

# СТРЕС-АДАПТАЦІЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗА УМОВ ВОЄННОГО ЧАСУ

**Кравець Ольга  
Вікторівна**, д.м.н., зав.  
кафедрою, доцент

**Станін Дмитро Михайлович,  
Єхалов Василь Віталійович** к.м.н.,  
доценти Дніпровський державний  
медичний університет м. Дніпро, Україна

*"Люди, які визнають війну не лише  
неминучою, а й корисною і тому бажаною, -  
ці люди страшні, жахливі своєю моральною  
збоченістю".*

Толстой Л.М.

**Анотація:** Було проведено аналіз анонімних анкет 32 лікарів відділень анестезіології та інтенсивної терапії Дніпровського регіону за опитувальником SACS. Визначено, що обережність, перестрашування та уникнення для цієї групи лікарів не має великого значення. Асоціальні та агресивні дії для представників цієї спеціальності не характерні. Хоча вміння будувати відносини у бажаному напрямку показали середні результати, серед медичних працівників за фахом "анестезіологія та інтенсивна терапія" чітко визначилися дві підгрупи з досить активними, або, навпаки, пасивними особистостями.

**Ключові слова:** лікарі - військові дії - стрес - копінг-стратегія

Стрес у медичних працівників завжди був обумовлений низкою специфічних особливостей професії: величезною відповідальністю за життя та здоров'я пацієнтів, тривале перебування в «полі» негативних емоцій

(страждання, болю, відчаю, роздратування тощо) [1, с. 172]. Військові дії є одним із факторів, що мають найбільший негативний соціальний вплив і приклад широкого та повсюдного насильства, яке неминуче впливає на зв'язки з громадськістю, економіку, систему охорони здоров'я та соціальну стабільність країни [2, с. 157]. Медичний персонал в умовах війни знаходиться під впливом не тільки значного ризику виникнення стресових станів, психічної дезадаптації і нервово-психічних розладів, але й загрози здоров'ю та життю. Негативні, а іноді й руйнуючі впливи стають причиною виснаження ресурсів організму, зниження працездатності, виникненню міжособистісних конфліктів, порушень дисципліни, зловживання алкоголем тощо. Тривале здійснення своїх службових обов'язків у напружених обставинах призводить до дезадаптації та зниження стійкості організму [3, с. 207]. Сором і почуття провини «прив'язують» людину до її минулого. Пригнічені негативні спогади та емоції, іноді штучно пригнічені алкоголем або іншими турботами, можуть стати постійним джерелом внутрішньої напруги та професійного стресу [1, с.202]. Ситуація ускладнюється недостатньою розробленістю заходів щодо запобігання та зменшення цього негативного впливу [4, с. 21]. Пов'язані зі стресом розлади адаптації спостерігаються здебільшого у внутрішньо переміщених осіб та чималої кількості родичів військовослужбовців, що брали участь в бойових діях [5, с.43].

Щоб встояти у стресових ситуаціях, людина продовж свого життя виробляє так звану копінг-стратегію - систему цілеспрямованої поведінки для усвідомленого оволодіння ситуацією для зменшення руйнуючого впливу стресу. Концепт "копінг" допомагає зрозуміти сутність адаптивності / дезадаптивності людської поведінки, оскільки не тільки стрес є істотним фактором зниження продуктивності людини, дисфункціональності його

стану, але і те, як людина протистоїть йому. Поведінкові копінг-стратегії поділяються на активні й пасивні, адаптивні й дезадаптивні. До активних стратегій відносять стратегію «вирішення проблем» - як базисну копінг-стратегію, що включає всі поведінкові варіанти, спрямовані на вирішення проблемної або стресової ситуації, та стратегію «пошуку соціальної підтримки», що включає поведінку, що спрямована на одержання соціальної підтримки соціуму. До пасивної копінг-поведінки належать такі варіанти, які включають базисну копінгстратегію «уникання», хоча деякі форми уникання можуть мати й активний характер [6, с.64]. Найбільш продуктивними вважаються стратегії активного подолання, спрямовані на покращення свого фізичного стану та пов'язані із взаємодією з іншими, у той час як уникнення та відчуття провини можуть виявитися ефективними лише на короткий період часу [7, с.92]. У наших попередніх дослідженнях було доведено існування взаємозв'язку між компонентами професійного вигорання та копінг-стратегіями медичних працівників. Так, емоційне виснаження пов'язане з копінг-стратегіями «прийняття відповідальності», «втеча» та «конфронтація», деперсоналізація позитивно пов'язане з копінг-стратегіями «втеча» та «дистанціювання» [ 8, с. 13]. В умовах активних військових дій в Україні, що тривають вже більше місяця, реакція медичних працівників на стрес, що переноситься, являє певну соціальну та психологічну проблему.

Стратегія подолання стресових ситуацій (SACS) була створена С. Хофболлом [9, с. 310] та адаптована Н.Е.Водоп'яноюю [10, с. 256]. Асертивна модель характеризується вмінням будувати відносини у бажаному напрямку; вмінні звернутися з проханням, відмовити у проханні, передбачає наполегливість, активність, соціальну спрямованість та впевненість у собі. Вступ до соціального контакту - це вміння вирішувати

проблемні ситуації спільно з іншими людьми. Це просоціальна поведінка, що виражається у потребі в міжособистісних відносинах, контактах з іншими людьми, здатності до співпраці чи компромісу, прагненні до об'єднання, спільної діяльності для досягнення близьких чи аналогічних цілей. Пошук соціальної підтримки - це спроби вирішення проблеми за рахунок залучення зовнішніх (соціальних) ресурсів, пошуку інформаційної, емоційної та дієвої підтримки. Характерні орієнтованість на взаємодію з іншими людьми, очікування уваги, поради, співчуття. Обережні дії - прагнення уникнути ризику невдачі, схильність до перестрашування, тривалий аналіз варіантів вирішення та можливих наслідків (продуктивна прокрастинація) [11, с. 17]. Імпульсивні дії характеризуються швидким, необміркованим прийняттям рішень або дотриманням інтуїтивних імпульсів. Уникнення - це відмова від вирішення проблемної ситуації або переключення на щось інше. Маніпулятивні дії - вид переможної поведінки, при якому "маніпулятор" досягає своїх цілей за рахунок різних "хитрощів", лестощів, фальші або "гри на почуттях" інших людей. Наприкінці, маніпуляція як психологічний захист маскує справжні почуття і наміри, надає непрямий вплив на інших для отримання бажаного результату. Асоціальні дії - відмова від конвенційних норм, протиправні дії, ворожість, недовіра, руйнація соціальних зв'язків. Агресивна поведінка, тобто ворожість по відношенню до суб'єктів комунікації, базується на агресивному сприйнятті та потенційно агресивній інтерпретації поведінки інших людей, буває часто пов'язаною зі стійким особистісним світосприйняттям та світорозумінням, що здебільшого призводить до конфліктів та руйнування довірчих відносин.

Нами було проведено аналіз 32 анонімних анкет лікарів відділень анестезіології та інтенсивної терапії Дніпровського регіону у віці 26-50 років ( $38,1 \pm 8,2$ ).

Було визначено, що прагнення до соціального контакту (вміння вирішувати проблемні ситуації спільно з іншими людьми) зберігалось на рівні  $22,85 \pm 1,87$  бали, що відповідає середньому ступеню подолання стресу та свідчить про досить велику потребу в контактах з іншими людьми, здатність до співробітництва або компромісу, прагнення до об'єднання, спільної діяльності для досягнення близьких або збіжних цілей.

Водночас зберігалася відносно середня потреба у соціальній підтримці ( $23,29 \pm 2,24$  бали), адже робота здійснюється в умовах постійної стресової ситуації на тлі обмежень, що обумовлено пандемією та нищівними військовими діями супротивника. Слід визнати, що останнім часом загострення відносин між населенням та медичними працівниками не плекає надії на підвищення соціальної підтримки.

Обережні дії, прагнення уникнути ризику невдачі, схильність до перестрашування, тривалий аналіз варіантів вирішення та можливих наслідків у сучасних умовах не мають великого значення, що підтверджується результатом у  $21,42 \pm 2,65$  бали.

Лікарі - анестезіологи виявляють невелику імпульсивність дій ( $15,71 \pm 3,84$  бали). Слід визнати, що постійна робота в умовах стресу через пандемію протягом 2-х років призвела до того, що надзначний ризик інфікування, вимоги чіткого дотримання протоколів лікування, постійне емоційне перенавантаження призвели до відносно низької схильності медиків до імпульсивних дій.

Практично такі ж показники спостерігалися й за характеристикою "уникнення" ( $15,71 \pm 2,54$  бали), що свідчить про незначність цієї стратегії у лікарів-анестезіологів.

Слід визнати, що схильність до асоціальних ( $16,86 \pm 2,98$  бали) та агресивних дій ( $16,43 \pm 2,2$  бали) перебуває на невисокому рівні, проте серед цієї групи виявлено лікаря зі значною можливістю асоціальних дій (25 балів). На честь фахівців усієї групи дослідження, це був поодинокий випадок.

Асертивна модель, яка виявляється у вмінні будувати відносини у бажаному напрямку, вмінні звернутися з проханням, передбачає наполегливість, активність, соціальну спрямованість та впевненість у собі. В дослідженій групі лікарі розділилася, по суті, на дві майже рівні половини – у однієї частки активність склала 24-26 балів, а у іншої - 14-18 балів.

#### Висновки.

1. У співробітників відділень анестезіології та інтенсивної терапії, де існує постійне стресове навантаження на тлі військових дій з активним знищенням мирного населення, зберігається потреба у соціальній підтримці, проте з урахуванням особливостей роботи, вона не така велика, як в інших верствах населення.

2. Постійний тренінг за протоколами та лекалами дій у критичних ситуаціях призвів до того, що обережність, перестрашування та уникнення у цій групі лікарів має незначний рівень.

3. Асоціальні та агресивні дії для представників цієї спеціальності не характерні.

4. Хоча вміння будувати відносини у бажаному напрямку показали середні результати, серед медичних працівників за фахом "анестезіологія та

інтенсивна терапія" чітко визначаються дві підгрупи з досить активними, або, навпаки, з пасивними особистісними схильностями.

### Список літератури

1. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. *Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ*, 2015. 324 с.
2. Likholetov Y. O. Quality of life of civilian persons with adaptation disorders who have experienced psycho-social stress under the conditions of military conflict. *Journal of Education, Health and Sport*. 2021. № 11(2). P. 156-170. eISSN 23918306. DOI <http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2021.11.02.016>
3. Перелигіна Л.А., Ситник М.Ю. Професійний стрес пожежних рятувальників і медичних працівників в екстремальних умовах діяльності. *Проблеми екстремальної та кризової психології*, 2013. № 13. С. 206 - 215.
4. Howarth C., Andreouli E., Kessi S. Social representations and the politics on participation / in P. Nesbitt-Larking et al. (eds). *The Palgrave handbook on global political psychology*. Basingstoke, United Kingdom: Palgrave Macmillan, 2014. P. 19- 38.
5. Психометричне дослідження цивільних осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту/ Юр'єва Л. М., Крячкова Л. В., Шустерман Т. Й., Ліхолетов Є. О. *Український вісник психоневрології*, 2021. т. 29. № 1 (106). С. 42-47. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is12021-8>
6. Чеканська О. А., Данчук Ю. П. Особливості копінг-поведінки особистості у стресових ситуаціях. *Теорія і практика сучасної психології*, 2019. т. 1. № 4. С. 63-67. DOI <https://doi.org/10.32840/2663-6026.2019.4-1.12>

7. Vaillant G. E. Adaptive mental mechanisms: their role in a positive psychology. *American Psychologist*, 2000. № 55(1). P. 89–98.
8. Синдром емоційного вигорання у медичній післядипломній освіті/ Єхалов В. В., Кравець О.В., Криштафор Д.А., Станін Д.М., Хоботова Н.В. *Новини медицини та фармації*, 2021. №4(751). С.13.
9. Hobfoll S. E. Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology*, 2002. № 6(4), 307-324.  
<http://doi.org/10.1037/10892680.6.4.307>
10. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса. *СПб.: Питер*, 2009. 336 с.
11. Феномен прокрастинації на етапах вищої медичної освіти/ Єхалов В.В., Кравець О.В., Бараннік С.І., Пилипенко О.В. та ін. *Новини медицини та фармації*, 2021. № 15, 16 (775, 777). С. 16-17.



