так, ☐ ні

83. Робота з людьми погано вплинула на мене, як на професіонала - розлютила, зробила нервовим, притупила емоції: ☐ так, ☐ ні

84. Робота з людьми явно підриває моє здоров'я: ☐ так, ☐ ні

"Напруга"

Переживання психотравмуючих обставин: +1 (2), +13 (3), +25 (2), -37 (3), +49 (10), +61 (5), -73 (5)

Незадоволеність собою: -2 (3), +14 (2), +26 (2), -38 (10), -50 (5), +62 (5), +74 (3)

"Загнаність у клітку": +3 (10), +15 (5), +27 (2), +39 (2), +51 (5), +63 (1), -75 (5)

Тривога і депресія: +4 (2), +16 (3), +28 (5), +40 (5), +52 (10), +64 (2), +76 (3)

Сума балів за фазу

"Резистенція"

Неадекватне емоційне виборче реагування: +5 (5), -17 (3), +29 (10), +41 (2), +53 (2), +65 (3), +77 (5)

Емоційно-моральна дезорієнтація: +6 (10), -18 (3), +30 (3), +42 (5), +54 (2), +66 (2), -78 (5)

Розширення сфери економії емоцій: +7 (2), +19 (10), -31 (20), +43 (5), +55 (3), +67 (3), -79 (5)

Редукція професійних обов'язків: +8 (5), +20 (5), +32 (2), -44 (2), +56 (3), +68 (3), +80 (10)

Сума балів за фазу

"Виснаження"

Емоційний дефіцит: +9 (3), +21 (2), +33 (5), -45 (5), +57 (3), -69 (10), +81 (2)
Емоційна відстороненість: +10 (2), +22 (3), -34 (2), +46 (3), +58 (5), +70 (5), +82 (10)
Особистісна відстороненість (деперсоналізація): +11 (5), +23 (3), +35 (3), +47 (5), +59 (5), +71 (2), +83 (10)
Психосоматичні і психовегетативні порушення: +12 (3), +24 (2), +36 (5), +48 (3), +60 (2), +72 (10), +84 (5)
Сума балів за фазу

ДОДАТОК Б

АНКЕТА

Госпітальна шкала тривоги і депресії
(Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

Частина I (оцінка рівня ТРИВОГИ)

1. Я відчуваю напругу, мені не по собі

- ☐ 3 - весь час
- ☐ 2 - часто
- ☐ 1 - час від часу, іноді
- ☐ 0 - зовсім не відчуваю

2. Я відчуваю страх, здається, що щось жахливе може ось-ось статися

- ☐ 3 - безперечно це так, і страх дуже великий
- ☐ 2- так, це так, але страх не дуже великий
- ☐ 1- іноді, але це мене не турбує
- ☐ 0 – зовсім не відчуваю

3. Стурбовані думки крутяться у мене в голові

- ☐ 3 - постійно
- ☐ 2 - більшу частину часу
- ☐ 1 - час від часу і не так часто
- ☐ 0 - тільки іноді

4. Я легко можу присісти та розслабитися

- ☐ 0 - безперечно, це так
- ☐ 1 - напевно, це так
- ☐ 2 - лише зрідка, це так
- ☐ 3 - зовсім не можу

5. Я відчуваю внутрішню напругу або тремтіння

- ☐ 0 - зовсім не відчуваю
- ☐ 1 - іноді

☐ 2 - часто

☐ 3 - дуже часто

6. Я відчуваю непосидючість, мені постійно потрібно рухатися

☐ 3 - безперечно, це так

☐ 2 - напевно, це так

☐ 1 - лише деякою мірою, це так

☐ 0 - зовсім не відчуваю

7. У мене буває раптове почуття паніки

☐ 3 - дуже часто

☐ 2 - досить часто

☐ 1 - не так часто

☐ 0 - зовсім не буває

Частина II (оцінка рівня ДЕПРЕСІЇ)

1. Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає в мене таке саме почуття

☐ 0 - безперечно, це так

☐ 1- напевно, це так

☐ 2- тільки дуже мало, це так

☐ 3 - це зовсім не так

2. Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне

☐ 0 - безперечно, це так

☐ 1- напевно, це так

☐ 2- лише в дуже малій мірі, це так

☐ 3 - зовсім не здатний

3. Я відчуваю бадьорість

☐ 3 - зовсім не відчуваю

☐ 2 - дуже рідко

☐ 1 - іноді

☐ 0- практично весь час

4. Мені здається, що я почав все робити дуже повільно

☐ 1- практично весь час

☐ 2 - часто

☐ 1 - іноді

☐ 0- зовсім ні

5. Я не стежу за своєю зовнішністю

☐ 3- безумовно, це так

☐ 2- я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно

☐ 1- можливо, я став менше приділяти цьому часу

☐ 0 - я стежу за собою так само, як і раніше

6. Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення

☐ 0 - так само, як і зазвичай

☐ 1- так, але не в тій мірі, як раніше

☐ 2- значно менше, ніж зазвичай

☐ 3 - зовсім так не вважаю

7. Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо- або телепрограми

☐ 0 - часто

☐ 1 - іноді

☐ 2 - рідко

☐ 3 - дуже рідко