



“ Мені сняться вибухи

Стан психічного здоров'я працівників сфери охорони здоров'я в Україні

Жовтень 2024 р.



Зміст

| | |
|---|----|
| Список скорочень | 4 |
| Вступ | 5 |
| Реформа охорони здоров'я в Україні, COVID-19 і війна | 5 |
| Тривалий стрес медичних працівників як наслідок пандемії COVID-19 | 10 |
| Ціль оцінювання | 10 |
| Інструмент і методологія збору даних | 10 |
| Проблеми й недоліки оцінювання | 13 |
| Загальний огляд респондентів/учасників | 14 |
| Загальні висновки | 15 |
| Міжособистісний добробут | 18 |
| Висновки щодо робочого середовища | 22 |
| Висновки щодо здатності відчувати добробут | 25 |
| Міжособистісний добробут | 28 |
| Основні висновки та шляхи просування вперед | 30 |
| Література | 32 |
| Додаток 1. Опитування про добробут | 34 |
| Додаток 2. Запитання фокус-групових дискусій | 36 |
| Рефлексія фасилітаторів | 37 |

Список скорочень

| | |
|---------------------|--|
| COVID-19 | коронавірусна хвороба 2019 |
| ФГД | фокус-групова дискусія |
| ГЗН | гендерно зумовлене насильство |
| Медпрацівник | медичний працівник |
| МУ | медична установа |
| ВПО | внутрішньо переміщена особа |
| МФТЧХ і ЧП | Міжнародна федерація товариства Червоного Хреста і Червоного Півмісяця |
| ПІК | профілактика інфекцій та інфекційний контроль |
| МКП | Міжнародний комітет порятунку |
| ПЗ | психічне здоров'я |
| ПЗПСП | психічне здоров'я та психосоціальна підтримка |
| НСЗУ | Національна служба здоров'я України |
| ЗІЗ | засоби індивідуального захисту |
| ШВ | швидка відповідь (як у QR-кодi) |
| СРЗ | сексуальне й репродуктивне здоров'я |
| ВООЗ | Всесвітня організація охорони здоров'я |

Вступ

Реформа охорони здоров'я в Україні, COVID-19 і війна

Протягом останнього десятиліття медичні працівники (МП) в Україні зіткнулися зі значними проблемами, пов'язаними із системними змінами в секторі охорони здоров'я, реагуванням на пандемію COVID-19, а останнім часом ще й з наслідками російської агресії. Після Революції Євромайдану 2014 року український уряд запровадив низку амбітних реформ, спрямованих на підвищення рівня медичного забезпечення та боротьбу з корупцією в системі через Національну стратегію реформи охорони здоров'я на 2015–2020 роки. Ключові ініціативи передбачали створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) у 2018 році, реконфігурацію фінансування первинної медичної допомоги, підвищення заробітної плати медичних працівників і розробку електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ). Незважаючи на те, що дані реформи покликані поліпшити надання послуг, вони ставлять додаткові завдання перед медпрацівниками, вимагаючи від них адаптації до нових процедур і моделей компенсації на основі результатів. Наприклад, у межах підходу «гроші йдуть за пацієнтом» заробітна плата постачальників послуг стала прив'язаною до кількості пацієнтів, яких вони зареєстрували, тож деякі медичні працівники безпосередньо пов'язували значне збільшення своїх доходів з вищим навантаженням. Медпрацівникам довелося розбиратися з підвищеною підзвітністю, зміною фінансових структур і переходом до більш регульованої системи. Крім того, хоча первинна медична допомога поліпшилася, вторинна й третинна медична допомога залишалася недофінансованою та поза системою відшкодування НСЗУ, продовжуючи створювати проблеми для пацієнтів і медичних працівників.

У цій нещодавно розробленій системі медпрацівники опинилися в авангарді реагування України на пандемію COVID-19, піддаючи ризику своє життя, а також фізичне та психічне здоров'я. Попри їхню критично важливу роль, багато медпрацівників в Україні під час пандемії отримували заробітну плату нижче за середній рівень по країні. Медпрацівники середньої й молодшої ланки, зокрема, часто заробляли лише



мінімальну заробітну плату, що не забезпечувало їм або їхнім сім'ям гідного життя. Хоча уряд запровадив тимчасові бонуси для часткового поліпшення ситуації для деяких медпрацівників, які брали участь у реагуванні на COVID-19, ці заходи також викликали занепокоєння з приводу відсутності гарантій заробітної плати, прозорості, підзвітності та рівної оплати праці рівної вартості, що потенційно погіршує гендерний розрив у оплаті праці. Окрім фінансової боротьби, медпрацівники стикалися з нездоровими й небезпечними умовами праці, включно з недостатніми засобами індивідуального захисту (ЗІЗ), неефективними заходами з профілактики інфекцій та інфекційного контролю (ПІІК) та обмеженим доступом до послуг з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (ПЗПСП). Вони також зазнавали підвищеного навантаження та страждали через нестачу часу для відпочинку. Крім того, медпрацівники не мали належного соціального захисту, і лише невеликий відсоток з понад 60 000 випадків інфікування COVID-19 серед медпрацівників до лютого 2021 року було офіційно визнано пов'язаним з роботою, що перешкоджало їх здатності вимагати компенсації. За даними Міністерства охорони здоров'я України, станом на середину 2021 року близько 900 медпрацівників в Україні трагічно померли від COVID-19.



Конфлікт, ініційований Російською Федерацією в Україні з лютого 2022 року, призвів до серйозної гуманітарної кризи, що спричинило широкомасштабне руйнування інфраструктури, включно з медичними закладами, та обмеження доступу до основних послуг. Мільйони людей, особливо діти, зазнали травм, що впливає на їхнє здоров'я, добробут та освіту.

Система охорони здоров'я перебуває під неабияким навантаженням, бо бомбардування завдають шкоди медичним закладам і порушують роботу служб. За даними Міністерства охорони здоров'я України, з початку російського вторгнення в лютому 2022 року до вересня 2024 року через російські обстріли загинуло понад 100 медпрацівників. Загалом було пошкоджено 1673 медичних заклади, ще 223 зруйновано. До того ж було пошкоджено 226 машин швидкої допомоги, 263 знищено, а 125 захоплено. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), ці напади, особливо ті, що пов'язані з важкою зброєю, траплялися регулярно, так що зрештою кількість цих нападів стала найбільшою, зафіксованою в будь-якій гуманітарній надзвичайній ситуації у світі. Напади серйозно порушили доступ до медичних послуг, особливо для тих, хто перебуває поблизу лінії фронту, що призвело до збільшення смертності та травм серед медпрацівників і пацієнтів. Про рутинну профілактичну допомогу здебільшого забули, зате з'явилися нові потреби в охороні здоров'я, зокрема більший попит на ПЗПСП, реабілітацію та допомогу для постраждалих від гендерного насильства (ГН). Попри ці виклики, український уряд швидко перейшов до забезпечення функціонування медичних послуг, особливо первинної медичної допомоги.

Медичні працівники, виконуючи свою рутинну професійну роботу, роблять більше ніж це передбачено посадовою інструкцією, надаючи послуги з невідкладної допомоги,

підтримки стосовно сексуального, репродуктивного та психічного здоров'я з метою забезпечення безперервності надання допомоги. Однак війна зробила медпрацівників вразливою групою, з підвищеним стресом, тривалим робочим часом і нестачею основних ресурсів. Попри міжнародну фінансову підтримку, зберігається дефіцит фінансування. Медпрацівники також стикаються з «моральною травмою», оскільки ухвалюють важкі рішення про розподіл ресурсів, маючи при цьому обмежену підготовку й підтримку.

Одночасний вплив пандемії COVID-19 та війни посилив кризу психічного здоров'я як серед населення загалом, так і серед медпрацівників зокрема. За оцінками ВООЗ, в Україні майже 10 мільйонів осіб можуть страждати від розладів психічного здоров'я внаслідок війни. Наразі медпрацівники борються з посттравматичним стресовим розладом, депресією, тривогою та іншими проблемами психічного здоров'я, намагаючись задовольнити зростаючі вимоги. Хоча послуги ПЗПСП мають вирішальне значення, система охорони психічного здоров'я України обмежена лімітованим фінансуванням, нестачею робочої сили та стійкою стигмою.

Тривалий стрес медичних працівників як наслідок пандемії COVID-19

Дефіцит уважності, вигорання, тривога, депресія, позмінна робота, ненормований робочий день, а також умови високого тиску визнаються такими, що негативно впливають на психічний добробут медпрацівників. Клініцисти вразливі до психічних захворювань; однак існують обмежені рекомендації щодо того, як виявляти й підтримувати медичних працівників, які можуть постраждати від цих проблем. Попри зростаюче усвідомлення тривожності й депресії серед представників медичної професії, досі залишається бар'єр у разі звернення за лікуванням. Дослідження показують, що часові обмеження, відсутність зручного доступу, сприйнята стигма психічних захворювань і її вплив на медичне ліцензування перешкоджають належному наданню медичної допомоги представникам медичної професії. Це часто призводить до «неформальних» консультацій, самодіагностики й надання меддопомоги.



Попри те що численні дослідження та статті вивчали стан психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб (ВПО), репатріантів та інших вразливих груп, в Україні помітно бракує досліджень і науково обґрунтованих звітів, орієнтованих на психічне здоров'я працівників сфери охорони здоров'я та працівників служб екстреного реагування, як-от пожежники й рятувальники. Представники цих професій, природно, стикаються в повсякденній роботі з постійним впливом стресових ситуацій, а з продовженням конфлікту кількість надзвичайних ситуацій лише зростає. Крім того, їхні стандартні механізми подолання було порушено через обмежені засоби пересування, соціалізації та стабільності, що істотно впливає на психічне здоров'я представників цих професій. Хоча багато зацікавлених сторін визнають цю проблему, бракує конкретних, заснованих на доказах висновків і більш глибокого розуміння серйозності проблем психічного здоров'я, з якими стикаються ці фахівці.

Попри відсутність звітів про вплив надзвичайних гуманітарних ситуацій на психічне здоров'я (ПЗ) медпрацівників, існує велика кількість документів про вплив пандемії COVID-19, які можуть допомогти зробити деякі паралельні висновки.

Різні дослідження продемонстрували, що працівники сфери охорони здоров'я відчують вищий рівень стресу на роботі, ніж населення загалом, навіть за нормальних обставин. Окрім того, стрес лікарів пов'язаний з фізичними проблемами та ПЗ. Вплив пандемії COVID-19 на психічний добробут медпрацівників був глибоким, і в дослідженнях повідомлялося про низку психіатричних захворювань серед медпрацівників первинної ланки. Це переважно синдроми посттравматичного стресу, депресії та тривоги, а також значний відсоток безсоння, психологічного дистресу, obsesивно-компульсивних симптомів і соматизації. В одному дослідженні понад 70% з групи > 1200 медпрацівників повідомили про психологічний стрес із високими показниками депресії, тривоги та безсоння, причому лише про симптоми безсоння повідомили приблизно 36%



медпрацівників. В одній когорті із 4000 медпрацівників приблизні показники проблем із ПЗ становили 15% у разі депресії, 25% у разі тривоги та 30% у разі симптомів гострого стресу.

Було показано, що тривога є значущим фактором, що впливає на медсестер і персонал, які мають прямий контакт з інфікованими пацієнтами під час надання медичної допомоги. Було також виявлено, що тривалий робочий день підвищує рівень стресу серед медсестер, і приблизно дві третини медпрацівників первинної ланки повідомили про помірний або високий рівень стресу. Тягар дотримання суворих захисних заходів також виділяли як фактор, що сприяє рівню стресу, особливо серед медпрацівників, які вважали захист недостатнім; вони показували вищий рівень депресії, тривоги та гострого стресу, ніж ті, хто вважав його адекватним.

Деякі дослідження доводять шкідливий вплив пандемії COVID-19 на ПЗ медичного персоналу, але вони також показали, що медичний персонал зазвичай дуже неохоче звертається за допомогою. Також дані дослідження продемонстрували, що багатьом лікарям важко розповісти колегам або роботодавцям про проблеми з психічним здоров'ям. Крім того, є докази того, що багато лікарів неохоче повідомляють про проблеми з психічним здоров'ям навіть друзям і родині. Найчастіше згадувані причини — сприйнята стигма та очікувана шкода для майбутніх кар'єрних перспектив.

Лікарям не лише важко поділитися проблемами психічного здоров'я з колегами, але вони також часто неохоче отримують професійну допомогу. Натомість вони звертаються по допомогу до друзів і сім'ї, а не до психологічної/психіатричної консультації.

Ціль оцінювання

Мета цього оцінювання — оцінити вплив тривалого стресу, пов'язаного з конфліктом, на психічне здоров'я та добробут медичних працівників у десяти найбільш постраждалих від конфлікту¹ регіонах України. Оцінювання спрямоване на розуміння тяжкості симптомів порушення психічного здоров'я, вивчення потенційних негативних стратегій подолання, до яких уже вдаються медпрацівники, та визначення конкретних необхідних послуг ПЗПСП. Оцінювання має на меті подальше формування програми ПЗПСП Міжнародного комітету порятунку (МКП) та слугує сходинкою для глибшого розуміння та реагування на проблеми ПЗ серед медпрацівників в Україні.

Інструмент і методологія збору даних

Методологія проведення цього оцінювання полягала в зборі кількісних і якісних даних.

Інструмент кількісного збору даних (опитування КОВО), який використовували в цьому оцінюванні, мав на меті виміряти психічне здоров'я та добробут працівників сфери охорони здоров'я в десяти регіонах України, що найбільше постраждали від конфлікту, за допомогою короткого опитування із самооцінки, зосередженого на почутті добробуту, яке виникло протягом останнього місяця. Опитування було доступне для медпрацівників лише в онлайн-форматі й лише українською мовою (Додаток 1).

Опитування про добробут було розроблено для охоплення кількох сфер добробуту, щоб краще зрозуміти проблеми, з якими медпрацівники стикаються в поточному конфлікті. Загалом, опитування про добробут є одним із засобів вимірювання почуттів, пов'язаних із добробутом, з розумінням того, як цільова група відчуває та описує добробут. Перед розробкою опитування було проведено кілька візитів до певних закладів охорони здоров'я з використанням контрольного списку ВООЗ для відвідування закладів у гуманітарних умовах², щоб оцінити й зрозуміти проблеми медпрацівників у їхньому робочому середовищі.

Згодом запитання опитування було розроблено на основі показників добробуту в інструментарії моніторингу та оцінки Міжнародної федерації товариства Червоного Хреста й Червоного Півмісяця (МФТЧХ і ЧП) з урахуванням контекстуального розуміння поточного конфлікту в Україні, висновків, отриманих під час візитів до закладів охорони здоров'я, та конкретних інтересів, визначених дослідницькою групою.

Запитання було розділено на чотири розділи, кожен з яких висвітлював певний аспект добробуту:

- ▶ **Особистий добробут:** запитання, пов'язані з повсякденними суб'єктивними почуттями навколо добробуту та здатності почуватися добре, зосереджуючись на рівні стресу, позитивних почуттів і психологічних симптомів, які відчуває учасник.

1 Для цього звіту більшість регіонів, що постраждали від конфлікту, було визначено на основі близькості до лінії фронту, частоти нападів і припливу ВПО.

2 ВООЗ, Оцінка психічного здоров'я та психосоціальних потреб і ресурсів: інструментарій для гуманітарних ситуацій, 2012 р.

- ▶ **Міжособистісний добробут:** запитання, пов'язані з міжособистісними відносинами між респондентами й членами сім'ї / ширшим соціальним колом і реагуванням на страждання інших.
- ▶ **Здатність відчувати добробут:** запитання, пов'язані зі здібностями й навичками респондентів поліпшувати або добре управляти своїм добробутом, розпізнавати стрес, керувати ним і справлятися з ним, а також як і куди звертатися за психологічною допомогою, якщо треба.
- ▶ **Робоче середовище:** запитання, що стосуються переваг і проблем на робочому місці, здатності відкрито звертатися за підтримкою до керівництва й надавати належну підтримку, якщо в цьому є необхідність.

Місцева партнерська організація «Національна агенція ZDOROVІ» сприяла збору кількісних даних у період із 13 травня по 14 червня 2024 року. Завдяки вже створеній мережі ZDOROVІ звернулася до кількох медичних закладів у заздалегідь визначених постраждалих регіонах, запрошуючи й мотивуючи їхній персонал узяти участь в опитуванні. Участь була добровільною, й учасники були впевнені, що конфіденційність буде збережено.

Загалом було 35 запитань, сформульованих як позитивні твердження, як-от «Я гідний любові» та «Я здатний мати позитивні (добрі) почуття». Надані варіанти відповідей дозволили учасникам поміркувати про своє психічне здоров'я та добробут за останній місяць, із чотирма варіантами відповіді:

- ▶ Завжди
- ▶ Здебільшого
- ▶ Іноді
- ▶ Зрідка

Під час аналізу даних варіанти «Завжди» та «Здебільшого» розглядалися як такі, що вказують на вищу частоту та потенційно кращий рівень добробуту респондента. Для порівняння, варіанти «Іноді» та «Зрідка» розглядалися як менш частотний і потенційно гірший рівень добробуту. У звіті відсоток цих двох груп відповідей буде сумуватися, причому вища частота буде представлена як «позитивне подолання», а нижча частота — як «негативне подолання».

Під час збору даних було розглянуто кілька змінних, які було включено до опитування як запитання. Змінні охоплювали:

1. Розподіл за статтю (чоловіча, жіноча, інше).
2. Розподіл за віком (18–30; 31–49; 50+).
3. Роки професійного досвіду (< 5 років; 5–10; 11–19; 20+).
4. Кількість людей у команді, з якою респондент працює щодня (поодинці; від одного до двох; три або більше).
5. Одну з десяти постраждалих областей (Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Київська, Львівська, Миколаївська, Одеська, Сумська, Харківська та Херсонська).
6. Професійну діяльність респондента (лікар; медсестра; фельдшер; акушерка).

Додатково було зібрано назви медичних закладів. Вони не вважалися змінною під час аналізу даних, але використовувалися для посилання на кількість закладів охорони здоров'я, включених до оцінки.

Коли учасники перейшли до опитування, натиснувши посилання або відсканувавши QR-код, перше запитання стосувалося конфіденційності й анонімності відповідей і вказувало мету опитування. Учасники мали можливість відмовитися від участі, що також фіксувалося в межах збору даних.

Нарешті, наприкінці опитування було два додаткових запитання, які не були безпосередньо пов'язані з оцінкою добробуту. Перше запитання зафіксувало зацікавленість учасників темою та їхню готовність узяти участь у фокус-груповій дискусії (ФГД) щодо психічного здоров'я серед медичних працівників. Друге запитання: «Чи відчуваєте ви, що є інші серйозніші симптоми, про які ви хотіли б поговорити?» Учасникам надали можливість залишити свою контактну інформацію, якщо вони бажали, щоб із ними зв'язався психолог МКП.

Якісні дані було зібрано за допомогою ФГД, спільно організованих МКП та ZDOROVІ, у період з 11 по 27 вересня 2024 року. Анкету ФГД, що складається із шести основних запитань та трьох додаткових дослідницьких запитань для кожного, було розроблено на основі попередніх результатів раніше проведеного опитування (Додаток 2). Запитання ФГД було розроблено на основі результатів опитування для вимірювання специфіки проблем, з якими стикаються медпрацівники, та розуміння причин різних результатів за різними змінними. У запитаннях ФГД було висвітлено три основні теми:

- ▶ Чому медпрацівники застосовували негативні стратегії подолання наслідків;
- ▶ Які фактори робочого середовища впливають на медпрацівників;
- ▶ Які є пропозиції медпрацівників щодо поліпшення їхнього загального добробуту й робочого середовища.



Проблеми й недоліки оцінювання

Тема психічного здоров'я медичних працівників пов'язана з певною стигмою та табу, оскільки існує поширена думка, що медичні працівники не можуть хворіти або боротися з проблемами психічного здоров'я. Від них очікують, що вони будуть сильними, щоб підтримувати інших. Як згадував один лікар під час ФГД: «У нашій команді немає людей з депресією. Ми сильні духом».

Одним із ключових недоліків збору даних була відсутність зворотного зв'язку від тих, хто вирішив не брати участь в опитуванні. 18% осіб, які отримали доступ до опитування про добробут, не продовжили його після ознайомлення з метою опитування. Хоча це питання безпосередньо не розглядалося у ФГД, можна припустити, що стигма, пов'язана з психічним здоров'ям, могла сприяти подальшій неучасті в обговоренні. Ще одним недоліком був нерівномірний розподіл медпрацівників по різних областях. Харківська область була надмірно представлена: її медпрацівники становили 44% від усіх опитаних. З іншого боку, медпрацівники Одеси були недопредставлені, становлячи менше як 1% (лише дев'ять респондентів) від усіх респондентів. Як наслідок, на загальні висновки значною мірою вплинув стан добробуту медпрацівників у Харківській області.

Додатковим викликом стали строки проведення першого етапу оцінювання, який відбувся безпосередньо перед літом. У зв'язку із сезоном літніх відпусток якісний збір даних через ФГД перенесено на вересень. Крім того, протягом літа відбулися значні зміни в стресових факторах для медпрацівників, включно зі збільшенням випадків COVID-19, нападами на дитячу лікарню «Охмадит», атакою на Полтаву, яка призвела до найбільшої кількості жертв від однієї атаки, та вторгнення в Курську область Російської Федерації, яке відбулося з посиленням авіаударів по всій Україні. До того ж загальний інтерес до ФГД був нижчим, як порівняти з фазою збору кількісних даних. Імовірно, це пов'язано зі збільшенням витрат часу, необхідних для ФГД, як порівняти із заповненням опитування із самооцінки, а також із дискомфортом від відкритого обговорення особистого добробуту та психічного здоров'я перед колегами.

Нарешті, учасники згадали логістичні проблеми, які вплинули на їхнє повне залучення в процес оцінювання. Деякі респонденти зауважували, що регулярні відключення електроенергії ускладнювали доступ до опитування, відвідування онлайн ФГД або отримання консультації психолога. Через ці виклики деякі учасники висловили бажання не брати участі. Крім того, деяка контактна інформація, надана респондентами в опитуванні про добробут, була або неправильною, або недоступною. На жаль, не було вказано жодного контакту МКП, з яким вони могли б зв'язатися пізніше, якщо вони передумують і захочуть узяти участь.

Загальний огляд респондентів/учасників

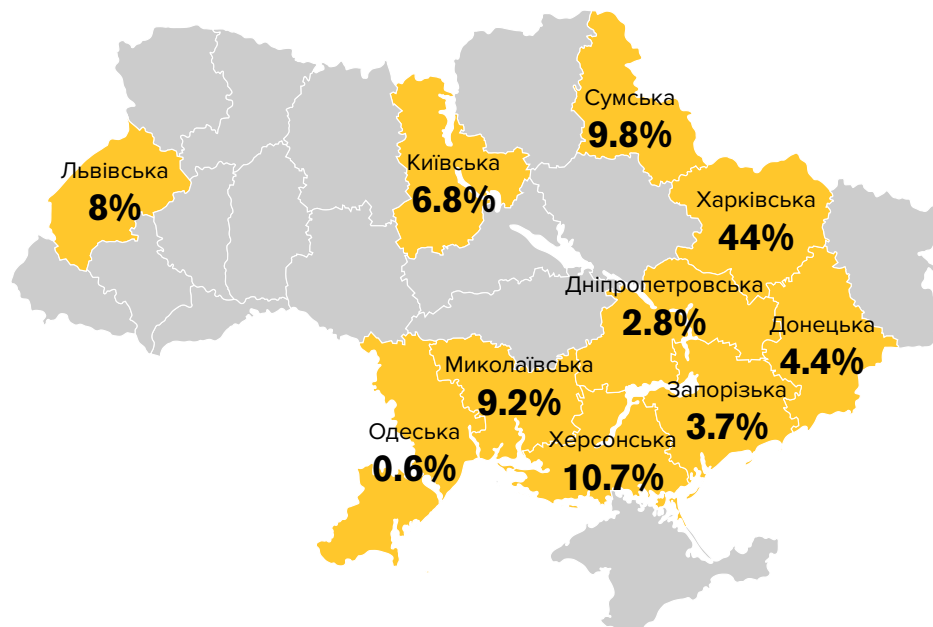
Опитування про добробут (збір кількісних даних) проводилося протягом одного місяця, з 13 травня по 14 червня 2024 року, у десяти регіонах України, які найбільше постраждали від конфлікту. 1896 осіб отримали доступ до онлайн-опитування. З них 1552 особи (82%) погодилися взяти участь в опитуванні, а решта осіб вирішили не брати участь після ознайомлення з його метою. Жодних даних про цих осіб або їхні причини не брати участі зібрано не було.

Найбільшу кількість респондентів склали медпрацівники із Харкова (44%), Херсона (10,7%), Сум (9,8%) та Миколаєва (9,2%). Респондентами були 72 заклади охорони здоров'я, з найбільшою кількістю закладів зі Львова (12), за якими йшли Харків і Київ (з обох — по 11).

Таблиця 1. Розподіл респондентів опитування про добробут за закладами охорони здоров'я та областями

| Область | К-сть закладів охорони здоров'я | К-сть респондентів | % респондентів |
|------------------|---------------------------------|--------------------|----------------|
| Харківська | 11 | 683 | 44,0% |
| Херсонська | 10 | 166 | 10,7% |
| Сумська | 6 | 152 | 9,8% |
| Миколаївська | 7 | 143 | 9,2% |
| Львівська | 12 | 124 | 8,0% |
| Київська | 11 | 106 | 6,8% |
| Донецька | 8 | 69 | 4,4% |
| Запорізька | 2 | 57 | 3,7% |
| Дніпропетровська | 4 | 43 | 2,8% |
| Одеська | 1 | 9 | 0,6% |
| Загалом | 72 | 1552 | 100% |

Мапа 1. Розподіл респондентів опитування про добробут за закладами охорони здоров'я та областями



Із загальної кількості опитаних 1299 (84%) становили жінки, 253 (16%) — чоловіки. Більшість респондентів були у віці 31–49 років (46%), за ними йшли респонденти старше 50 років (31%) та респонденти молодше 30 років (23%). Роки досвіду респондентів було розподілено так: менше як 5 років (16%), 5–10 років (13%), 11–19 років (20 %) та понад 20 років (51%). Що ж до професій, повідомляли про такі: 693 медсестри (44%), 483 лікаря (31%), 337 фельдшерів (22%) та 39 акушерок (3%). З погляду розміру команди, більшість респондентів (89%) працюють у великих командах (більше як три особи), тоді як 7% працюють у невеликих командах (2-3 особи), а 4% працюють поодиноці.

Якісні дані було зібрано за допомогою 12 ФГД, проведених протягом вересня, з яких десять було проведено особисто та дві — онлайн, за участю 72 учасників (лікарі, медсестри, фельдшери та акушерки) з п'яти регіонів України (Харківська, Сумська, Миколаївська, Львівська та Київська) (таблиця 2).

Таблиця 2. Розподіл учасників ФГД за професією та областю

| Область | Кількість МУ/ФГД | Кількість учасників | Кількість осіб |
|----------------|------------------|---------------------|--|
| Онлайн | 2 | 6 | 2 лікаря та 4 медсестри |
| Харківська | 1 | 6 | 6 лікарів |
| Миколаївська | 2 | 11 | 6 медсестер, 5 лікарів |
| м. Київ | 2 | 11 | 6 медсестер і 5 лікарів |
| Сумська | 2 | 13 | 6 фельдшерів, 7 акушерок |
| Львівська | 3 | 25 | 17 медсестер, 4 фельдшера та 4 лікаря |
| Загалом | 12 | 72 | 7 акушерок, 10 фельдшерів, 27 медсестер та 28 лікарів |

Загальні висновки

Зібрані кількісні дані було проаналізовано шляхом порівняння представлення відповідей «позитивне подолання» та «негативне подолання» серед чотирьох різних розділів запитань і всередині окремих запитань з найвищим рівнем «негативного подолання» на розділ. Деякі змінні було зіставлено, щоб краще зрозуміти потенційні відмінності між певними групами й обґрунтування висновків.

Ураховавши весь набір даних за всіма групами запитань та всіма змінними, висновки про середній рівень добробуту респондентів показують, що **1 з 5 опитаних медичних працівників (20%) вдається до «негативного подолання»**. Розбиваючи зібрані дані на чотири розділи, найвищий рівень негативного подолання пов'язаний з особистим добробутом (30%), за яким слідує робоче середовище (26%), здатність до відчуття добробуту (16%) і, нарешті, міжособистісний добробут (9%).

Таблиця 3. Розподіл відповідей про позитивне й негативне подолання за твердженням

| Розділ | Твердження | Позитивне, % | Негативне, % |
|---|---|--------------|--------------|
| Особистий добробут | Я здатний(а) мати позитивні (добрі) почуття. | 72% | 28% |
| | Я можу керувати важкими почуттями здоровим способом (не завдаючи шкоди ні собі, ні іншим). | 70% | 30% |
| | Я почуваюся бадьоро. | 55% | 45% |
| | У мене є енергія для того, що я хочу робити. | 69% | 31% |
| | Я почуваюся розслаблено. | 49% | 51% |
| | Я з оптимізмом дивлюся в майбутнє. | 54% | 46% |
| | Я мислю чітко. | 87% | 13% |
| | Я почуваюся добре стосовно себе. | 74% | 26% |
| | Я відчуваю інтерес до речей, які зазвичай приносять мені задоволення. | 83% | 17% |
| | Я вмю розпізнавати в собі ознаки серйозного стресу. | 82% | 18% |
| Міжособистісний добробут | У моєму житті є люди, які мене люблять. | 95% | 5% |
| | Є люди, які будуть поруч зі мною, якщо мені знадобиться допомога. | 92% | 8% |
| | Я гідний/а любові. | 94% | 6% |
| | Мене поважають за те, хто я є. | 89% | 11% |
| | Я вмю любити інших і піклуватися про них. | 96% | 4% |
| | Я вмю розпізнавати ознаки серйозного стресу в моїх товаришів по команді. | 87% | 13% |
| | Я знаю, як підтримувати членів команди під час стресових ситуацій. | 85% | 15% |
| Здатність до відчуття добробуту | У мене є ефективні стратегії управління стресом. | 68% | 32% |
| | Я добре розумію, з яким стресом я можу зіткнутися під час роботи в надзвичайних ситуаціях. | 79% | 21% |
| | У мене достатньо знань, щоб приймати рішення в житті. | 84% | 16% |
| | Я здатний(а) виконувати життєві обов'язки. | 96% | 4% |
| | Я вмю адаптуватися до викликів, які виникають у житті. | 89% | 11% |
| | Я почуваюся корисним(ою). | 89% | 11% |
| | Я добре даю раду проблемам. | 83% | 17% |
| | Я почуваюся впевнено. | 79% | 21% |
| | Я здатен(на) скласти власну думку про речі. | 92% | 8% |
| | Я маю право голосу в ухваленні рішень, які впливають на мене. | 87% | 13% |
| | Я можу висловити іншим те, що важливо для мене. | 85% | 15% |
| Я знаю, як отримати додаткову допомогу зі стресом, якщо вона мені потрібна. | 79% | 21% | |
| Робоче середовище | Менеджер/керівник піклується про мій добробут. | 70% | 30% |
| | Менеджер/керівник доступний, якщо мені треба поговорити з ним/нею. | 82% | 18% |
| | Менеджер/керівник зв'яжеться зі мною, якщо я опинюся в скрутному становищі. | 77% | 23% |
| | Я отримав(ла) інформацію про стрес і подолання стресу з лікарні, у якій працюю. | 78% | 22% |
| | Лікарня надає корисну підтримку працівникам первинної ланки під час виконання невідкладних робіт. | 72% | 28% |
| | Менеджер/керівник визнає мою роботу. | 79% | 21% |
| Загалом | | 80% | 20% |

Через невелику кількість респондентів чоловічої статі ми не можемо впевнено зробити висновок про рівень подолання за статтю. Однак наявні дані вказують на те, що респондентки продемонстрували вищий рівень стійкості: 19,5% повідомили про «негативне подолання» проти 21,5% серед респондентів чоловічої статі.

Подальший аналіз показує, що лікарі показали найвищий рівень «негативного подолання» (23%), за ними йдуть медсестри (20%), фельдшери (17%) та акушерки (12%).

З погляду розміру команди, ті, хто працюють поодинці, повідомили про найвищий рівень «негативного подолання» (23,5%), за якими йдуть невеликі команди (до трьох осіб) (21,5%) та більші команди (понад три особи) (19%).

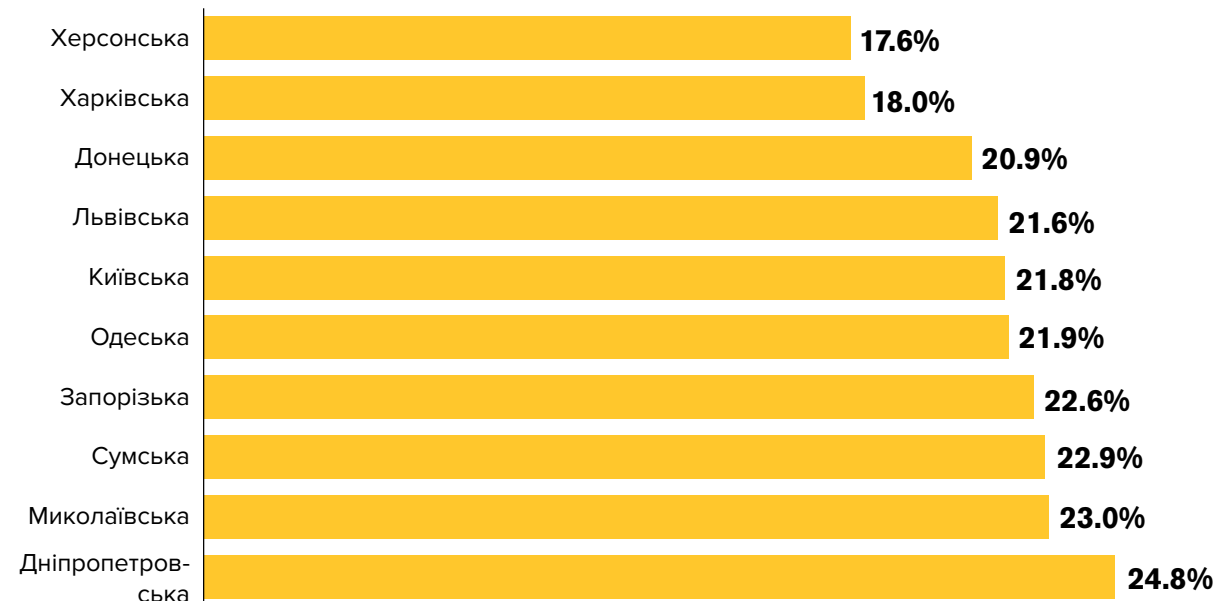
Старші й досвідченіші особи, як правило, мають кращу стійкість, ніж їхні молодші або менш досвідчені колеги:

Діаграма 1. Рівень негативного подолання за віковою групою



Нарешті, дані по оцінених областях України показують, що найвищий рівень стійкості здебільшого в районах, які зазнають обстрілів та атак:

Діаграма 2. Рівень негативного подолання на область



Виходячи із загальних даних, можна інтерпретувати, що найнижчий рівень стійкості, імовірно, серед молодих і менш досвідчених лікарів, які працюють поодинці або в невеликих групах, особливо в прифронтових областях, які наразі не окуповані російськими силами.

З усіх респондентів 63 (4%) залишили свої контактні дані для того, щоб психолог МКП зателефонував їм і докладніше обговорив серйозні психологічні симптоми, які вони відчувають. Порівняння даних цих 63 осіб із загальними даними всіх респондентів

свідчить про вищу потребу в цій послuzі серед лікарів, які працюють у невеликих колективах і мають досвід роботи понад десять років. З огляду на область, найвищий відсоток припав на Сумську область.

Загалом 282 респонденти (18%) висловили зацікавленість в участі у ФГД як наступному етапі оцінювання. Загальні якісні дані з ФГД підтвердили якісні результати опитування, заявивши, що медпрацівники надають пріоритет добробуту своїх пацієнтів і сімей над їхнім добробутом.

*Ми повинні працювати...
ми повинні допомагати постраждалим.* ”

Було підкреслено відсутність підтримки з боку керівництва робочого місця, особливо щодо підтримки після реагування на надзвичайні ситуації, наприклад групового підбиття підсумків і психологічної підтримки. З іншого боку, загальний позитивний командний дух отримав високу оцінку: учасники відзначили, що вони покладаються на допомогу членів команди в подоланні складних ситуацій.

*Колеги завжди мене заспокоюють. Тепла атмосфера в команді
допомагає мені справлятися зі стресом.* ”

Міжособистісний добробут

На думку ВООЗ, добробут — це позитивний стан, який відчувають окремі особи й суспільство. Подібно до здоров'я, він є ресурсом для повсякденного життя і визначається соціальними, економічними й екологічними умовами. Особистий добробут — це оцінка людиною власного життя, визнання того, як вона почувається і думає про себе, і визначення того, наскільки вона задоволена своїм життям. Особистий добробут є особистим аспектом якості життя й охоплює аспекти фізичного та психологічного добробуту, які принципово пов'язані.

Особистий добробут можна розбити на чотири складники: задоволеність життям, тривога, щастя та відчуття, що зроблені в житті речі варті того. Ці компоненти було визначено як комплексний показник добробуту людини.

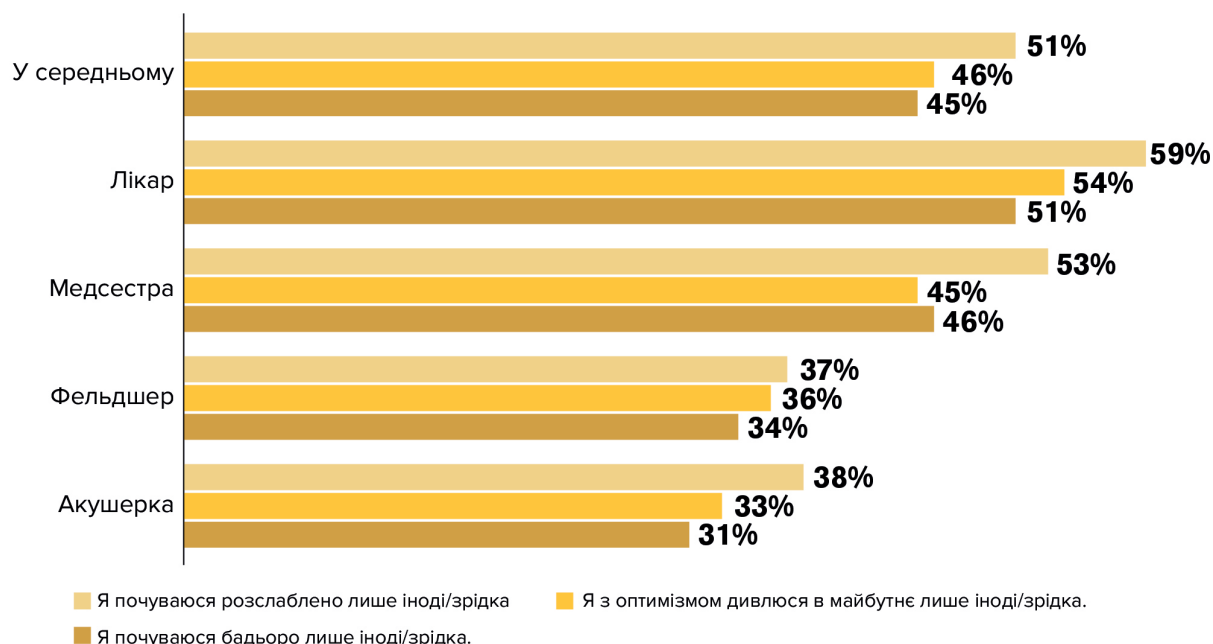
Дані опитування самооцінки добробуту показують, що найнижчий рівень подолання серед усіх респондентів пов'язаний з особистим добробутом (30% негативних механізмів подолання).

З усіх 35 тверджень в опитуванні три показали найвищий рівень «негативного подолання» серед респондентів, усі з яких належать до розділу особистого добробуту:

- ▶ «Я почуваюся розслаблено», — це висловив 51% респондентів.
- ▶ «Я з оптимізмом дивлюся в майбутнє» — 46% респондентів.
- ▶ «Я почуваюся весело», — 45% респондентів.

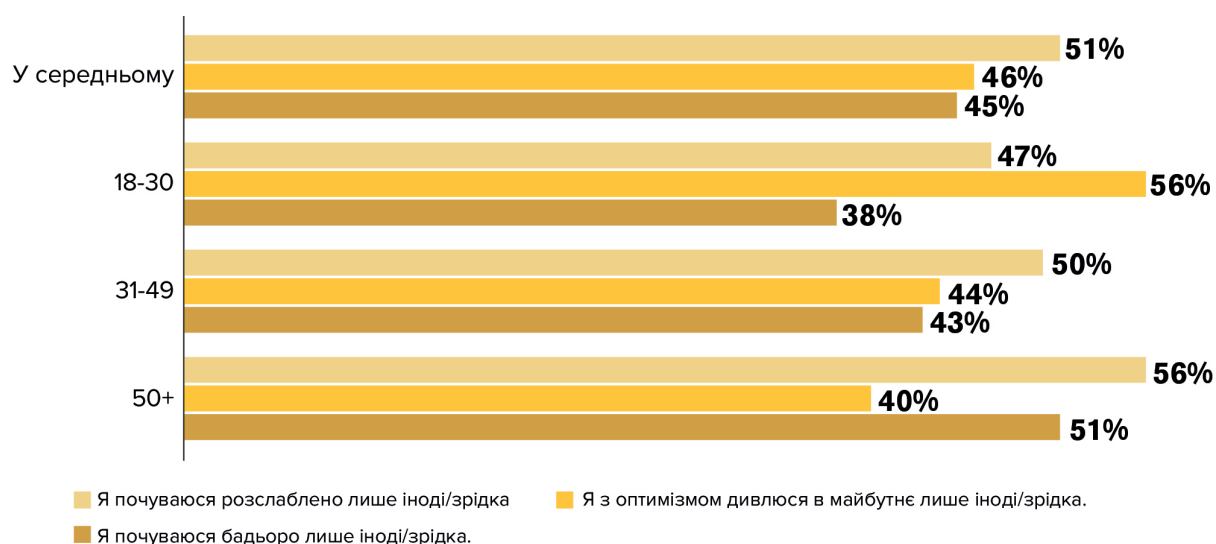
За допомогою перехресного зіставлення даних, пов'язаних із професією респондентів, помітно, що найвищий рівень негативного подолання серед лікарів за всіма трьома твердженнями, як видно з таблиці нижче:

Діаграма 3. Рівень негативного подолання за твердженням, за професією



Порівнюючи дані, пов'язані з віком респондентів, ми можемо припустити, що молодші респонденти краще справляються з відчуттям розслабленості й бадьорості, але більш негативно з оптимізмом щодо майбутнього. І навпаки, старші респонденти більш негативно ставляться до відчуття розслабленості та бадьорості, але більш оптимістично дивляться в майбутнє. Дані, пов'язані з роками досвіду, корелюють із результатами у вікових групах.

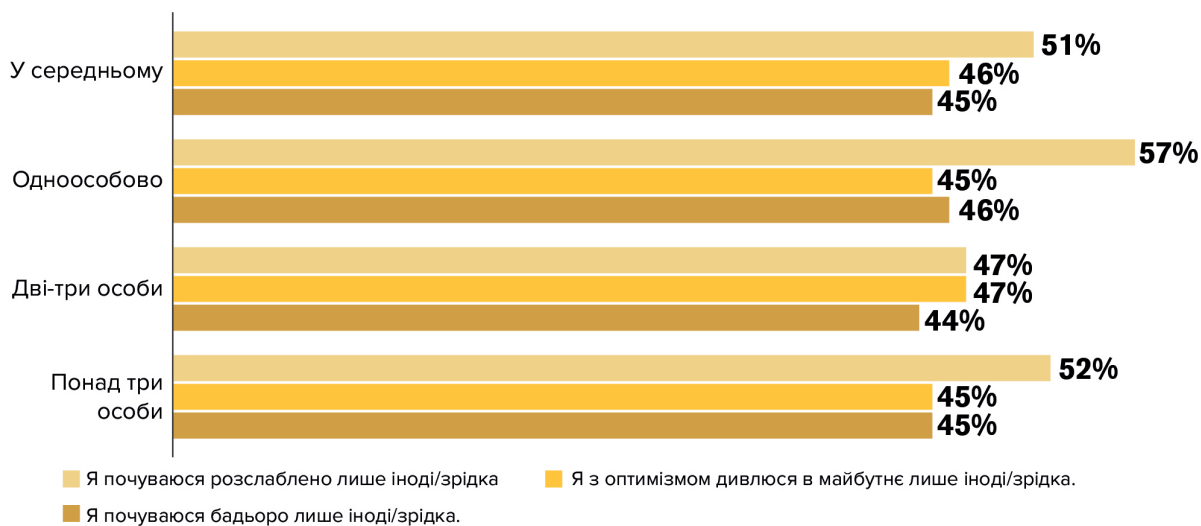
Діаграма 4. Рівень негативного подолання за твердженням, за віковими групами



Через невелику кількість респондентів чоловічої статі ми не можемо з упевненістю зробити висновок про рівень подолання за статтю, але обмежені дані показують, що в чоловіків рівень подолання нижчий, ніж у жінок, за всіма трьома твердженнями.

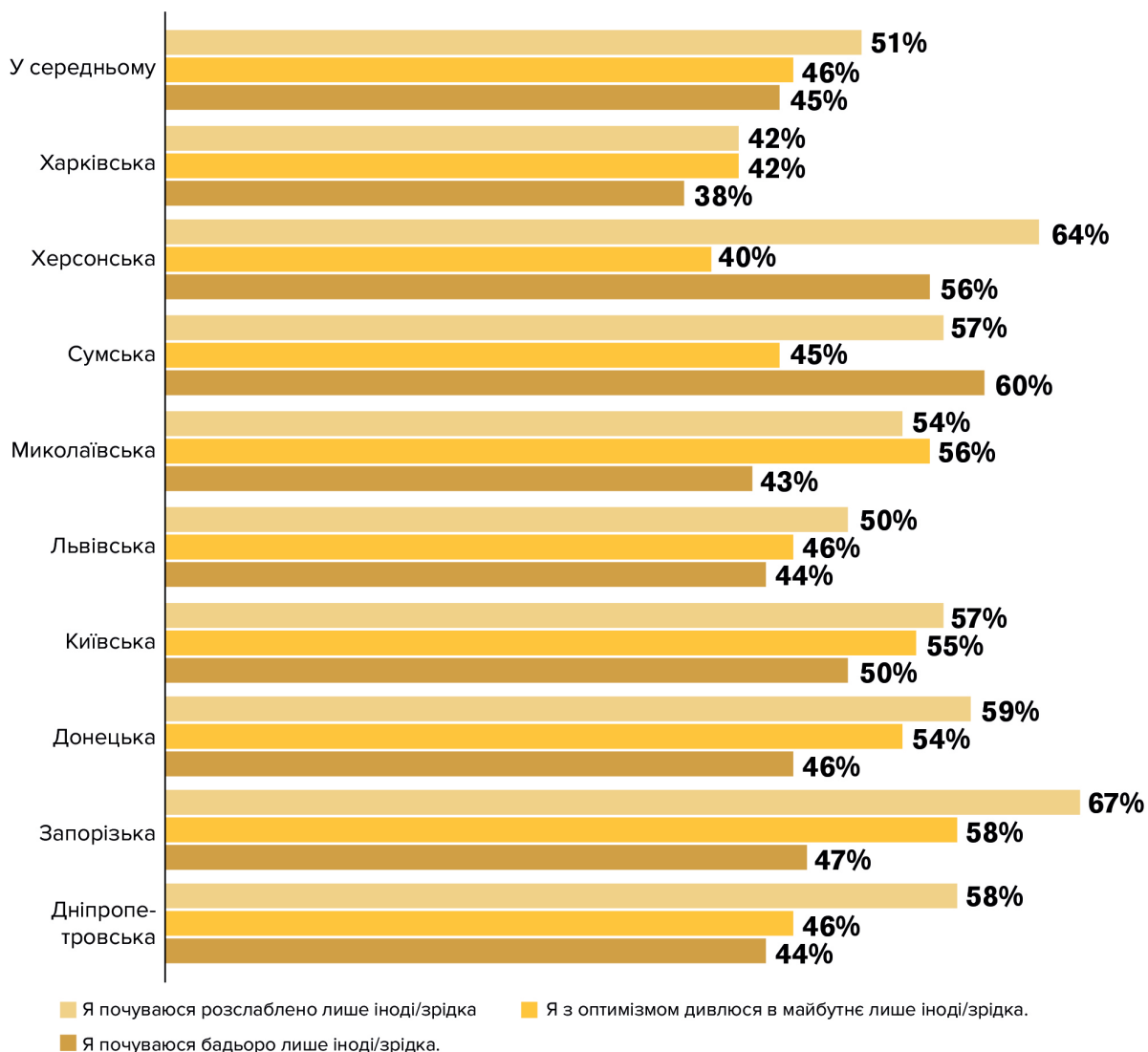
Перехресне порівняння даних, пов'язаних із кількістю людей у команді, не показує істотних відмінностей у рівні подолання, за винятком випадків, коли люди почуваються розслабленими, тоді як ті, хто працює поодиноці, долають стрес найбільш негативно.

Діаграма 5. Рівень негативного подолання за твердженням, у командах різного розміру



Нарешті, порівняння даних за областями вказує на те, що найвищі негативні рівні подолання виявлені в Запорізькій, Сумській, Київській, Херсонській і Донецькій областях. І навпаки, Харківська область демонструє найнижчі негативні рівні подолання. Одеську область, у якій було лише дев'ять респондентів, окремо не аналізували.

Діаграма 6. Рівень негативного подолання за твердженням, за областями



Крім трьох вищезгаданих тверджень, важливі висновки з розділу про особистий добробут показали таке:

- ▶ Близько 30% усіх респондентів можуть лише іноді або зрідка керувати важкими почуттями здоровими способами (не завдаючи шкоди ні собі, ні оточенню). Це очевидніше серед медичних сестер і лікарів (32%), які працюють у більшій команді, із середнім рівнем досвіду та віком (31–49 років), зокрема в деяких областях (Львівська, Херсонська та Сумська).
- ▶ Визнання серйозного стресу саме по собі є менш складним для респондентів старшого віку (17%), як порівняти з молодшими (19%), а також для лікарів (15%), як порівняти з медсестрами (20%) та фельдшерами (18%). Найнижчий рівень визнання стресу серед медпрацівників Сумської області (24%).
- ▶ Близько 65% молодих лікарів не налаштовані оптимістично щодо майбутнього.

Базуючись на аналізі цих конкретних тверджень і рівні «негативного подолання» за всіма зазначеними змінними, найбільш постраждала група, пов'язана з особистим добробутом, охоплює лікарів з більш тривалим досвідом роботи, які працюють поодиноці або у великій команді, у регіонах, що зазнають щоденних обстрілів.

Під час ФГД найбільші дискусії щодо особистого добробуту оберталися навколо щоденних стресових факторів і майбутніх перспектив.

Щодо факторів, що сприяють рівню стресу на роботі, усі учасники назвали складність роботи в лікарнях у воєнний час, а саме через велику кількість несподіваних надзвичайних ситуацій. Більшість погодилися з тим, що повітряні тривоги й вибухи поблизу є найбільш тривожними факторами, які завжди підвищують рівень стресу.

*Мені сняться вибухи... а потім я прокидаюся...
і не знаю, чи це був сон, чи справжній вибух.* ”

Усі учасники дійшли єдиної думки, що коли вибухи лунають поблизу їхнього медичного закладу, це значно посилює стрес. Вони переживають не лише за свою безпеку, а й за безпеку пацієнтів, особливо прикутих до ліжка..

Це особливо стосується пацієнтів з обмеженою рухливістю або тих, хто перебуває в критичному стані... якщо пацієнтам потрібно залишитися, ми залишаємося з ними. ”

Другою найбільшою темою дискусій були думки про майбутнє. Багато учасників ФГД висловили думку, що майбутнє невизначене.

*Майбутнє невизначене. Ми підтримуємо одне одного.
Життя продовжується.* ”

Вони згадали, що багато працівників живуть одним днем, намагаючись максимально використати те, що вони мають сьогодні, а не планувати майбутнє.

Немає думок про майбутнє. Ми намагаємося максимально використати кожен прожитий день. ”

Ілька учасників згадали, що вони хотіли б, щоб війна закінчилася, і до цього часу важко побачити світле майбутнє. Багато хто також висловив занепокоєння за дітей і їхнє майбутнє.

Ми менше турбуємося про себе й більше про своїх дітей, тому що для них немає майбутнього. ”

Висновки щодо робочого середовища

Розвиток добробуту на робочому місці та турбота про персонал мають важливе значення для підтримки загального добробуту. Для цього працівники повинні розвивати навички, які допомагають їм досягати того, що справді важливо для них. Це може охоплювати формування навичок, які допоможуть їм досягти професійних або життєвих цілей, мати унікальні цінності й підтримувати баланс між роботою та особистим життям. Організація або робоче місце також відіграють певну роль у розробці добре структурованих програм догляду за персоналом, які враховують стресові моменти на роботі й способи протидії їм.

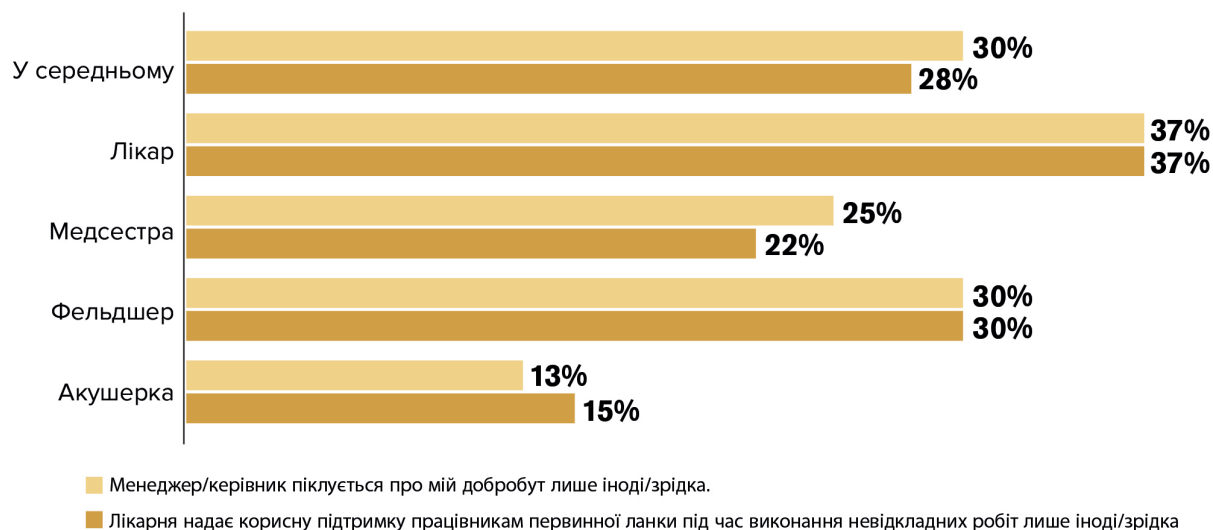
Медичні працівники є важливими працівниками первинної ланки, особливо в умовах надзвичайних ситуацій і конфліктів. Однак вони вразливі до стресу, як і представники будь-якої інших професій. Цей момент завжди ігнорується та відкидається з багатьох причин; такі ідеї, як стигма, необхідність допомагати іншим і відсутність медичних працівників, часом затьмарюють потреби в добробуті. Тому планування добробуту медичних працівників має вирішальне значення.

Другою найпоширенішою причиною «негативного подолання» серед респондентів було робоче середовище — 26%. Зокрема, було два запитання, які мали найвищий рівень негативних відповідей:

- ▶ «Менеджер/керівник піклується про мій добробут» — 30% усіх респондентів.
- ▶ «Лікарня надає корисну підтримку працівникам первинної ланки під час виконання невідкладних робіт» — 28% респондентів.

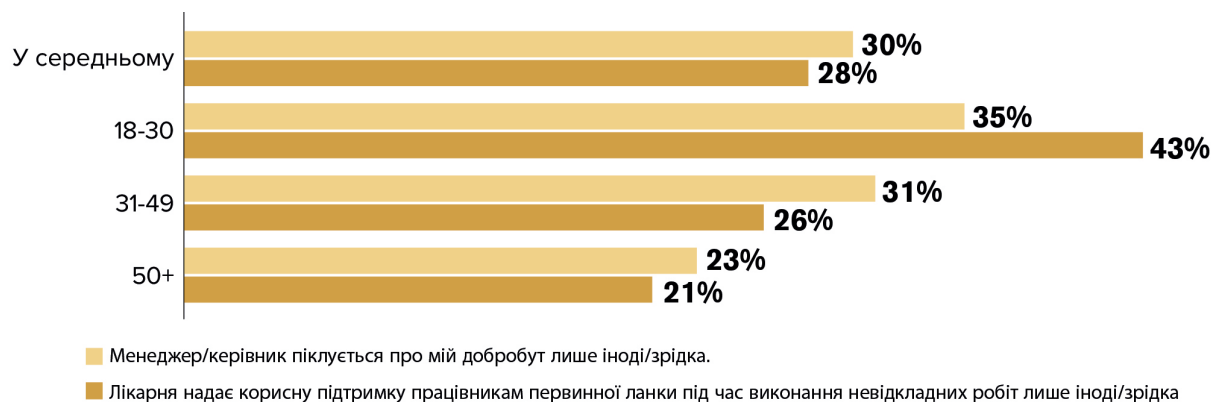
За допомогою перехресного зіставлення даних, пов'язаних із професійною діяльністю респондентів, помітно, що найвищий рівень негативного подолання спостерігається серед лікарів за обома твердженнями, як видно з таблиці нижче:

Діаграма 7. Рівень негативного подолання за твердженням, за професією



Коли йдеться про робоче середовище, шляхом перехресного зіставлення даних, пов'язаних із віком респондентів, а також роками досвіду, можна припустити, що молодші та менш досвідчені респонденти долають стрес гірше, ніж їхні старші й досвідченіші колеги:

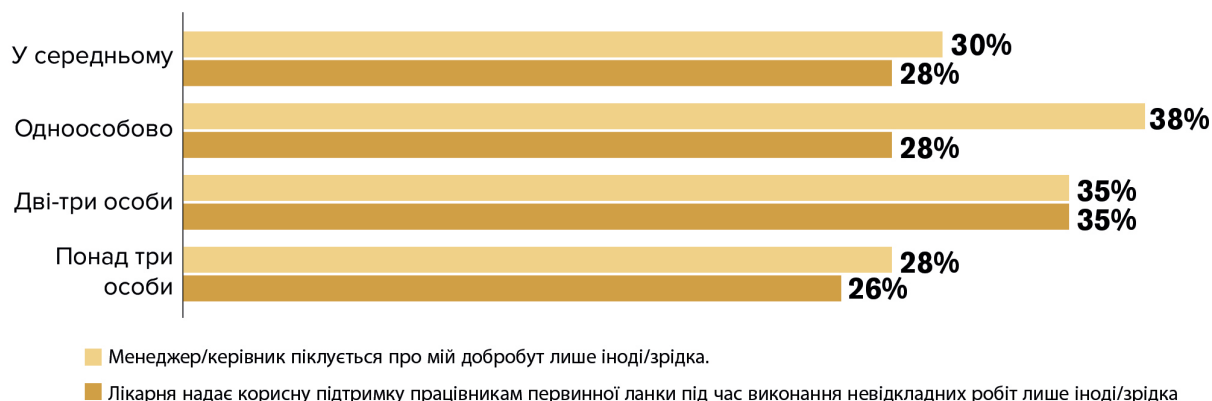
Діаграма 8. Рівень негативного подолання за твердженням, за віковими групами



Через невелику кількість респондентів чоловічої статі ми не можемо впевнено зробити висновок про рівень подолання за статтю; однак обмежені дані показують, що чоловіки справляються негативніше, ніж жінки, в обох твердженнях про робоче середовище.

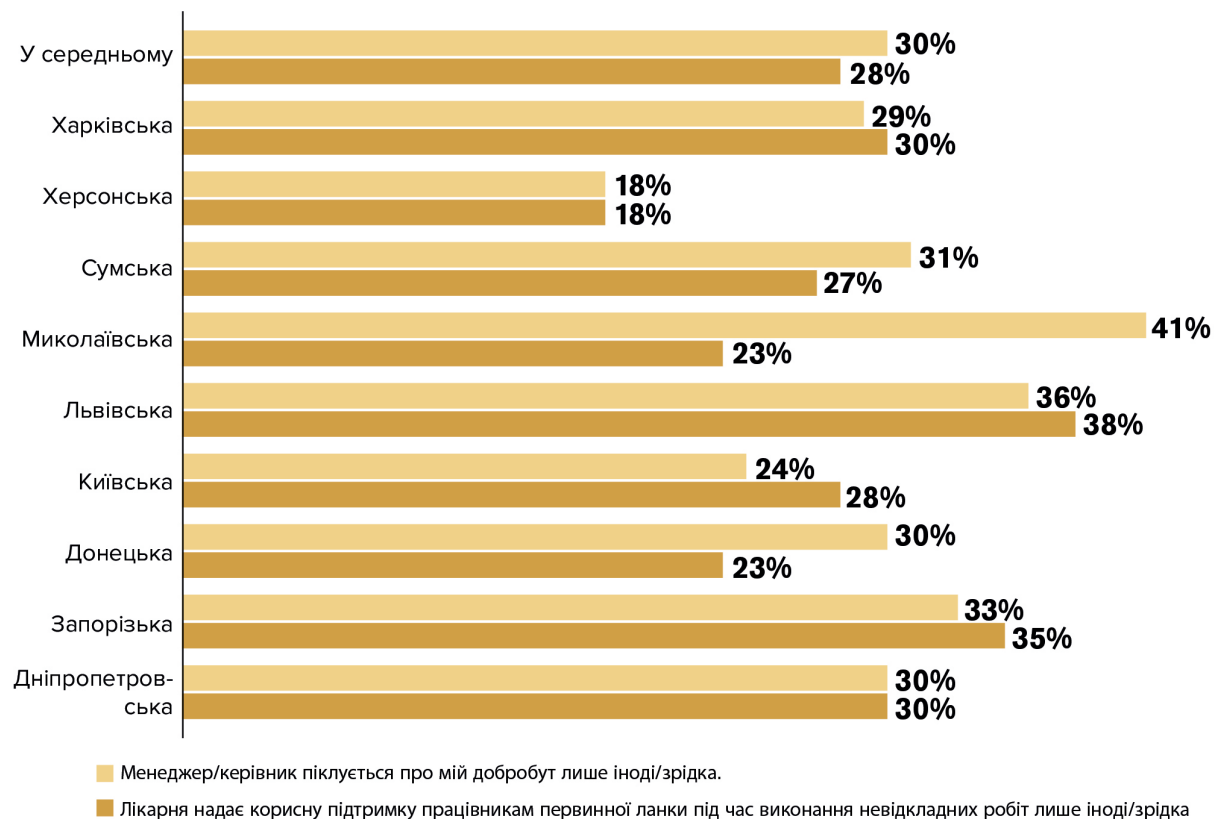
За допомогою перехресного зіставлення даних, пов'язаних із кількістю людей у команді, дані показують вищий рівень подолання на робочому місці серед більших команд:

Діаграма 9. Рівень негативного подолання за твердженням, у командах різного розміру



Нарешті, після перехресного порівняння даних, пов'язаних з областю, з якої родом респонденти, виявилось, що немає конкретних відмінностей, за винятком Запорізької, Миколаївської та Львівської областей. Зокрема, у разі Миколаївської області існує істотна невідповідність між цими двома запитаннями. Ретельніший аналіз інших змінних показує, що більшість відповідей про «негативне подолання» щодо підтримки менеджера в Миколаївській області надходить від медсестер (61%), особливо молодих і менш досвідчених.

Діаграма 10. Рівень негативного подолання за твердженням, за областями



Аналіз цих конкретних тверджень і негативного подолання всіх згаданих змінних показує, що група, яка найбільше постраждала від робочого середовища, охоплює лікарів з меншим досвідом роботи, які працюють у менших командах. Зокрема, 50% молодих лікарів заявили, що лікарня не надає їм належної підтримки, щоб упоратися з невідкладною роботою.

Під час ФГД, коли йдеться про робоче середовище, основна дискусія була пов'язана з поганими умовами праці, відсутністю належної підтримки з боку керівництва та напрочуд стійким командним духом.

Здається, існують значні відмінності в рівнях підтримки з боку керівників та адміністрації лікарні. Багато учасників згадали про отримання підтримки від своїх керівників, тоді як інші відчували, що керівництво не підтримує їх достатньо, особливо відразу після надзвичайних ситуацій. Деякі учасники відзначили наявність внутрішньої психологічної підтримки, тоді як інші не повідомили про такі послуги або заявили, що вони непотрібні.

Те, що не вбиває нас, робить нас сильнішими.



Кілька респондентів також повідомили, що вони можуть почуватися напруженими або стигматизованими, звертаючись за психологічною підтримкою всередині організації. З іншого боку, ті, хто її потребує, заявили, що до неї важко отримати доступ, здебільшого через фінансові обмеження.

Медичний персонал в Україні не може дозволити собі такі (психологічні) послуги.



Багато учасників також зазначили, що на них істотно вплинула нестача персоналу. Один учасник зазначив, що, хоча їхній керівник це не підтримав, їм було дозволено взяти відпустку, коли вони переживали сильний стрес.

Ми відчули, що нам дадуть вихідний, коли буде треба.



Висновки щодо здатності відчувати добробут

Здатність відчувати добробут — це навички та навчання, які фахівці могли отримати, щоб допомогти протидіяти наслідкам стресових інцидентів або умов навколо. Хоча це дуже суб'єктивно й деякі люди отримають користь від цих навичок, а інші — ні, це, безсумнівно, важливий захисний фактор проти тотального стресу в екстрених ситуаціях.

Здатність відчувати добробут була третьою найпоширенішою причиною «негативного подолання» серед респондентів — 16%. Зокрема, було два запитання, які мали найвищий рівень негативних відповідей:

- ▶ «У мене є ефективні стратегії управління стресом», — 32% всіх респондентів.
- ▶ «Я знаю, як отримати додаткову допомогу зі стресом, якщо вона мені потрібна», — 21% респондентів.

Перехресне порівняння даних, пов'язаних із професійною діяльністю респондентів, свідчить про те, що найвищий рівень негативної здатності відчувати добробут спостерігається серед лікарів і медсестер, як видно з таблиці нижче:

Діаграма 11. Рівень негативного подолання за твердженням, за професією



Порівнюючи дані, пов'язані з віком і роками досвіду респондентів, можна припустити, що здатність відчувати добробут зростає з віком та роками досвіду:

Діаграма 12. Рівень негативного подолання за твердженням, за віковими групами



Через невелику кількість респондентів чоловічої статі ми не можемо з упевненістю зробити висновок про рівень подолання стресу за статтю, але обмежені дані показують, що в жінок гірше розвинені стратегії подолання стресу, але вони краще обізнані про те, як звернутися за допомогою, як порівняти з респондентами чоловічої статі.

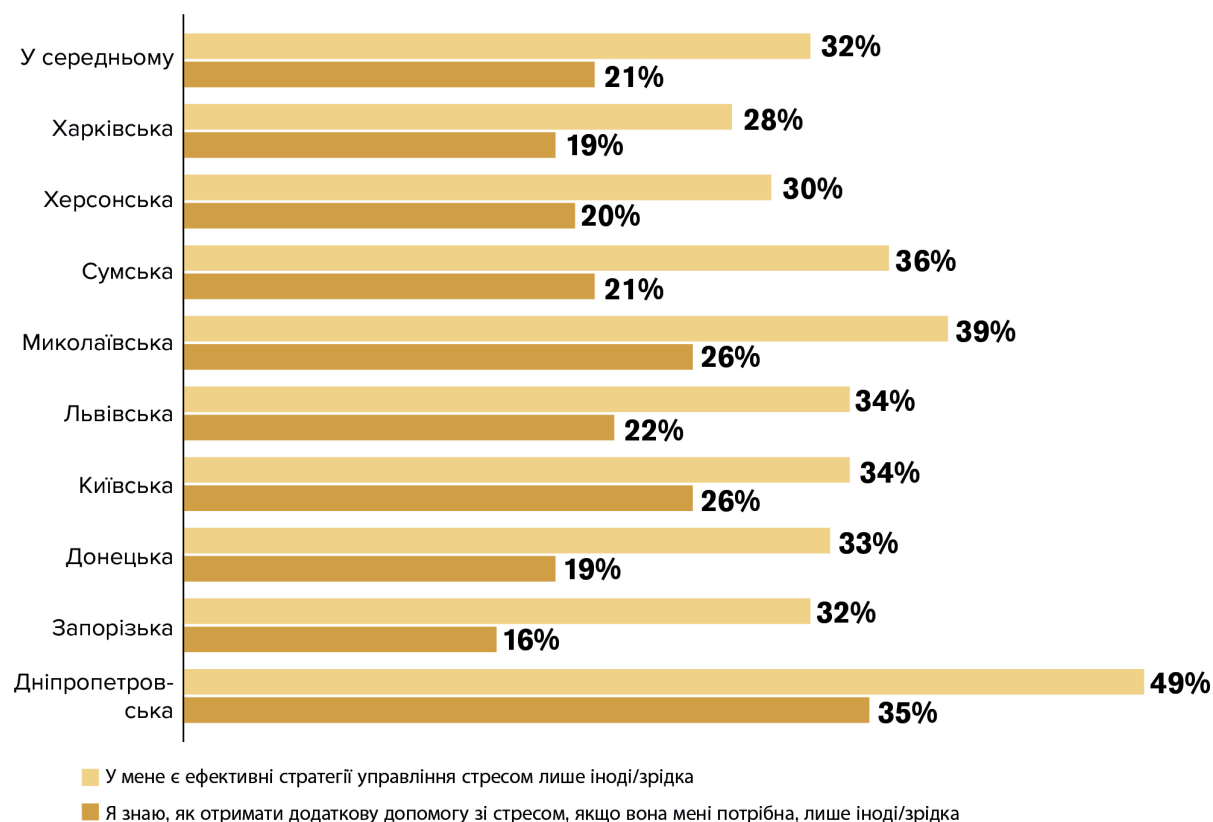
Перехресне порівняння даних, пов'язаних із кількістю людей у команді, показує схожі тенденції в обох твердженнях. Однак респонденти, які працювали поодиночці, продемонстрували нижчий рівень знань про те, як знайти допомогу, якщо вона потрібна:

Діаграма 13. Рівень негативного подолання за твердженням, у командах різного розміру



Нарешті, перехресні дані, пов'язані з областю респондентів, не мають конкретних відмінностей, за винятком Миколаївської та Дніпропетровської областей. Зокрема, 59% молодих респондентів із цих регіонів не мають ефективних стратегій подолання стресу:

Діаграма 14. Рівень негативного подолання за твердженням, за областями



Аналіз цих конкретних тверджень та негативного подолання всіх згаданих змінних показує, що група, на яку найбільше впливає здатність відчувати добробут, охоплює молодших і менш досвідчених медсестер, які працюють у меншій команді. Зокрема, 41% молодих медсестер заявили, що не мають ефективних стратегій боротьби зі стресом.

Під час ФГД основна дискусія стосувалася здатності відчувати добробут і різних стратегій подолання, які практикують медичні працівники, які не завжди є ефективними. Більшість учасників згадали про роль своїх колег у зниженні рівня стресу. Спілкування та підтримка одне одного, здавалося, були найбільш використовуваною стратегією подолання.

*Усі почувалися єдиними, перебуваючи в коридорі або притулку.
Ми дбали одне про одного, розмовляли, і така підтримка
зближувала нас.*

”

Кілька учасників згадали, що участь у розважальних заходах, як-от прогулянки, заняття спортом або проведення часу з близькими, є важливою стратегією подолання.

Випічка заспокоює мене... випікати торт — чудово.

”

Деякі вважають, що стрес впливає на їхню загальну продуктивність і що вони не завжди повністю готові якнайкраще допомогти своїм пацієнтам. Це відбувається через недостатній досвід або знання екстреної медицини та страх, що пацієнти не виживуть.

*Коли переживаю стрес, я не можу належним чином допомогти
пацієнту й відчуваю провину за це.*

”

Міжособистісний добробут

Міжособистісний добробут — це соціальні навички й відносини, які можуть допомогти людям полегшити стрес. Такі навички, як вдячність, доброта й спілкування, полегшують позитивну взаємодію з іншими, допомагаючи людям почуватися менш самотніми, злими або відстороненими. Особи з добре розвиненими навичками міжособистісного добробуту відчувають більш значущі зв'язки з іншими та мають менше негативних наслідків від стресових ситуацій.

Міжособистісний добробут є четвертою найпоширенішою причиною «негативного подолання» серед респондентів — лише 9%, що очікувано, ураховуючи, що основним обов'язком медичних працівників є надання допомоги іншим. Однак було саме два запитання, які мали найвищий рівень негативних відповідей:

- ▶ «Я знаю, як підтримувати членів команди під час стресових ситуацій», — 15% респондентів.
- ▶ «Я вмію розпізнавати ознаки серйозного стресу в моїх товаришів по команді», — 13% респондентів.

Перехресне порівняння даних, пов'язаних із професією респондентів, показує, що рівень негативного подолання однаковий за всіма змінними, як видно з таблиці нижче:

Діаграма 15. Рівень негативного подолання за твердженням, за професією



Порівнюючи дані, пов'язані з віком респондентів, а також роками досвіду, можна припустити, що молодші та менш досвідчені респонденти долають стрес гірше, ніж їхні старші й досвідченіші колеги, коли йдеться про робоче середовище:

Діаграма 16. Рівень негативного подолання за твердженням, за віковими групами



Через невелику кількість респондентів чоловічої статі ми не можемо з упевненістю зробити висновок про рівень подолання за статтю, але обмежені дані показують, що чоловіки трохи впевненіше розпізнають стрес в інших і надають підтримку, ніж респондентки.

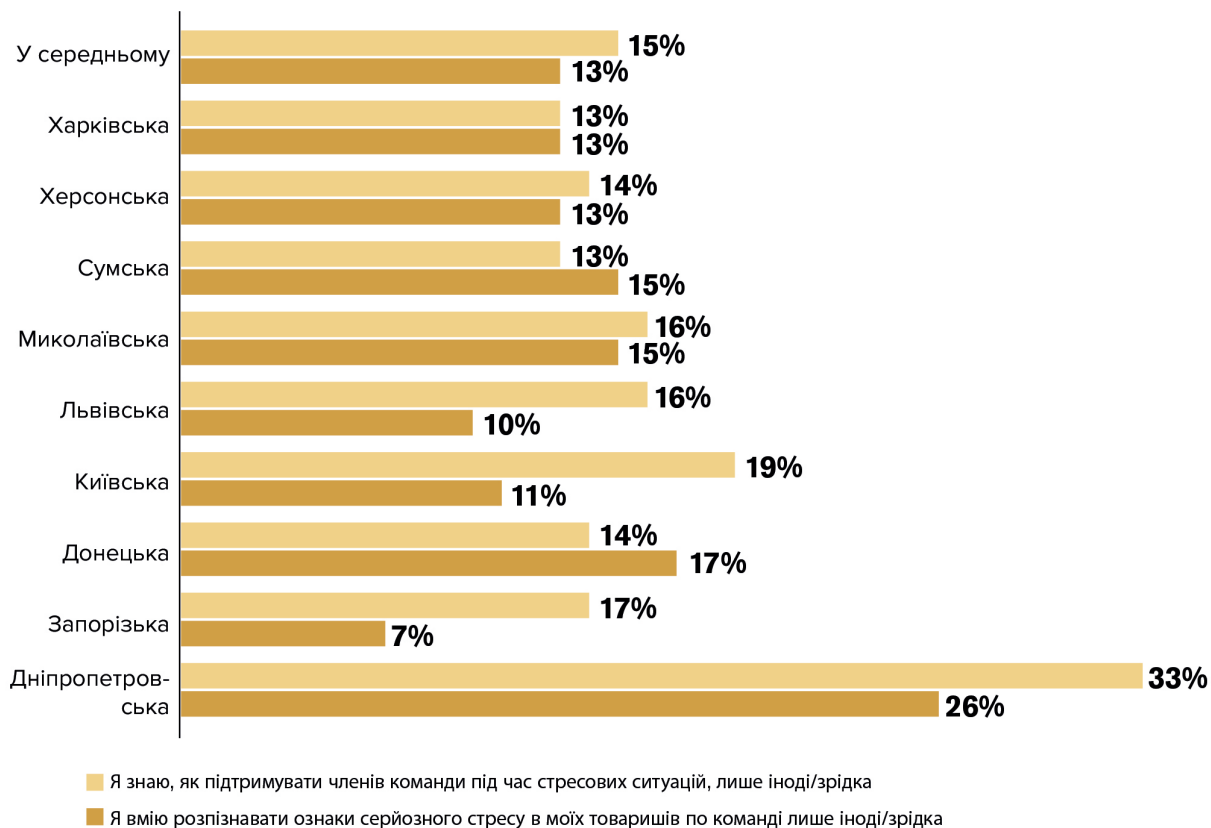
Перехресне порівняння даних, пов'язаних із кількістю людей у команді, показує схожі тенденції в обох твердженнях:

Діаграма 17. Рівень негативного подолання за твердженням, у командах різного розміру



Нарешті, перехресні дані, пов'язані з областю респондента, не мають конкретних відмінностей, за винятком Дніпропетровської області:

Діаграма 18. Рівень негативного подолання за твердженням, за областями



Аналіз цих конкретних тверджень і негативного подолання всіх згаданих змінних показує, що група, на яку найбільше впливає міжособистісний добробут, охоплює молодших і менш досвідчених медпрацівників, які працюють у меншій команді, а саме з Дніпра. Зокрема, 43% лікарів намагаються підтримувати свої команди під час стресових ситуацій.

Під час ФГД учасники згадували про виконання обов'язку допомагати іншим і ставити пріоритети інших людей вище за власні. Деякі навіть згадували, що допомога пацієнтам заспокоювала їх.

*Ти заспокоюєшся, коли даєш пацієнтам таблетки
або говориш їм добрі слова*

”

Кілька учасників згадали, що перебування далеко від дому під час повітряної тривоги негативно впливає на їхній психологічний добробут. Вони турбуються про родини, і хоча намагаються зосередитися на роботі, іноді це дуже складно.

*Страх смерті стає дедалі сильнішим...
Я завжди хвилююся за родину.*

”

Основні висновки та шляхи просування вперед

Це оцінювання проливає світло на часто недооцінювану вразливу професійну групу в конфлікті в Україні: медичних працівників. Як кількісні дані опитування про добробут, так і якісні дані ФГД підтверджують, що тривала війна істотно вплинула на психічне здоров'я медпрацівників. Особливо постраждав особистий добробут: багато хто повідомляв про підвищену тривожність, невизначеність і зниження задоволеності життям, самооцінки й оптимізму щодо майбутнього.

Однак це оцінювання також виявляє відмінності в стратегіях подолання стресу серед медпрацівників. Хоча деякі демонструють стійкість і продовжують ефективно виконувати свої обов'язки, інші борються з вигоранням і негативним поглядом на майбутнє, що може ще більше поставити під загрозу їхню здатність надавати критичну медичну допомогу. Крім того, цей ризик вигорання становить значну загрозу для спроможності загальної системи охорони здоров'я підтримувати надання якісних послуг для пацієнтів в Україні.

Доступність ПЗПСП для медпрацівників здається непослідовною, заснованою не на географії, а радше на ресурсах і можливостях конкретних закладів охорони здоров'я. У деяких випадках ПЗПСП доступна через групові заняття, тоді як в інших її не вистачає. Стигма навколо звернення за психологічною підтримкою залишається бар'єром, оскільки деякі медпрацівники неохоче отримують доступ до послуг усередині організації через різні проблеми, такі як страх здатися слабким перед колегами або страждання від професійних наслідків. Водночас багато медпрацівників висловили зацікавленість у практичному навчанні самопомоги, щоб допомогти їм упоратися з проблемами.

Важливо визнати, що підтримка колег є вирішальним ресурсом для багатьох медпрацівників. Відчуття спільного досвіду й розуміння викликів спонукало багатьох звертатися за допомогою до колег. Однак однієї неформальної підтримки може бути недостатньо, а іноді вона може призвести до додаткового стресу. Цю динаміку слід урахувати під час розроблення заходів для медпрацівників.

МКП та ZDOROVІ, як суб'єкти гуманітарної охорони здоров'я, визнають серйозний вплив конфлікту на добробут медпрацівників та нагальну необхідність розробки спеціальних програм для пом'якшення стресу й тиску, з якими вони стикаються під час роботи. Висновки цього оцінювання повинні керувати розробкою цільових втручань, включно із заходами з нарощування потенціалу, які навчають позитивним навичкам подолання стресу. Крім того, в Україні слід упровадити комплексну, контекстуальну програму догляду за персоналом. Спираючись на успішні моделі з інших подібних контекстів, така програма може захистити психічне здоров'я медпрацівників та запобігти подальшому погіршенню їхнього добробуту. Існує очевидна потреба в більш всебічному дослідженні впливу тривалого конфлікту на психічне здоров'я працівників охорони здоров'я України шляхом глибшого вивчення конкретних симптомів, негативних механізмів подолання та стигматизації щодо психічного здоров'я.

Оскільки війна в Україні триває, не маючи чіткого кінця, багато медпрацівників терміново закликають вирішити проблему їхнього психічного здоров'я, перш ніж ситуація погіршиться.

Я хочу, щоб відповідальні люди почули нашу точку зору й належним чином піклувалися про нас



Література

Enhancing Government Effectiveness and Transparency: The Fight Against Corruption, PART I CONFRONTING CORRUPTION IN SECTORS AND FUNCTIONS CHAPTER 5 PUBLIC SERVICES: LAND, PORTS, HEALTHCARE, Reforms in the Health Sector in Ukraine Revolutionizing care: Ukraine's sectoral approach to anti-corruption in health, PublicDoc WorldBank, 2020

Briefing note - IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC ON HEALTHCARE WORKERS IN UKRAINE, OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS, 2021

Strengthening Ukraine's Healthcare in the Midst of War [EN/UK], WorldBank, 2023

Patel M, Swift S, Digesu A. Mental health among clinicians: what do we know and what can we do? *Int Urogynecol J*. 2021 May;32(5):1055-1059. doi: 10.1007/s00192-021-04805-y. Epub 2021 May 3. PMID: 33938962; PMCID: PMC8091150.

Deac AA, Zaviryukha I, Zeziulin O, Peycheva A, Solórzano de Souza R, Skipper H, Abubakar A, Gustilo VB, Shenoi SV, Thornicroft G, Rozanova J. Ukrainian healthcare providers under siege during the first year of war: challenges and adaptations. *BJPsych Int*. 2024 May;21(2):35-37. doi: 10.1192/bji.2023.43. PMID: 38693956; PMCID: PMC11035963.

Aiken, LH, Clarke, SP, Sloane, DM, Sochalski, J, Silber, JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002; 288: 1987–93. [CrossRefGoogle ScholarPubMed](#)

Caplan, RP. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *BMJ* 1994; 309: 1261–3. [CrossRefGoogle ScholarPubMed](#)

Buddeberg-Fischer, B, Klaghofer, R, Stamm, M, Siegrist, J, Buddeberg, C. Work stress and reduced health in young physicians: prospective evidence from Swiss residents. *Int Arch Occup Environ Health* 2008; 82: 31–8. [CrossRefGoogle ScholarPubMed](#)

Coomber, S, Todd, C, Park, G, Baxter, P, Firth-Cozens, J, Shore, S. Stress in UK intensive care unit doctors. *Br J Anaesth* 2002; 89: 873–81. [CrossRefGoogle ScholarPubMed](#)

Kang L, Ma S, Chen M, et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain Behav Immun* 2020;87:11–17. doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.028. [Search PubMed](#)

Cabarkapa S, Nadjidai SE, Murgier J, Ng CH. The psychological impact of COVID-19 and other viral epidemics on frontline healthcare workers and ways to address it: A rapid systematic review. *Brain Behav Immun Health* 2020;8:100144. doi: 10.1016/j.bbih.2020.100144. [Search PubMed](#)

Chan AO, Huak CY. Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore. *Occup Med (London)* 2004;54(3):190–96. doi: 10.1093/occmed/kqh027. [Search PubMed](#)

Bai Y, Lin CC, Lin CY, Chen JY, Chue CM, Chou P. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatr Serv* 2004;55(9):1055–57. doi: 10.1176/appi.ps.55.9.1055. [Search PubMed](#)

Wu P, Fang Y, Guan Z, et al. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: Exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatry* 2009;54(5):302–11. doi: 10.1177/070674370905400504. Search PubMed

Mo Y, Deng L, Zhang L, et al. Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. *J Nurs Manag* 2020;28(5):1002–09. doi: 10.1111/jonm.13014. Search PubMed

Rossi R, Socci V, Pacitti F, et al. Mental health outcomes among frontline and second-line health care workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Italy. *JAMA Netw Open* 2020;3(5):e2010185. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.10185. Search PubMed

García-Fernández L, Romero-Ferreiro V, López-Roldán PD, et al. Mental health impact of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers. *Psychol Med* 2020:1–3. doi: 10.1017/S0033291720002019 Search PubMed

Liu CY, Yang Y, Zhang XM, et al. The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: A cross-sectional survey. *Epidemiol Infect* 2020;148:e98. doi: 10.1017/S0950268820001107. Search PubMed

Zhang WR, Wang K, Yin L, et al. Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychother Psychosom* 2020;89(4):242–50. doi: 10.1159/000507639. Search PubMed

Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open* 2020;3(3):e203976. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976. Search PubMed

Zhang C, Yang L, Liu S, et al. Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staff involved in the 2019 novel coronavirus disease outbreak. *Front Psychiatry* 2020;11:306. doi: 10.3389/fpsy.2020.00306. Search PubMed

Tian T, Meng F, Pan W, et al. Mental health burden of frontline health professionals treating imported patients with COVID-19 in China during the pandemic. *Psychol Med* 2020:1–2. doi: 10.1017/S0033291720002093 Search PubMed

Li G, Miao J, Wang H, et al. Psychological impact on women health workers involved in COVID-19 outbreak in Wuhan: A cross-sectional study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2020;91(8):895–97. doi: 10.1136/jnnp-2020-323134. Search PubMed

Hassan, TM, Ahmed, SO, White, AC, Galbraith, N. A postal survey of doctors' attitudes to becoming mentally ill. *Clin Med* 2009; 9: 327–32. CrossRefGoogle ScholarPubMed

White, A, Shiralkar, P, Hassan, T, Galbraith, N, Callaghan, R. Barriers to mental healthcare for psychiatrists. *Psychiatr Bull* 2006; 30: 382–4. CrossRefGoogle Scholar

Hassan, TM, Sikander, S, Mazhar, N, Munshi, T, Galbraith, N, Groll, D. Canadian psychiatrists' attitudes to becoming mentally ill. *Br J Med Pract* 2013; 6(3): a619. Google Scholar

Henderson, M, Brooks, SK, del Busso, L, Chalder, T, Harvey, SB, Hotopf, M, et al. Shame! Self-stigmatisation as an obstacle to sick doctors returning to work: a qualitative study. *BMJ Open* 2012; 2(5): e001776. CrossRefGoogle ScholarPubMed

Додаток 1. Опитування про добробут

Інформована згода:

Шановні колеги,

Наразі ми проводимо оцінювання стану психічного здоров'я медичних працівників в Україні з акцентом на найбільш постраждалих від конфлікту областях. Ці дані значно допоможуть нам зрозуміти проблеми, з якими ви стикаєтеся у своїй повсякденній роботі, і сформуєть наші майбутні ініціативи, спрямовані на підтримку вас та ваших колег.

Участь у цьому опитуванні повністю добровільна. Будь-яка надана вами інформація буде конфіденційною, і лише обмежена кількість осіб у нашій організації матиме до неї доступ. Будьте впевнені, що під час підготовки звітів ми не розголошуватимемо жодної інформації, яка могла б ідентифікувати вас особисто.

Чи готові ви взяти участь у цьому опитуванні? **ТАК/НІ**

Якщо **ТАК**, тоді:

Дякуємо за участь в опитуванні!

Відповідаючи на запитання розділу загальної інформації, укажіть, до якої групи ви належите (за віком, статтю, професією тощо)

Відповідаючи на решту запитань, будь ласка, укажіть, як часто ви почувалися так **протягом останнього місяця**.

| Анкета добробуту | | | | |
|---|---|-------|--------------|---------|
| Загальна інформація | | | | |
| Вік | 18–30 | 31–49 | 50+ | |
| Стать | Ч | Ж | Інше | |
| Професія | Лікар; Медсестра; Акушерка; Фельдшер | | | |
| З якою кількістю колег ви взаємодієте/працюєте щодня (особисто)? | Я працюю один(на); від одного до двох; три або більше | | | |
| Роки роботи в системі охорони здоров'я | < 5 | 5–10 | 11–19 | 20+ |
| Область, де ви працюєте | Випадний список областей | | | |
| Найменування закладу | [ТЕКСТ] | | | |
| Особистий добробут | Зрід-ка | Іноді | Здебіль-шого | Завж-ди |
| Я здатний(а) мати позитивні (добрі) почуття. | | | | |
| У всіх іноді бувають важкі почуття (почуття засмучення, смутку, гніву, тривоги). Я можу керувати важкими почуттями здоровим способом (не завдаючи шкоди ні собі, ні іншим). | | | | |
| Я відчуваю бадьоро. | | | | |
| У мене є енергія для того, що я хочу робити. | | | | |
| Я відчуваю розслаблено. | | | | |
| Я з оптимізмом дивлюся в майбутнє. | | | | |
| Я мислю чітко. | | | | |
| Я відчуваю добре стосовно себе. | | | | |
| Я відчуваю інтерес до речей, які зазвичай приносять мені задоволення. | | | | |
| Я вмію розпізнавати в собі ознаки серйозного стресу. | | | | |

| Міжособистісний добробут | Зрід-ка | Іноді | Здебіль-шого | Завж-ди |
|--|----------------|--------------|---------------------|----------------|
| У моєму житті є люди, які мене люблять. | | | | |
| Є люди, які будуть поруч зі мною, якщо мені знадобиться допомога. | | | | |
| Я гідний/а любові. | | | | |
| Мене поважають за те, хто я є. | | | | |
| Я вмію любити інших і піклуватися про них. | | | | |
| Я вмію розпізнавати ознаки серйозного стресу в моїх товаришів по команді. | | | | |
| Я знаю, як підтримувати членів команди під час стресових ситуацій. | | | | |
| Здатність відчувати добробут | Зрід-ка | Іноді | Здебіль-шого | Завж-ди |
| У мене є ефективні стратегії управління стресом. | | | | |
| Я добре розумію, з яким стресом я можу зіткнутися під час роботи в надзвичайних ситуаціях. | | | | |
| У мене достатньо знань, щоб приймати рішення в житті. | | | | |
| Я здатний(а) виконувати життєві обов'язки. | | | | |
| Я вмію адаптуватися до викликів, які виникають у житті. | | | | |
| Я почуваюся корисним(ою). | | | | |
| Я добре даю раду проблемам. | | | | |
| Я почуваюся впевнено. | | | | |
| Я здатен(на) скласти власну думку про речі. | | | | |
| Я маю право голосу в ухваленні рішень, які впливають на мене. | | | | |
| Я можу висловити іншим те, що важливо для мене. | | | | |
| Я знаю, як отримати додаткову допомогу зі стресом, якщо вона мені потрібна. | | | | |
| Робоче середовище | Зрід-ка | Іноді | Здебіль-шого | Завж-ди |
| Менеджер/керівник піклується про мій добробут. | | | | |
| Менеджер/керівник доступний, якщо мені треба поговорити з ним/нею. | | | | |
| Менеджер/керівник зв'яжеться зі мною, якщо я опинюся в скрутному становищі. | | | | |
| Я отримав(ла) інформацію про стрес і подолання стресу з лікарні, у якій працюю. | | | | |
| Лікарня надає корисну підтримку працівникам первинної ланки під час виконання невідкладних робіт. | | | | |
| Менеджер/керівник визнає мою роботу. | | | | |
| Додаткові запитання | | | | |
| Чи відчуваєте ви, що є інші серйозніші симптоми, про які хочете поговорити? | Так | Ні | | |
| Якщо так, будь ласка, залиште свою контактну інформацію тут: Електронна пошта та/або номер телефону | | | | |
| Чи готові ви взяти участь у фокус-груповій дискусії теми охорони ПЗ серед медпрацівників? | Так | Ні | | |
| Якщо так, будь ласка, залиште свою контактну інформацію тут: Електронна пошта та/або номер телефону | | | | |
| Чи є у вас інша інформація, яку ви хочете згадати? | | | | |

Додаток 2. Запитання фокус-групових дискусій

Фокус-групова дискусія стану психічного здоров'я медичних працівників. Запитання та пропозиції щодо дослідження.

- 1. Чи можете ви описати, як зазвичай почуваєтеся на робочому місці, коли йдеться про стрес? Які фактори сприяють відчуттю розслабленості або стресу?**
 - ▶ Чи можете ви навести конкретні приклади ситуацій, які змушують вас почуватися особливо розслабленими або напруженими?
 - ▶ Як ваша взаємодія з колегами й керівниками впливає на ваші почуття?
 - ▶ Які зміни, якщо такі є, поліпшать ваше відчуття розслабленості на роботі?
- 2. Які ваші думки й почуття щодо вашого майбутнього? Які фактори впливають на ваш світогляд?**
 - ▶ Як ваш світогляд змінився із часом, особливо з початку конфлікту?
 - ▶ Чи існують конкретні події або обставини, які сформували ваш погляд на майбутнє?
 - ▶ Що б змусило вас почуватися позитивніше щодо свого майбутнього?
- 3. Які стратегії або методи ви зараз використовуєте, щоб подолати стрес, і наскільки ефективними ви їх вважаєте?**
 - ▶ Чи можете ви описати час, коли конкретна стратегія була особливо ефективною або неефективною?
 - ▶ Які додаткові ресурси або підтримка допоможуть вам краще справлятися зі стресом?
 - ▶ Як рівень стресу впливає на ваше повсякденне життя та роботу?
- 4. Як би ви описали підтримку, яку отримуєте від свого керівника й лікарні в управлінні стресом? Чи можете навести приклади?**
 - ▶ Чи можете ви згадати випадки, коли відчували підтримку або відсутність підтримки з боку вашого керівника або лікарні?
 - ▶ Який тип підтримки, на вашу думку, відсутній або недостатній?
 - ▶ Як би ви запропонували вдосконалити систему підтримки на своєму робочому місці?
- 5. Як тривалий конфлікт вплинув на ваш психічний та емоційний добробут і які види підтримки психічного здоров'я ви вважаєте найкориснішими?**
 - ▶ Яким чином конфлікт вплинув на вашу здатність виконувати обов'язки?
 - ▶ Яким послугам з підтримки психічного здоров'я ви б віддали перевагу та як би ви хотіли, щоб їх надавали (наприклад, індивідуальне консультування, групові заняття тощо)?
 - ▶ Чи можете ви визначити будь-які бар'єри для доступу до підтримки психічного здоров'я, і як їх можна усунути?
- 6. Чи є ще щось, чим ви хотіли б поділитися стосовно свого досвіду або пропозицій щодо поліпшення підтримки психічного здоров'я для медичних працівників в Україні?**

Рефлексія фасилітаторів

Організатори розмірковують про процес роботи фокус-групи після розгляду звіту про оцінювання:

Володимир:

Я живу в Миколаєві й уже багато років спілкуюся з лікарями. Я знаю їх як стійких і витривалих професіоналів, здатних вирішувати різні проблеми та ефективно реагувати на будь-яку критичну ситуацію. З очевидних причин, протягом останніх двох із половиною років такі критичні ситуації трапляються щодня. Це оцінювання допомогло мені побачити медичних працівників як звичайних людей, які мають власні проблеми й страхи. Вони відкриваються нам, організаторам, у спосіб, до якого вони, імовірно, не вдавалися б, якби це була звичайна розмова. Я вважаю, що оцінювання й подібні заходи мають вирішальне значення для вирішення деяких проблем, з якими стикаються працівники охорони здоров'я.

Ірина:

Частина коментарів від респондентів справді запам'яталася, оскільки вони відображають реальність, у якій ми живемо. Один медик заявив, що рутинна робота підтримує його стабільним. Якщо все йтиме за планом, це діятиме на них як «заспокійлива таблетка». Серед сирен і вибухів ця рутинна заспокоює їх. Найбільше резонували слова такого змісту: „Ми тільки зараз почали жити, тому що цінуємо кожен день, хоча адаптація була важкою“. Одне могу сказати точно: я не бачила жодної людини, на чиє життя так чи інакше не вплинула б війна.

Тетяна:

Щодо того, чому медичні працівники рідко звертаються по психологічну допомогу до професіоналів, багато учасників указували на відсутність культури звернення по таку допомогу в нашому суспільстві. Існує стереотип, що проблеми з психічним здоров'ям треба вирішувати самотужки.

Віталій:

”

Мене здивували фельдшери в Сумах. Я завжди думав, що ці професіонали жорсткі, особливо в Сумах, місті, розташованому на сході, яке постійно піддається атакам. Але з першого запитання я побачив, наскільки вразливі ці люди всередині, попри те, що їм доводиться носити маску впевненості. Як вони самі сказали, незалежно від того, які емоційні потрясіння вони переживають усередині, коли вони приїжджають на місце, повне важкопоранених людей, посеред хаосу, вони повинні взяти себе в руки й виконувати свою роботу — і рятувати життя. І це звучало настільки щиро, що важко було слухати, не висловлюючи емоцій.

Коли їх запитали, що допомагає їм долати стрес, я почув різні відповіді, але одна з них вразила мене найбільше. 35-річний фельдшер сказав, що єдине, що не дає йому збожеволіти, — це його діти. Він сказав, що живе, діє й допомагає іншим заради своїх дітей.

КОНТАКНА ІНФОРМАЦІЯ

Доктор Марко Ісайлович
Координатор з питань охорони здоров'я
Marko.Isajlovic@rescue.org

Доктор Хазім Мостафа
Спеціаліст ПЗПСП
Hazim.Mostafa@rescue.org

Сердар Ярдак
Заступник директора з питань реалізації програм
Serdar.Yardak@rescue.org

Фото Тамари Кіптенко для IRC

Міжнародний комітет порятунку працює в Україні з лютого 2022 року. Разом з українськими партнерами ми прагнемо якнайкраще служити людям, які постраждали від війни. МКП працює в Одеській, Миколаївській, Харківській, Дніпровській, Херсонській, Запорізькій і Донецькій областях, підтримуючи громади у великих містах та важкодоступних сільських районах ближче до лінії фронту.

Разом з нашими місцевими партнерами ми розподіляємо основні предмети першої необхідності, надаємо грошову допомогу нужденним сім'ям і забезпечуємо захист дітей, вразливих груп та людей з особливими потребами. Наша діяльність у сфері охорони здоров'я охоплює надання базової медичної допомоги людям у віддалених районах, психологічну та психічну допомогу, а також реабілітацію й поповнення запасів місцевих лікарень і медичних закладів.

МКП продовжує свої зусилля в Європі та США, щоб відповідати зростальному масштабу потреб українців. У нас запущено програму надзвичайних заходів у Польщі, а також ми підтримуємо українських біженців у Румунії, Угорщині, Словаччині, Чехії, Болгарії, Німеччині, Італії, Греції та Великій Британії.

ZDOROVІ є рушійною силою змін у секторі охорони здоров'я, присвячених побудові Нової медицини для всіх українців, — високоякісної, доказової, доступної, ефективної та сучасної, одночасно підтримуючи найвищі стандарти поваги, емпатії та культурної чутливості.

Команда ZDOROVІ прагне забезпечити медичних працівників усім необхідним, щоб зосередитися виключно на своїй первинній місії — догляді за пацієнтами. Робота організації охоплює гуманітарну допомогу, професійну підготовку, реформи охорони здоров'я, адвокацію системних змін, підтримку психічного здоров'я та розвиток професійних навичок.

З початку повномасштабної війни ZDOROVІ надала гуманітарну допомогу й закупила необхідні матеріали для 899 медичних закладів у 24 областях України. Вона також співпрацює із 65 міжнародними організаціями для реалізації проєктів, які зміцнюють систему охорони здоров'я.