

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет
Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Кваліфікаційна (магістерська) робота
за спеціальністю “Сестринська справа” 223 – медсестринство
на тему:

**Психологічна готовність медичних сестер до сестринського супроводу у
відділенні ендоскопічної хірургії.**

Виконала: студент 2 курсу, групи 3-24-070

Сущенко Вікторія Олександрівна

Керівник: к. мед. н. доцент Смирнова В.І.

Рецензент: Завідувач кафедри психіатрії,
наркології, медичної психології
та соціальної роботи

Професор, д. мед. н. Кожина

Г.М.

Харків - 2026

Зміст

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. СЕСТРИНСЬКИЙ СУПРОВІД ПАЦІЄНТІВ У ВІДДІЛЕННІ ОПЕРАТИВНОЇ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ХІРУРГІЇ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ)	8
1.1. Історичний та сучасний погляд на розвиток ендоскопічної хірургії.....	8
1.2. Психологічна підготовка медичних сестер до роботи у відділенні оперативної ендоскопічної хірургії.....	10
1.3. Сестринський супровід пацієнтів у відділенні ендоскопічної хірургії в умовах воєнного стану.....	14
РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, МЕТОДИ ТА МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕННЯ	21
2.1. Програма, методи та методика дослідження.....	21
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ, ОБРОБКА ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ДО СЕСТРИНСЬКОГО СУПРОВОДУ ПАЦІЄНТІВ У ВІДДІЛЕННІ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ХІРУРГІЇ	23
3.1. Аналіз, обробка та узагальнення отриманих результатів.	23
3.2. Визначення перспектив зміни психоемоційної готовності медичного персоналу до сестринського супроводу.....	28
3.3. Рекомендації щодо організації психолого-емоційної допомоги та підтримки медичних працівників.....	30
ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	32
ВИСНОВКИ.....	35
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	37
ДОДАТКИ.....	42

Перелік умовних скорочень

Ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія - ЕРХПГ.

Центральна нервова система - ЦНС.

Шлунково-кишковий тракт - ШКТ

ВСТУП

Актуальність дослідження. Психологічна готовність медичних сестер до виконання сестринського супроводу є основним аспектом, на який в сучасних умовах воєнного стану, звернена увага багатьох фахівців. Медичний працівник, який не може психологічно витримувати навантаження своєї професійної діяльності через зовнішні та внутрішні стресові чинники не спроможний до надання якісних та компетентних послуг пацієнтам. Постає важливе питання визначення оцінки психологічної готовності медичних сестер до сестринського супроводу пацієнтів на тлі пролонгованого воєнного стану у різних регіонах України. Визначення психо-емоційної напруги працівників є ключовим елементом при подальшому диференціюванні навантаження у роботі з метою надання послуг сестринського супроводу.

Праці сучасних дослідників, зокрема Дударєви Т. В., Авдєєнко О. І., Шульгай А. Г. та інших, виділяють головну проблематику підготовки медичних кадрів з точки зору психологічної готовності до виконання своїх професійних обов'язків. Підвищення тривожності, розвиток синдрому емоційного вигорання, психогенні розлади та інші можливі психологічні або психічні відхилення є поширеними результатами впливу воєнного становища на медичних сестер, які вимушені працювати під постійним стресом від активних бойових дій.

Лісовий В. М. спираючись на деонтологічні аспекти медсестринської діяльності, наголошує на дотриманні етичних обов'язків до пацієнта, етичних та деонтологічних принципів, але нестабільність сьогодення у демографічному та соціальному плані унеможлиблює для більшості медичних фахівців дотримання та виконання необхідних засад для сестринського супроводу. Саме тому визначення психологічної готовності медичного працівника є невід'ємною складовою для його подальшої підготовки та активного залучення до роботи відповідного відділення.

З урахуванням складності та необхідності до чіткого та злагодженого контакту із пацієнтом у відділеннях оперативної ендоскопічної хірургії,

Кіт О. М. та співавтори [16] роблять акцент на внутрішні стійкості медичної сестри, яка досягається через моральні та емоційно-вольові внутрішні психологічні установи та дозволяють працівнику адекватно оцінювати ситуації та якісно надавати необхідний пацієнту супровід.

У даній кваліфікаційній (магістерській) роботі з метою дослідження психологічної готовності медичних сестер до сестринського супроводу пацієнтів в умовах воєнного стану обране конкретне відділення - відділення оперативної ендоскопічної хірургії.

Об'єктом дослідження є процес визначення психологічної готовності медичних сестер до сестринського супроводу пацієнтів у відділенні оперативної ендоскопічної хірургії в умовах воєнного стану.

Предметом дослідження - психологічний стан медичних сестер як аспект готовності до сестринського супроводу пацієнтів у відділенні оперативної ендоскопічної хірургії в умовах воєнного стану.

Метою дослідження даної кваліфікаційної роботи є експериментальне визначення психологічної готовності медичних сестер до сестринського супроводу пацієнтів у відділенні оперативної ендоскопічної хірургії в умовах воєнного стану.

Відповідно до мети експериментального дослідження нами виділено такі завдання:

- Виконати аналітичний огляд літературних джерел щодо сестринського супроводу пацієнтів у відділенні оперативної ендоскопічної хірургії у умовах воєнного стану.
- Проаналізувати історичний та сучасний огляд на розвиток ендоскопічної хірургії.
- Визначити головні обов'язки та особливості сестринського супроводу пацієнтів у відділенні ендоскопічної хірургії в умовах воєнного стану.

- Розробити інструментарій для визначення психологічної готовності медичних сестер до сестринського супроводу пацієнтів у відділенні оперативної ендоскопічної хірургії в умовах воєнного стану.

- Визначення та опрацювання результатів експериментального дослідження щодо психологічної готовності медичних сестер до сестринського супроводу пацієнтів у відділенні оперативної ендоскопічної хірургії в умовах воєнного стану.

Методи дослідження: були задіяні теоретичні методи (аналіз та систематизація наукової літератури, вивчення та узагальнення сестринського досвіду до супроводу пацієнтів) та емпіричні (анкетування, опитування).

Наукова новизна полягає у тому, що нами було визначено, досліджено та експериментально обґрунтовано психологічну готовність медичних сестер до сестринського супроводу пацієнтів у відділенні оперативної ендоскопічної хірургії у період воєнного стану через використання анкетування як емпіричного методу експериментального дослідження.

Практичне значення отриманих результатів полягає у застосуванні отриманих даних у подальшому визначенні готовності медичних сестер до сестринського супроводу пацієнтів у відділенні оперативної ендоскопічної хірургії у період воєнного стану та визначенні можливих шляхів підвищення психологічної готовності медичних сестер до виконання своїх обов'язків.

Теоретична та практична апробація магістерської роботи була представлена та опубліковані у тезах на III Науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні питання лабораторної діагностики, медсестринства, реабілітації та громадянського здоров'я» (м. Житомир, 25 квітня) та опубліковано у статті журналу Intel Collegas (Vol. 12 No 5, 2025)

Структура та зміст магістерської роботи. Кваліфікаційна магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1. СЕСТРИНСЬКИЙ СУПРОВІД ПАЦІЄНТІВ У ВІДДІЛЕННІ ОПЕРАТИВНОЇ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ХІРУРГІЇ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ)

1.1. Історичний та сучасний погляд на розвиток ендоскопічної хірургії.

Відомо, що ендоскопія - це один із методів обстеження та моніторингу змін у середині тіла пацієнта, детальний та практичний огляд його внутрішніх органів. Ендоскопічне обстеження передуює операціям ендоскопічної хірургії, під час проведення яких лікар проводить операційне втручання на внутрішніх органах пацієнта із задіюванням ендоскопічного інструментарію.

Згідно з історичних джерел давньоєгипетських медичних текстів, перші ендоскопічні прилади та елементарні способи їх застосування були винайдень у Стародавньому Єгипті до нашої ери [42]. Відомий та більш сучасний варіант ендоскопів був винайдений німецьким лікарем Філіппом Боцціні, після чого в Німеччині у кінці 19 ст., а пізніше і в іншій частині Європи почали використовувати ендоскопічні прилади для огляду внутрішньочеревних органів та проведення операцій над ними.

Упродовж історичного розвитку, ендоскопічні обстеження та хірургічні операції досягали прогресу розвитку через удосконалення приладів внутрішньочеревного проникнення та збільшення загальних знань про фізіологію та анатомію людини, збагачуючи професійні знання лікарів і до теперешніх часів.

Сучасні ендоскопічні дослідження варіюються в межах широкого спектру надання медичних послуг. Виділяються такі діагностичні дослідження:

- Ректоскопія (внутрішній огляд прямої кишки та дистальних відділів сигмовидної);
- Ректосигмоскопія (внутрішній огляд порожнини кишківника);
- Езофагоскопія діагностична (діагностична маніпуляція з метою візуалізації судин слизової оболонки, їх змін та стану);

- Езофагогастроскопія діагностична (дослідження та огляд слизової оболонки стравоходу та шлунку);
- Колоноскопія діагностична (діагностична маніпуляція з використанням зонду для огляду внутрішньої поверхні товстої кишки);
- Езофагогастродуоденоскопія діагностична (використовується при огляді дванадцятипечної кишки, слизової оболонки шлунку та стравоходу);
- Бронхоскопія діагностична (внутрішнє дослідження трахеї, легень, бронхів);
- Ентероскопія (обстеження тонкого кишківника за допомогою ентероскопа);
- Гастродуоденоскопія діагностична (процедура для внутрішнього обстеження за допомогою дуоденоскопу);
- Езофагогастродуоденоскопія з холедохоскопією (діагностична маніпуляція із задіюванням відеоендоскопу). [1]

Галузь ендоскопічної хірургії продовжує розвиватися та вдосконалюватися в Україні завдяки сучасним лікарям та науковцям одним з яких є професор В.Г Грома завідувач відділенням оперативної ендоскопії, доктор медичних наук, який з 2013 р. – голова Харківського відділення Всеукраїнської громадської організації «Асоціація лікарів ендоскопістів України».

Наведені вище діагностичні маніпуляції активно впроваджуються на всіх вікових ланках населення, але пролонговані бойові дії на територіях країни утворюють технічні та психоемоційні перешкоди для медичного персоналу та пацієнтів.

У своїх працях Бондаренко С. С. з іншими вітчизняними сучасними науковцями наголошує на вплив воєнного стану на медичну сферу з негативної сторони та позитивної, яка ілюструє швидку адаптивність та розвиток новітніх підходів у дуже короткий час [4].

З цього слідує, що усі медичні галузі, у тому числі й оперативна ендоскопічна хірургія останні роки вимушені шукати та створювати нові

підходи до пацієнтів, їх обстеження, лікування та реабілітації. Окрім цього, постає проблематика визначення психологічного стану медичних працівників, їх емоційної та професійної готовності до виконання своїх обов'язків. Саме це питання буде розглянуто та досліджено у подальшій роботі.

1.2. Психологічна підготовка медичних сестер до роботи у відділенні оперативної ендоскопічної хірургії.

Розглядаючи професійну діяльність медичних сестер слід визначити, що саме складає основні положення, обов'язки та елементи сестринського супроводу та догляду за пацієнтами, продемонстровані у таблиці 1.1.

Таблиця 1.1.

Визначення основних положень сестринського супроводу

№	Використані джерела	Визначення термінології
1.	Дунда Д. С., Прокопчук О. В., Даньчак С. В. [11]	В основі сестринського догляду за пацієнтами є чітко визначені теоретичні та практичні положення - медична сестра враховує наявні у пацієнта скарги, звертає увагу на перенесені захворювання у загальному анамнезі, здійснює підготовку пацієнта до обстежень та операцій.
2.	Бучко П. І., Фундитус П. Б., Орленко А. Л. [5]	Організація догляду та його виконання - провідна роль медичної сестри у рамках сестринського супроводу із використання індивідуального особистісного підходу до кожного пацієнта.
3.	Васильєва Н. А., Лиха Л. М [6]	Функції медичної сестри, які полягають у межі сестринського супроводу (за даними ВООЗ) включають виконання медичного догляду, надання психологічної підтримки пацієнтам, дії сестринського втручання у процесах реабілітації та лікування, залучення до дослідницької практики медичної галузі.
4.	Кміта Г. Г., Кучер Р. В., Біскупська І. Й. [17]	Супровід за пацієнтом потребує від медичної сестри слідкування за станом хворого, допомозі у залученні пацієнта до активностей, оцінки ефективності призначеного лікування та доповідання лікареві про

		зміни у самопочутті або поведінці пацієнта.
5.	Криворучко І. А., Чугай В. В., Гончарова Н. М. [19]	Організація сестринського супроводу відбувається шляхом виконання таких дій - сестринського обстеження хворого, формулювання сестринського попереднього діагнозу згідно скарг та виявлених проблем пацієнта, планування об'єму та виконання сестринських дій.

Згідно наведених вище тверджень, можна зазначити, що сестринський супровід пацієнтів у відділенні оперативної ендоскопічної хірургії, як і в інших відділеннях, базується на наданні пацієнту необхідної медико-соціальної допомоги, але не завершується цим. Професійні обов'язки медичної сестри доповнюються теоретичним знанням та практичним встановленням сестринського діагнозу, а також надання психологічної підтримки для різних верст пацієнтів, що потребує для кожного індивідуального та якісного підходу.

Окрім цього, діяльність у ендоскопічному відділенні вимагає від медичної сестри відповідної психологічної підготовки для супроводу та моральної підтримки пацієнтів до специфічних ендоскопічних маніпуляцій та асистування лікарю при виконанні необхідних обстежень даної категорії. Важливо зазначити, що частиною сестринських обов'язків може бути також участь під керівництвом лікаря у малоінвазивних ендохірургічних операціях, що демонструє широкий спектр необхідних умінь та навичок медичної сестри для роботи у відділенні ендоскопічної хірургії [1].

Під час тривалого воєнного часу молоді медичні працівники стискаються із складністю психологічної оцінки своїх дій та емоційних проявів, стають непридатними до надання психологічної допомоги пацієнту не в змозі впоратися із власними переживаннями. Саме з цією метою медичні університети під час воєнного стану в Україні зосередили більше своєї уваги на наданні майбутнім медичним фахівцям знань щодо очікуваних у професійній діяльності психологічних викликів та намагаються надати здобувачам освіти відповідної практики роботи у різних медичних відділеннях.

Трьохрічний досвід медичної практики під час воєнного стану показав, що навіть ці методи не можуть цілком підготувати медичну сестру до якісного надання своїх послуг у обраній галузі [4].

Медичні сестри з вже наявним досвідом роботи також стикаються із подібними труднощами. Саме тому, виявлення та оцінка психологічної підготовки фахівців у нинішньому положенні країни постає у необхідному для розгляданні аспекті.

Психологічна готовність медичного працівника у мирний час відмічалася у таких компетенціях:

- Стійкість емоційних проявів;
- Уміння контролювати свої реакції на негативні форми стресу - дистреси;
- Високий рівень емпатії для кращого розуміння пацієнтів;
- Наявність внутрішньої мотивації до професійної діяльності та участі у науково-дослідницькій роботі;
- Психологічна готовність до подолання труднощів;
- Високий рівень вольових аспектів як частини емоційно-вольової сфери;
- Самоконтроль;
- Розуміння та дотримання етичних норм сестринської діяльності;
- Поважливе ставлення до пацієнтів;
- Уміння працювати у команді інших медичних працівників;
- Здатність фахівця до відтворення самоаналізу та постійного самовдосконалення. [12; 9].

Становлення цих аспектів особистості медичного працівника тримається на особистісних засадах кожного індивіда, але вдосконалюється завдяки вивченню клінічної психології та загальної підготовки в закладах вищої освіти. Під керівництвом більш досвідчених у професійній та науковій діяльності фахівців, медичні сестри не тільки приділяють увагу збагаченню своїх знань,

умінь та навичок, а й здійснюють психологічну підготовку до подальшої активної діяльності за фахом.

Слід відмітити, що з настанням воєнного стану ситуація у психологічному стані вже практикуючих медичних сестер та здобувачів медичної освіти значно погіршилася. Емоційні вигорання, психогенні та стресові розлади, депресія та інші психологічні депривації поширюються у населенні з кожним роком, у тому числі й серед працівників медичної сфери. Сучасний стан впливу воєнного положення на фахівців досліджують Сайко Ю. М., Устенко Р. Л., Малюк В. М., Каценко А. Л., Саричев Я. В., Кирилова О. О., Дубенко О. Є., Боднар П. Я., Боднар Т. В. та інші [3; 15; 27; 33]. Науковці наголошують на зростаючому песимізмі працівників та пацієнтів, зниженні загальної емоційної лабільності та у більшості випадків нездатності до самостійного подолання цих негативних станів.

Результатом дії постійного дистресу, внутрішніх тривожних станів та відсутності надії на кращі зміни, медична сестра стає неспроможною до якісного виконання своїх обов'язків та активного сестринського супроводу пацієнтів у своєму відділенні. Працівник стає пасивним у виконанні своїх обов'язків, не реагує на зовнішню або внутрішню мотивацію щодо самовдосконалення, а знаходження правильного індивідуального підходу до пацієнта утворює цілу низку психологічних складностей.

Головною проблемою у зазначеній темі є звикання індивіда до свого становища та небажання розуміти необхідність отримання психологічної допомоги та підтримки. У той самий час ті, хто, навпаки, зацікавлений у отриманні психологічної допомоги поза межами робочого місця найчастіше не мають змоги або необхідних відомостей для того, щоб самостійно підвищити свою психологічну готовність до медичної діяльності. Це призводить до того, що загальна проблематика залишається невизначеною та без вирішення, а інколи і зовсім ігнорується у суспільстві на тлі більш глобальних питань медичної галузі.

1.3. Сестринський супровід пацієнтів у відділенні ендоскопічної хірургії в умовах воєнного стану.

Розгляд особливостей сестринського супроводу хворих у обраному нами відділенні оперативної ендоскопічної хірургії дозволяє розкрити головні аспекти обов'язків медичної сестри у даній галузі. Окрім наведених вище загальних елементів сестринської діяльності, фахівець має спеціалізуватися у асистуванні лікарю та розумінні алгоритмів виконання таких дій та маніпуляцій як літотрипсія (видалення з організму конкрементів), стентування, видалення сторонніх тіл з використанням едоскопічних приладів, видалення підслизових пухлин та новоутворень різноманітної складності та розміру, реканалізація (відновлення прохідності органу або органів) дихальних шляхів або шлунково-кишкового тракту (ШКТ), виконання ретроградного дренирування та стентування, ендоскопічна дисекція (розшарування) або резекція (часткове видалення певних уражених або пошкоджених ділянок органу) слизової оболонки, ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія, також відома як ЕРХПГ (див. Рис. 1) балонна дилатація папіли, поліпектомія (видалення поліпів), балонна дилатація стравоходу та ін. [1]. Наведені приклади вказують на широкий спектр сестринських обов'язків поза межами сестринського супроводу пацієнтів, адже окрім піклування, соціальної взаємодії та зосередженості на хворому, медична сестра є незамінним помічником лікарів-ендоскопістів, що ускладнює не тільки професійне навантаження на працівника, а й створює нові стресові виклики у професійній діяльності.



Рис. 1. Фрагмент проведення ЕРХПГ.

Зважаючи на це, слід розшарувати спектр виконуваних дій та обов'язків медичної сестри на три аспекти: асистування лікарів при ендоскопічних малоінвазивних обстеженнях та операціях, виконання сестринського супроводу пацієнтів та робота із відповідною документацією, що специфічно стосується старших медичних сестер відділення.

Працівник на посаді медичної сестри або медичного брата при комплексній участі у ендоскопічних обстеженнях та операціях працює із командою спеціалістів даної галузі. До неї можуть входити лікар-ендоскопіст, який спрямовує хід малоінвазивної маніпуляції, декілька лікарів, які допомагають у проведенні, включаючи лікаря-анестезіолога, медична сестра та санітар. Спираючись на ці соціальні елементи роботи у команді, Лісовий В.М. та співавтори виконали нариси більш зосереджених обов'язків медичної сестри у самостійній діяльності, лише осторонь торкаючись проблематиці психологічної складності роботи із іншими медичними працівниками як частини професійної соціальної взаємодії [21]. У той самий час, такі науковці як Спіріна І. Д., Чугунов В. В., Живілова Я. С., Шевченко Ю. М. та Пилягіна Г. Я. у розкритті цієї проблематики роблять акцент саме на медичній психології та психологічних особливостях роботи [30]. З цього слідує, що фахівці медичної галузі широко вивчають, досліджують та аналізують особливості та виникаючі складнощі на шляху медичного працівника, але ситуація активних бойових дій змінила бачення навколишнього середовища усіх категорій людей та змушує по-новому розглядати проблему особистісної психологічної готовності медичних працівників.

Повертаючись до особливостей надання сестринського супроводу пацієнтам у відділеннях оперативної ендоскопічної хірургії, потрібно зазначити, що медична сестра перед проведенням кожного обстеження детально описує пацієнту те, як буде проходити ендоскопічна маніпуляція, яких правил необхідно дотримуватися хворому у процесі та надає емоційну підтримку. Психологічна підтримка є необхідним елементом у сестринському

супроводі пацієнта, що спричинено підвищеним рівнем тривожності, страху та нерушучості у людини яка вимушена пройти ендоскопічне обстеження.

Для зменшення цих показників емоційного дистресу медичний працівник надає людині необхідні рекомендації при проходженні ендоскопічних маніпуляцій -

- 1) Дихати повільно та спокійно. Через те, що при обстеженні гнучкий ендоскоп входить до ротоглотки, у пацієнта може виникати подразнення слизової оболонки. Не зважаючи на факт того, що дихальні шляхи залишаються недоторканими, у індивіда можуть виникати неприємні відчуття, складності із диханням (у тому числі через страх та тривожність) та дискомфорт на підкірку язика.
- 2) Не робити різких рухів. Через страх пацієнт може у процесі обстеження намагатися вивільнитися та самотужки висмикувати апарати ендоскопу та колоноскопу. І хоча усні рекомендації щодо запобігання цього не гарантують повної упевненості, що пацієнт не почне проявляти елементи неадекватної поведінки під час ендоскопічного обстеження, вони допоможуть попередити та застережити людину щодо можливих травматичних наслідків таких дій.
- 3) Приходити на обстеження натщере, утримавшись від куріння, вживання алкоголю та жирної їжі протягом 6-10 годин.

Пацієнт також має право на анестезію перед медичним обстеженням, але рішення та можливість цього ухвалює виключно лікар-ендоскопіст, залучаючи до цього лікаря-анестезіолога, якщо пацієнту необхідно вводити заспокійливі препарати.

Ендоскопічне обстеження у будь-якому випадку не залежно від специфіки є стресовим фактором для пацієнта та потребує від медичного фахівця моральної та емоційної витримки та терплячості задля виконання якісного супроводу хворого. Саме це і викликає прогресуючі труднощі у роботі

медичних сестер, коли стабільність їх психологічної складової погіршується на тлі нескінченних воєнних дій у країні та супутніх негативних новин.

Розглядаючи ризики психологічної травматизації та необхідність створення адаптаційних стратегій до подолання стресу, Кирилова О. О. та співавтори зазначають, що актуальність даної проблеми з кожним роком від початку бойвих дій все сильніше змушує науковців звертатися до аналізу та пошуку шляхів вирішення даної проблематики [15]. Молоді медичні фахівці не рідко відчують складності у перших кроках щодо фахового ремесла, а при постійній тривозі за свою безпеку та безпеку пацієнта в умовах попередньої повітряної тривоги, працівник може емоційно нестабільно реагувати на професійні виклики. Підвищується ризик розвитку емоційного вигорання, депресивних розладів та психогенії.

Межові психічні стани, які прогресують у медичних працівників на тлі неспокійного становища суспільства та професійних труднощів, найчастіше викликані негативними чинниками стресу. Ганс Сельє у своїх працях надав визначення стресу як неспецифічної реакції організму на будь-який подразнюючий чинник, що надходить до нього. Таким чином, наслідком стресу є порушення загального гомеостазу. Це призводить не лише до психологічних або психічних проблем, у більшості випадків викликаючи і фізичні прояви наслідків дистресу. Результатами дослідів на щурах у Сельє стали висновки того, що пролонгований стрес може викликати порушення ендокринної системи через надмірний викид глюкокортикоїдів. Подальші дослідження вітчизняних та закордонних науковців підтвердили та розширили наслідки стресу на організм людини: підвищений рівень епінефрину та кортизолу призводить до порушень серцево-судинної та травної системи, стає причиною погіршення перебігу аутоімунних захворювань, впливає на метаболічні процеси та можуть бути причиною появи психогенних захворювань через порушення роботи центральної нервової системи (ЦНС). З цього слідує, що медичний працівник у стані дистресу може знаходитися під

впливом не лише психологічного навантаження, а й фізичних аномалій базових функцій життєдіяльності.

Повномасштабне вторгнення в Україну стало для більшості населення психотравмуючим чинником, а подальші наслідки спричинили стан подавленості для суб'єктів. У сукупності ці чинники є провідними для виникнення психотравмуючих захворювань. Наслідком утворення психологічних патологій для медичної сестри є цілковите унеможливлення для якісного та адекватного супроводу пацієнта, виконання своїх професійних обов'язків і роботі у колективі.

Розглядаючи психотравмуючі чинники, слід виділити такі класифікацію:

- 1) Гострі ситуаційні.
- 2) Хронічні ситуаційні.
- 3) Раптові ситуаційні [7].

До гострих ситуаційних можуть належати чинники, які мають особистісне значення до кожного індивіда, у той же час хронічні ситуаційні чинники це ті, що при малій інтенсивності діють на суб'єкта у пролонгованому проміжку часу. До раптових ситуаційних належать ті чинники, які при катастрофічному загальносоціальному значенні мають несподіване утворення та інтенсивний, тривалий перебіг. Саме раптові ситуаційні психотравмуючі чинники включають в себе наслідки війни та при дослідженні даної теми кваліфікаційної роботи мають найбільш важливий вплив.

Досліджуючи патогенез психогенних захворювань як наслідки бойвих дій, фахівці нерідко спираються на системо-рівневий підхід даних патологій [7; 30]. Він полягає у розгляді психогенних захворювань на нейрофізіологічному, нейрохімічному, психофізіологічному та патопсихологічному рівнях. Це дозволяє не лише визначити етіогенез захворювання, а й спираючись на стан ЦНС спрогнозувати комплексне лікування, яке при надмірно запущених станах може не обмежуватися лише психологічної допомогою, терапевтичними консультаціями та тренінгами.

Нейрофізіологічний рівень досліджує типологію ЦНС і стан інтегративних структур мозку, які відповідають в організмі людини за мотиваційні, адаптивні, регуляторні функції, тощо.

На нейрохімічному рівні можна виявити важливі показники дисбалансу у рівнях катехоламінів, що найчастіше проявляється у зниженні дофаміну та підвищенні на цьому тлі гормонів норадреналіну. Також на цьому рівні можна побачити прояви нейропептидів, що також відіграє важливого значення у загальній картині психогенних патологічних новоутворень.

Розгляд психофізіологічного рівня дозволяє визначити стан центральних вегетативно-емоційних регуляторних систем на лімбікогіпоталомічному рівні для збільшення даних анамнезу.

Останній рівень дослідження, патопсихологічний, має на меті встановлення та виявлення психологічного конфлікту особистості, який суб'єкт не здатний подолати самотійно.

При дослідженні психологічної готовності медичних сестер до супроводу пацієнтів дана рівнева система не застосовується, а необхідність її впровадження виникає при негативному результаті психологічного дослідження даної проблематики та виявленні психогенних розладів у подальшому зверненні індивіда за професійної консультативною допомогою. Але необхідність теоретичного представлення впливу психотравмуючих чинників на психіку та фізіологічні процеси організму людини є необхідним елементом для аналізу того, чому саме психологічна готовність та відсутність психологічних конфліктів мають важливе значення для професійної діяльності медичної сестри.

Складність перебігу праці у відділеннях ендоскопічної хірургії, як показав історичний та сучасний огляд на становлення та розвиток ендоскопії, потребує від медичних сестер емоційної та психологічної витримки. Саме це і є чинником зростаючої актуальності попереднього дослідження психологічної готовності медичних сестер до супроводу пацієнтів, адже психотравмуючі чинники воєнного стану унеможливають адекватну самооцінку психічного

стану для більшості індивідів, а ігнорування емоційної лабільності та патологічних проявів дистресу можуть не тільки погіршувати рівень життя суб'єкту, а й бути причиною того, що пацієнти зіштовхнуться із занедбаним та непрофесійним відношенням до себе.

Подальший експериментальний дослід дозволить виявити, дослідити та проаналізувати практично отримані результати суб'єктивної оцінки респондентів щодо їх психологічної готовності до професійної діяльності та стане першим кроком для привернення уваги до психо-емоційного стану медичних сестер працюючих у відділеннях оперативної ендоскопічної хірургії.

Таким чином, психологічна стійкість до стресових впливів, моральна готовність до будь-яких складних та несподіваних ситуацій є невід'ємними складовими психологічного портрету медичного фахівця. Виявлення на початковому рівні психологічної неготовності та подолання наслідків дистресу для попередження їх прогресування у психогенні розлади є важливим аспектом того, що має більше висвітлюватися та обговорюватися у сучасному суспільстві та професійних спільнотах.

РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, МЕТОДИ ТА МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Програма, методи та методика дослідження.

Дослідження психологічної готовності медичних сестер до сестринського супроводу пацієнтів у відділеннях ендоскопічної хірургії було проведено шляхом анкетування 47 осіб від 25 до 40 років. Респондентами були працівники сестринської справи, з яких 41 фахівець були жіночої статі, а 6 - чоловічої (Див. Рис. 2)

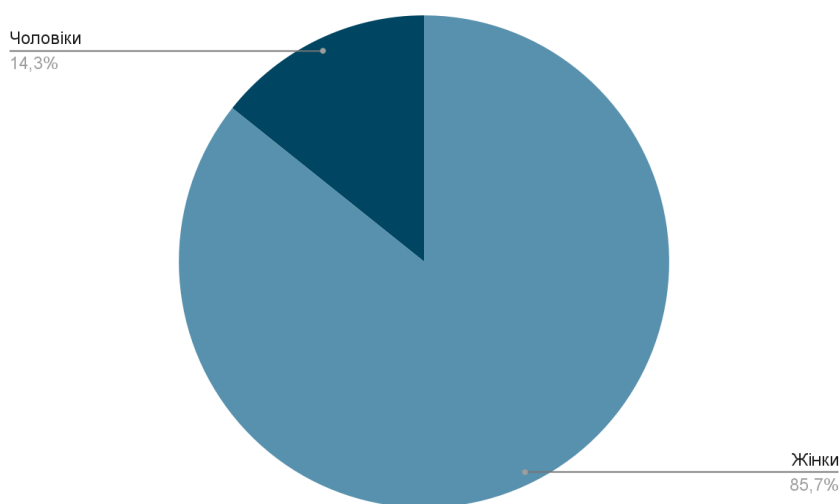


Рис. 2. Розподіл медичних працівників-респондентів за статтю.

Емпіричне дослідження було проведено на території Харківської області на базі медичних центрів та лікарень, які мають відділення ендоскопічної хірургії та працюють у даний час. Анкетування проводилося в онлайн режимі через Google-форми в анонімному форматі зі згоди респондентів брати участь в опитуванні.

Нами було обрано та адаптовано три опитувальника з метою більш чітких показників які допоможуть виявити рівень задоволеності у роботі медичних працівників, суб'єктивну оцінку рівня стресу, показників психологічного стану та загальної психологічної готовності до виконання професійних обов'язків.

У дослідженні були представлені такі анкети:

1. Шкала професійної апатії (Г. Шмідт);
2. Шкала стресосприйнятливості (С. Кохен, Г. Вілльямсон);
3. Ольденбургський опитувальник професійного вигорання (Е. Демерут, К. Мостерт).

Шкала професійної апатії за авторством Г. Шмідта відображає рівень апатії у діяльності працівників будь-якої галузі праці. У нашому дослідженні дана методика була адаптована під медичних працівників та перекладена на українську мову для кращого сприйняття матеріалу респондентами.

Шкала стресосприйнятливості (С. Кохен, Г. Вілльямсон), розроблена у 1983 році дозволила нам виявити наявний рівень стресу та проілюструвати, як саме навколишні події, соціальне середовище та проблеми можуть впливати на стрес та його прояви у професійній та повсякденній діяльності людини.

Використання Ольденбургського опитувальника професійного вигорання (Е. Демерут, К. Мостерт) виявило рівень професійного вигорання у роботі для респондентів згідно їх суб'єктивній оцінці власного стану та почуттів.

Результати опитувальників були опрацьовані та виведені середні арифметичні показники для кожного учасника експерименту у спеціальному бланку за такими критеріями: загальний рівень стресу, емоційної апатії, професійної апатії, зацікавленості у роботі, напруги на робочому місці, емоційного вигорання, позитивних очікувань від майбутнього, психологічної готовності до роботи. Усі показники були виведені у відсотках для спрощеного порівняння результатів.

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ, ОБРОБКА ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ДО СЕСТРИНСЬКОГО СУПРОВОДУ ПАЦІЄНТІВ У ВІДДІЛЕННІ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ХІРУРГІЇ

3.1. Аналіз, обробка та узагальнення отриманих результатів.

Проведений аналіз отриманих результатів з кожної методики дозволив якісно обробити та систематизувати відповіді усіх 47 респондентів відповідно до досліджуваних психологічних аспектів опитуваних.

Шкала професійної апатії (Г. Шмідт) включала в себе 10 питань, одне з яких відображало ставлення респондента (чоловічу або жіночу), а інші пропонували учасникам опитування широкий спектр суб'єктивної оцінки через п'ять відповідей на певні твердження: не згоден, скоріше не згоден, не має чіткої позиції, скоріше згоден та згоден (див. Додаток А). Запропоновані відповіді дозволили учасникам емпіричного експерименту обрати найбільш близькі для себе варіанти відповіді.

Аналізуючи кожний тезовий аспект опитувальника, було виведено тенденцію, яка відобразила повноцінний огляд на психологічну сторону анкети (Див. Додаток Б). Згідно з аналізу питання та відповідей, щодо того, наскільки медичним працівникам-респондентам складно мотивувати себе у роботі, повноцінну згоду надали 14,9%, часткову - 21,3%. Враховуючи те, що 19,1% учасників не мали чіткої позиції та утрималися від вираженої відповіді, це дає змогу стверджувати, що майже половина опитуваних відчувають складність у мотиваційній сфері професійної діяльності.

Оглядаючи наступне питання, визначення байдужості до своєї роботи, нами визначено загальну кількість у 34% позитивної відповіді. Цей результат дає розуміння позиції респондентів, що вони все ще відчувають певну зацікавленість та захопленість роботою, але під постійним тиском психологічного та фізичного навантаження у сучасних умовах праці їм стає складніше бачити позитивні аспекти власної діяльності та все складніше

відчувати зацікавленість, яке була у них раніше. Питання, яке стосувалося інтелектуальної залученості до роботи набрало 30% відповідей, які продемонстрували, що респонденти не відчувають інтелектуальної залученості. Слід відмітити, що 21,3% фахівців не мали чіткої відповіді на це питання, а 48,9% все ще відчували цікавість власної діяльності.

Дане порівняння дає нам зрозуміти, що більшість респондентів мають постійну розумову залученість на робочому місці, але високий коефіцієнт тих, хто не може точно визначитися, у перспективі може схилитися до негативної відповіді. Відчуття емоційного відчуження мають 38,3% працівників сестринської справи ендоскопічних відділень і лише 38% вказували у своїх відповідях відсутність даного показника. У той же час, 46,8% опитуваних відмітили, що їхнє відношення до роботи не можна назвати пасивним, а 36,2% - окреслили свою пасивність у даному контексті.

Не зважаючи на невеликий розрив, ми схильні вважати, що ті фахівці, які утрималися від надання чіткою відповіді, можуть у найближчий час урівняти ці показники. У питаннях, які глибше розкривали ініціативність респондентів у професійній діяльності медичного співробітника, 40-50% відповідей вказували на низькі показники та знижений рівень ініціативності у дорученнях.

Опитувальник професійної апатії дав змогу дослідити апатичні відхилення у свіпосприйнятті професійної діяльності учасників експерименту. За результатами, нами було виведено загальну кількість відповідей від 38-48%, які демонстрували у співробітників ендоскопічного відділення апатію, відсутність мотивації у роботі та вказували на “пусте”, механічне виконання обов’язків, яке не задіювало пізнавальну та інтелектуальну активність медичних працівників сестринської справи.

Наступним був проведений в межах емпіричного дослідження Ольденгбурський опитувальник професійного вигорання (див. Додаток В). Дана анкета була розроблена у Німеччині та широко використовується у європейських спільнотах з психодіагностичною метою. Створений як альтернатива Опитувальнику Маслаха, дана методика дозволила відійти від

залежності відповідей до конкретних професій сфер допомоги, розширивши спектр свого примінення. Опитувальник зосередився на емоційну складову респондентів, не беручи до уваги дослідження когнітивної складової особистості і саме тому нами було обрано цю методику у контексті дослідження психологічної готовності медичних сестер до роботи у відділеннях ендоскопічної хірургії.

Проведений анонімно та з отриманих дозволів на публікацію, аналіз та обробку відповідей, даний опитувальник дозволив зосередитися на опрацюванні таких отриманих результатів: 59,6% опитаних фахівців вважають, що все більше говорять про свою роботу у негативному вітінку; 63% респондентів відчують втомленість ще до початку робочої зміни; 72% відповідей вказували на те, що працівники почали відчувати потребу у більшій кількості часу на відпочинок після роботи; 59% опитаних медичних сестер та братів відчували емоційне вигорання під час роботи, а 56,5% респондентів заявляли, що їх професійна діяльність спроможна призвести до відчуження у подальшій перспективі. Фахівці відмічали, що у них залишається все менше енергії на позаробочу активність у часи дозвілля (55,3%), є стійке або швидкоплинне почуття огиди до власної діяльності (52%), що не було помічено раніше.

Не зважаючи на отримані у більшості відповідей тенденцію до професійного вигорання, респонденти також відмічали, що відчували захоплення своєю роботою (42%), можуть уявити лише таку професійну спрямованість для себе, яку мають зараз (67%) та вважають свою роботу важкою, але цікавою (72,3%).

Відповідні результати Опитувальника професійної апатії відобразили спектр зростання емоційного відчуження у респондентів (див. Додаток Г). У наданих після проведення анкетування коментарях, учасники відмітили, що відчують підвищений вплив стресу на тлі сучасного становища, відчують емоційний тиск та нерішучість, неспроможність будувати плани на майбутнє.

Останній опитувальник, який був використаний впродовж психологічного дослідження даної роботи, це Шкала стресосприйнятливості, створена у 1988

році (див. Додаток Г). Даний тест був створений для визначення того, наскільки стресовими вважають люди останні місяці свого життя. Таким чином, опитування спрямоване на суб'єктивне сприйняття стресовості ситуації та оцінці сприйняття стресу.

Шкала стресосприйнятливості, проілюструвала такі показники відповідей респондентів:

- За останній місяць майже 30% респондентів зізналися, що були не спроможні контролювати важливі речі у своєму житті. Дана вибірка стосувалася як професійної, так і особистої діяльності учасників анкетування. На противагу, 19% зазначили, що не мали такого відчуття, 34% - відчували лише іноді.
- Відсоток медичних сестер та братів, які за останній місяць відчували сильний стрес або нервування, сягає 60%. Деякі респонденти після проведення експерименту відмітили, що наявні стресові чинники стосувалися змін у поведінці колег на тлі воєнного становища у країні, що, на їх думку, могло змінити бігато упереджень та моральних цінностей людей. Через це, як вважають учасники експерименту, з багатьма співробітниками та колегами виникла необхідність знову налагоджувати приятні та професійні стосунки.
- Відчуття впевненості у власних силах у подоланні особистих проблем присутнє у 42,6% опитаних. У той же час, 12,8% медичних сестер ніколи за останній місяць не відчували впевненості та рішучості.
- Неспроможність виконувати поставлені цілі та завдання була помічена у відповідях 43,7% респондентів. 29,8% відмітили, що відчували те саме, але у короткочасному проміжку, який не впливав на їх загальний емоційний стан.
- Найкращі відчуття від власної діяльності за останній місяць отримували 34% учасників. Це стосувалося успіхів у роботі, загального позитивного сприйняття та переосмислення світогляду.

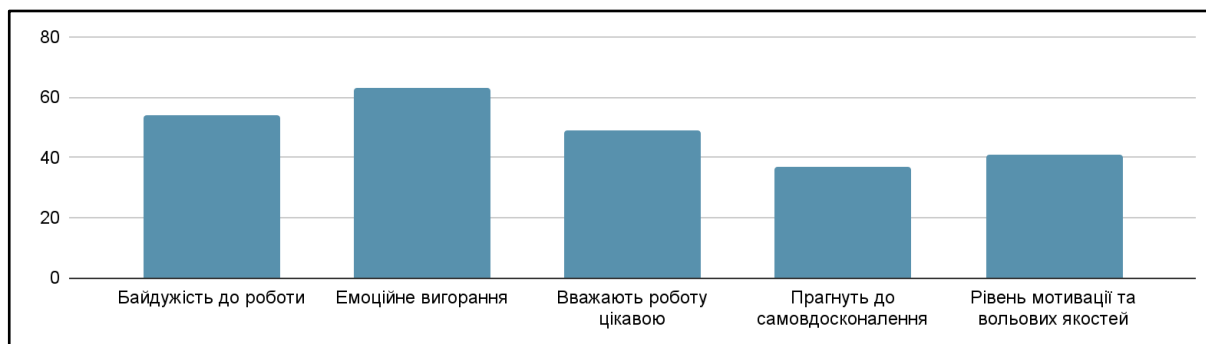
- Одним із найбільш показовим показником була шкала відповідей, які стосувалися відчуття, що життєві складнощі були настільки сильними, щореспонденти не могли із ними впоратися. На це питання було отримано 40,4% позитивних відповідей, 25,5% відповідей, які відмічали, що лише іноді мали дане почуття, а 34% стверджували, що не помічали наявності описаного відчуття за останній місяць.

Наведений вище аналіз опитувальника додав до загального анамнезу психологічної готовності респондентів до супроводу пацієнтів у своїх відділеннях такі показники, як стійке зростання рівня стресу (див. Додаток Д). Це призводить до того, що медичні працівники помічають у своїй поведінці низьку концентрацію увагу, відсутність когнітивного задіявання інтелектуальної залученості у працю, зниження пізнавальної активності та поява емоційного вигорання, відчуження та байдужості до роботи.

Проведені індивідуальні бесіди із анонімною публікацією отриманих даних, дозволили нам додати до загальної картини дослідження особистісні переживання респондентів, які стосувалися відчуття неспроможності надавати пацієнту необхідний супровід через збільшення почуття невпевненості; відсутність мотивації до професійного та особистісного зростання через постійну тривогу за власне життя у період воєнних дій. Цей пункт дозволяє відмітити, як особистісні проблеми працівників впливають на професійну діяльність та навпаки - багато респондентів зазначили, що збільшення професійного стресу негативно впливає на позаробочі відносини із родиною та друзями, не залишає емоційного прагнення до позитивних почуттів.

Обробивши результати усіх трьох опитувальників, проаналізувавши результати емпіричної бесіди як частини експерименту, ми виділили такі закономірності психологічної готовності медичних сестер до супроводу пацієнтів у відділенні ендоскопічної хірургії (див. Табл. 3.1)

Таблиця 3.1



Тобто, було виділено такі рівні, як рівень байдужості до роботи (54%), рівень емоційного вигорання (63%), рівень того, скільки респондентів вважають власну роботу цікаво (49%), рівень кількості респондентів, які прагнуть до самовдосконалення (37%) та їх рівень мотивації та вольових якостей (41%).

Відповідно, що дані показники демонструють низький рівень загальної психоемоційної готовності до будь-якої діяльності власного фаху та вимагає загального переосмислення того, як покращити у сучасних умовах воєнного стану моральне самопочуття фахівців медичної галузі, що сприятиме їх якісному виконанню професійних завдань та обов'язків.

3.2. Визначення перспектив зміни психоемоційної готовності медичного персоналу до сестринського супроводу.

Сучасне становище психоемоційної готовності медичних сестер до виконання обов'язків професійного фаху демонструє значне зниження, яке орієнтується на різноманітні фактори, такі як складні демографічні умови країни через близькість бойових дій до Харкова та Харківської області; висока емоційна напруга від зміненого ставлення керівництва, яке спостерігалось у більшості (78%) опитаних медичних сестер; складність роботи під час постійного відволікання на повітряні тривоги, тощо.

Результати емпіричного дослідження аналізу готовності медичних сестер до супроводу пацієнтів у відділенні ендоскопічної хірургії дозволили якісно та чітко сформулювати повний огляд на психоемоційний стан 47 учасників експерименту. Використавши три опитувальника як основні експериментальні

методи дослідження (Шкала професійної апатії, Ольденбурський опитувальник професійного вигорання, Шкала стресосприйнятливості) та додатковий метод індивідуальної бесіди з кожним респондентом, нами підсумований не задовільний психологічний стан медичних фахівців із схильністю до розвитку та подальшого регресу емоційного вигорання, депресії та депресивних розладів, зникнення зацікавленості до роботи, розвитку психо-фізичних наслідків пролонгованого стресу та байдужість до якісного виконання професійних завдань.

Стресостійкість учасників експерименту перебуває на низькому рівні, у чому більшість респондентів самотійно та відкрито говорять, демонструючи бажання отримати будь-яку професійну та кваліфіковану допомогу фахівців, які допоможуть їму подоланні або зменшенні впливу стресу. Таким чином, нами було визначено, що учасники експерименту усвідомлюють наявні в них психоемоційні проблеми та готові до їх виправлення, але не мають уявлення, як, коли та яким чином це зробити.

Визначивши числову варіативність наведених у розділі вище показників, ми схильні до прогнозування погіршення емоційно-вольової та мотиваційної складової особистості працівників по відношенню до власної діяльності. Високе стресове навантаження та відсутність шляхів її подолання призведе до того, що більшість фахівців медичної галузі, не залежно від свого спрямування, будуть вимушені покинути свої посади через емоційне та професійне вигорання, що призведе до суттєвого дефіциту кадрів у такій важливій галузі як медицина. Також можливе значне погіршення рівня виконання своїх професійних обов'язків на тлі зростаючої байдужості як захисного фактору на стресову ситуацію. Фахівці мають шанс на розвиток серйозних побічних відхилень психологічної сфери, таких як депресивні розлади, депресія, вигорання та когнітивні, соматичні та психо-фізичні порушення внаслідок стресу та зміни гормонального фону на його тлі (мається на увазі підвищення зростання глюкокортикоїді).

Негативний вплив стресу не обмежується лише професійної недієспроможністю та апатичною актуалізацією характеру. У комплексі із вищеназваними патологіями, є ризик виникнення алкогольних та наркотичних залежностей як одного із розповсюдженого способу подолання стресу та викликаних ним проблем.

Саме тому ми вважаємо, що необхідно вносити зміни та корективи у професійний супровід та організацію психологічної допомоги населенню, у тому числі роблячи акцент на працівників медичної сфери.

3.3. Рекомендації щодо організації психолого-емоційної допомоги та підтримки медичних працівників

Організація психологічної підтримки населенню функціонує в Харкові та Харківській області, але на низькому рівні підтримки від держави, спираючись лише на благодійні та волонтерські фонди. Через це, структура надання даної допомоги перебуває на хаотичному, не дієвому рівні, який відштовхує багатьох із тих, хто дійсно потребує психолого-емоційної підтримки та якісної психологічної допомоги.

Для медичних фахівців, як для одних із багатьох представників сучасних галузей праці, це постає як одним із найважливішим фактором продовження своєї діяльності та ясного її реалізування. Відповідно, медичні сестри, для того, щоб надати пацієнту необхідний супровід, підтримку та допомогу, мають самі перебувати у врівноваженому та стійкому емоційному стані. Саме з урахуванням цієї вимоги, нами було виведено рекомендаційні поради щодо якісної організації надання психологічної допомоги та підтримки медичним сестрам у Харкові та Харківській області, які можливо реалізувати й у інших областях України:

- Проведення психологічних тренінгів направлених на подолання стресу та пошуку внутрішніх ресурсів. Дані тренінги у перспективі допоможуть працівникам переосмислити власні сильні та слабкі сторони, виробити персоналізовані стратегії подолання стресу та

його супутніх ускладнень. Тренінги психо-емоційного регулювання стануть протидією до зростаючого рівня емоційного вигорання і саме тому заслуговуються на активне інтегрування до усіх верст населення.

- Надання курсів підвищення кваліфікації. Окрім сприяння професійному та особистісному зростанню, ця діяльність допоможе по-новому подивитися на власні успіхи, визначити для себе особисті цілі та перспективи на майбутнє, запобігти втрати інтересу до робочої діяльності та продемонструє активну інтелектуальну залученість навіть у найбільш рутинних завданнях.
- Впровадження систематичних психологічних консультацій. Пропозиція надання даної психологічної допомоги має бути цілком добровільною та безкоштовною, реалізовуватися у позаробочий час на території робочого закладу. Такі умови будуть сприяти заохоченню усіх вікових категорій співробітників, не обмежуючись лише медичними сестрами, а залучаючи й інших фахових медичних спеціалістів.

Наведені вище рекомендації були виведені шляхом аналізу та обробки психологічних тестувань емпіричного дослідження даної роботи.

Урахувавши те, що вибірка респондентів були звужена до однієї області та специфічно обраного відділення, є перспективи до подальших досліджень психологічної готовності медичних працівників до професійної діяльності, що дозволить більш ширше поглянути на суб'єктивну оцінку власного емоційного стану респондентів та обрати найбільш оптимальну стратегію подолання усіх негативних чинників стресу, емоційного вигорання та байдужості, які суттєво впливають на робочу активність фахівця.

ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведене нами дослідження психологічної готовності медичних сестер відділення ендоскопічної хірургії у м. Харків та Харківській області до реалізування якісного сестринського супроводу у період військового стану було виконано у декілька основних етапів:

- Вивчення аналітичної та теоретичної складової обраної тематики експериментального дослідження;
- Відбір емпіричних методів проведення дослідження (анкетування);
- Формування групи респондентів-учасників експерименту та попередня підготовча робота із ними, спрямована на пояснення технічної сторони проведення дослідження;
- Проведення індивідуальних бесід з кожним респондентом після виконання тестових анкет та заповнення бланків;
- Обробка та систематизація результатів;
- Підведення підсумків відповідно до оброблених результатів дослідження.

Аналітичний огляд літературних джерел дозволив нам дослідити широку проблематику складнощів сестринського супроводу пацієнтів у відділенні оперативної ендоскопічної хірургії та поглянути на питання з різних аспектів:

- 1) Роботи медичної сестри при асистуванні лікарю у обстеженнях та малоінвазивних хірургічних ендоскопічних операціях;
- 2) Особливостях супроводу пацієнтів та етичних настанов щодо спілкування з хворими відділення;
- 3) Заповненні медичними сестрами необхідних документацій у межах своїх обов'язків та уповноважень.

Результат детального аналізу професійних аспектів роботи медичного фахівця дозволив виявити можливі стресові новоутворення на психофізичному рівні, які лише погіршуються під впливом повномасштабного вторгнення на територію України.

Складність перебігу праці у відділеннях ендоскопічної хірургії, як показав історичний та сучасний огляд на становлення та розвиток ендоскопії, потребує від медичних сестер емоційної та психологічної витримки. Саме це і є чинником зростаючої актуальності попереднього дослідження психологічної готовності медичних сестер до супроводу пацієнтів, адже психотравмуючі чинники воєнного стану унеможливають адекватну самооцінку психічного стану для більшості індивідів, а ігнорування емоційної лабільності та патологічних проявів дистресу можуть не тільки погіршувати рівень життя суб'єкту, а й бути причиною того, що пацієнти зіштовхнуться із занедбаним та непрофесійним відношенням до себе.

Подальший експериментальний дослід дозволив виявити, дослідити та проаналізувати практично отримані результати суб'єктивної оцінки респондентів щодо їх психологічної готовності до професійної діяльності та став першим кроком для привернення уваги до психо-емоційного стану медичних сестер працюючих у відділеннях оперативної ендоскопічної хірургії.

До групи респондентів долучилися 47 осіб (6 медичних братів ендоскопічного відділення чоловічої статі та 41 медична сестра даного відділення жіночої статі) Харківської області. Вікова категорія респондентів становить від 25 до 40 років, демонструючи невелику різницю між учасниками нашого експерименту.

В межах проведеного психологічного дослідження було зроблено:

1. Обрано та адаптовано емпіричні опитувальники психолого-емоційного спрямування як частини діагностичного інструментарію з метою попереднього визначення психологічної готовності медичних працівників ендоскопічного відділення до виконання своїх службових обов'язків;
2. Інтегровано дані опитувальники (Шкала професійної апатії, Ольденбургський опитувальник професійного вигорання, Шкала стресосприйнятливості) у контекст дослідження психологічного стану конкретизованої професійної ланки населення - медичних працівників;

3. Оброблено, проаналізовано та систематизовано результати кожної із трьох анкет з метою виведення середніх арифметичних показників у відсотках для чіткої ілюстрації відповідей респондентів;
4. Проаналізовано можливі ускладнення стресових впливів на професійну діяльність медичних працівників у контексті воєнного положення країни;
5. Зроблено аналіз перспектив подальших досліджень психо-емоційного стану медичних сестер;
6. Надані рекомендаційні припущення щодо можливих шляхів вирішення виведеної проблеми дослідження.

Окрім цього, було наголошено на можливих погіршеннях психологічного та емоційного стану медичних сестер та братів при ігнорування пролонгової проблеми психологічного навантаження через негативний вплив стресу.

Таким чином, експеримент показав результати, від яких можливе подальше відштовхування у вивченні даної теми на ширшому рівні, який дасть змогу охопити медичних працівників усієї території країни не залежно від фахового медичного спрямування.

ВИСНОВКИ

Дослідження даної кваліфікаційної роботи дозволило теоретично та практично дослідити проблематику готовності медичних сестер до супроводу пацієнтів. Зважаючи на те, що обов'язки медичного працівника комбінуються не лише із взаємодією з іншим персоналом, роботою у колективному тандемі та якісному дотриманні встановленого регламенту і вказівок керівництва, а також включають соціальну взаємодію із пацієнтом, медичний фахівець має володіти емоційною стійкістю та самоконтролем. Психологічні властивості професійної складової характеру мають мати у собі стресостійкість, ввічливість та терпимість до пацієнтів, включати вміння знаходити та створювати позитивну взаємодію із пацієнтом, яка базується на підтримці та психо-фізичному супроводі хворого у процесі проходження обстежень або після операційного догляду.

Відповідно до цього нами було сформовано, проведено та проаналізовано емпіричне дослідження психологічної готовності медичних сестер до супроводу пацієнтів у відділеннях ендоскопії.

Було виконано такі завдання:

- Проведено аналітичний огляд літературних джерел щодо сестринської справи, супроводу пацієнтів та загальної роботи ендоскопічних відділень.
- Розглянуто історичний та сучасний огляд розвитку ендоскопічної хірургії, включаючи умови воєнного стану.
- Виділено головні обов'язки та особливості сестринського супроводу пацієнтів.
- Підібрано емпіричний інструментарій для визначення психологічної готовності медичних сестер до сестринського супроводу пацієнтів у відділенні оперативної ендоскопічної хірургії в умовах воєнного стану.
- Опрацьовано, проаналізовано та систематизовано результати експериментального дослідження щодо психологічної готовності

медичних сестер до сестринського супроводу пацієнтів у відділенні оперативної ендоскопічної хірургії в умовах воєнного стану.

- Надано рекомендації щодо покращення емоційної та психологічної готовності медичних співробітників до фахової діяльності в стресових умовах воєнного стану країни.

Впродовж дослідження, у якому брало участь 47 респондентів (із яких 41 респондент жіночої статі, 6 - чоловічої), які є медичними сестрами та братами у відділеннях ендоскопічної хірургії міста Харкова та Харківській області, усі дані були опрацьовані та оприлюднені зі згоди учасників опитування.

Дослідження досягло своєї поставленої мети, виявивши майже у половини піддослідних низький поріг стресостійкості, емоційної лабільності та відсутності мотивації до професійної діяльності, розвитку та зростання. Третина респондентів утрималась від надання чіткої позиції, що вказує на те, що їх психолого-емоційний стан є потенційно нестабільним та без зовнішнього втручання може лише погіршитися. Створення тренінгів, надання безкоштовних психологічних консультацій у кваліфікованих фахівців та відвідування курсів, які допоможуть медичним працівникам підвищувати свою професійну обізнаність та мотивацію у роботі є необхідною складовою до подальших шляхів виправлення даною проблеми.

Перспективою подальших досліджень психологічної готовності медичних працівників до виконання службових обов'язків є виведення чіткою статистики зростання чи зниження стресового навантаження фахівців, впливу зовнішніх та внутрішніх факторів на психологічний стан, а також підбір більш ефективних та дієвих методів зменшення психо-емоційної напруги на робочому місці.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. http://ionh.com.ua/pages/1/departament_operative_endoscopy.html#gsc.tab=0
2. Безкоровайна У. Ю. Порівняльний аналіз ролі медичної сестри в Україні та у світі. Інвестиції: практика та досвід, 2016. № 15. С. 88-91.
3. Боднар П. Я., Беденюк А. Д., Боднар Т. В., Боднар Л. П. Парадигма вищої медичної освіти в умовах війни та глобальних викликів ХХІ століття. Академічні візії. 2022 (14).
4. Бондаренко С. С., Пашкова А. Є. Як війна вплинула на українську систему охорони здоров'я. Медицина в умовах воєнного часу. (25).
5. Бучко П. І., Фундитус П. Б., Орленко А. Л. Догляд та дієтотерапія у пацієнтів із захворюваннями серцево-судинної системи. Медсестринство, 2014 (2).
6. Васильєва Н. А., Лиха Л. М. Медсестринські реалії (історичний екскурс). 2014, С. 7-9.
7. Гавенко В. Л., Битенський В. С., Абрамов В. А., Кожина Г. М., Самардакова Г. О., Гайчук Л. М., Юрьєва Л. М. Психіатрія і наркологія. 2-ге вид., переробл. і допов. К: ВСВ "Медицина", 2015. 512 с.
8. Грибенюк Г. С. Саморегуляція як складова діяльності особистості в екстремальних умовах. Проблеми загальної та педагогічної психології. Збірник наукових праць Інституту психології ім.Г.С.Костюка АПН України. - К., 2004. - Т.4. - Вип.4. - С. 73-80.
9. Губенко І. Я., Шевченко О. Т., Бразалій Л. П., Апшай В. Г. Дубінецька Т. О. Психологічна освіта медичних працівників як шлях їх особистісного та професійного розвитку. 2023. С. 79-81.
10. Дударєва Т. В. Бількевич Н. А. Комунікативна компетентність медсестри - підходи до формування на додипломному етапі навчання, проблеми та перспективи. Медсестринство, 2024, 3-4: С. 158-165.
11. Дунда Д. С., Прокопчук О. В., Даньчак С. В. Компетенції медичної сестри в догляді за хворими гепатологічного профілю [Електронний ресурс]. Медсестринство. 2020, 2.

12. Ждан В. М. Основи медичної психології: навчально-методичний посібник. Полтава: АСМІ, 2014. 257 с.
13. Касевич Н. М. Медсестринська етика і деонтологія. К: Медицина. 2009. 200 с.
14. Касевич Н. М. Охорона праці та безпека життєдіяльності медичних працівників: Підручник. К: Медицина, 2007. 224 с.
15. Кирилова О. О., Дубенко О. Є., Рубльова Т. В., Павліченко Ю. В. Ризики психологічної травматизації та стрес-адаптація медичного персоналу за умов роботи під час війни (аналітичний огляд літератури). *Medical Perspectives/Medični Perspektivi*, 2023, 28(4).
16. Кіт О. М., Ковальчук О. Л., Пустовойт. Г. Т. Медсестринство в хірургії - Тернопіль: Укрмедкнига, 2002 - 494 с.
17. Кміта Г. Г., Кучер Р. В., Біскупська І. Й. Сестринський лргляд за хворими з астенією при патології системи крові. *Медсестринство*, 2013, 23.
18. Коць М. О. Гуманізація процесу спілкування у підготовці майбутнього фахівця. Конструктивна психологія і професіоналізація особистості. Матеріали міжрегіонального наукового семінару. - Луцьк: РВВ Вежа, 2002. С. 176-183.
19. Криворучко І. А., Чугай В. В., Гончарова Н. М. *Медсестринство в хірургії*. 2017, 57 с. С 5.
20. Кузмінська І. В. Медсестринство як впливова самостійна ланка медицини. *Медсестринство*. 2009. № 2. С. 28-30.
21. Лісовий В. М., Ольховська Л. П., Капустник В. А. Основи медсестринства: підручник. К.: ВСВ Медицина. 2010.
22. Маркович О. В. Формування професійних умінь майбутніх медичних сестер хірургічного профілю засобами алгоритмізації. 2008. PhD Thesis. Київ, 2008.
23. Мялюк О. П.; Криницька І. Я. Оцінка якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, у студентів-медсестер залежно від індексу маси тіла. *Медсестринство*, 2023, 3-4: С. 99-104.
24. Острянюк Т. С. Травматичний стрес та його особливості. In: The 6th International scientific and practical conference "Multidisciplinary scientific notes.

Theory, history and practice” (November 01–04, 2022) Edmonton, Canada. International Science Group. 2022. 712 p. 2022. p. 619.

25. Пилипака Ю. І.; Романюк В. Л. Стрес як загальний адаптаційний синдром та психічне здоров'я особистості. Психологія: реальність і перспективи, 2016, 6: С. 177-182.

26. Рештакова Н. О. Депресія як один з чинників, що сприяють розвитку психосоматичних розладів. 2019.

27. Сайко Ю. М. Особливості психічного здоров'я медичних працівників під час воєнного стану. 2022, С. 112-115

28. Самборська Н. М. Визначення стану сформованості соціально-комунікативної компетентності майбутніх фахівців зі спеціальності «Медсестринство». 2018.

29. Сірак І. П. Проблема підготовки майбутніх медичних сестер у педагогічній теорії та практиці. Modern Information Technologies and Innovation Methodologies of Education in Professional Training Methodology Theory Experience Problems, 2018, 50. С. 195-199.

30. Спіріна І. Д. Медична психологія. Підруч: за заг. ред. докт. мед. наук, проф. І. Д. Спіріної. Дніпро: ЛІРА, 2022. 300 с.

31. Тулуп Л. Я. Мяслюк О. П. Марущак М. І. Менторство як шлях адаптації медсестри на новому робочому місці. Медсестринство, 2023, 2: 4-11.

32. Тютюнник Л. Бойовий стрес та шляхи подолання його психотравмуючих наслідків. Вісник Національного університету оборони України, 2020, 106-115.

33. Устенко Р. Л, Каценко А. Л, Саричев Я. В. (2022). Вплив військових дій на психологію студентів. С. 31-35

34. Циганчук Т. В. Стрес у професійній діяльності. Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології", 2015, 30.

35. Швидкий О. В. Професійна культура медичної сестри. Медсестринство. 2009. №1(2). С. 60 - 65.

36. Bauer C, Sauer BG. Growing and Retaining an Endoscopy Nurse. Clin Gastroenterol Hepatol. 2019 Jan;17(1):5-7. doi: 10.1016/j.cgh.2018.09.014. Epub

- 2018 Sep 13. Erratum in: *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2019 Mar;17(4):801. DOI: 10.1016/j.cgh.2019.01.008. PMID: 30218705.
37. Braithwaite M. Nurse burnout and stress in the NICU. *Advances in neonatal care*, 2008, 8.6: 343-347.
38. Chapman W, Cooper B. Exploring the nurse endoscopist role: a qualitative approach. *Br J Nurs*. 2009 Dec 10-2010 Jan 13;18(22):1378, 1380-4. DOI: 10.12968/bjon.2009.18.22.45565. PMID: 20081693.
39. Chen SC, Rex DK. Review article: registered nurse-administered propofol sedation for endoscopy. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004 Jan 15;19(2):147-55. DOI: 10.1111/j.0269-2813.2004.01833.x. PMID: 14723606.
40. Daut ER. Gastroenterology/Endoscopy Nursing. *Am J Nurs*. 2024 Jun 1;124(6):37. DOI: 10.1097/01.NAJ.0001023960.77799.b0. Epub 2024 May 23. PMID: 38780337.
41. Differences in psychological effects in hospital doctors with and without post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry* 193, 165–166.
38. Fain R. M., Schreier R. A., 1989. Disaster, stress and the doctor. *Medical Education* 23.
42. Ford P, McCormack B. Keeping the person in the centre of nursing. *Nurs Stand*. 2000 Aug 2-8;14(46):40-4. DOI: 10.7748/ns2000.08.14.46.40.c2894. PMID: 11974134.
43. Happell B., Dwyer T., Reid-Searl K., Burke K. J., Caperchione C. M., Gaskin C. J. Nurses and stress: recognizing causes and seeking solutions. *Journal of nursing management*, 2013, 21(4), 638-647.
44. McCallum J. The role of the nurse endoscopist. *Hosp Med*. 2003 Jun;64(6):337-9. DOI: 10.12968/hosp.2003.64.6.337. PMID: 12833826.
45. McVicar A. Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of advanced nursing* 44.6 (2003): 633-642.
46. Mendes da Mata A. Psychology in nursing: an inherent part of practice and care. *Br J Nurs*. 2014 Sep 25-Oct 8;23(17):951. DOI: 10.12968/bjon.2014.23.17.951. PMID: 25251179.

47. Moustaka E., Constantinidis T. C. Sources and effects of work-related stress in nursing. Health science journal, 2010, 4.4: 210.
48. Nezhat, Camran, Page, Barbara Ancient to pre-modern period. History of Endoscopy/ Ed. Dr. Paul Alan Wetter. Society of Laproendoscopic Surgeons. 1 Jan. 2005
49. Pathmakanthan S, Murray IA, Heeley R, Smith K, Donnelly MT. The nurse endoscopy scene. Clin Med (Lond). 2001 Jan-Feb;1(1):84-5. DOI: 10.7861/clinmedicine.1-1-84a. PMID: 11358089; PMCID: PMC4952051.
50. Sushchenko V., Smirnova V., Sushchenko E. Nursing support of military service members with a mild degree of intellectual disorders with gastrointestinal diseases in the process of medical rehabilitation. 2025, Inter Collegas, 12(1).

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала професійної апатії

Бланк для заповнення

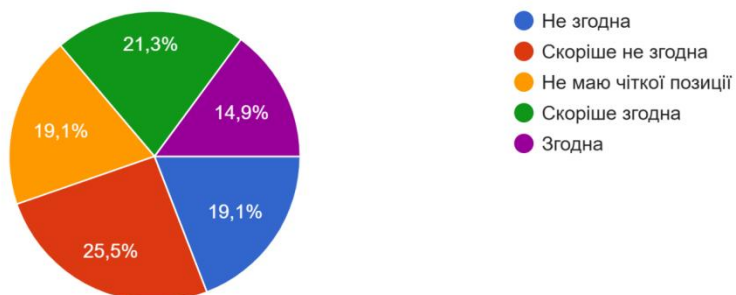
№	Зміст питання	Згоден	Скоріше згоден	Не маю чіткої позиції	Скоріше не згоден	Не згоден
1.	Мені складно мотивувати себе чим-небудь у роботі					
2.	Я відчуваю байдужість до своєї роботи					
3.	Я не відчуваю інтелектуальної залученості до роботи					
4.	Я відчуваю емоційне відчуження від роботи					
5.	Моє відношення до роботи можна назвати пасивним					
6.	Якщо я одразу не знайду те, що необхідне для виконання робочого завдання, я одразу припиню пошуки					
7.	Хоча я і виконую всі доручення, я не працюю більше ніж це необхідно					
8.	Коли з'являються нові завдання, я не заперечую, якщо хтось інший береться за їх виконання					
9.	Зазвичай я не проявляю ініціативу, коли керівники надають завдання					

Додаток Б

Результати опитувальника “Шкала професійної апатії”

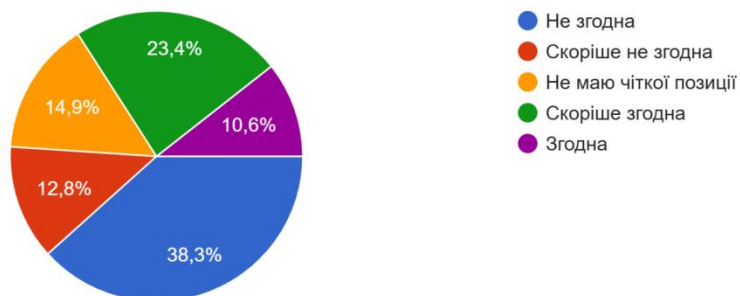
Мені складно мотивувати себе чим-небудь у роботі

47 ответов



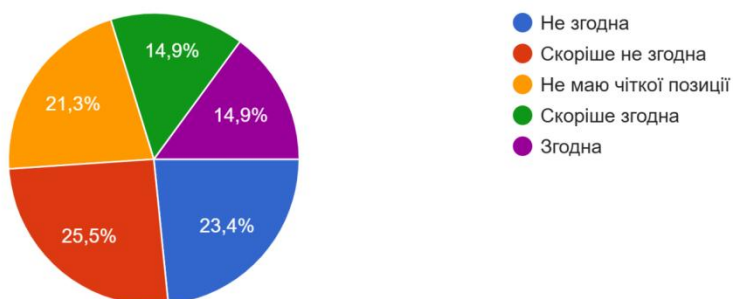
Я відчуваю байдужість до своєї роботи

47 ответов



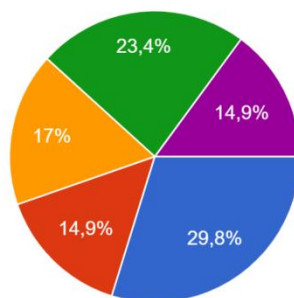
Я не відчуваю інтелектуальної залученості у роботі

47 ответов



Я відчуваю емоційне відчуження від роботи

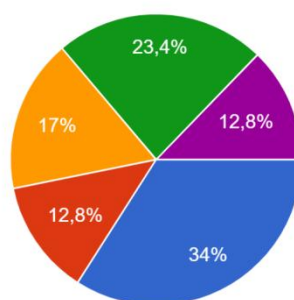
47 ответов



- Не згодна
- Скоріше не згодна
- Не маю чіткої позиції
- Скоріше згодна
- Згодна

Моє відношення до роботи можна назвати пасивним

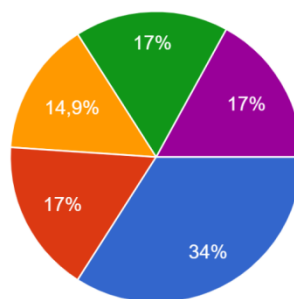
47 ответов



- Не згодна
- Скоріше не згодна
- Не маю чіткої позиції
- Скоріше згодна
- Згодна

Якщо я одразу не знайду те, що необхідне для виконання робочого завдання, я одразу припиню пошуки

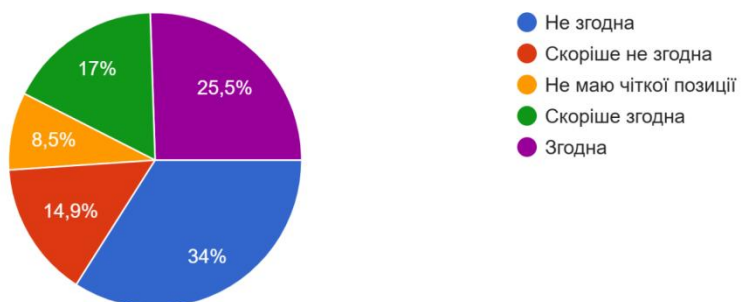
47 ответов



- Не згодна
- Скоріше не згодна
- Не маю чіткої позиції
- Скоріше згодна
- Згодна

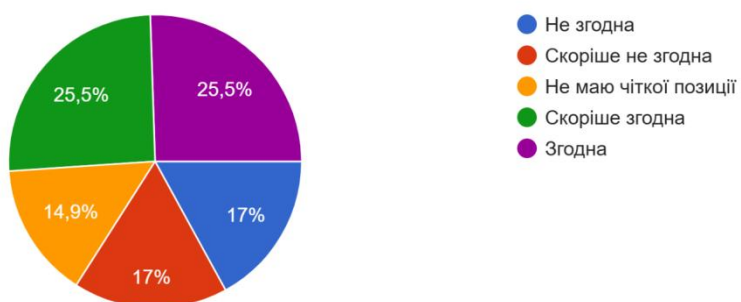
Хоча я і виконую всі доручення, я не працюю більше ніж це необхідно

47 ответов



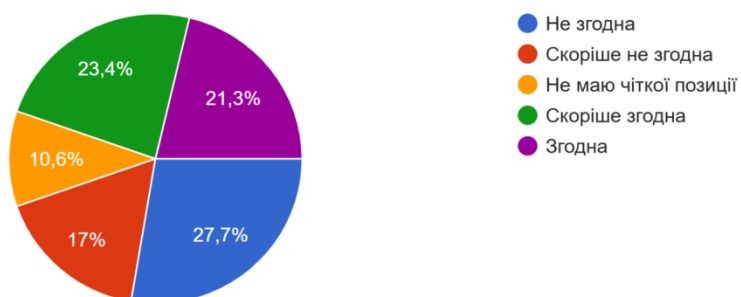
Коли з'являються нові завдання, я не заперечую, якщо хтось інший береться за їх виконання

47 ответов



Зазвичай я не проявляю ініціативу, коли керівники надають завдання

47 ответов



Додаток В

Ольденбургський опитувальник професійного вигорання (OLBI)

Бланк для заповнення

№	Зміст питань	Цілком годен	Згоден	Не згоден	Абсолютно не згоден
1.	Я завжди знаходжу нові та цікаві аспекти роботи для себе				
2.	Буває, що я відчуваю втомленість ще до того, як дістануся робочого місця				
3.	Я все частіше говорю про свою роботу у негативному відтінку				
4.	Після роботи мене потрібно більше часу щоб відпочити та прийти до тями				
5.	Я дуже успішно витримую напругу на роботі				
6.	В останні дні я менше думаю про свою роботу та виконую її механічно				
7.	Я вважаю свою роботу важкою, але цікавою				
8.	На протязі робочого дня я відчуваю емоційне вигорання				
9.	З часом, робота, яка подібна до моєї, може призвести до відчуження				
10.	Після роботи у мене залишається вдосталь				

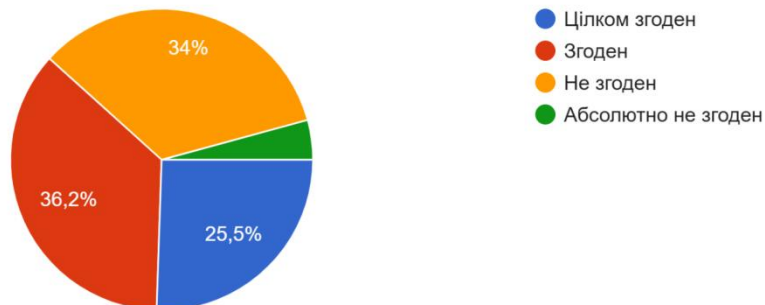
	енергії для дозвілля				
11.	Іноді я відчуваю огиду до своєї роботи				
12.	Після роботи я найчастіше відчуваю себе втомленим				
13.	Тільки таку роботу, яку я маю зараз, я можу для себе уявити				
14.	Здебільшого, я успішно справляюся з обсягом своєї роботи				
15.	Моя робота все більше мене захоплює				
16.	Зазвичай, під час роботи, я відчуваю себе енергійним				

Додаток Г

Результати “Ольденбурського опитувальника професійного вигорання (OLBI)”

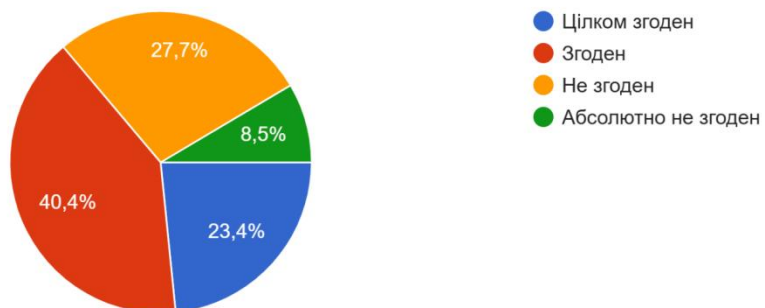
Я завжди знаходжу нові та цікаві аспекти роботи для себе

47 ответов



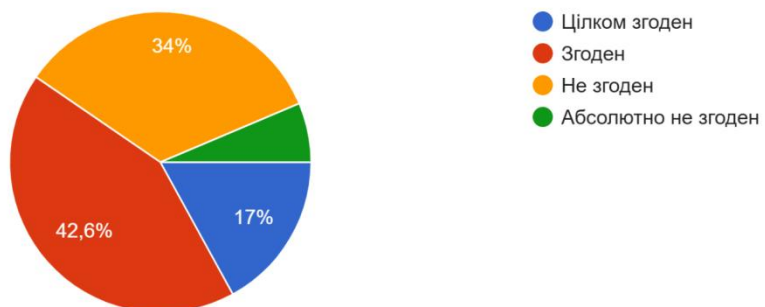
Буває, що я відчуваю втомленість ще до того, як дістануся робочого місця

47 ответов



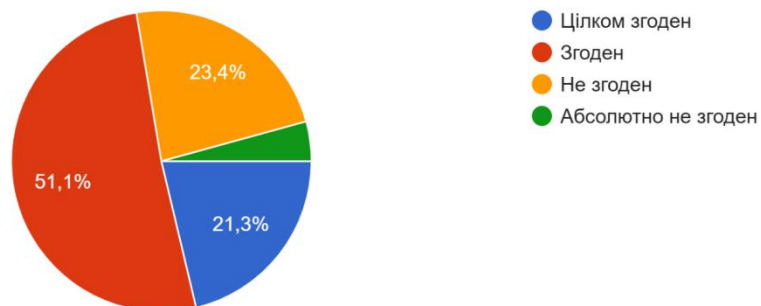
Я все частіше говорю про свою роботу у негативному відтінку

47 ответов



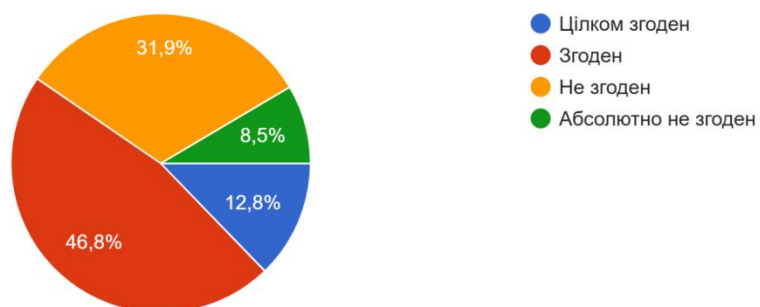
Після роботи мене потрібно більше часу щоб відпочити та прийти до тями

47 ответов



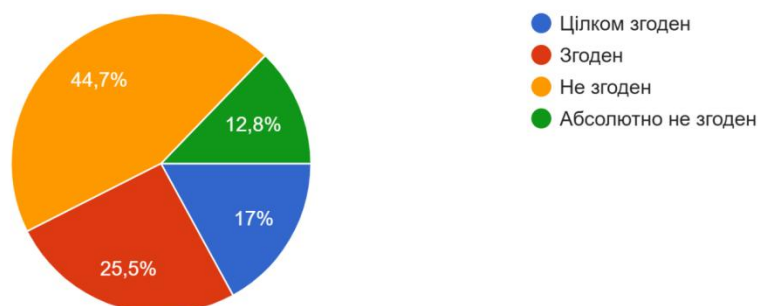
Я дуже успішно витримую напругу на роботі

47 ответов



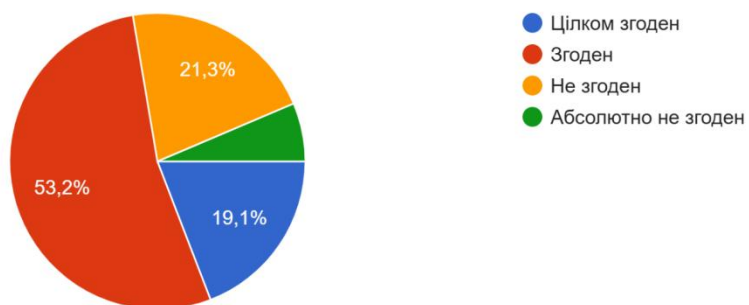
В останні дні я менше думаю про свою роботу та виконую її механічно

47 ответов



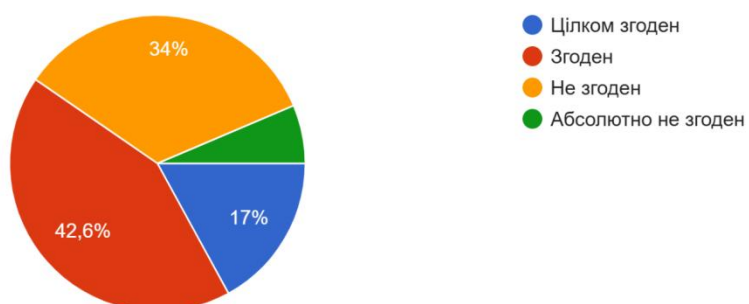
Я вважаю свою роботу важкою, але цікавою

47 ответов



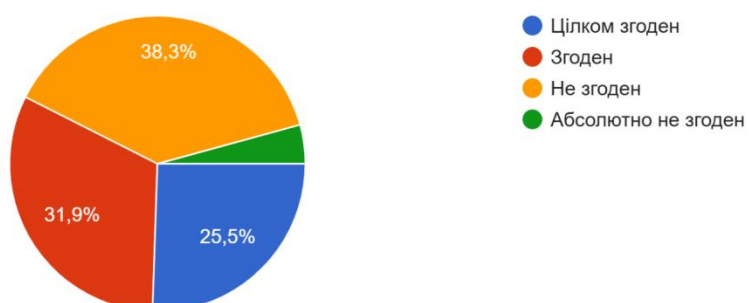
На протязі робочого дня я відчуваю емоційне вигорання

47 ответов



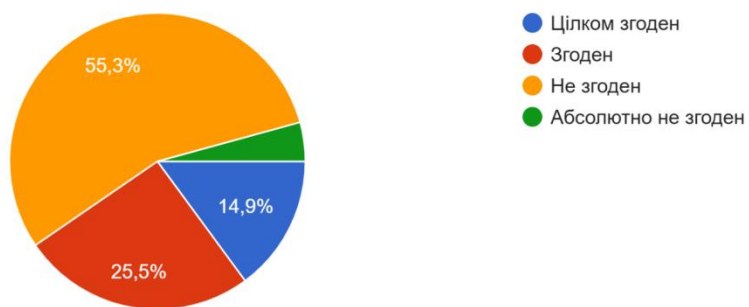
З часом, робота, яка подібна до моєї, може призвести до відчуження

47 ответов



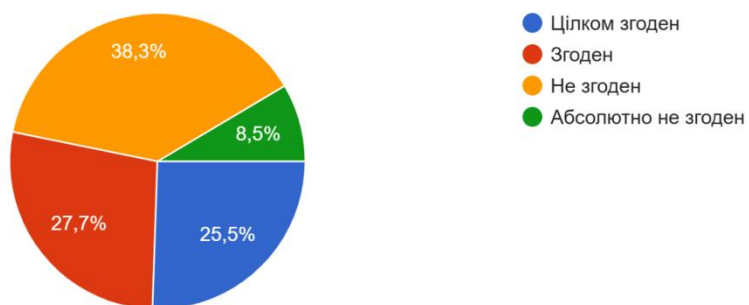
Після роботи у мене залишається вдосталь енергії для дозвілля

47 ответов



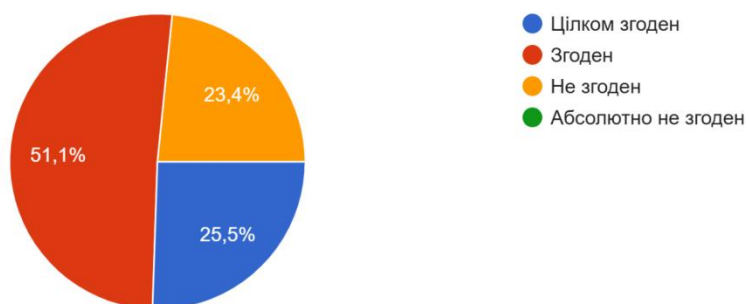
Іноді я відчуваю огиду до своєї роботи

47 ответов



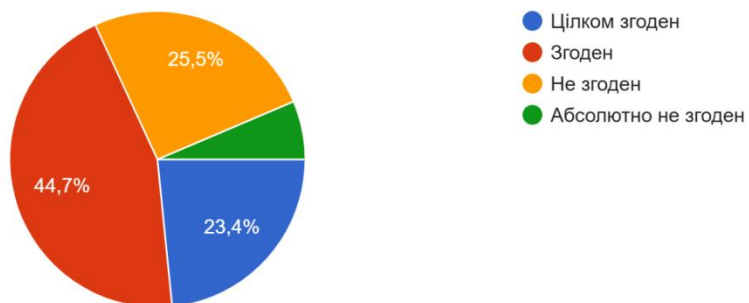
Після роботи я найчастіше відчуваю себе втомленим

47 ответов



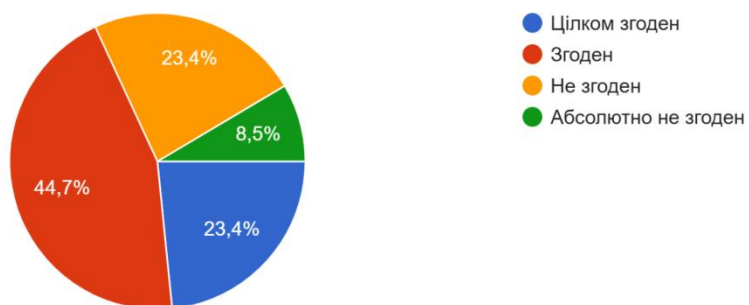
Тільки таку роботу, яку я маю зараз, я можу для себе уявити

47 ответов



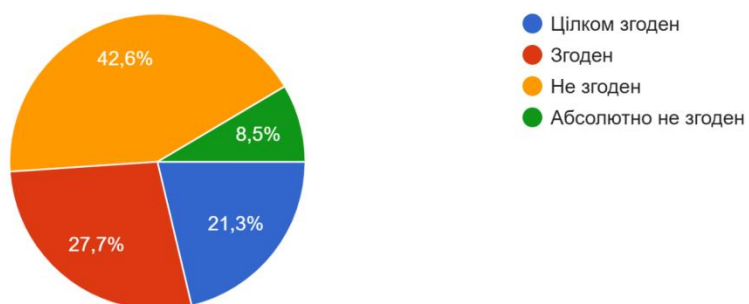
Здебільшого, я успішно справляюся з обсягом своєї роботи

47 ответов



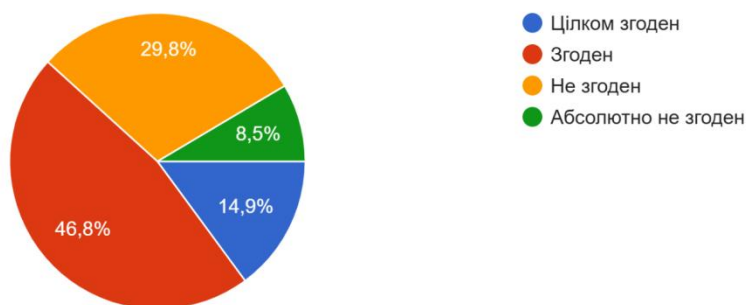
Моя робота все більше мене захоплює

47 ответов



Зазвичай, під час роботи, я відчуваю себе енергійним

47 ответов



Додаток Г

Шкала стресоприйнятливості (Perceived Stress Scale, PSS-10)

Бланк для заповнення

№	Зміст питання	Дуже часто	Доволі часто	Іноді	Майже ніколи	Ніколи
1.	Як часто за останній місяць Ви відчували смуток через несподівані події?					
2.	Як часто за останній місяць Ви відчували, що були неспроможні контролювати важливі речі у своєму житті?					
3.	Як часто за останній місяць Ви нервували та відчували стрес?					
4.	Як часто за останній місяць Ви відчували впевненість у власних силах у подоланні особистих проблем?					
5.	Як часто за останній місяць Ви відчували, що справи йдуть так, як Ви хотіли?					
6.	Як часто за останній місяць Ви відчували, що неспроможні виконувати все, що Вам необхідно?					
7.	Як часто за останній місяць Ви відчували, що спроможні контролювати роздратування у своєму житті?					

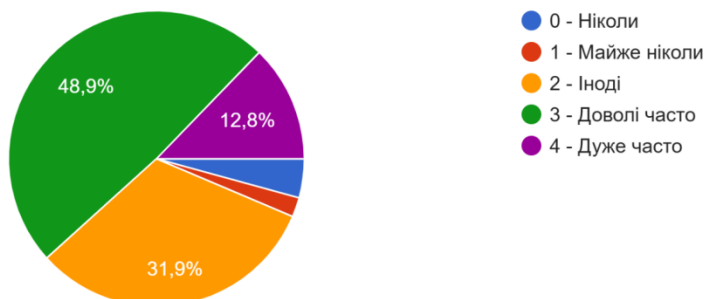
8.	Як часто за останній місяць Ви відчували себе на висоті?					
9.	Як часто за останній місяць Ви відчували злість через те, що не могли контролювати життєві обставини?					
10.	Як часто за останній місяць Ви відчували, що життєві складнощі були настільки сильними, що Ви не могли із ними впоратися?					

Додаток Д

Результати опитувальника “Шкала стресоприйнятливості (Perceived Stress Scale, PSS-10)”

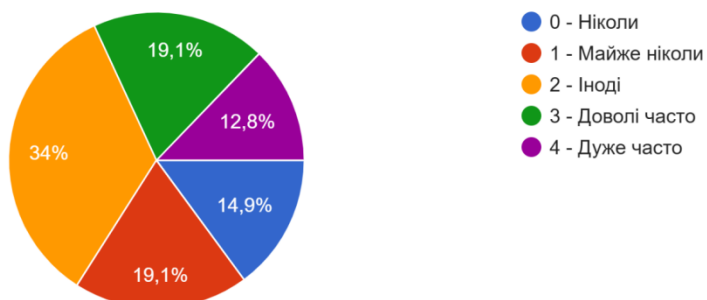
Як часто за останній місяць Ви відчували смуток через несподівані події?

47 ответов



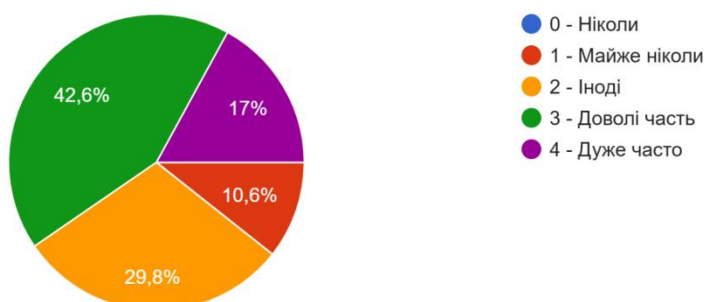
Як часто за останній місяць Ви відчували, що були неспроможні контролювати важливі речі у своєму житті?

47 ответов



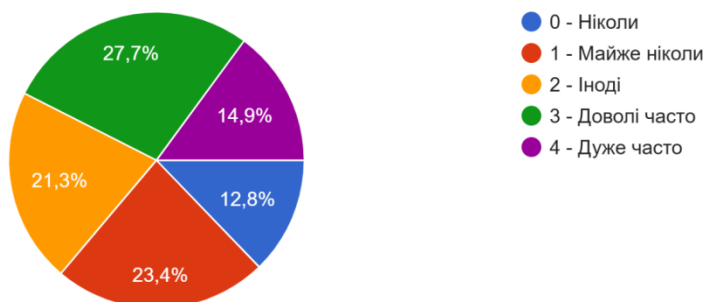
Як часто за останній місяць Ви нервували та відчували стрес?

47 ответов



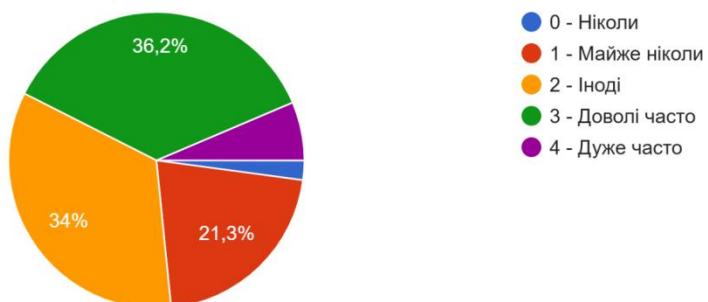
Як часто за останній місяць Ви відчували впевненість у власних силах у подоланні особистих проблем?

47 ответов



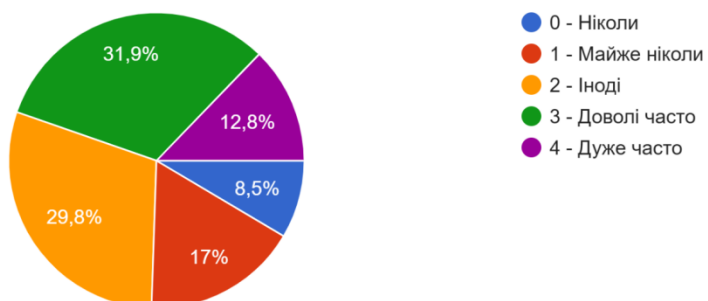
Як часто за останній місяць Ви відчували, що справи йдуть так, як Ви хотіли?

47 ответов



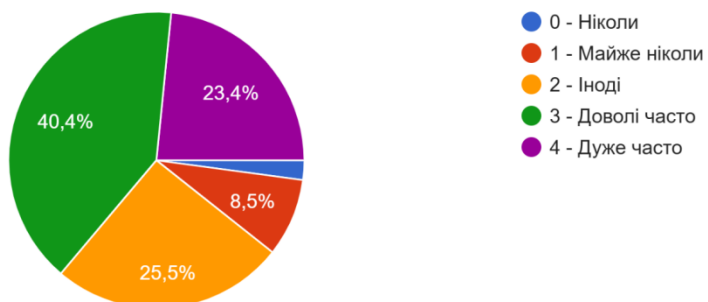
Як часто за останній місяць Ви відчували, що неспроможні виконувати все, що Вам необхідно?

47 ответов



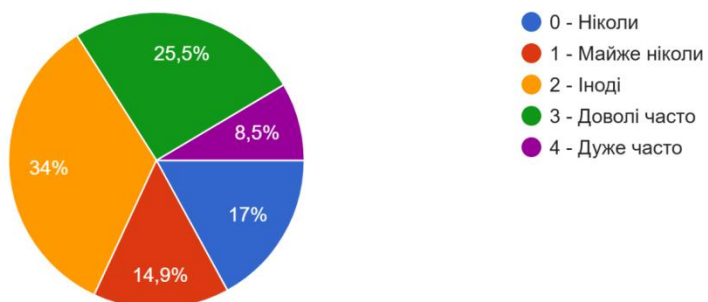
Як часто за останній місяць Ви відчували, що спроможні контролювати роздратування у своєму житті?

47 ответов



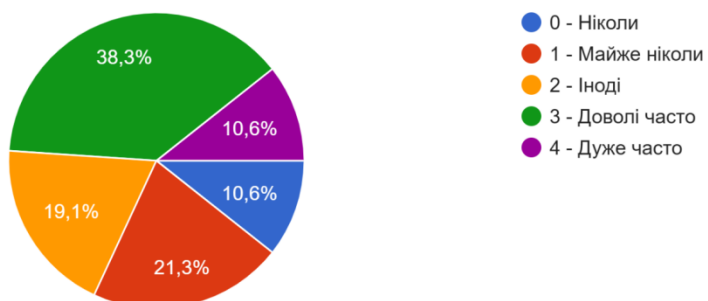
Як часто за останній місяць Ви відчували себе на висоті?

47 ответов



Як часто за останній місяць Ви відчували злість через те, що не могли контролювати життєві обставини?

47 ответов



Як часто за останній місяць Ви відчували, що життєві складнощі були настільки сильними, що Ви не могли із ними впоратися?

47 ответов

