

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:

**МЕДИКО- ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ
МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У ВІДДІЛЕННЯХ СТАЦІОНАРУ**

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

ІІІ медичний факультет з підготовки
вітчизняних та іноземних
здобувачів освіти

Стельникович Н.С.

Керівник:

д.мед.н., професор Бездітко Т.В.

Харків - 2026

ЗМІСТ

	стор.
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	4
ВСТУП.....	5
Розділ 1 СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНУ	
ДОПОМОГУ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ПАЦІЄНТАМ (огляд	
літератури).....	7
1.1. Взаємодія медсестри та пацієнта як запорука кращого	
лікування та відновлення.....	7
1.2. Освітні стратегії щодо надання психологічної допомоги	
медсестрами	11
1.3. Участь медичної сестри у психологічному супроводі	
онкологічних хворих та способи надання їм психологічної	
допомоги.....	19
1.4. Психологічна підтримка пацієнта як елемент	
передопераційної підготовки та післяопераційного періоду	26
Розділ 2 МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ.....	32
2.1. Характеристика хворих.....	32
2.2. Характеристика медичних сестер.....	33
2.3. Медико-психологічні дії медсестри у передопераційному	
періоді.....	34
2.4. Опитувальники.....	35
Розділ 3 РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.....	38
3.1. Результати первинного опитування пацієнтів.....	38
3.2. Динаміка показників депресії за шкалою Бека-II після	
медико-психологічної допомоги медсестрами.....	40
3.3. Динаміка показників якості життя за опитувачем SF-36 після	
медико-психологічної допомоги медсестрами.....	42

ЗАКЛЮЧЕННЯ.....	50
ВИСНОВКИ.....	53
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	55
ДОДАТОК.....	61

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ	-	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЯЖ	-	якість життя
BDI-II	-	Шкала депресії Бека-II
MOS SF-36	-	Medical Outcomes Study - Short Form

ВСТУП

Актуальність теми

На сучасному етапі розвитку медицини переважає «бригадний» підхід до лікувального процесу, коли з пацієнтом працює одночасно кілька фахівців, які мають різний рівень професійної, етичної та деонтологічної підготовки. Значну і важливу роль роботі такої «бригади» грає середній медичний персонал. У разі стаціонару медична сестра завжди перебуває у безпосередньому контакту з пацієнтами.

Професійна місія медичної сестри полягає у забезпеченні пацієнту максимально можливої якості життєдіяльності. Ключовим фактором успішності сестринських втручань виступає свідоме розділення пацієнтом мети лікування. Реалізуючи функції менеджера терапевтичного простору, консультанта та виконавця, медсестра базує свою роботу на когнітивних та емоційних реакціях хворих. Таким чином, комунікативні здібності трансформуються у професійно значущу якість, що визначає рівень професійної придатності фахівця.

Сучасний фахівець із середньою освітою в медицині повинен володіти широким спектром умінь. В даний час однією з найважливіших практичних навичок, що використовуються в сестринській справі, є спілкування з пацієнтом. У охороні здоров'я дедалі чіткіше простежується тенденція до персоніфікованого лікування. У зв'язку з цим, вміння створити позитивне емоційне тло у відділенні так само важливо, як вміння медсестри безпосередньо виконувати маніпуляції.

Психологічний дистрес - серйозна проблема, з якою щодня стикаються багато пацієнтів, і вказує на необхідність розуміння цього поняття медсестрами, щоб допомогти його зменшити. Отже, впливає, що освіта медсестер повинна сприяти розумінню та застосуванню концепції психологічної допомоги в рамках надання цілісного догляду, пропагуючи психологічну допомогу як невід'ємну, автоматичну частину щоденного догляду, а не як «додаток» чи «розкіш».

Включення психологічної підтримки до стандартних протоколів передопераційної підготовки потребує систематизації роботи сестринського персоналу та виділення відповідних ресурсів. Це дозволить своєчасно виявляти пацієнтів із високим рівнем тривоги, формувати індивідуальні плани психокорекції та інтегрувати ці заходи до загального процесу хірургічного лікування. Акцент на психологічному аспекті догляду як зменшить кількість післяопераційних ускладнень, а й підвищить задоволеність пацієнтів якістю медичної допомоги.

Мета роботи: визначити роль медичних сестер у медико-психологічному супроводі пацієнтів хірургічних відділень.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз досліджень щодо медико-психологічної допомоги медичних сестер пацієнтам.
2. Визначити показники депресії за шкалою Бека-II та якості життя SF-36 у пацієнтів хірургічного та онкохірургічного відділень.
3. Проаналізувати динаміку показників за шкалою Бека-II та якості життя за опитувачем SF-36 після медико-психологічної допомоги медсестрами.
4. Визначити вплив медико-психологічного супроводу медичних сестер в залежності від профілю відділення.

Об'єкт дослідження: пацієнти до та після оперативних втручань на органах черевної порожнини.

Предмет дослідження: медико-психологічна допомога медсестер пацієнтам.

Методи дослідження: бібліосемантичний метод (застосовувався для систематизація наукової літератури з питань медико-психологічної допомоги медичних сестер); анкетування пацієнтів (шкала депресії Бека-II, якість життя SF-36); обробка та аналіз результатів дослідження.

Розділ 1

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНУ ДОПОМОГУ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ПАЦІЄНТАМ

(огляд літератури)

1.1. Взаємодія медсестри та пацієнта як запорука кращого лікування та відновлення

Професія медичної сестри за своєю суттю є творчою та мультидисциплінарною: вона вимагає поєднання клінічної майстерності з глибокою психологічною проникливістю. Унікальність медичної праці полягає в тому, що її суб'єктом і об'єктом є людина. Тут технологічні аспекти діагностики нерозривно пов'язані з етикою міжособистісних стосунків. Однією з фундаментальних компетенцій медсестри є здатність до емпатії — вміння ідентифікувати себе з пацієнтом, щоб повноцінно досягнути його фізичні та душевні страждання. Для успішної діяльності медична сестра повинна опанувати роль психолога, що передбачає вивчення ставлення пацієнтів до хвороби, їхніх емоційних станів та рис характеру. Оскільки медицина — це насамперед процес людської взаємодії, моральні якості персоналу стають такими ж важливими, як і технічні навички. Ключовою якістю фахівця є професійна спостережливість та вміння відчувати стан хворого через «призму» його особистості, що дозволяє вибудовувати довірливий діалог [23].

Цим і визначається істинність медичного покликання. І. Харді у книзі «Лікар, сестра, хворий» пише: «Багато хто дивиться на психологічні явища, як на музейну рідкість, як на абстрактний продукт духовного життя. Інші посилаються на надмірну зайнятість («на це в нас немає часу...», ніколи займатися подібними речами і т.д.)» [28]. Адже з психологічними чинниками доводиться зважати всюди, особливо у практиці лікувальної діяльності. Психологія є скрізь і завжди, навіть там, де, здається, її немає. Медик зустрічається з різноманітними життєвими позиціями особистості пацієнта,

перебуває з ним у складних психоемоційних взаєминах. Спостереження, проведені в ході психотерапії, - пише І. Харді, - подібно до мікроскопу, показують всі найтонші емоційні нитки у відносинах між лікарем – сестрою – хворим, усі пастки на цьому шляху» [28]

Професіоналізм медичної сестри полягає у здійсненні маніпуляційної діяльності високому рівні, а й обов'язково містить психологічний компонент - ставлення людини до праці, його психологічну установку. Ефективність терапевтичного процесу детермінована не лише біологічними чинниками та етіологією захворювання, а й «внутрішньою картиною хвороби» — суб'єктивним сприйняттям пацієнтом свого стану. У зв'язку з цим, комунікація між медпрацівником і хворим набуває особливої актуальності як багатогранний процес. Вона охоплює не лише обмін даними, а й розробку єдиної стратегії подолання хвороби, що базується на взаємному розумінні суб'єктів діяльності та їхній спільній спрямованості на вирішення клінічних завдань. [32].

При спілкуванні медпрацівника з пацієнтом виникає складна проблема взаємовідносин двох людей, двох осіб, правильне вирішення якої дуже багато визначає. При спілкуванні з пацієнтом медсестра повинна знати та враховувати, що різні хвороби викликають ті чи інші відхилення у психіці, що проявляється при спілкуванні з пацієнтом. Крім того, необхідно враховувати особистісні особливості пацієнтів та можливі невротичні реакції, принесені хворобою, що нерідко ускладнює взаємини між медсестрою та пацієнтом. Крім захворювання будь-яких органів і систем, медсестра, перш за все, повинна бачити людину з її болем і тривогою за своє здоров'я. Треба враховувати і зважати на зміни психічного стану залежно від віку, статі, характеру хвороби, від застосовуваного лікування та колективу, в якому знаходився і знаходиться пацієнт [17].

Одне з основних положень сучасної медицини свідчить, що «лікувати як хворобу, а й хворого». Насамперед пацієнта, а потім його хворобу. Стародавні лікарі нас навчали: спочатку «вилікувати душу, а потім

приступай до лікування тіла». Але таке лікування можливе лише тоді, коли враховуються особливості не тільки фізичної, а й психічної особистості пацієнта (особливості його здібностей, потреб, інтересів, темпераменту, характеру, пам'яті, мислення тощо) [22].

Для організації лікування та догляду за пацієнтом, треба враховувати, особливості його відчуттів та сприйняття, уявлень та уяви, уваги, емоцій. У психологічних особливостях хворого не можна розібратися без знання питань загальної психопатології. Характер змін у психіці хворого може бути різним – від слабо виражених невротичних до психічних, змінюють клінічну картину хвороби. Нерідко ці зміни та їхня виразність нерозривно пов'язані з особливостями пацієнта, і розібратися в них без знання медичної психології дуже важко [10].

Нині різко зросло значення психогенних впливів як і причин виникнення хвороб, як і обставин, які впливають їх перебіг. Психічні порушення становлять суть психічних захворювань. В одних випадках він має глибокий характер, що супроводжується вираженим розладами усвідомлення реальної дійсності, патологічною поведінкою. Такі форми психологічних порушень називаються психозами, на відміну прикордонних форм порушень психічної діяльності (неврози, психопатії та інших.). Діагностика психічних захворювань пов'язана, насамперед, з розпізнаванням її проявів, ознак, тобто. симптомів. Певна сукупність симптомів називається синдромом. За симптомом не можна судити, лише по послідовності зміні синдромів можна говорити про етіології, тобто причини виникнення тих чи інших психічних порушень. Знання медичної психології допомагає медичній сестрі правильно судити про вплив соматичних хвороб на психіку пацієнта та психічних розладів протягом соматичних хвороб, а також допомагає правильному та професійному спілкуванню з пацієнтом, його родичами, колегами. Вона вимагає високо розвиненого рівня емпатії, важливу роль цьому грає темперамент медичного працівника та її комунікабельність [7].

Процес комунікації з пацієнтом вимагає від медичного працівника здатності до диференційованого аналізу скарг, де необхідно відокремити клінічно значущі симптоми від суб'єктивних нашарувань, зберігаючи при цьому атмосферу повної довіри. Особливої делікатності потребує з'ясування психотравмуючих чинників, що впливають на соматичний стан. Ефективний діалог неможливий без врахування соціокультурного та інтелектуального профілю хворого. Відмова від мовних штампів на користь творчого, індивідуалізованого підходу є ключовою умовою встановлення терапевтичного контакту [29].

Яку медсестру сьогодні можна вважати професіоналом? Ця медсестра, яка опанувала професійні навички, засвоїла норми професійного спілкування та високопрофесійно застосовує ці знання на практиці; медсестра, яка змінює та розрізняє свою особистість засобами професії та збагачує професію своїм творчим внеском; медсестра, яка прагне викликати інтерес суспільства до результатів своєї діяльності та вміє його викликати, сприяє підвищенню престижу своєї професії, враховує нові запити суспільства до неї. Тобто професіоналізм полягає у здійсненні маніпуляційної діяльності високому рівні, а й обов'язково містить психологічний компонент – його психологічну установку, ставлення до своїх професійних обов'язків, до праці. Робота медичної сестри відбувається у умовах підвищеної відповідальності життя і здоров'я людей [5].

Діяльність медичної сестри орієнтована на забезпечення максимальної якості життєдіяльності пацієнта. Ключовою стратегією є трансформація пацієнта з пасивного об'єкта допомоги на активного суб'єкта подолання патологічного стану. Ефективність сестринських втручань безпосередньо залежить від того, чи поділяє хворий цілі лікування. У цій моделі медсестра поєднує функції організатора терапевтичного середовища, експертного консультанта та безпосереднього виконавця догляду, що базується на високому рівні комунікативної конвергенції (взаєморозуміння). [3]. Медичну сестру повинні відрізняти здатність та вміння спілкуватися. Ці психологічні

якості є для неї професійно важливим і, зрештою, характеризує її професійну придатність.

Сучасний фахівець із середньою освітою в медицині повинен володіти широким спектром умінь. В даний час однією з найважливіших практичних навичок, що використовуються в сестринській справі, є спілкування з пацієнтом. У охороні здоров'я дедалі чіткіше простежується тенденція до персоніфікованого лікування. У зв'язку з цим, вміння створити позитивне емоційне тло у відділенні так само важливо, як вміння медсестри безпосередньо виконувати маніпуляції [15].

Сучасна медицина характеризується суттєвим посиленням ролі середнього медичного персоналу. Згідно зі статистичними даними, медичні сестри складають близько 70% кадрового ресурсу галузі та виконують до 80% усього обсягу безпосередньої допомоги хворим. У системі розподілу праці спостерігається чітка диференціація: лікарі концентруються на високотехнологічних аспектах терапії, тоді як медичні сестри беруть на себе основну відповідальність за практичну реалізацію лікувального процесу та комплексний догляд [29].

Медсестрі необхідно вміння встановлювати контакти з пацієнтами, створювати особливий емоційний клімат, необхідний для кращого лікування та відновлення пацієнтів. На додаток до спеціальних процедур, лікарня надає пацієнтам психологічну підтримку, встановлює та підтримує довгострокові стосунки з ними [2].

1.2. Освітні стратегії щодо надання психологічної допомоги медсестрами

Загальновизнано, що практика сестринської справи ґрунтується на концепції цілісного догляду, згідно з якою медсестри повинні враховувати не лише фізичні потреби хворих, а й їхні психологічні, соціальні, духовні та екологічні потреби. Однак іноді забувають, що психологічні потреби особливо гостро проявляються під час гострих захворювань. Хоча порятунок

життів та запобігання фізичному погіршенню стану є найважливішими, у дусі надання цілісного догляду не можна нехтувати психологічними потребами, і існує чимало доказів того, що медсестри часто не задовольняють психологічні потреби своїх пацієнтів та їхніх родичів.

У Великій Британії Омбудсмен служби охорони здоров'я (2003) регулярно отримує скарги щодо недостатньої уваги до психологічних потреб. Наприклад, характер та обсяг наданої інформації часто викликають занепокоєння. Недостатній обмін інформацією між персоналом та пацієнтами, а також неточне сприйняття емоційних потреб пацієнтів продовжують визнаватися важливими проблемами практичної роботи [44]. Цю думку поділяє Nichols K. у своїх фундаментальних працях з психологічного догляду; він говорив про «психологічну шкоду», яку, хоч і несвідомо, завдають медсестри, які не приділяють належної уваги психологічним потребам своїх фізично хворих пацієнтів [46].

Ridner SH. [51] також визначає психологічний дистрес як серйозну проблему, з якою щодня стикаються багато пацієнтів, і вказує на необхідність розуміння цього поняття медсестрами, щоб допомогти його зменшити. Отже, впливає, що освіта медсестер повинна сприяти розумінню та застосуванню концепції психологічної допомоги в рамках надання цілісного догляду, пропагуючи психологічну допомогу як невід'ємну, автоматичну частину щоденного догляду, а не як «додаток» чи «розкіш».

Зокрема, викладачі медсестер повинні покращувати здатність студентів-медсестер розпізнавати психологічні потреби, розуміти фактори, що впливають на індивідуальні психологічні реакції, та адекватно реагувати на ці індивідуальні реакції та прояви. Але як найкраще розуміти, викладати та вивчати психологічну допомогу, і які перешкоди існують для її надання на практиці?

Було розроблено феноменологічне дослідження з елементами лонгітюдного спостереження для вивчення природи психологічної допомоги як з точки зору її представлення в професії, так і з точки зору досвіду

медсестер, які надають психологічну допомогу. Після короткого огляду літератури та повного дослідження для надання контексту [49, 50, 51], у цій статті обговорюються наслідки, пов'язані з освітою та підготовкою до ролі доглядача.

Широко визнано, що фізичне захворювання може активувати багато негативних емоцій, когнітивних процесів та форм поведінки, які можуть мати несприятливий вплив на фізичне здоров'я та одужання пацієнтів. До них належать шок, тривога, страх, депресія, низька самооцінка, гнів, заперечення та залежність [46]. Також загальновизнано, що пацієнти по-різному реагують на хворобу, що залежить від таких особистих факторів, як: попередній досвід хвороби; досвід та результати отримання догляду; знання та переконання щодо хвороби, її причин та методів лікування; ступінь контролю, який, на їхню думку, вони мають над хворобою; толерантність до стресу та ефективність стратегій подолання; ступінь доступної соціальної та емоційної підтримки.

Зовнішні фактори, такі як ставлення персоналу, культура та переконання персоналу в середовищі догляду, а також фізичне середовище догляду, також мають значення для визначення індивідуальних реакцій пацієнтів. Незалежно від унікальної реакції, загальновизнано, що існують деякі ключові елементи психологічного догляду, які можуть значно зменшити негативний досвід пацієнтів. До них належать точна оцінка психологічного стану, інформування/освіта, консультування та емоційний догляд [49, 53, 60]. Nichols (2003) також підкреслив, що психологічна допомога не може бути надана ефективно, якщо самі медсестри не отримують належної підтримки та не знають, коли і як направляти пацієнтів за більш спеціалізованою допомогою [46].

Отже, хоча існують дані щодо основних аспектів психологічного догляду, складніше визначити, якими саме знаннями та навичками повинні володіти медичні сестри, щоб оцінювати психологічні потреби пацієнтів та надавати їм психологічну допомогу. Професія медичної сестри вже давно

намагається довести зв'язок між освітніми програмами та результатами лікування пацієнтів, хоча деякі дослідження свідчать про успіхи в цьому напрямку.

Наприклад, у роботі Delvaux та ін. (2004), наприклад, перевірили ефективність програм психологічної підготовки у допомозі медсестрам у набутті відповідних комунікативних навичок. У порівнянні з контрольною групою, медсестри, які пройшли підготовку, повідомили про позитивні зміни у своїх рівнях стресу та ставленні, а також було виявлено позитивний ефект навчання на рівні задоволеності пацієнтів [35].

Hawkins J, [38] також продемонстрували, що деякі медсестри зазнали значних змін у наданні психологічної підтримки пацієнтам після участі у семінарах з психологічних теорій та навичок консультування. Однак для інших учасників практика суттєво не змінилася. Існує також ймовірність того, що медсестри відчувають розрив між академічним навчанням, яке наголошує на цілісному догляді, та бюрократичними організаціями догляду, які більше зосереджені на витратах та показниках результатів [40].

Тому розробка освітніх стратегій, які б найкраще готували медсестер до надання психологічної допомоги, залишається викликом. Деякі з цих труднощів пов'язані з різними уявленнями про те, як медсестри навчаються догляду. Для одних турбота вважається вродженою якістю, яку, отже, не можна навчити чи вивчити, тоді як інші вважають, що турботу можна засвоїти через особистий та професійний життєвий досвід, а ще інші — що її можна здобути за допомогою конкретних освітніх стратегій, таких як рольові ігри [31].

Існують певні докази того, що викладачі медсестер можуть і роблять важливий внесок у цьому плані. Наприклад, феноменологічне дослідження Patterson E та ін. [48] щодо того, як чоловіки-медсестри навчаються піклуванню, продемонструвало, що викладачі можуть ефективно змінити початкові уявлення студентів про те, що означає піклуватися як медсестра, і

самі ці студенти визнали, що вони навчилися чомусь про піклування завдяки досвіду в аудиторії.

Інші дослідження вказують на те, що це навчання відбувається не менше завдяки досвіду отримання турботи та піклування від викладачів-медсестер, які виступають рольовими моделями, ніж завдяки більш формальному навчанню та викладанню [37, 41, 45, 54].

Показовість рольових моделей також визнано потужним засобом навчання в клінічних умовах [34, 40]. Однак можливості для розвитку «духу турботи», з яким багато медсестер приходять у професію, часто не використовуються [30], а концепції турботи часто приділяється недостатня увага в навчальній програмі з медсестринства [33, 36, 47, 59].

Отже, завдання полягає у створенні освітнього середовища, яке сприятиме розвитку навичок психологічного догляду, і, крім формування відповідних особистісних якостей, знань та умінь, викладачі медсестер повинні пропагувати етику турботи та виступати в ролі зразків для наслідування. Водночас вони повинні усвідомлювати реалії та обмеження середовищ догляду, в яких здійснюється сестринська практика.

Аналіз даних виявив наступне: психологічна допомога не надається автоматично. Хоча іноді вона ефективно надається через фізичний догляд, часто для цього доводиться спеціально створювати простір і час. Найчастіше вона надається найефективніше через дрібні вчинки, які здебільшого не документуються. Медсестри усвідомлюють, що можливість для психологічної допомоги завжди існує, але можна зробити вибір, чи реагувати на психологічні потреби, чи ні, і що зроблений вибір матиме наслідки як для медсестри, так і для пацієнта. «Відповідальні» медсестри передають домінуючу культуру середовища догляду та привчають свій персонал до філософій, які підтримують або не підтримують надання психологічної допомоги. Медсестри визнають, що іноді їм доводиться кидати виклик домінуючій культурі, якщо вона не підтримує надання психологічної

допомоги. Це несе певні ризики, особливо для студентів або недосвідчених медсестер.

Плани психологічного догляду потрібно розробляти як спосіб «легітимізації» психологічного догляду навіть у середовищах догляду, які менш сприятливі для нього. Медсестри повинні усвідомлювати межі своєї ролі. Дослідження також визначило низку факторів, що сприяють набуттю навичок психологічного догляду. Основним переконанням є те, що клінічні рольові моделі надають можливість спостерігати та оцінювати доцільність конкретних моделей поведінки у догляді, розрізняти якісний та неякісний догляд, а також розробляти особисті стратегії догляду на основі цих відмінностей [58].

Досвідчені медсестри усвідомлюють свою важливість як рольових моделей для студентів і серйозно ставляться до цієї відповідальності. Рефлексія є важливою темою, що пронизує досвід медсестер у навчанні психологічному догляду. Це може бути пов'язано з тим, що їм постійно нагадують про необхідність рефлексії щодо свого досвіду та навчання, що впливає з нього, через обов'язок вести письмові портфоліо навчання як студентів, так і дипломованих медсестер. Медсестри усвідомлюють, що домінуючий етос клінічного середовища, сформований переважно керівником медсестер, впливає на розвиток або відсутність розвитку навичок психологічного догляду. Визнається, що панівна філософія та культура середовища догляду сприятимуть процесу професійної соціалізації та тому, наскільки окремі медсестри приділятимуть увагу психологічному догляду.

Хоча медсестри усвідомлюють, що кидати виклик усталеній культурі з метою практикувати та розвивати навички психологічного догляду відповідно до особистих переконань є потенційно ризикованим, особливо з боку студентів-медсестер, які залежать від тих, хто передає цю культуру, у оцінці їхньої роботи, вони все ж вважають це діяльністю, яка іноді є необхідною. Недотримання цього може призвести до соціалізації у практиках догляду, що суперечать наданню ефективної психологічної допомоги. Менше

значення у визначенні того, чи розвивають медсестри навички психологічного догляду, мають заявлені філософії або місії медсестринства, а також моделі медсестринства та плани догляду [1].

Хоча визнається, що плани медсестринського догляду можуть допомогти недосвідченій медсестрі зосередитися на психологічних потребах, медсестри набагато частіше спираються на свій минулий досвід та інтуїцію, щоб визначити та реагувати на психологічні потреби. Однак це може бути пов'язано з недосконалістю існуючих та доступних планів догляду, а не з тим, що ці плани є неефективними. На практиці ж, незалежно від ефективності планів догляду, психологічні потреби можуть ігноруватися або їхня важливість може применшуватися медсестрою, яка їх використовує. Формальні освітні програми відіграють лише незначну роль у набутті навичок психологічного догляду. Як і можна було передбачити, на початку навчання медсестер існує очікування, що вони дізнаються щось про психологічну допомогу під час офіційних навчальних занять. Однак ці очікування щодо ролі офіційного навчання з часом зменшуються; медсестри починають очікувати, що це навчання буде базуватися на клінічній практиці, а не на офіційних освітніх програмах, частково тому, що психологічній допомозі приділяється недостатня увага в навчальній програмі, а частково тому, що офіційні навчальні програми зосереджуються на викладанні ідеалу, а не реалій клінічної практики [42].

Також відзначається ситуативний характер післядипломної підготовки, що зумовлює переконання, ніби лише ті медичні сестри, які цікавляться психологічною допомогою, будуть активно шукати можливості для навчання в цій галузі. Крім того, існує тверде переконання, що психологічну допомогу неможливо навчити формально, хоча медсестри визнають, що усвідомлення її важливості можна підвищити в рамках освітніх програм. З цього випливає, що психологічна допомога є кваліфікованою діяльністю, яка вдосконалюється з досвідом; правила вивчаються та відпрацьовуються, доки не стають автоматичними та не засвоюються. Однак з цього випливає, що не

всі досвідчені медсестри є або можуть стати кваліфікованими у наданні психологічної допомоги.

Крім того, існує припущення, що такі навички догляду не можна формально навчити, оскільки вони залежать від досвіду та розвитку особистості. Щодо інших аспектів формального навчання та викладання, вважається, що освітні ресурси, такі як книги та статті в журналах, роблять лише незначний внесок у розвиток навичок психологічного догляду. Що, мабуть, ще більш дивно, знання психологічних концепцій не вважається необхідною умовою для розвитку таких навичок [24, 43].

Багато авторів та дослідників виступають за навчальну програму з медсестринства, центральним фокусом якої є догляд, але, за рідкісними винятками, більшість з них не надають практичних рекомендацій щодо розробки та розвитку навчальної програми, яка сприяла б створенню програми, центральним фокусом якої є догляд. Згідно з результатами цього дослідження, завдання полягає у розробці відповідних стратегій викладання та навчання для покращення надання психологічної допомоги в контексті освітніх програм, орієнтованих на навички, які є обов'язковими у Великій Британії [56]. Хоча розвиток навичок є пріоритетним, він має підкріплюватися стратегіями особистого та професійного розвитку та принаймні мінімальним обсягом відповідних знань, щоб медсестри могли розуміти індивідуальні психологічні реакції.

Профіль надання психологічної допомоги можна покращити в рамках навчальної програми, якщо визначити його як основний компонент, що проходить через всю освітню програму. У рамках такої програми стратегії викладання та навчання мають бути переважно досвідними та включати: заходи з розвитку навичок, такі як ігри, мікронавички, вправи з навичок консультування, сценарії на основі конкретних випадків, рольові ігри, робота з відео- та аудіозаписами, використання симульованих пацієнтів.

1.3. Участь медичної сестри у психологічному супроводі онкологічних хворих та способи надання їм психологічної допомоги

На сучасному етапі розвитку медицини переважає «бригадний» підхід до лікувального процесу, коли з пацієнтом працює одночасно кілька фахівців, які мають різний рівень професійної, етичної та деонтологічної підготовки. Значну і важливу роль роботі такої «бригади» грає середній медичний персонал. У разі стаціонару медична сестра завжди перебуває у безпосередньому контакті з пацієнтами [11].

Сестринська справа реалізується через міжособистісну комунікацію, що має характер діалогу «людина-людина». На кожному етапі маршруту пацієнта в онкологічному стаціонарі — від моменту госпіталізації та підготовки до інвазивних втручань до періоду реабілітації та виписки — здатність медсестри ініціювати та підтримувати терапевтичний контакт є професійною необхідністю. Це спілкування виступає інструментом навчання та психологічної адаптації пацієнта до лікувально-діагностичного процесу. Психотерапевтична складова є невід’ємною частиною сестринської справи, що закладено в самих витоків професії. Самокоріння терміну «сестра милосердя» свідчить про те, що від моменту заснування цього інституту турбота про психоемоційний стан («душу») пацієнта вважалася такою ж пріоритетною, як і догляд за його фізичним станом. Сучасна медична сестра продовжує цю традицію, виступаючи головним джерелом психологічної підтримки хворого [25].

Мистецтво сестринського догляду базується на поєднанні наукової доказовості та творчої індивідуалізації допомоги. Ключовим аспектом діяльності медсестри є психологічний захист пацієнта від деструктивних емоцій, які гальмують репаративні процеси. В онкологічній практиці, де медичний супровід має перманентний характер, вимоги до деонтологічної культури персоналу зростають. Медсестра стає гарантом емоційної

стабільності пацієнта, що вимагає від неї розвиненої емпатії, чуйності та здатності до активного співпереживання [57].

Тактика "психологічного щадіння" онкологічних хворих має дотримуватися з встановлення злякисного захворювання. Перебування пацієнта в онкологічному диспансері, незалежно від відділення - від діагностики до операційної, - супроводжується значним психоемоційним навантаженням. Мінімізація цього травматизму є пріоритетним обов'язком як лікарів, так і середнього медичного персоналу. Головна мета - забезпечити пацієнту відчуття соціальної повноцінності та максимально швидке повернення до активного життя.

У роботі з онкологічними пацієнтами медсестра повинна бути готовою до різних форматів діалогу: від надання експертних консультацій до простого людського співчуття. Здатність фахівця стати для хворого опорою залежить не лише від медичних знань, а й від наявності фундаментальних моральних якостей. Відповідальність, терпіння, доброзичливість та рішучість є тими професійно значущими рисами, що дозволяють медсестрі ефективно супроводжувати пацієнта на всіх етапах боротьби з недугою [22].

Дійсно, у медсестринській справі комунікація — це не просто обмін інформацією, а повноцінний лікувальний інструмент. Коли медична сестра професійно володіє техніками спілкування, вона створює фундамент безпеки, на якому будується весь подальший процес одужання.

Особистість медсестри, її професіоналізм, методи роботи, комунікативна та етико-деонтологічна компетентність є невід'ємними компонентами лікувального процесу та здатні впливати на його ефективність.

У дослідженнях сучасних авторів підкреслюється психотерапевтична роль та значущість участі медичної сестри у лікувально – діагностичних та реабілітаційно – відновлювальних заходах. Саме тому, крім спеціалізованих професійних навичок, медсестра, яка працює з онкологічними хворими,

повинна мати належну психологічну підготовку та освіту з урахуванням змісту та структури її професійної діяльності [18].

Медична сестра сьогодні розглядається не як технічний асистент лікаря, а як суб'єкт самостійної професійної діяльності. Її компетенції охоплюють надання всебічної допомоги, реабілітаційні заходи, психологічну підтримку та менеджмент догляду, спрямований на покращення якості життя пацієнта.

У ході сестринського процесу на всіх етапах між медсестрою та онкологічним пацієнтом має бути встановлений психологічний контакт. Пацієнт повинен довіряти медичному працівникові, відкрито говорити про свої проблеми, бути впевненим у тому, що його вислухають, зрозуміють та нададуть кваліфіковану та своєчасну допомогу. При постановці сестринського діагнозу медична сестра зобов'язана брати до уваги і враховувати як фізичні проблеми пацієнта, але й його інтелектуальні і психологічні дані [15].

Кожна взаємодія медсестри з пацієнтом — це не просто виконання функціональних обов'язків, а комунікативний ресурс. Навіть короткочасна зустріч закладає підґрунтя для стабільного психологічного контакту, який є необхідною умовою для успішної реабілітації та зниження рівня госпітального стресу. Первинна взаємодія та бесіда з пацієнтом під час госпіталізації є фундаментом сестринського процесу, що потребує ретельної психологічної підготовки та організаційної продуманості. Цей етап має подвійне навантаження: діагностичне, для збору анамнезу, та терапевтичне, як інструмент психологічної підтримки. Демонстрація щирої емпатії та готовності до допомоги з боку медсестри дозволяє сформувати стійкий психологічний контакт, що є базовою передумовою для подальшої результативної співпраці. Тільки встановивши з пацієнтом психологічний контакт, медична сестра зможе надати йому необхідну допомогу [19].

У процесі спілкування з пацієнтом медсестра виявляє особливості його поведінки, ставлення до хвороби, наявність чи відсутність націленості на

позитивний результат лікування, бажання чи небажання співпрацювати з медперсоналом. Формується зв'язок між медсестрою та хворим.

Здійснюючи догляд за пацієнтом, медсестра постійно проводить психологічну діагностику - слухає хворого і спостерігає за його поведінкою, словами, фразами, зміною настрою, оцінює адекватність або неадекватність реакцій, наявність специфічних жестів, міміки, відповідність або невідповідність змісту розмови на її емоційному забарвленні (незадоволеність собою, почуття сорому, страху, невпевненості тощо).

Особливу увагу медична сестра приділяє моніторингу емоційного фону пацієнта, оскільки психоемоційні реакції безпосередньо корелюють не лише з поведінковими проявами, а й із соматичним станом, зокрема імунною відповіддю організму [14]. Фундаментом такої діяльності є професійна спостережливість. Аналізуючи міміку, темп мовлення, жестикуляцію та лексичні особливості хворого, фахівець зіставляє ці дані з віковими та гендерними нормами. Мистецтво спостереження дозволяє медсестрі ідентифікувати приховані психологічні аспекти, які залишаються непоміченими для інших, та об'єктивно оцінити потребу пацієнта в отриманні фахової психологічної підтримки.

Специфіка професійної спостережливості медичної сестри полягає у здатності до глибокої дедукції під час комунікації з пацієнтом, що дозволяє фіксувати малопомітні для оточуючих деталі. Ключовим аспектом є не лише збір вербальних даних, а й їхня аналітична інтерпретація. Вміння розпізнавати приховані психологічні маркери в будь-якій клінічній ситуації дає змогу фахівцеві об'єктивно визначити ступінь дефіциту психологічної підтримки та вчасно ініціювати відповідні заходи допомоги.

У ході лікувально-діагностичних заходів і у зв'язку з картиною хвороби, що змінюється, у онкологічного хворого можуть неодноразово змінюватися поведінкові та психологічні реакції. Може проявлятися чи посилюватись депресія, почуття ізоляції, страху та тривоги. Можлива відмова від подальшого лікування, поява суїцидальних думок і т.п.[3]

Діяльність медичної сестри передбачає систематизацію психологічних даних у межах концепції внутрішньої картини хвороби. Вона ідентифікує ті аспекти життєдіяльності пацієнта, що провокують емоційний дискомфорт, який може виступати як етіологічним фактором, так і обтяжувати клінічний перебіг патології. Шляхом психологічної діагностики медсестра аналізує стан нервово-психічної рівноваги хворого та виявляє наявні порушення, спрямовуючи зусилля на купірування цих проблем

На заключному етапі лікування проблеми виникають при виписці пацієнта з онкостационару. У хворого загострюється почуття страху, тривоги та невпевненості, він може бути пригнічений або, навпаки, надто збуджений. Його хвилює подальший перебіг захворювання, лякає необхідність адаптації до умов життя, що змінилися. Таким чином, до завдань медсестри входить повноцінна підготовка пацієнта до виписки. Необхідно поговорити з пацієнтом про всі його страхи і сумніви, з'ясувати, що його турбує, навчити, при необхідності, як пацієнта, так і його родичів навичкам догляду та самогляду, дати рекомендації щодо методів аутотренінгу та релаксації, переконати в необхідності подальшого лікування та спостереження, дотримання. Весь цей комплекс заходів спрямований на усунення психологічних труднощів, що виникають у пацієнта під час виписки зі стаціонару [17].

У завдання медичної сестри входить постійний контроль за психологічним станом пацієнта, своєчасне інформування лікаря про зміни, що відбуваються, а також здійснення заходів, спрямованих на корекцію психологічних проблем і порушень.

До психологічної допомоги медичної сестри входить правильна організація емоційної підтримки онкологічного пацієнта з допомогою сім'ї. У разі госпіталізації хворого таку роль іноді можуть виконувати оптимістично налаштовані пацієнти, які завершують курс лікування (або ті, що лікувалися з ним раніше, але зберегли дружні зв'язки), своїм прикладом і добрим словом нейтралізують частину страхів хворого. Належна емоційна підтримка

дозволяє сподіватися на позитивний результат психотравмуючої ситуації. Іноді в сім'ї існує уявлення про «заразність» онкологічного захворювання. У зв'язку із цим члени сім'ї мимоволі демонструють хворому побоювання заразитися, уникають фізичного контакту з ним. Це дуже негативно впливає на нього, може стати причиною відмови хворого в післягоспітальному періоді від сексуального життя і взагалі від контактів з людьми. Очевидною є необхідність інформування родичів пацієнта про захворювання, допомогу у подоланні емоційних та психологічних бар'єрів у спілкуванні з ним [19].

Інформацію про наявність у пацієнта онкологічного захворювання можна повідомляти лише прямим родичам. У тих випадках, коли з їхнього боку відсутня підтримка хворого, він сам приймає рішення, кому і в якій формі її повідомити. Інформацію про захворювання, його характер і ймовірний прогноз пацієнту та його рідним слід надавати практично одночасно. Попереднє інформування родичів не виправдане, тому що воно досить часто приводить їх у стан афекту, і вони в цей період будуть поганими помічниками психологічної підтримки хворого. Навпаки, їхній пригнічений і засмучений вигляд показуватиме хворому, що від нього щось приховують і прогноз у нього поганий.

Дуже важливою навичкою медичної сестри є вміння встановити контакт із родичами, підтримати їх, включити їх до обговорення плану лікування, психологічної реабілітації та догляду.

Одним із напрямків сестринської психологічної допомоги є також формування нових життєвих смислів у онкологічного хворого.

Критичний стан здоров'я зумовлює руйнування ключових сфер соціального життя пацієнта: професійної діяльності, сімейної комунікації та дозвілля. Це ставить людину перед необхідністю термінового перегляду ціннісних орієнтирів та обрання нової життєвої стратегії у стислі терміни. При онкопатологіях перетворення особистісних смислів відбувається прискорено, порівняно з іншими захворюваннями, проте цей процес є надзвичайно травматичним і часто застає пацієнта зненацька. Відтак,

пріоритетним завданням для підвищення якості життя є реінтеграція хворого у соціум або функціональна компенсація втрачених зв'язків [20].

Якщо пацієнт до захворювання виконував роль глави сім'ї, слід порадити рідним не захищати його від вирішення звичайних сімейних проблем, а навпаки, частіше звертатися до нього за порадами, навіть у питаннях, які можна було б вирішити самостійно. У разі неможливості відновлення соціальних зв'язків, що були раніше, необхідно переключити його на соціально значущі цілі, наприклад передача життєвого досвіду близьким, спілкування з дітьми та онуками, допомога їм у навчанні, заняття живописом, твір віршів, рукоділля, різьблення по дереву, складання родоводу для дітей і онуків. Для хворого важливо максимально розширити його спілкування.

Ефективна соціальна реадаптація в поєднанні з опорою на духовні та етичні орієнтири сприяє конструктивному подоланню кризового стану. Це дозволяє пацієнту виробити раціональну стратегію поведінки, що базується на внутрішньому прийнятті ситуації та зміщенні фокусу на збереження особистої гідності перед обличчям неминучого [22].

Окремої уваги потребує психологічна реабілітація осіб із незворотними фізичними змінами, що стали наслідком терапії. Через соціальне таврування онкологічних діагнозів пацієнти нерідко стикаються з відчуженням і самотністю, що змушує їх докорінно переглядати свої звичні ролі в суспільстві. Допомога в адаптації до нової соціальної дійсності є критичною: наприклад, жінки після мастектомії часто втрачають почуття власної привабливості, а ті, хто подолав рак репродуктивної системи, можуть мати складнощі в інтимній сфері

У завдання медсестри входить допомога пацієнтам в адаптації як до умов їх життя, що змінилися, так і до тих, що з'явилися у них в результаті лікування фізичним особливостям. Наприклад, з пацієнткою, яка перенесла мастектомію, медсестра може провести розмову про можливості естетичної корекції цього дефекту [29].

1.4. Психологічна підтримка пацієнта як елемент передопераційної підготовки та післяопераційного періоду

Майбутня операція для більшості пацієнтів є однією з найважливіших подій всього життя. І в очікуванні операції людина не хвилюватись не може. Стресовий стан, страх та висока передопераційна тривожність сприяє активізації патофізіологічної реакції організму [25].

Тривожність і страх перед операцією у пацієнтів істотно впливають на результат хірургічного втручання. Високий рівень емоційної напруги сприяє порушенню регуляції нервової системи, погіршення імунного статусу та зниження фізіологічної адаптації до стресу операції. У передопераційному періоді такі стани можуть призвести до депресії та посилення соматичних ускладнень, ускладнюючи не лише підготовку, а й подальшу реабілітацію [9]. Відсутність своєчасної психологічної підтримки посилює негативні психоемоційні реакції, що негативно позначається на безпеці та ефективності хірургічного лікування.

Відчуття тривожності та інформаційного голоду в ситуації, при якій людина залишається з хворобою віч-на-віч, переростають у стани страху та жаху в очікуванні операції або лікування важковиліковної патології. Загальновідомо, що трапляються випадки операційного втручання з летальним результатом. І цілком природно, що будь-яка людина боїться операції. У цій ситуації пацієнту потрібна психологічна підтримка. У ряді випадків причиною страху є не сама небезпека операції, а невизначеність людини в очікуванні операції. Завданням лікаря та хірурга «заразити» хворого певним оптимізмом і переконати пацієнта у сприятливому результаті. З метою складання плану психологічної взаємодії з пацієнтом у передопераційний період проводитиметься діагностика психоемоційного стану та базових особистісних якостей хворого.

Основним етапом розмови лікаря з пацієнтом полягає у доступній аргументації необхідності операції та отримання добровільної усвідомленої згоди хворого на операцію. Далі необхідно надати пацієнту доступну для

розуміння необхідну інформацію про саму операцію та лікування у післяопераційний період. В іншому випадку пацієнт все одно доклататиме зусиль у отриманні інформації — запитуватиме друзів, знайомих, збиратиме інформацію в інтернеті. І в ряді випадків отримана таким способом інформація не буде достовірною і введе в оману пацієнта. Лікаря доцільно надати пацієнтові кратну інформацію, лише основні моменти операції. Дрібні деталі та подробиці пацієнт все одно не зрозуміє і зайва інформація лише посилить його хвилювання. Якщо дозволяє стан пацієнта, перед операцією, з метою спалювання адреналіну, що виробляється від страху, пацієнту пропонується легке фізичне навантаження у вигляді гімнастики або прогулянки. Ефективним методом набуття психоемоційної рівноваги є медитація чи дихальні техніки. У ряді випадків використовуються психологічні позитивні афірмації. Набуття позитивного психоемоційного стану перед операцією значно сприяє підтримка близьких родичів (крім випадків негативних з ними взаємин) [50].

Медична сестра виконує унікальну роль роботі з психоемоційним станом пацієнта, створюючи атмосферу довіри та підтримки. Встановлення доброзичливого контакту сприяє зниженню страху, зменшенню тривоги та формуванню позитивного настрою на лікування. За високого рівня занепокоєння пацієнти шукають емоційну опору, що вимагає від медсестри уваги до індивідуальних особливостей реакції на стрес та вміння використовувати методи релаксації, просте консультування та організацію бесід із психологами за необхідності [1]. Така підтримка впливова як на пацієнта, а й у його близьких, чий стан безпосередньо відбивається настрої і мотивації хворого.

Розмови з родичами проводять за згодою пацієнта через те, що відносини пацієнта з родичами можуть бути складними і не завжди гармонійними. При цьому родичам повідомляється та сама інформація, що й пацієнтові. Повідомляти родичам інформацію, яка ховається про пацієнта, не доцільно. Найкращим варіантом інформацію про операцію та

післяопераційний період надавати пацієнтові у присутності родичів. З метою збільшення шансів на сприятливий результат операції велике значення має підтримка авторитету хірурга та лікаря. Якщо пацієнт є віруючою людиною, то в першу чергу він потребує духовної підтримки.

Важливе значення має запобігти виникненню почуття втрати контролю за тілом і психологічним станом. При цьому набуттю контролю можуть допомогти відновлення контролю за деякими звичними для пацієнта побутовими дрібницями. Такими можуть бути особисті предмети та речі з його будинку, інформація про те, що його обов'язки по роботі, по дому, догляду за дітьми виконую близькі йому люди, яким він довіряє, інформація про майбутні лікувальні процедури. Усе це сприяє зменшенню тривожності пацієнта [12].

Розрізняють кілька типів емоційних реакцій страх операції. Одні пацієнти демонструють виражені прояви хвилювання, що супроводжуються тривогою та запитом на допомогу, інші приховують страх за допомогою психологічних захистів, що вимагає від сестринського персоналу особливої чуйності та спостережливості. Для дітей цей аспект особливо важливий, оскільки їхня реакція на майбутнє втручання пов'язана з минулим досвідом спілкування з медичним персоналом та сформованими уявленнями про медичні процедури. Вміння медичної сестри знайти індивідуальний підхід є визначальним чинником успішного психологічного супроводу [52].

Комплексна психологічна підтримка включає застосування різних методів: індивідуальні розмови, групові заняття, рекомендації щодо дихальних та релаксаційних технік. Міждисциплінарний підхід, при якому медсестра координує взаємодію з лікарями, психологами та родичами пацієнта, підвищує якість догляду та сприяє зниженню емоційної напруги. Особливо актуальною є така підтримка для пацієнтів з онкологічними захворюваннями, де страх і депресія можуть суттєво ускладнювати процес лікування та відновлення [16].

Включення психологічної підтримки до стандартних протоколів передопераційної підготовки потребує систематизації роботи сестринського персоналу та виділення відповідних ресурсів. Це дозволить своєчасно виявляти пацієнтів із високим рівнем тривоги, формувати індивідуальні плани психокорекції та інтегрувати ці заходи до загального процесу хірургічного лікування. Акцент на психологічному аспекті догляду як зменшить кількість післяопераційних ускладнень, а й підвищить задоволеність пацієнтів якістю медичної допомоги [53].

Таким чином, психологічна підтримка з боку медичної сестри є невід'ємним компонентом передопераційної підготовки. Впровадження спеціалізованих програм у практику дозволить підвищити ефективність хірургічного лікування за рахунок нормалізації психоемоційного стану пацієнтів та створення комфортних умов для проходження операції.

Періопераційний період більшості пацієнтів характеризується підвищенням рівня тривожності і депресії, і навіть активізацією різних механізмів психологічного захисту. Наявність таких захисних механізмів взаємопов'язана з вибором життєвих цінностей пацієнтом, його життєвою орієнтацією, його особистісними якостями та основними життєвими установками.

Найчастіше виявляються у своїй механізми «заперечення», «витіснення», «регресії», «перенесеної агресії», «реактивних утворень».

Прояв механізмів психологічного захисту пов'язаний з бажанням пацієнта позбутися травмуючої тривожності, переживань та напруженості.

Механізми психологічного захисту «заперечення» виражаються в ігноруванні очевидних фактів і зустрічаються у випадках, коли пацієнт відмовляється визнавати наявність у себе важкої патології, яка загрожує його життю. У цій ситуації людина каже собі: — «не може бути!», вона переконує себе, що таке якщо й трапляється, то не з нею [35].

«Витіснення» є механізмом психологічного захисту, при якій у пацієнта витісняються неприємні переживання, що завдають психологічного

дискомфорт, з області свідомості в область несвідомого. При витісненні пацієнт реально пам'ятає витіснену негативну йому інформацію. Процес витіснення неприємних переживань може призвести до низки невмотивованих вчинків пацієнта.

Механізми регресії характеризуються бажанням спростити і зробити зрозумілою ситуацію, пристосуватися до ситуації, що травмує, за рахунок неусвідомленого «догляду в дитинство», при якому пацієнт повернення до звичних з дитинства практик поведінки. У його пам'яті залишилися спогади на несвідомому рівні, що обрана форма поведінки забезпечить підтримку та безпеку. Результатом регресії є перекладання відповідальності за те, що відбувається на інших, що дуже ускладнює лікувальний процес. Механізм «перенесеної агресії» часто є причинами багатьох психосоматичних захворювань. Такого роду психологічний захист характерна для інтернальних і боязких особистостей, які вважають себе причиною того, що відбувається з ним і схильних до депресивних станів. Механізм "перенесеної агресії" характеризується аутоагресією, перенесенням агресії на себе, на своє тіло, на свої внутрішні органи. Механізм «реактивної освіти» полягає у захисті свідомості від заборонених імпульсів, заміні негативного почуття на позитивне, або навпаки. У цьому відбувається витіснення початкових почуттів. Результатом такого психологічного захисту є усунення зі свідомості неприйнятних емоцій, пов'язаних із занепокоєнням за допомогою перебільшення прямо протилежних емоцій. При цьому поведінка людини змінюється на протилежну і є амбівалентною [27].

Психологічна підготовка в післяопераційний період передбачає комплекс методів, що підвищують мотивацію до одужання та зменшують страх і негативні переживання. Крім групових, необхідно проводити індивідуальні психокоректуючі заходи за результатами психодіагностики кожного пацієнта. Програма психологічної реабілітації складається для кожного пацієнта індивідуально [22].

Дуже важливим моментом психологічної підтримки є допомога у переусвідомленні та виборі основних життєвих цінностей та орієнтацій, а також відмова заgonу негативних життєвих установок та егомотивів. Передопераційна підготовка пацієнтів похилого віку потребує особливого підходу. Операції для людей похилого віку завжди пов'язані з підвищеними ризиками. Це обумовлено безліччю супутніх захворювань, крім основного, а також частих протипоказань до прийому багатьох препаратів. Характерним для цієї категорії пацієнтів є підвищена вразливість та уразливість та нестійкість психоемоційного стану. Всі ці прояви вимагають особливої уваги, терпіння та доброти медперсоналу. У передопераційний та післяопераційний періоди при організації заходів психологічної підтримки пацієнтів неоціненною може бути допомога медсестер. Хірург і лікар не мають можливості тривалий час перебувати в присутності пацієнта. Найбільший час пацієнт контактує із медичною сестрою [19].

Пацієнту з тяжкою патологією або в передопераційний період необхідний постійний психологічний супровід. У цій ситуації навчена медсестра просто незамінна. Для цих цілей необхідно, щоб програма навчання на курсах підвищення кваліфікації медсестер включала програму навчання з психологічного супроводу хірургічних пацієнтів і пацієнтів нехірургічного профілю.

Розділ 2

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Характеристика хворих

У дослідження залучено 60 пацієнтів, з яких 32 - у хірургічному відділенні КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня» (1 група), 28 – в онкохірургічному відділенні органів черевної порожнини КНП «Обласний центр онкології» (м. Харків) у 2024-2025 рр.

У таблиці 2.1. подана характеристика пацієнтів по групах.

Таблиця 2.1

Характеристика пацієнтів, залучених у дослідження та (n=60)

	1 група (n=32) n(%)	2 група (n=28) n(%)
Чоловіки	17 (53,1%)	16 (57,1%)
Жінки	15 (46,9%)	12 (42,9%)
Вік (M±SD), роки	42,5±3,6	46,8±3,1
Оперативні втручання:		
шлунок	12 (37,5%)	10 (35,7%)
печінка	6 (18,7%)	8 (28,6%)
жовчний міхур	5 (15,6%)	3 (10,7%)
підшлункова залоза	6 (18,8%)	7 (25,0%)
селезінка	3 (9,4%)	0

Як бачимо з таблиці 2.1, у першій групі було 17 (53,1%) чоловіків та 15 (46,9%) жінок, у 2 групі – 16 (57,1%) чоловіків та 12 (42,9%) жінок. Середній вік дорівнював 42,5±3,6 у 1 групі та 46,8±3,1 – у 2 групі.

У хірургічному відділенні виконано 12 (37,5%) оперативних втручань на шлунку, 6 (18,7%) – на печінці, 5 (15,6%) – на жовчному міхурі, 6 (18,8%) – на підшлунковій залозі та 3 (9,4%) – на селезінці.

В онкохірургічному відділенні виконано 10 (35,7%) оперативних втручань на шлунку, 8 (28,6%) – на печінці, 3 (10,7%) – на жовчному міхурі, 7 (25,0%) – на підшлунковій залозі. Усі операції виконувались з приводу пухлин відповідних органів.

2.2. Характеристика медичних сестер

У хірургічному відділенні КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня» працює 18 медичних сестер, в онкохірургічному відділенні органів черевної порожнини КНП «Обласний центр онкології» - 17. Характеристика медичних сестер подана у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Характеристика медичних сестер, залучених до дослідження (n=35)

Показник	Хірургічне відділення (n=18)	Онкохірургічне відділення (n=17)
Вік медичних сестер	35,3±4,8	32,7±4,3
Стаж роботи:		
< 5 років	3 (16,7%)	2 (11,8%)
5-10 років	6 (33,3%)	5 (29,4%)
>10 років	9 (50,0%)	10 (58,8%)

Середній вік медичних сестер у хірургічному відділенні був 35,3±4,8 роки, натомість в онкохірургічному несуттєво, але менше - 32,7±4,3 роки. Понад 5 років мали стаж 6 (33,3%) у хірургічному відділенні та 5 (29,4%) в онкохірургічному. Більшість медичних сестер працювали понад 10 років – 9 (50%) у хірургічному та 10 (58,8%) – в онкохірургічному.

Саме стаж роботи був головним фактором при наданні кваліфікованої медико-психологічної допомоги пацієнтам перед операцією - 15 (83,3%) та 15 (88,2%) медичних сестер, відповідно в хірургічному та онкохірургічному відділеннях.

2.3. Медико-психологічні дії медсестри у передопераційному періоді

Психологічна допомога медсестри хворому перед операцією є критично важливим етапом, оскільки рівень передопераційного стресу безпосередньо впливає на перебіг наркозу, швидкість загоєння ран та розвиток післяопераційних ускладнень.

1) Перш ніж надавати допомогу, медсестра повинна визначити рівень психоемоційного стану пацієнта. Задля цього необхідно звернути увагу на неспокій, тремор рук, прискорене дихання, замкнутість або надмірна балакучість пацієнта.

2) Важливо провести бесіду з пацієнтом з використанням запитань «Що вас найбільше турбує зараз?», «Яку інформацію про завтрашню процедуру ви хотіли б отримати?». Зазвичай у пацієнтів перед операцією виникають страхи - найчастіше це страх смерті, страх болю, страх «не прокинутися» після наркозу або страх втрати органа/зміни зовнішності.

3) Медсестра пояснює пацієнту технічні моменти операції більш зрозумілою мовою. Наприклад, пояснює режим голодування перед втручанням, необхідність гоління шкіри операційного поля, можливі почуття пацієнта в операційній при встановленні катетера, момент засинання тощо. Особливу увагу приділяє поясненню важливості дихальної гімнастики та раннього вставання у післяопераційному періоді.

4) Психологічна підтримка медсестри проявляється в тому, щоб дати пацієнтові висловити свої думки, але при цьому уникати загальних фраз на кшталт «Все буде добре» та «Не хвилюйтесь», які можуть знецінити його почуття хвилювання. Дати зрозуміти пацієнту що медсестра розуміє його страхи та спокійно пояснити, що страх перед операцією це цілком нормальна реакція.

5) Деяким людям допомагає тактильна підтримка, тому в таких випадках медсестра можна доторкнутись до руки або плеча хворого, якщо він не проти, таким чином дати відчуття безпеки та підтримки.

6) Медсестра може навчити пацієнта простим технікам, які він зможе застосувати безпосередньо перед перевезенням в операційну, зокрема дихальні вправи (техніка «квадратного дихання» або глибоке діафрагмальне дихання для зниження рівня кортизолу); зосередження хворого на приємних спогадах та впевненості у позитивному результаті операції та одужання.

7) Хвилювання родичів може передаватись пацієнту, тому медсестра повинна пояснити дії, як підтримати хворого зберігаючи спокій у розмові та не плакати при ньому. Надати їм інформацію про орієнтовну тривалість операції та отримання інформації після її завершення.

2.4. Опитувальники

Шкала депресії Бека-II (BDI-II) – це самооцінювальний опитувальник із множинним вибором, який використовується для оцінки рівня настрою та депресії серед пацієнтів. Первинне опитування пацієнтів проводили до спілкування з лікуючим лікарем, щоб їхня взаємодія не вплинула на відповіді хворого. Другий раз опитування проводили після медико-психологічної бесіди з медичною сестрою перед оперативним втручанням, третій – після лікування.

Опитувальник складається з 21 питання. Кожне питання оцінюється від 0 до 3 балів. Афективна підшкала містить вісім областей: песимізм, минулі невдачі, почуття провини, покарання, почуття образи, нелюбов до себе, самокритичність, суїцидальні думки або бажання та відчуття власної нікчемності. Соматична субшкала складається з інших 13 пунктів: смуток, втрата задоволення, плач, збудження, втрата інтересу, нерішучість, втрата енергії, зміна режиму сну, дратівливість, зміна апетиту, труднощі з концентрацією уваги, втома та/або виснаження, а також втрата інтересу до сексу [57].

Результат:

~ 0–9 балів – відсутність або мінімальна депресія (норма).

- ~ 10–15 балів – субдепресія (можливий дискомфорт, але без значного впливу).
- ~ 16–19 балів – легка депресія (виражені симптоми, що можуть впливати на повсякденне життя).
- ~ 20–29 балів – помірна депресія (суттєвий вплив на емоційний стан, може потребувати допомоги).
- ~ 30–63 бали – важка депресія (значний вплив на повсякденне життя, можлива суїцидальна поведінка, потрібна професійна допомога).

Для комплексного оцінювання показників якості життя (ЯЖ), пов'язаної зі здоров'ям, було обрано неспецифічний опитувальник MOS SF-36, що є золотим стандартом у міжнародній клінічній практиці. Дослідження проводилося з використанням україномовної версії, адаптованої Ю.І. Фещенком та співавт. (2002 р.) [26]. Дизайн дослідження передбачав триетапний моніторинг: первинне опитування під час госпіталізації, проміжне оцінювання після сеансу психологічного консультування, проведеного медичною сестрою, та фінальне — по завершенню курсу лікування.

Опитувальник складається з 36 питань, які групуються у 8 шкал. Результати кожної шкали варіюються від 0 до 100 балів (де 100 — повне здоров'я).

I. Фізичний компонент здоров'я. Ці шкали оцінюють, наскільки фізичний стан обмежує повсякденну життєдіяльність.

1. Фізичне функціонування» (ФФ) відображає суб'єктивну оцінку обсягу повсякденної фізичної активності, що не обмежена станом здоров'я. Вона включає такі параметри, як здатність до самообслуговування, пересування пішки та сходами, а також виконання помірних фізичних навантажень. Мінімальні значення за цією шкалою корелюють із високим ступенем інвалідизації та потребою в постійному сторонньому догляді..

2. Рольове фізичне функціонування (РФФ) - показує, наскільки фізичне здоров'я заважає виконанню робочих обов'язків або звичайної щоденної діяльності (чи доводилося скорочувати час роботи, виконувати менше, ніж планували).
3. Інтенсивність болю (ІБ) - оцінює вираженість больового синдрому та його вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю. 100 балів означає повну відсутність болю та обмежень через нього.
4. Загальний стан здоров'я (ЗЗ) - суб'єктивна оцінка пацієнтом свого здоров'я в цей момент та прогнозів на майбутнє. Низький бал означає, що пацієнт вважає своє здоров'я слабким і очікує на його погіршення.

II. Психологічний компонент. Ці шкали фокусуються на емоційному стані та соціальній адаптації.

5. Життєва активність (ЖА) - оцінює рівень енергійності та бадьорості. Низькі бали вказують на відчуття втоми, виснаження та знесилання.
6. Соціальне функціонування (СФ) - визначає, наскільки фізичний або емоційний стан обмежує спілкування з сім'єю, друзями та колегами. Це критичний показник для пацієнтів із девіаціями або онкологією.
7. Рольове емоційне функціонування (РЕФ) - оцінює ступінь, до якого емоційний стан (тривога, депресія) заважає роботі чи іншій діяльності (наприклад, неуважність під час роботи).
8. Психічне здоров'я (ПЗ) - загальний показник настрою. Оцінює наявність депресії, тривоги, рівень психологічного благополуччя та контролю над емоціями.

Статистичний аналіз результатів здійснювався з використанням пакетів прикладних програм Microsoft Office Excel 2016 та Statistica 10.0. Для перевірки гіпотези про значущість відмінностей між показниками у залежних групах (наприклад, до та після консультування) за умови нормального розподілу ознак застосовували парний t-критерій Стьюдента. Силу та напрямок зв'язків між перемінними оцінювали за допомогою коефіцієнта лінійної кореляції Пірсона (r).

Розділ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

3.1. Результати первинного опитування пацієнтів

У 1 групі пацієнтів, які госпіталізовані в хірургічне відділення, за шкалою Бека-II середній бал був $18,4 \pm 3,7$, що відповідає легкому рівню депресії (згідно з класифікацією BDI-II: 14–19 балів). Пацієнти відчують психологічний дискомфорт, але зберігають відносну соціальну та рольову адаптацію (рис.3.1).

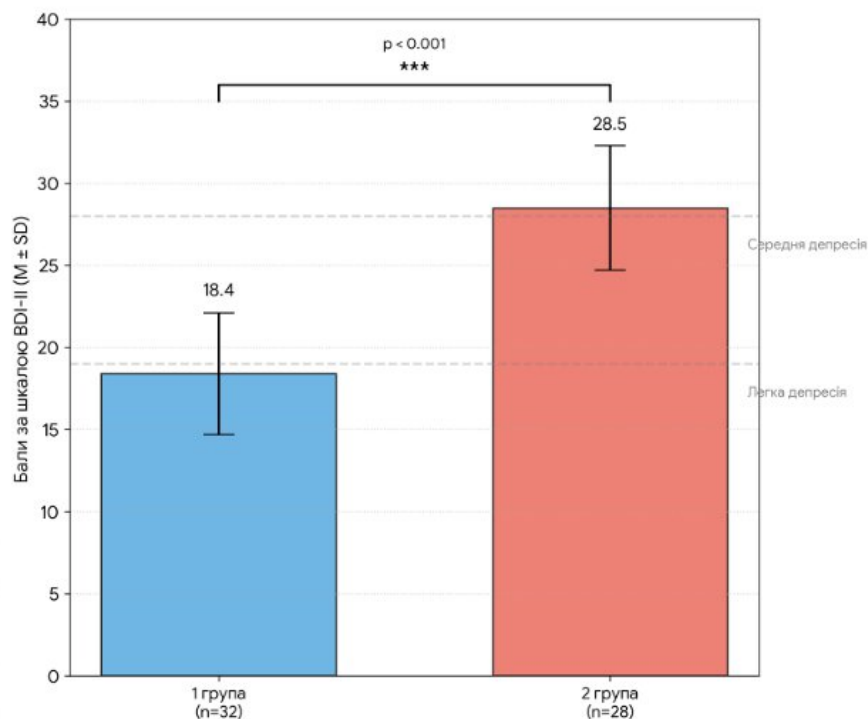


Рис.3.1. Порівняльна оцінка рівня депресії між групами.

У 2 групі середній бал був статистично вище $28,5 \pm 3,8$, що відповідає середньому рівню депресії (класифікація: 20–28 балів) з тенденцією до важкого ступеня. Це свідчить про глибокі психоемоційні порушення у пацієнтів онкохірургічного відділення, які можуть бути через усвідомлення наявності пухлинного захворювання. Це, ймовірно, потребує не лише хірургічного лікування основної патології, а й супроводу психолога або медикаментозної підтримки.

Такі результати обґрунтовують доцільність диференційованого підходу до передопераційної підготовки.

Таблиця 3.1

Первинне оцінювання якості життя пацієнтів за шкалою SF-36

Показник	1 група (n=32) Хірургічне відділення (M±m)	2 група (n=28) Онкохірургічне відділення (M±m)	Значення P
Фізичний компонент			
Фізична активність	16,4±1,8	14,5±1,6	0,0001
Рольове функціонування	6,7±1,4	5,2±1,3	0,0002
Інтенсивність болю	4,4±1,3	4,6±1,5	0,591
Загальне здоров'я	14,8±1,2	10,6±1,7	<0,0001
Психологічний компонент			
Життєва активність	12,4±1,8	10,5±2,4	0,0008
Соціальна активність	6,8±1,4	5,5±1,4	0,0004
Рольова емоційність	4,2±1,1	4,4±1,4	0,385
Психологічне здоров'я	16,2±1,3	10,7±1,1	<0,0001

Аналізуючи дані таблиці 3.1, можна побачити психологічний вплив онкологічного діагнозу. Найбільша статистична різниця ($p < 0,0001$) відзначена за шкалами "Психологічне здоров'я" та "Загальне здоров'я". Це об'єктивно підтверджує, що онкологічний статус пацієнта набагато сильніше пригнічує психоемоційну сферу, ніж сам факт хірургічного втручання.

Пацієнти онкохірургічного відділення мають достовірно нижчі показники фізичної ($14,5 \pm 1,6$) та рольової ($5,2 \pm 1,3$) активності, що може бути пов'язано із загальною інтоксикацією організму.

Показники болю (0,591) та рольової емоційності (0,385) не мають статистично значущої різниці між групами. Це вказує на те, що больовий синдром сприймається пацієнтами обох відділень однаково, а емоційні

обмеження в професійній діяльності є типовими для будь-якого госпіталізованого хворого.

Таким чином, встановлено достовірні відмінності в показниках якості життя пацієнтів хірургічного та онкохірургічного профілів. Пацієнти онкохірургічного відділення характеризуються значно нижчим рівнем психологічного здоров'я ($10,7 \pm 1,1$ проти $16,2 \pm 1,3$ балів; $p < 0,0001$) та загального сприйняття стану здоров'я ($10,6 \pm 1,7$ проти $14,8 \pm 1,2$ балів; $p < 0,0001$). Відсутність статистично значущої різниці в інтенсивності болю свідчить про те, що онкостатус пацієнтів впливає на якість життя переважно через психосоматичні та астенічні механізми, а не через специфічний больовий компонент.

Отримані дані обґрунтовують необхідність диференційованого підходу до медико-психологічного супроводу пацієнтів залежно від клінічного профілю відділення.

3.2. Динаміка показників депресії за шкалою Бека-II після медико-психологічної допомоги медсестрами

Одразу після бесіди з медсестрою відбулося зниження бала депресії на 33,7%, що є статистично достовірним ($P_{1-2} < 0,001$). Отримані дані підтверджують, що медична сестра в хірургічному відділенні є не лише технічним виконавцем маніпуляцій, а й ключовою фігурою в психологічній реабілітації. Бесіда перед операцією дозволяє перевести пацієнта з зони «легкої депресії» ($18,4 \pm 3,7$) у зону «клінічної норми» ($12,2 \pm 2,7$). Це свідчить про те, що професійне інформування та емоційна підтримка медичною сестрою істотно знижують рівень передопераційної тривоги та депресивного настрою (табл.3.2).

Таким чином, зниження бала за BDI-II перед операцією є прогностично сприятливим фактором, оскільки пацієнти з низьким рівнем депресії краще переносять анестезію та готові виконувати призначення лікаря.

Таблиця 3.2

**Вплив медико-психологічної бесіди з медсестрою на показник депресії
у пацієнтів хірургічного відділення**

Етап дослідження	Рівень депресії ($M \pm SD$)	Клінічна інтерпретація
1. При надходженні	18,4±3,7	Легкий рівень депресії
2. Після бесіди з медсестрою	12,2±2,7	Мінімальний рівень (нормалізація)
3. Наприкінці лікування	7,4±1,6	Відсутність симптомів депресії
$P_{1-2} < 0,001$; $P_{2-3} < 0,001$; $P_{1-3} < 0,0001$		

Поступове подальше зниження показника депресії за шкалою Бека-II наприкінці лікування свідчить про успішну реабілітацію та позитивний результат самої операції. Загальний ефект лікування та психологічного супроводу пацієнтів хірургічного відділення призвів до зниження рівня депресії у 2,5 рази.

Таблиця 3.3. демонструє перехід показника депресії у пацієнтів онкохірургічного відділення від середньо тяжкого (28,5±3,8) до легкого (19,4±2,2) завдяки бесіді з медсестрою. Це свідчить про те, що онкологічні хворі мають величезну потребу в інформаційній та емоційній підтримці, отримання якої миттєво знижує рівень стресу.

Таблиця 3.3

**Вплив медико-психологічної бесіди з медсестрою на показник депресії
у пацієнтів онкохірургічного відділення**

Етап дослідження	Рівень депресії ($M \pm SD$)	Клінічна інтерпретація
1. При надходженні	28,5±3,8	Середній рівень депресії
2. Після бесіди з медсестрою	19,4±2,2	Легкий рівень депресії
3. Наприкінці лікування	13,4±2,6	Мінімальний рівень (нормалізація)
$P_{1-2} < 0,001$; $P_{2-3} < 0,001$; $P_{1-3} < 0,0001$		

Наприкінці лікування пацієнти мали показник $13,4 \pm 2,6$, тобто, поєднання успішного хірургічного лікування та адекватного психологічного супроводу дозволило майже повністю нівелювати депресивний стан, викликаний діагнозом та очікуванням операції.

При порівнянні ефективності бесід медсестер відзначимо, що загальний бал депресії знизився на 6,2 бала у хворих хірургічного та на 9,1 бал - онкохірургічного відділень (табл.3.4). Це свідчить про те, що онкологічні хворі найкраще реагують на психологічну допомогу через вищий рівень початкового стресу.

Таблиця 3.4

Порівняльна ефективність бесіди медсестри у хірургічному та онкохірургічному відділеннях

Показник	Хірургічне відділення	Онкохірургічне відділення
До бесіди (бали)	$18,4 \pm 3,7$	$28,5 \pm 3,8$
Після бесіди (бали)	$12,2 \pm 2,7$	$19,4 \pm 2,2$
Зниження (абс. бали)	6,2	9,1
Зниження (у %)	33,7%	31,9%

3.3. Динаміка показників якості життя за опитувачем SF-36 після медико-психологічної допомоги медсестрами

При вивченні показників якості життя пацієнтів хірургічного відділення бачимо одразу після бесіди з медсестрою достовірне зростання за шкалами «Загальне здоров'я» (до $18,6 \pm 1,5$) та «Психологічне здоров'я» (до $20,4 \pm 1,6$). Це підтверджує, що психологічна підтримка змінює ставлення пацієнта до свого стану ще до початку активного лікування (табл.3.5).

Таблиця 3.5

Динаміка показників якості життя за опитувачем SF-36 у хірургічному відділенні

Показник	При надходженні (M±m)	Після бесіди з медсестрою (M±m)	Наприкінці лікування (M±m)
Фізичний компонент			
Фізична активність	16,4±1,8	20,5±1,2	24,2±1,2
Рольове функціонування	6,7±1,4	6,8±1,6	6,9±1,6
Інтенсивність болю	4,4±1,3	6,2±1,4	8,5±1,5
Загальне здоров'я	14,8±1,2	18,6±1,5	21,2±1,3
Психологічний компонент			
Життєва активність	12,4±1,8	16,2±1,7	20,2±1,4
Соціальна активність	6,8±1,4	7,2±1,1	8,0±1,2
Рольова емоційність	4,2±1,1	4,6±1,1	4,8±1,1
Психологічне здоров'я	16,2±1,3	20,4±1,6	22,7±1,1

Зростання показника «Фізична активність» з 16,4±1,8 до 24,2±1,2 після лікування свідчить про успішну хірургічну корекцію та ефективну ранню реабілітацію.

Показник «Інтенсивність болю» (де вищий бал означає менше болю) збільшився 4,4±1,3 до 8,5±1,5, що свідчить про адекватне знеболення та усунення патологічного вогнища.

Шкали «Рольове функціонування» та «Рольова емоційність» продемонстрували лише незначну тенденцію до зростання. Це логічно, оскільки повне повернення до соціальних та професійних ролей зазвичай відбувається вже після виписки з лікувального закладу.

На рис.3.2. представлено рівномірне розширення за більшістю осей, що свідчить про гармонійне відновлення як фізичних, так і психічних функцій.

Візуально найбільша дистанція між червоною та зеленою лініями спостерігається за шкалами «Фізична активність» та «Психологічне здоров'я». Малий крок зростання за шкалами «Рольове функціонування» та «Рольова емоційність» на діаграмі виглядає як «вузьке місце», що пояснюється необхідністю тривалішого часу для соціальної адаптації після виписки.

Пелюсткова діаграма демонструє поетапне розширення функціональних можливостей та покращення психоемоційного стану пацієнтів під впливом розробленого алгоритму медико-сестринського супроводу та хірургічного лікування.

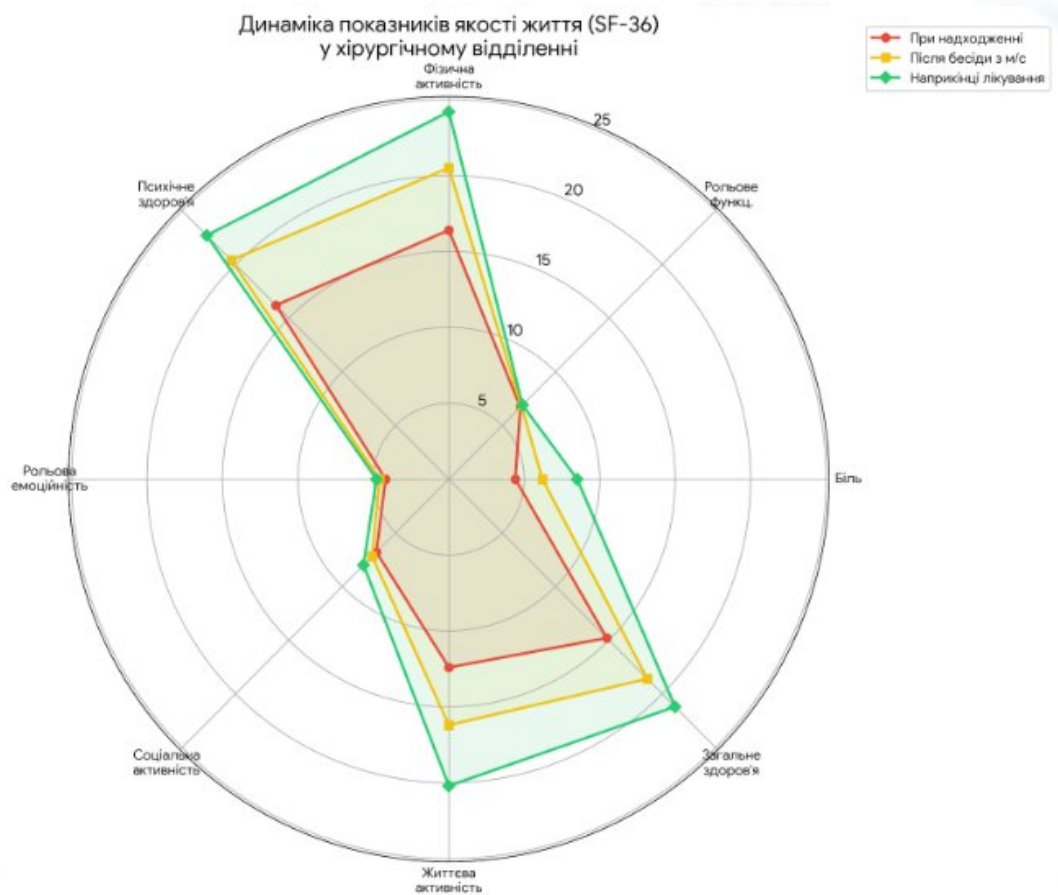


Рис.3.2. Динаміка профілю якості життя пацієнтів хірургічного відділення за шкалами SF-36 (n=32).

Таким чином, встановлено статистично значуще покращення якості життя пацієнтів хірургічного профілю на всіх етапах моніторингу.

Застосування алгоритму медико-психологічної бесіди з медсестрою дозволило достовірно підвищити рівень психологічного здоров'я пацієнтів вже на передопераційному етапі (з $16,2 \pm 1,3$ до $20,4 \pm 1,6$ балів; $p < 0,01$). На момент завершення лікування інтегральні показники фізичного та психологічного компонентів здоров'я досягли своїх максимальних значень, що свідчить про високу клінічну ефективність поєднання хірургічного втручання та сестринського психологічного супроводу.

У пацієнтів онкохірургічного відділення найвищі темпи зростання зафіксовані за шкалами «Загальне здоров'я» (до $18,6 \pm 1,4$) та «Психологічне здоров'я» (до $18,5 \pm 1,7$) (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Динаміка показників якості життя за опитувачем SF-36 в онкохірургічному відділенні

Показник	При надходженні ($M \pm m$)	Після бесіди з медсестрою ($M \pm m$)	Наприкінці лікування ($M \pm m$)
Фізичний компонент			
Фізична активність	$14,5 \pm 1,6$	$15,4 \pm 1,1$	$18,2 \pm 1,4$
Рольове функціонування	$5,2 \pm 1,3$	$5,8 \pm 1,4$	$6,1 \pm 1,1$
Інтенсивність болю	$4,6 \pm 1,5$	$6,2 \pm 1,2$	$7,5 \pm 1,5$
Загальне здоров'я	$10,6 \pm 1,7$	$12,2 \pm 1,4$	$18,6 \pm 1,4$
Психологічний компонент			
Життєва активність	$10,5 \pm 2,4$	$12,4 \pm 1,5$	$17,4 \pm 1,5$
Соціальна активність	$5,5 \pm 1,4$	$6,8 \pm 1,2$	$7,1 \pm 1,3$
Рольова емоційність	$4,4 \pm 1,4$	$4,5 \pm 1,1$	$4,6 \pm 1,1$
Психологічне здоров'я	$10,7 \pm 1,1$	$14,5 \pm 1,4$	$18,5 \pm 1,7$

Значне підвищення показників відбувається вже на другому етапі після бесіди з медсестрою ($12,2 \pm 1,4$ та $14,5 \pm 1,4$, відповідно). Ці результати свідчать, що для онкохворих інформаційний та емоційний дефіцит є чинником, який пригнічує якість життя сильніше, ніж фізичні обмеження

Збільшення показника фізичної активності в онкохірургії (до $18,2 \pm 1,4$) є менш стрімким порівняно з загальною хірургією ($24,2 \pm 1,2$). Це підтверджує вищу травматичність операцій та необхідність тривалішої фізичної реабілітації для цієї категорії пацієнтів.

Позитивна динаміка шкали болю (з $4,6 \pm 1,5$ до $6,2 \pm 1,2$) після бесіди з медсестрою та до $7,5 \pm 1,5$ наприкінці лікування вказує на те, що навіть при складних онкологічних втручаннях вдається досягти суттєвого суб'єктивного полегшення стану пацієнта до моменту виписки.

Червоний контур на рис.3.3. демонструє стан пацієнта при надходженні. Зокрема, найнижчі значення спостерігаються за шкалами «Психологічне здоров'я» (10,7) та «Загальне здоров'я» (10,6). Пацієнт приходить у відділення не лише з фізичною патологією, а й з вираженим «психологічним дефіцитом», зумовленим страхом перед діагнозом.

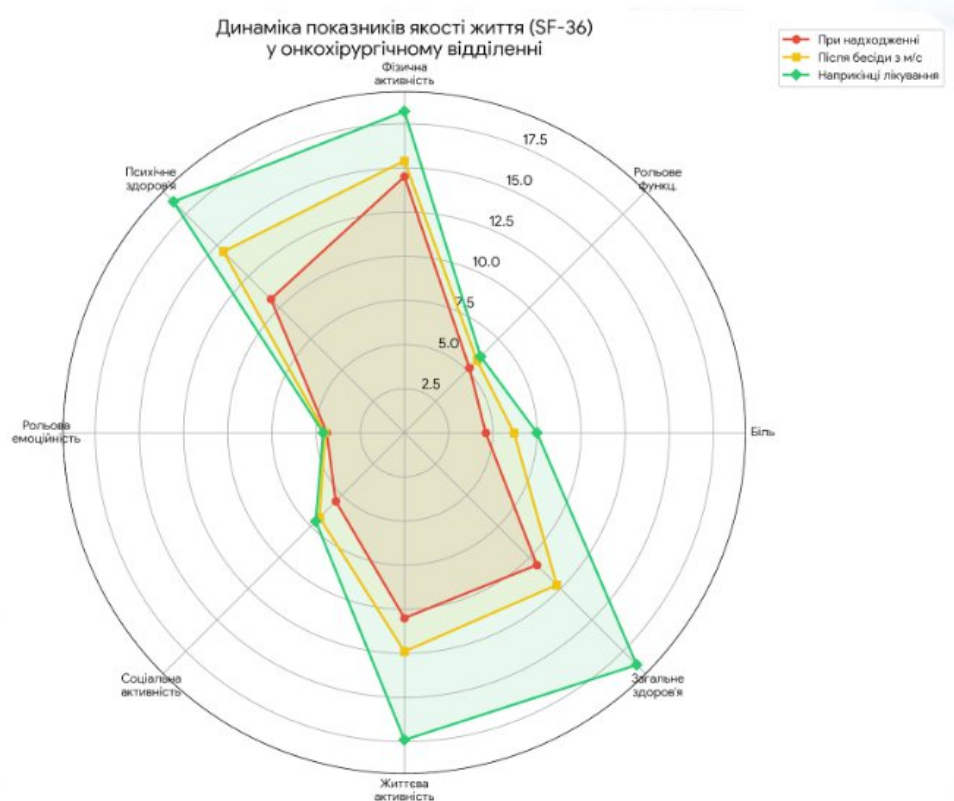


Рис.3.3. Динаміка профілю якості життя пацієнтів онкохірургічного відділення за шкалами SF-36 (n=32).

Жовтий контур, що відображає динаміку після бесіди з медсестрою показує просування в бік психологічних шкал - показник «Психологічне здоров'я» зростає з 10,7 до 14,5. Важливо, що фізичні шкали на цьому етапі залишаються майже незмінними. Це наочний доказ того, що сестринська підтримка діє ізольовано на ментальну сферу, готуючи «ґрунт» для операції.

Зелений контур – виписка, завершальний етап. Візуалізується максимальна площа контуру зі специфічною асиметрією. Найбільше розширення зафіксовано за шкалою «Загальне здоров'я» (18,6). Шкала «Біль» (7,5) також значно зміщується від центру порівняно з початком (4,6), що свідчить про успішне лікування. Зелена лінія демонструє сумарний результат: пацієнт не лише фізично відновлений, а й психологічно адаптований.

Порівнюючи темпи приросту показників якості життя пацієнтів з вихідних відділень, можемо зазначити, що попри тяжкість діагнозу, пацієнти онкохірургічного відділення демонструють майже вдвічі вищі темпи покращення психологічного здоров'я (72,9% проти 40,1%) та загального сприйняття здоров'я (75,5% проти 43,2%) (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Порівняльна таблиця темпів приросту якості життя (Δ ,%) між відділеннями

Показник якості життя	Хірургічне відділення	Онкохірургічне відділення	Різниця (п.п.)
Фізична активність	+47,6%	+25,5%	+22,1
Інтенсивність болю	+93,2%	+63,0%	+30,2
Загальне здоров'я	+43,2%	+75,5%	-32,3
Життєва активність	+62,9%	+65,7%	-2,8
Психологічне здоров'я	+40,1%	+72,9%	-32,8
Соціальна активність	+17,6%	+29,1%	-11,5

Цілком можливо, що онкологічні хворі перебувають у стані глибокої психологічної дезадаптації при надходженні, тому медико-психологічна допомога для них має сприяє максимальному лікувальному ефекту. Темпи приросту показника фізичної активності в хірургічному відділенні суттєво вищі - 47,6% проти 25,5% - в онкохірургічному. Це об'єктивно відображає меншу травматичність загальнохірургічних операцій та швидшу фізичну реабілітацію пацієнтів порівняно з онкохірургічним профілем.

Хоча в обох групах біль зменшився, у хірургічному відділенні це відбувалося стрімкіше (+93,2%), що може бути пов'язано з тим, що післяопераційний біль в онкохірургії є більш стійким і вимагає тривалішого фармакологічного контролю.

Для проведення кореляційного аналізу взяли динаміку двох різних психометричних інструментів – депресії за шкалою Бека (BDI-II) (де зниження бала — це позитив) та Загальне здоров'я (GH) за SF-36 (де зростання бала — це позитив) (рис.3.4).

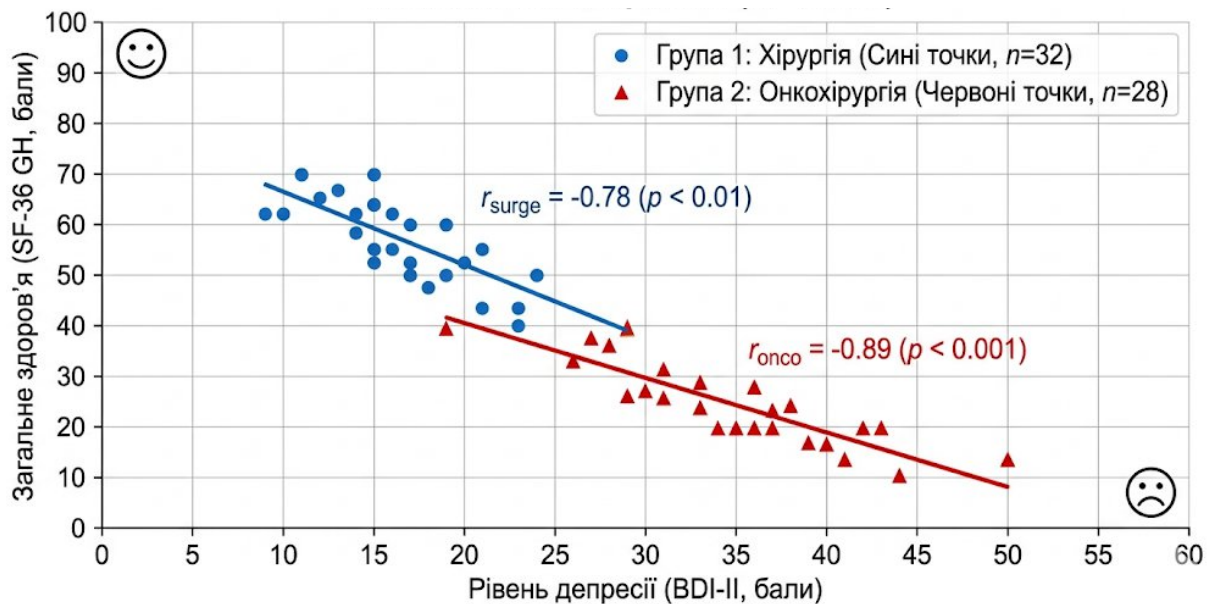


Рис. 3.4. Кореляція між рівнем депресії (BDI-II) та загальним здоров'ям (SF-36 GH).

Рисунок 3.4. показує дві різні групи даних: пацієнти хірургічного відділення (сині точки та лінія тренду) та пацієнти, які перенесли операції з приводу онкологічних захворювань (червоні точки та лінія тренду). Сильні

негативні нахили точно відображають розраховані коефіцієнти кореляції Пірсона ($r = -0,78$ та $r = -0,89$ відповідно). На відміну від простого порівняння середніх значень, цей графік математично доводить, що чим кращий психоемоційний стан пацієнта (нижча депресія), тим краща його якість життя (вище GH).

Чітко видно, що в онкохірургії (червона лінія) зв'язок є більш стрімким та чітким. Це доводить, що психологічна підтримка для онкохворих є більш критичною для їхнього загального одужання, ніж для звичайних хірургічних пацієнтів.

Таким чином, результати дослідження впевнено доводять, що сучасна медична сестра в хірургічному стаціонарі виходить за межі суто технічного виконання маніпуляцій, стаючи ключовим суб'єктом медико-психологічної допомоги.

ЗАКЛЮЧЕННЯ

Включення психологічної підтримки до стандартних протоколів передопераційної підготовки потребує систематизації роботи сестринського персоналу та виділення відповідних ресурсів. Це дозволить своєчасно виявляти пацієнтів із високим рівнем тривоги, формувати індивідуальні плани психокорекції та інтегрувати ці заходи до загального процесу хірургічного лікування. Акцент на психологічному аспекті догляду як зменшить кількість післяопераційних ускладнень, а й підвищить задоволеність пацієнтів якістю медичної допомоги.

У дослідження залучено 60 пацієнтів, з яких 32 - у хірургічному відділенні КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня» (1 група), 28 – в онкохірургічному відділенні органів черевної порожнини КНП «Обласний центр онкології» (м. Харків) у 2024-2025 рр. У хірургічному відділенні КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня» працює 18 медичних сестер, в онкохірургічному відділенні органів черевної порожнини КНП «Обласний центр онкології» - 17.

Після проведення опитування пацієнтів хірургічного та онкохірургічного відділень було встановлено достовірні відмінності в показниках депресії та якості життя.

У пацієнтів онкохірургічного профілю встановлено високу чутливість до медико-психологічного супроводу. Проведення передопераційної бесіди дозволило достовірно знизити середній бал депресії за шкалою BDI-II на 31,9% ($p < 0,0001$), трансформуючи стан пацієнтів із середньотяжкої депресії до рівня легких психоемоційних порушень. Сумарний ефект на етапі виписки ($13,4 \pm 2,6$) демонструє зниження рівня депресії у 2,1 рази порівняно з початковими даними, що підтверджує ефективність інтегрованого підходу до лікування онкологічних хворих».

Порівняльний аналіз продемонстрував, що хоча відносне зниження рівня депресії після бесіди з медсестрою було схожим в обох групах (близько 33%), абсолютний клінічний ефект був більш вираженим у пацієнтів

онкохірургічного відділення. У цій групі спостерігалось зниження на 9,1 бала проти 6,2 бала у загальнохірургічній групі ($p < 0,05$ при порівнянні дельт). Це підтверджує гіпотезу про те, що пацієнти з вищим рівнем передопераційного стресу отримують максимальну користь від сестринської психологічної підтримки, що робить її обов'язковим компонентом передопераційної підготовки в онкології».

Аналіз динаміки якості життя пацієнтів хірургічного відділення за опитувальником SF-36 продемонстрував стійкий тренд до покращення за всіма 8 шкалами. Особливої уваги заслуговує той факт, що за шкалою інтенсивності болю показник зріс майже вдвічі (з $4,4 \pm 1,3$ до $8,5 \pm 1,5$ балів), що вказує на високу ефективність лікувально-діагностичного процесу. Паралельне зростання психологічного компонента здоров'я, яке розпочалося безпосередньо після медико-психологічної бесіди медичної сестри, свідчить про цілісність та патогенетичну обґрунтованість запропонованої методики супроводу.

Динаміка якості життя онкохірургічних пацієнтів за опитувальником SF-36 характеризується вираженим позитивним вектором у психологічному компоненті здоров'я. Встановлено, що застосування алгоритму медико-психологічного супроводу дозволяє підвищити показник психологічного здоров'я на 35,5% ще до початку оперативного втручання ($p < 0,001$). Сумарне зростання загального сприйняття здоров'я на 75,5% на етапі виписки свідчить про високу суб'єктивну цінність проведеного лікування та ефективність комплексного підходу, що поєднує хірургічну допомогу з цілеспрямованою сестринською підтримкою.

Доведено, що структурований інформаційно-психологічний супровід, проведений медсестрою, є самостійним лікувальним чинником. Це підтверджується достовірним зниженням рівня депресії за шкалою BDI-II (у 1,5 раза в загальній хірургії та у 1,4 раза в онкохірургії) ще до початку оперативного втручання.

Саме сестринська психологічна допомога закладає основу для зростання показників якості життя за шкалою SF-36. Стрибок у доменах «Психологічне здоров'я» та «Загальне здоров'я» одразу після бесіди свідчить про те, що медсестра ефективно нівелює передопераційний стрес, підвищуючи адаптаційний потенціал організму.

Вперше встановлено диференційований вплив медико-сестринського супроводу на показники якості життя залежно від профілю відділення. Доведено, що максимальний відносний приріст за психологічним компонентом здоров'я (+72,9%) спостерігається у пацієнтів онкохірургічного профілю, що обґрунтовує пріоритетність психологічної підтримки в даній групі. Натомість пацієнти загальнохірургічного профілю демонструють вищі темпи фізичного відновлення та регресії больового синдрому, що необхідно враховувати при плануванні термінів активної реабілітації.

Проведений кореляційний аналіз за Пірсоном виявив сильний зворотний зв'язок між рівнем депресії та показником загального здоров'я в обох групах. Найбільш виражена залежність зафіксована в онкохірургічному відділенні ($r=-0,89$; $p<0,001$), що свідчить про домінуючу роль психоемоційного фактора у формуванні якості життя онкологічних хворих. Це математично обґрунтовує доцільність включення медико-психологічних інтервенцій, що проводяться середнім медичним персоналом, у протокол підготовки до радикальних втручань.

ВИСНОВКИ

1. Пацієнту з тяжкою патологією або в передопераційному періоді необхідний постійний психологічний супровід. При організації заходів психологічної підтримки пацієнтів неоціненною може бути допомога медсестер. Для цих цілей необхідно, щоб програма курсів підвищення кваліфікації медсестер включала розділ навчання з психологічного супроводу хірургічних пацієнтів і пацієнтів нехірургічного профілю.
2. У групі пацієнтів хірургічного відділення за шкалою Бека-II середній бал був $18,4 \pm 3,7$ (легкий рівень депресії). У групі пацієнтів онкохірургічного відділення середній бал був статистично вище - $28,5 \pm 3,8$ (середній рівень депресії з тенденцією до тяжкого). Пацієнти онкохірургічного відділення характеризуються значно нижчим рівнем психологічного здоров'я порівняно з пацієнтами хірургічного відділення ($10,7 \pm 1,1$ проти $16,2 \pm 1,3$ балів; $p < 0,0001$) та загального сприйняття стану здоров'я ($10,6 \pm 1,7$ проти $14,8 \pm 1,2$ балів; $p < 0,0001$ відповідно).
3. Порівняльний аналіз продемонстрував, що хоча відносне зниження рівня депресії після бесіди з медсестрою було схожим в обох групах пацієнтів (близько 33%), абсолютний клінічний ефект був більш вираженим у пацієнтів онкохірургічного відділення - зниження на 9,1 бала проти 6,2 бала у загальнохірургічній групі ($p < 0,05$). Застосування алгоритму медико-психологічної бесіди з медсестрою хірургічного відділення дозволило достовірно підвищити рівень загального здоров'я пацієнтів (з $14,8 \pm 1,2$ до $21,2 \pm 1,3$ балів; $p < 0,01$) та психологічного здоров'я (з $16,2 \pm 1,3$ до $22,7 \pm 1,1$ балів; $p < 0,01$). У пацієнтів онкохірургічного відділення найвищі темпи зростання зафіксовані за шкалами загального здоров'я (з $10,6 \pm 1,7$ до $18,6 \pm 1,4$ балів; $p < 0,01$) та психологічного здоров'я (з $10,7 \pm 1,1$ до $18,5 \pm 1,7$ балів; $p < 0,01$).
4. Вперше встановлено диференційований вплив медико-сестринського супроводу на показники якості життя залежно від профілю відділення. Доведено, що максимальний відносний приріст за психологічним

компонентом здоров'я (+72,9%) спостерігається у пацієнтів онкохірургічного профілю, що обґрунтовує пріоритетність психологічної підтримки в даній групі. Натомість пацієнти загальнохірургічного профілю демонструють вищі темпи фізичного відновлення та регресії больового синдрому, що необхідно враховувати при плануванні термінів активної реабілітації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Банчук М. В., Волосовець О. П., Фещенко І. І. Якість підготовки медичних сестер – нагальна вимога часу. Буковинський медичний вісник. 2007. С. 7.
2. Безкоровайна УЮ. Порівняльний аналіз ролі медичної сестри в Україні та у світі. Інвестиції: практика та досвід. 2016. № 15. С. 88–91.
3. Галян І.М. Психодіагностика: Навч. посібн. К.: Академвидав, 2009. 464 с.
4. Губенко І.Я., Бразалій Л.П., Шевченко О.І. Розвиток наукових досліджень в медсестринстві як основа вдосконалення сестринської допомоги. Головна медична сестра. 2009. №8. С. 59 -61.
5. Задирака Л.В. Індивідуальні особливості становлення професійної компетентності майбутніх медичних сестер. Медсестринство. 2016. № 1.- С. 40-43.
6. Закусилова Т. О. Теоретичні засади формування у майбутніх медичних сестер професійної культури як складника професіоналізму. Педагогіка і психологія професійної освіти. Львів, 2016. №3. С. 63-69.
7. Закусилова Т.О. Технологія формування клінічного мислення студентів медичного коледжу спеціальності «Сестринська справа». 2015. №10(25). С. 141-144.
8. Іщук В.В. Професійна підготовка майбутніх фахівців медичної галузі на основі компетентнісного підходу. Професійна освіта: методологія, теорія та технології: зб. наук, праць. Переяслав-Хмельницький: ФОГ1 Домбровська Я.М., 2017. Вип. 5/1. С. 74 - 85.
9. Касевич Н.М. Практикум з сестринської справи. - К.:Здоров'я, 2005.
10. Кир'ян Т. Реформування вищої медичної школи та визначення основних напрямів виховання майбутніх медсестер у кінці XX – на початку XXI століття. Зб. наук, праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: педагогічні науки. Хмельницький: Видавництво НАДПСУ, 2016. № 5 (7). С. 110 - 125.

11. Котепчук В.А. Формування науково-педагогічної еліти з медсестринства в медичних навчальних закладах. Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи. Житомир: Полісся, 2011. 392 с.
12. Кузмінська І.В., Круковська І.М. Медсестринство як впливова самотійна ланка медицини. Медсестринство. 2009. № 2. С. 28–30.
13. Куренкова, К.М. Формування професійних цінностей майбутніх медичних сестер у процесах фахової підготовки. Харків, 2009. 253 с.
14. Лісна-Міський Н.Є. Формування особистісно-професійних якостей майбутніх медичних сестер у контексті праксеологічного підходу. Збірник наукових праць Херсонського державного університету. Педагогічні науки. 2017. Вип. 76(3). С.38-43.
15. Максименко С.Д., Цехмістер Я.В., Коваль І.А., Максименко К.С. Медична психологія: підручник. 2-е вид. К.: Слово, 2014. 516 с.
16. Міністерство охорони здоров'я України. Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>.
17. Пасечко Н.В., Лемке М.О., Мазур П.Є. Основи сестринської справи: Підручник. Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. 544 с..
18. Пилипчук Л.С. Емпіричне дослідження особистісних якостей, що забезпечують якісну взаємодію між медичними сестрами і пацієнтами. American journal of fundamental, applied & experimental research. 2018. Vol 10. No 3. p. 267-273.
19. Пилипчук Л.С. Порівняльний аналіз психологічних складових становлення особистості в медичній практиці та навчальній діяльності. Fundamental and applied research in practice of leading scientific schools. 2015. Vol 8, No 2. p. 158-162.
20. Пилипчук Л.С. Я-концепція, як критерій успішної взаємодії медичної сестри з пацієнтом. Fundamental and applied research in practice of leading scientific schools. 2016. Vol 15, No 3. p. 137-142.
21. Поляченко Ю. В. Медична освіта у світі та в Україні. К. :Книга плюс, 2005. 383 с.

- 22.Попіль М. І. Психологічні особливості становлення професійної ідентичності майбутніх медсестер: дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07. Дрогобич, 2009. 196 с.
- 23.Радзієвська І. В. Формування професійної компетентності медичних сестер. Проблеми освіти. 2008. № 57. С. 69–73.
- 24.Селлман Д., Снеллинг П. Как стать медсестрой. Пер. с англ. К. : ВСВ «Медицина», 2012. 176 с.
- 25.Сохань Л.В., Єрмакова І.Г., Несен Г.М. Життєва компетентність особистості: науково-методичний посібник. К.: Богдана, 2003. 520 с.
- 26.Фещенко Ю.І. Процедура адаптації міжнародного опитувальника якості життя MOS SF-36 в Україні. Досвід застосування у хворих бронхіальною астмою. Український пульмонологічний журнал. 2002;3:9-11.
- 27.Філоненко М.М. Психологія особистісного становлення майбутнього лікаря. Київ: Центр учбової літератури, 2015. 334 с.
- 28.Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. 5-е изд., переработ. и дополн. Перевод с венгерск. под ред. проф. Коркиной М.В.. Будапешт АН Венгрии. 1981. 286 с.
- 29.Шарлович З. П. Теоретичні засади формування професійно-педагогічної компетенції медичних сестер сімейної медицини як провідна умова міжсестринської діяльності. Вісник Житомирського державного університету. Педагогічні науки. 2010. №53. С.199–202.
- 30.Allen J. Caring in nursing: rhetoric or reality? Prof Nurse. 1995 May;10(8):538. PMID: 7761498.
- 31.Biley F. Invisible knowledge. Nurs Stand. 2005 Feb 16-22;19(23):17-8. doi: 10.7748/ns.19.23.17.s25. PMID: 15751431.
- 32.Burnard P. Using experiential learning methods with larger groups of students. Nurse Educ Today. 1993 Feb;13(1):60-5. doi: 10.1016/0260-6917(93)90010-y. PMID: 8455542.
- 33.Clifford C. Caring: fitting the concept to nursing practice. J Clin Nurs. 1995 Jan;4(1):37-41. doi: 10.1111/j.1365-2702.1995.tb00008.x. PMID: 7704374.

- 34.Davies E. Clinical role modelling: uncovering hidden knowledge. *J Adv Nurs*. 1993 Apr;18(4):627-36. doi: 10.1046/j.1365-2648.1993.18040627.x. PMID: 8496511.
- 35.Delvaux N, Razavi D, Marchal S, Brédart A, Farvacques C, Slachmuylder JL. Effects of a 105 hours psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: a randomised study. *Br J Cancer*. 2004 Jan 12;90(1):106-14. doi: 10.1038/sj.bjc.6601459. PMID: 14710215; PMCID: PMC2395320.
- 36.Fox J, Seaman H, Wilmot S. Caring: a new framework for analysis. *Br J Nurs*. 1993 Nov 11;2(20):1008-1011. doi: 10.12968/bjon.1993.2.20.1008. PMID: 27901400.
- 37.Hanson LE, Smith MJ. Nursing students' perspectives: experiences of caring and not-so-caring interactions with faculty. *J Nurs Educ*. 1996 Mar;35(3):105-12. doi: 10.3928/0148-4834-19960301-05. PMID: 8676205.
- 38.Hawkins J, Hollinworth H. Living theory: enhancing the psychological support of patients. *Br J Nurs*. 2003 May 8-21;12(9):543-8. doi: 10.12968/bjon.2003.12.9.543. PMID: 12746591.
- 39.Health Service Ombudsman for England. Annual report 2002-03: HC 847. London: The Stationery Office; 2003.
- 40.Henderson S. Factors impacting on nurses' transference of theoretical knowledge of holistic care into clinical practice. *Nurse Educ Pract*. 2002 Dec;2(4):244-50. doi: 10.1016/s1471-5953(02)00020-3. PMID: 19036306.
- 41.Higgins B. Caring as therapeutic in nursing education. *J Nurs Educ*. 1996 Mar;35(3):134-6. doi: 10.3928/0148-4834-19960301-10. PMID: 8676210.
- 42.Jenkinson C, Layte R, Jenkinson D, Lawrence K, Petersen S, Paice C, Stradling J. A shorter form health survey: can the SF-12 replicate results from the SF-36 in longitudinal studies? *J Public Health Med*. 1997 Jun;19(2):179-86. doi: 10.1093/oxfordjournals.pubmed.a024606. PMID: 9243433.

- 43.von Essen L, Sjöden PO. The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *Int J Nurs Stud.* 1991;28(3):267-81. doi: 10.1016/0020-7489(91)90020-4. PMID: 1938183.
- 44.King L, Appleton JV. Intuition: a critical review of the research and rhetoric. *J Adv Nurs.* 1997 Jul;26(1):194-202. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997026194.x. PMID: 9231295.
- 45.Nelms TP, Jones JM, Gray DP. Role modeling: a method for teaching caring in nursing education. *J Nurs Educ.* 1993 Jan;32(1):18-23. doi: 10.3928/0148-4834-19930101-06. PMID: 8380201.
- 46.Nichols K. Psychological care for ill and injured people: a clinical guide: a clinical handbook. London: Open University Press; 2003. 240 p.
- 47.Paterson BL, Crawford M, Saydak M, Venkatesh P, Tschikota S, Aronowitz T. How male nursing students learn to care. *J Adv Nurs.* 1995 Sep;22(3):600-9. doi: 10.1046/j.1365-2648.1995.22030600.x. PMID: 7499630.
- 48.Patterson E. Primary health care and general practice nurses: what is the nexus? *Aust J Adv Nurs.* 2000;18(2):35-41.
- 49.Priest, H., 1999a. Priest HM. Psychological care in nursing education and practice: a search for definition and dimensions. *Nurse Educ Today.* 1999 Jan;19(1):71-8. doi: 10.1054/nedt.1999.0612. PMID: 10222973.
- 50.Priest, H., 1999b. Priest HM. Novice and expert perceptions of psychological care and the development of psychological caregiving abilities. *Nurse Educ Today.* 1999 Oct;19(7):556-63. doi: 10.1054/nedt.1999.0354. PMID: 10808898.
- 51.Priest, H., 2002a. Priest H. An approach to the phenomenological analysis of data. *Nurse Res.* 2002;10(2):50-63. PMID: 12518666..
- 52.Ridner SH. Psychological distress: concept analysis. *J Adv Nurs.* 2004 Mar;45(5):536-45. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02938.x. PMID: 15009358.
- 53.Rimon D. Nurses' perception of their psychological role in treating rehabilitation patients: a study employing the critical incident technique. *J Adv*

- Nurs. 1979 Jul;4(4):403-13. doi: 10.1111/j.1365-2648.1979.tb00874.x. PMID: 256946.
- 54.Simonson CL. Teaching caring to nursing students. J Nurs Educ. 1996 Mar;35(3):100-4. doi: 10.3928/0148-4834-19960301-04. PMID: 8676204.
 - 55.Smith P. The nursing process: raising the profile of emotional care in nurse training. J Adv Nurs. 1991 Jan;16(1):74-81. doi: 10.1111/j.1365-2648.1991.tb01500.x. PMID: 2005293.
 - 56.United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting. Fitness for practice: the UKCC Commission for Nursing and Midwifery Education. London: UKCC; 1999.
 - 57.Vanheule S, Desmet M, Groenvynck H, Rosseel Y, Fontaine J. The factor structure of the Beck Depression Inventory-II: an evaluation. Assessment. 2008 Jun;15(2):177-87. doi: 10.1177/1073191107311261. Epub 2008 Jan 8. PMID: 18182478.
 - 58.Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care. 1992 Jun;30(6):473-83. PMID: 1593914.
 - 59.Wilkes LM, Wallis MC. A model of professional nurse caring: nursing students' experience. J Adv Nurs. 1998 Mar;27(3):582-9. doi: 10.1046/j.1365-2648.1998.00557.x. PMID: 9543045.
 - 60.Wilson-Barnett J. Patient teaching or patient counselling? J Adv Nurs. 1988 Mar;13(2):215-22. doi: 10.1111/j.1365-2648.1988.tb01410.x. PMID: 3372896.

АНКЕТА ОПИТУВАЛЬНИКА SF – 36

Ці питання з'ясовують Ваші погляди щодо Вашого здоров'я. Ця інформація допоможе спостерігати за тим, як Ви почуваетесь, та наскільки добре Ви можете впоратись зі своїми звичайними справами. Дякуємо Вам за те, що Ви дали відповіді на ці питання!

Для кожного з наступних питань, будь ласка, виберіть одну позицію, що найкращим чином відповідає Вашій відповіді.

1. На Вашу думку, Ваше здоров'я взагалі є:

- Прекрасне
- Дуже добре
- Добре
- Задовільне
- Погане

2. Як Ви в цілому оцінюєте Ваше здоров'я в даний час в порівнянні з тим, що було тиждень ТОМУ?

- Набагато краще, ніж тиждень тому
- Трохи краще, ніж тиждень тому
- Приблизно так само, як і тиждень тому
- Трохи гірше, ніж тиждень тому
- Набагато гірше, ніж тиждень тому

Наступні питання стосуються Вашої діяльності впродовж звичайного дня.

3. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам виконувати надмірні зусилля, такі як біг, піднімання важких предметів, участь у спортивних змаганнях? Якщо перешкоджає, то наскільки?

- Так, дуже перешкоджає
- Так, трохи перешкоджає
- Ні, не перешкоджає зовсім

4. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам виконувати помірну Фізичну діяльність, таку як пересування стола, миття підлоги (або підмітання), праця в городі або гра в бадмінтон? Якщо перешкоджає, то наскільки?

- Так, дуже перешкоджає
- Так, трохи перешкоджає
- Ні, не перешкоджає зовсім

5. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам підняти або носити : сумки з продуктами? Якщо перешкоджає, то наскільки? '

- Так, дуже перешкоджає
- Так, трохи перешкоджає
- Ні, не перешкоджає зовсім

6. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам підніматися на декілька поверхів сходами? Якщо перешкоджає, то наскільки?

- Так, дуже перешкоджає
- Так, трохи перешкоджає
- Ні, не перешкоджає зовсім

7. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам підніматися на один поверх сходами? Якщо перешкоджає, то наскільки?

- Так, дуже перешкоджає
- Так, трохи перешкоджає
- Ні, не перешкоджає зовсім

8. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам нахилитись, стати навколiшки, зігнутися? Якщо перешкоджає, то наскільки?

- Так, дуже перешкоджає
- Так, трохи перешкоджає
- Ні, не перешкоджає зовсім

9. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам пройти більше одного кілометра? Якщо перешкоджає, то наскільки?

- Так, дуже перешкоджає
- Так, трохи перешкоджає
- Ні, не перешкоджає зовсім

10. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам пройти декілька сотень метрів? Якщо перешкоджає, то наскільки?

- Так, дуже перешкоджає
- Так, трохи перешкоджає
- Ні, не перешкоджає зовсім

11. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам пройти сто метрів? Якщо перешкоджає, то наскільки?.

- Так, дуже перешкоджає
- Так, трохи перешкоджає
- Ні, не перешкоджає зовсім

12. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам самостійно митись та вдягатись? Якщо перешкоджає, то наскільки?

- Так, дуже перешкоджає
- Так, трохи перешкоджає
- Ні, не перешкоджає зовсім

За останній тиждень наскільки часто у Вас виникали будь-які з наведених труднощів з виконанням своєї роботи або іншої щоденної діяльності?

13. Менше часу працювали чи займались іншою діяльністю через Ваш Фізичний стан.

- Увесь час
- Більшість часу
- Деякий час
- Небагато часу
- Ніколи

14. Зробили менше, ніж хотіли через Ваш Фізичний стан.

- Увесь час
- Більшість часу
- Деякий час
- Небагато часу
- Ніколи

15. Були обмежені у деяких видах роботи чи іншої діяльності через Ваш Фізичний стан.

- Увесь час
- Більшість часу
- Деякий час
- Небагато часу
- Ніколи

16. Мали труднощі у виконанні роботи чи іншої діяльності через Ваш фізичний стан (наприклад, витратили на неї більше зусиль).

- Увесь час
- Більшість часу
- Деякий час
- Небагато часу
- Ніколи

17. Менше часу працювали чи займались іншою діяльністю внаслідок емоційних проблем (пригніченість, неспокій).

- Увесь час
- Більшість часу
- Деякий час
- Небагато часу
- Ніколи

18. Зробили менше, ніж хотіли внаслідок емоційних проблем (пригніченість, неспокій).

- Увесь час
- Більшість часу
- Деякий час
- Небагато часу
- Ніколи

19. Виконували роботу чи займались іншою діяльністю менш старанно, ніж звичайно внаслідок емоційних проблем (пригніченість, неспокій).

- Увесь час
- Більшість часу
- Деякий час
- Небагато часу
- Ніколи

20. За останній тиждень наскільки Ваші проблеми із здоров'ям чи емоційним станом заважали Вашому звичайному спілкуванню з сім'єю, друзями, сусідами, колективом?

- Ніскільки не заважали
- Деяко заважали
- Помірно заважали
- Значно заважали
- Надзвичайно заважали

21. Чи зазнали Ви фізичного болю за останній тиждень і в якій мірі?

- Ніякого
- Дуже слабкого
- Слабкого
- Помірного
- Сильного
- Дуже сильного

22. Наскільки за останній тиждень біль перешкоджав Вашій нормальній роботі (включаючи роботу за межами дому і домашню роботу)?

- Ніскільки не перешкоджав
- Зовсім мало перешкоджав
- Помірно перешкоджав
- Значно перешкоджав
- Надзвичайно перешкоджав

Це питання стосується того, як Ви себе почували протягом останнього тижня. Будь ласка, дайте відповідь, яка найкраще описує Ваше самопочуття.

23. Скільки часу протягом останнього тижня Ви почувалися сповненим життя?

- Увесь час
- Більшість часу
- Деякий час
- Небагато часу
- Ніколи

24. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були дуже знервовані?

- Увесь час
- Більшість часу
- Деякий час
- Небагато часу
- Ніколи

25. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були настільки пригнічені, що ні з чого не раділи?

- Увесь час
- Більшість часу
- Деякий час
- Небагато часу
- Ніколи

26. Скільки часу протягом останнього тижня Ви почувалися спокійно та врівноважено?

- Увесь час
- Більшість часу
- Деякий час
- Небагато часу

- Ніколи

27. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були сповнені енергії?

- Увесь час
- Більшість часу
- Деякий час
- Небагато часу
- Ніколи

28. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були засмучені та пригнічені?

- Увесь час
- Більшість часу
- Деякий час
- Небагато часу
- Ніколи

29. Скільки часу протягом останнього тижня Ви почувалися виснаженим (виснаженою)?

- Увесь час
- Більшість часу
- Деякий час
- Небагато часу
- Ніколи

30. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були щасливі?

- Увесь час
- Більшість часу
- Деякий час
- Небагато часу
- Ніколи

31. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були втомлені?

- Увесь час
- Більшість часу
- Деякий час
- Небагато часу
- Ніколи

32. Як часто за останній тиждень Фізичний стан здоров'я або емоційні проблеми порушували Вашу соціальну активність (відвідування друзів, родичів тощо)?

- Увесь час
- Більшість часу
- Деякий час
- Небагато часу
- Ніколи

33. Наскільки ВІРНЕ або НЕВІРНЕ є ствердження щодо Вас? Мені здається, що я можу захворіти легше ніж інші.

- Цілком вірне
- Загалом вірне
- Не знаю
- Загалом невірне
- Цілком невірне

34. Наскільки ВІРНЕ або НЕВІРНЕ є ствердження щодо Вас? Моє здоров'я таке ж, як і в інших, кого я знаю.

- Цілком вірне
- Загалом вірне
- Не знаю
- Загалом невірне
- Цілком невірне

35. Наскільки ВІРНЕ або НЕВІРНЕ є ствердження щодо Вас? Я передчуваю погіршення здоров'я.

- Цілком вірне
- Загалом вірне
- Не знаю
- Загалом невірне
- Цілком невірне

36. Наскільки ВІРНЕ або НЕВІРНЕ є ствердження щодо Вас? Моє здоров'я прекрасне.

- Цілком вірне
- Загалом вірне
- Не знаю
- Загалом невірне
- Цілком невірне

Крок 1: Перекодування елементів

Номери позицій	Змінити оригінальну категорію відповіді *	До перекодованого значення:
1, 2, 20, 22, 34, 36	1 →	100
	2 →	75
	3 →	50
	4 →	25
	5 →	0
3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	1 →	0
	2 →	50
	3 →	100
13, 14, 15, 16, 17, 18, 19	1 →	0
	2 →	100
21, 23, 26, 27, 30	1 →	100
	2 →	80
	3 →	60
	4 →	40
	5 →	20
	6 →	0
24, 25, 28, 29, 31	1 →	0
	2 →	20
	3 →	40
	4 →	60
	5 →	80
	6 →	100
32, 33, 35	1 →	0
	2 →	25
	3 →	50
	4 →	75
	5 →	100

Крок 2: Усереднення елементів для формування шкал

Масштаб	Кількість балів	Після перекодування відповідно до таблиці 1 усередніть наступні елементи
Фізичне функціонування	10	3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
Обмеження ролі через фізичне здоров'я	4	13 14 15 16
Рольові обмеження через емоційні проблеми	3	17 18 19
Енергія/втома	4	23 27 29 31
Емоційне благополуччя	5	24 25 26 28 30
Соціальне функціонування	2	20 32
Біль	2	21 22
Загальний стан здоров'я	5	1 33 34 35 36

Інтерпретація: Оцінка складається з двох етапів. По-перше, попередньо закодовані числові значення перекоднуються відповідно до ключа оцінки, наведеного в таблиці 1. Зауважте, що всі елементи оцінюються таким чином, що високий бал визначає більш сприятливий стан здоров'я. Крім того, кожен елемент оцінюється в діапазоні від 0 до 100, так що найнижчий і найвищий можливі бали становлять 0 і 100 відповідно. Оцінки представляють відсоток

від загальної можливої досягнутої оцінки. На кроці 2 елементи в тій самій шкалі усереднюються разом, щоб створити 8 балів за шкалою. У таблиці 2 наведено елементи, усереднені разом для створення кожної шкали. Пункти, залишені незаповненими (відсутні дані), не враховуються при розрахунку балів за шкалою. Отже, бали за шкалою представляють собою середнє значення для всіх пунктів шкали, на які відповів респондент.

BDI-II (Beck's Depression Inventory) - Шкала депресії Бека -II

Ім'я, прізвище:	Дата:
-----------------	-------

Цей опитувальник складається з групи тверджень. Прочитайте, будь-ласка, кожну групу тверджень і виберіть те, яке найбільш точно характеризує ваше самопочуття, мислення і настрої на сьогодні. Обведіть колом номер вибраного твердження. Зверніть увагу, що спершу необхідно прочитати усі твердження в одній групі і лише тоді робити вибір.

№		
1	0. Мені не сумно. 1. Мені сумно, я чуюсь пригніченим. 2. Я увесь час чуюсь сумним, пригніченим і не можу відволіктись від цього стану. 3. Я відчуваю нестерпний сум та тугу.	
2	0. Я спокійно думаю про майбутнє. 1. Думки про майбутнє викликають в мені страх та тривогу. 2. Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися. 3. Я відчуваю, що в моєму майбутньому нема нічого доброго і я нічого не можу змінити.	
3	0. Я не відчуваю себе невдахою. 1. Я відчуваю, що в мене більше невдач, ніж у інших людей. 2. Моє життя – це суцільна низка невдач та помилок. 3. Я абсолютний невдаха в усьому (навчанні, праці, сімейному житті і т.д.)	
4	0. Я отримую задоволення від улюблених занять і речей. 1. Я не отримую такого задоволення, як раніше од улюблених занять та речей. 2. Я ні від чого не отримую задоволення. 3. Будь-яке заняття викликає в мені нудьгу та тугу.	
5	0. Я не відчуваю відчуття провини. 1. Я доволі часто відчуваю провину. 2. Я дуже часто чуюсь поганою людиною і мене мучить відчуття провини. 3. Мене мучить постійне відчуття провини.	
(6)	1. Я не вважаю, що заслуговую покарання. 2. Я допускаю, що заслуговую покарання. 3. Я вважаю, що маю бути покараний. 4. Я відчуваю, що доля карає мене.	
7	0. Я в основному задоволений тим, ким я є. 1. Я незадоволений собою. 2. Я гидкий собі. 3. Я ненавиджу себе.	
(8)	0. Я не думаю, що я гірший, ніж інші люди. 1. Я критикую себе за слабкості та помилки. 2. Я постійно докоряю собі за різні помилки. 3. Я докоряю собі за усе погане, що діється навколо.	
9	0. У мене не виникає думок про самогубство. 1. У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього. 2. Я хочу вмерти і планую самогубство. 3. Якщо б була нагода, я б зробив самогубство.	
(10)	0. Я не плачу більш часто, ніж звичайно. 1. Я плачу частіше, ніж звичайно. 2. Я увесь час плачу. 3. Раніше я часто плакав, але тепер не можу заплакати навіть тоді, коли мені цього хочеться.	

(11)	0. Я не дратуюсь частіше, ніж звичайно. 1. Я дратуюсь легше, ніж звичайно. 2. Я постійно відчуваю роздратування та почуття внутрішнього незадоволення. 3. Те, що раніше дратувало мене, тепер мені стало байдуже.	
12	0. Я не втратив цікавості до людей. 1. Люди цікавлять мене менше, ніж раніше. 2. Я майже повністю втратив інтерес до людей. 3. Люди мені глибоко байдужі.	
13	0. Мені не є важче, ніж звичайно приймати рішення. 1. Тепер частіше, ніж раніше я зволікаю з прийняттям рішень. 2. Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення. 3. Я не в стані приймати жодних рішень.	
14	0. Я не вважаю, що виглядаю гірше, ніж звичайно. 1. Мене турбує, що я виглядаю дещо гірше ніж звичайно і старшим, ніж на свій вік. 2. Я відчуваю, що з кожним днем виглядаю усе гірше. 3. Я переконаний, що виглядаю жахливо.	
15	0. Мені працюється так, як і раніше. 1. Тепер мені часто доводиться змушувати себе братися до праці. 2. Я з великою трудностю змушую себе взятися до праці. 3. Я не в стані працювати.	
(16)	0. Я сплю не менше і не гірше, ніж раніше. 1. Я сплю гірше, ніж раніше. 2. Я пробуджуюся на 1-2 години раніше, ніж звичайно і мені важко знову заснути. 3. Я пробуджуюся на декілька годин раніше, ніж звичайно і вже не можу заснути.	
17	0. Я не втомлююся більше, ніж звичайно. 1. Я втомлююся значно легше, ніж раніше. 2. Я втомлююся від будь-якого заняття. 3. Я чуюся настільки втомленим, що не в стані будь-чим займатися.	
18	0. У мене нормальний апетит. 1. У мене погіршився апетит. 2. У мене майже відсутній апетит. 3. У мене зовсім нема апетиту.	
(19)	1. Моя вага залишається незмінною. 2. За останній час я схуд більше ніж на 3 кг. 3. За останній час я схуд більше ніж на 5 кг. 4. За останній час я схуд більше ніж на 7 кг. 🚩 Я намагаюся схуднути, свідомо обмежуючи себе в їжі: так / ні	
(20)	0. Моє тілесне здоров'я є добре. 1. Мене турбують наявні у мене фізичні симптоми (наприклад, болі в животі, запори та ін.). 2. Я дуже занепокоєний наявними в мене фізичними симптомами. 3. Я настільки занепокоєний станом свого тілесного здоров'я, що практично не можу думати ні про що інше.	
(21)	0. Мій інтерес до статевого життя за останній час не зменшився. 1. Статеве життя мене цікавить зараз менше, ніж звичайно. 2. Мій інтерес до статевого життя значно зменшився. 3. Я повністю втратив інтерес до статевого життя.	

Примітки:

ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ БАЛІВ: