

УДК 159.9.072:614.006/8-052

DOI: 10.22141/2224-0586.8.95.2018.155156

Назаренко І.І.¹, Печиборщ В.П.¹, Іванов В.І.¹, Мазуренко О.В.²¹ ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна² Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Визначення психологічної підготовленості медичних працівників мобільного госпіталю медицини катастроф до дії надзвичайної ситуації

Резюме. *Мета:* визначити психологічний стан та оцінити професійну адаптацію фахівців бригади постійної готовності служби медицини катастроф в умовах роботи в зоні надзвичайної ситуації (НС). *Матеріали та методи.* На основі методу описової статистики анкетування 51 медичного працівника спеціалізованої бригади постійної готовності служби медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України, які брали участь у роботі мобільного госпіталю в міжнародній місії — подоланні наслідків землетрусу в Ісламській Республіці Пакистан (2005 р.), проведено ретроспективний аналіз анкетних даних оцінки впливу стрес-факторів на психологічний стан фахівців до та після участі в ліквідації наслідків НС. *Результати.* За результатами анкетних даних опитування медичних працівників встановлено, що при виконанні професійних обов'язків більшість респондентів (від 75 %) розраховувала на власний досвід та професіоналізм та за своєю реакцією мала мобілізаційний психотип та інтернальний локус контролю; залежно від умов оточуючого середовища рівень власної безпеки був оцінений кожним спеціалістом індивідуально — 66,7 % у жінок та 89,7 % у чоловіків і залежав від особистого досвіду та сприйняття подій, що відбувалися; успішність виконання професійних обов'язків залежно від стійкості індивідуальних і групових установок та необхідності групової взаємодії в умовах НС підтвердили 91,6 % жінок та 94,8 % чоловіків, але наприкінці роботи мобільного госпіталю емоційний негативний стрес частіше впливав на активізацію психологічних процесів і провокував виникнення конфліктних ситуацій у 75 % жінок та 94,8 % чоловіків; після участі в роботі госпіталю в зоні НС втому відчували майже всі співробітники мобільного госпіталю — 91,7 % жінок та 89,7 % чоловіків, сум — 50 % жінок та 66,7 % чоловіків, беззахисність — 41,7 % жінок та 20,5 % чоловіків, тривогу відмічали 100 % жінок та 74,4 % чоловіків, нічні страхіття були зафіксовані в 41,7 % жінок та 18 % чоловіків, відчуття депресії «періодично» відмічали 58,3 % жінок та 25,6 % чоловіків й «завжди» — 16,6 % жінок та 12,8 % чоловіків. *Висновки.* В умовах НС природного характеру в багато разів зростають навантаження на психіку людини, змінюються її емоційні та поведінкові реакції, що загалом призводить до виникнення порушень психічного здоров'я, а також до зниження рівня функціонально-соматичних резервів організму. Системна діагностика та оцінка впливу стрес-факторів внаслідок НС на психологічний стан та професійну адаптацію фахівців мобільного госпіталю вказують на те, що в медичних працівників відмічається виражена емоційна напруженість та наявність факторів дезадаптації.

Ключові слова: надзвичайна ситуація; психологічний стан; екстрена психологічна допомога; Державна служба медицини катастроф

© «Медицина невідкладних станів» / «Медицина неотложных состояний» / «Emergency Medicine» («Medicina неотложных состояний»), 2018

© Видавець Заславський О.Ю. / Издатель Заславский А.Ю. / Publisher Zaslavsky O.Yu., 2018

Для кореспонденції: Іванов Володимир Ігорович, ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», вул. Братиславська, 3, м. Київ, 02166, Україна; e-mail: sstvova@ukr.net

For correspondence: Volodymyr Ivanov, State Institution "Ukrainian Scientific and Practical Center of Emergency Medical Care and Disaster Medicine of the Ministry of Health of Ukraine", Bratislavskaya st., 3, Kyiv, 02166, Ukraine; e-mail: sstvova@ukr.net

Вступ

У світі стаються різні трагічні події, що стали частиною нашого повсякденного життя та іноді мають масово травматичний характер: природні катастрофи та стихійні лиха, техногенні аварії, пожежі, війни та міжособистісне насильство й інше. У доповіді ООН про стихійні лиха за 2015–2016 рр. йдеться про те, що природні катаклізми за останні 10 років відбувалися практично щодня — приблизно у 2 рази частіше, ніж 20 років тому. У 2015 році вперше було зафіксовано більше 1000 випадків природних лих та жертвами природних катастроф стали 23 000 осіб, що втричі перевищує кількість жертв від природних лих у 2014 році [19]. У 2017 році Землю сколихнула низка руйнівних землетрусів, ураганів та зсувів, що стали причиною загибелі 9503 осіб (землетрус в Італії, лісові пожежі в Канаді, повінь в Азії, виверження вулкана Агунга в Індонезії, ураган «Харві» в Луїзіані штату Техас, ураган «Ірма» в штаті Флорида у США, землетрус у Мексиці та на кордоні Ірану та Іраку). Загалом природні катастрофи 2017 року обійшлися людству в 314 мільярдів доларів [27].

Негативний вплив на психіку людини спричиняють погіршення екологічної ситуації, збільшення кількості соціально зумовлених стресогенних чинників, а також зростання й розширення масштабів НС, які мають серйозні віддалені медико-соціальні наслідки [11, 26]. Тривала дія комплексу шкідливих чинників призводить до погіршення функціонального стану і працездатності, розвитку преморбідного стану та патології [13, 14].

Велику кількість психотравмуючих подій зафіксовано в історії України останнім століттям: масові репресії (кінець 1920–1930 років), Голодомор (1932–1933 рр.), Велика Вітчизняна війна (1941–1945 рр.), Чорнобильська катастрофа (1986 р.), Революція Гідності (2013–2014 рр.), антитерористична операція в східних регіонах держави (2014–2018 рр.). Такі події тією чи іншою мірою впливають на кожну людину, але можливі негативні реакції та емоції в неї можуть бути різними завдяки індивідуальним психофізіологічним особливостям, рівню її психологічного захисту і можливостям, що допомагають впоратися з життєвими проблемами [28]. Так, лише 25 % особистостей зберігають самовладання в екстремальній ситуації, правильно оцінюють ситуацію, діють чітко і рішуче, відповідно до обставин (Туhurst J., 1951) [3]. Психогенні розлади при військових діях, соціальних заворушеннях, стихійних лихах, масових катастрофах посідають особливе місце у зв'язку з тим, що можуть одночасно виникати у великій кількості осіб [30]. Цим визначається необхідність швидкого встановлення психологічного стану постраждалого, прогнозу розладів, які виявляються, а також у конкретних екстремальних умовах проведення всіх можливих психологічно-лікувальних заходів [4, 20]. У Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) реакції на НС визначаються за діагностичною рубрикою Z65.5, а саме як

переживання стихійного лиха, бойових дій та інших подібних обставин [11].

В умовах НС нервово-психічні порушення проявляються в широкому діапазоні: від стану дезадаптації і невротичних реакцій до реактивних психозів. Їх тяжкість залежить від багатьох факторів: віку, статі, рівня попередньої соціальної адаптації, індивідуальних характерологічних особливостей, додаткових обтяжливих факторів на момент катастрофи. Характер психічного реагування населення на НС та особливості психопатології мають залежність від інтенсивності та тривалості впливу, широти ділянки ураження, щільності населення, готовності окремих індивідів до діяльності в екстремальних умовах, узгодженості проведення рятувальних робіт та вчасного надання медичної допомоги [1, 31].

В Україні спеціальну медичну службу, основним завданням якої є реагування на НС й участь у ліквідації їх медико-санітарних наслідків, створено за Постановою Кабінету Міністрів України від 14.04.1997 р. № 343 «Про утворення Державної служби медицини катастроф» (ДСМК) [24, 25]. ДСМК України має свої власні сили і засоби, визначені відповідними нормативними актами, до складу яких входять спеціалізовані бригади постійної готовності служби медицини катастроф першої та другої черги (СБПГСМК), а також персонал стаціонарних медичних закладів, включених до складу ДСМК [8]. Основним нормативно-правовим актом ДСМК є «Кодекс цивільного захисту», де визначається надання постраждалим внаслідок НС безплатної медичної допомоги, тобто на ДСМК покладено вирішення в повному обсязі всіх медичних аспектів функціонування державної системи запобігання і реагування на аварії, катастрофи та інші НС [7].

Особовий склад державних аварійно-рятувальних формувань для надання допомоги при НС, до складу яких входить служба МК України, повинен мати відповідний рівень підготовки, до переліку якої має входити підготовка з надання екстреної психологічної допомоги [6, 15]. Рівень підготовки визначається Міністерством охорони здоров'я України (МОЗ України) і має бути засвідченим сертифікатом, який підтверджує здатність виконання роботи спеціалістом в екстремальних умовах за станом здоров'я [5, 8].

Під час катастрофи та безпосередньо після неї основною організаційною ланкою медичної, в тому числі психіатричної та психологічної, допомоги є спеціалісти екстреної (швидкої) медичної допомоги та медицини катастроф, а також закладів охорони здоров'я, які залишились неушкодженими в зоні лиха. Головною задачею лікарів швидкої медичної допомоги та СБПГСМК повинна стати оцінка виражених гострих випадків психічної патології із ціллю надання першої психологічної медичної допомоги та ізоляції хворих із деструктивними формами поведінки для досягнення безпеки самого постраждалого з гострим стресовим розладом та оточуючих його людей [8].

Практика медицини катастроф засвідчує, що екстрена психологічна допомога надається за потреби в період роботи з постраждалими та насамперед повинна надаватися особам у гострому стресовому стані (або ГСР — гострий стресовий розлад). Цей стан становить собою переживання емоційної та розумової дезорганізації. В МКХ-10 психогенні патологічні реакції діагностуються в межах рубрики F43.0 (гостра реакція на стрес, посттравматичний стресовий розлад, розлади адаптації) [12]. У формуванні симптоматики психопатології можна виділити основні періоди, під час яких спостерігаються різні психічні порушення:

1. Гострий (ізоляційний) період — перші хвилини та години після катастрофи.
2. Підгострий період — 10–12 днів після завершення катастрофи.
3. Період віддалених наслідків — період від декількох місяців та років після катастрофи.

В гострий (ізоляційний) період у невеликій кількості осіб, які перебувають в епіцентрі катастрофи, можуть виникнути дезадаптивні реакції, гострі реакції на стрес та зазначені види психотичних станів: афективно-шокова реакція, психогенний ступор, психомоторне збудження, реактивна сплутаність, істеричний психоз.

Протягом підгострого періоду, що починається з моменту організації рятувальних робіт та продовжується до моменту евакуації потерпілих у найбільш безпечні зони, у більшості осіб, які перенесли катастрофу, відзначається зниження інтенсивності тривожно-фобічних реакцій, що сприяє їх соціальній адаптації. Але в частини постраждалих відбувається трансформація тривожно-фобічних реакцій у ряд інших невротичних станів, які зазвичай оцінюються як невротичні реакції: гіпоманіакальні, obsесивно-фобічні, істеричні, астеничні, депресивні, іпохондричні. Особливістю тактики психіатричної допомоги під час цього періоду є госпіталізація постраждалих у психіатричний заклад та відповідне спеціалізоване лікування. В лікуванні таких пацієнтів використовують методи психотерапії (найбільш ефективним зарекомендував себе метод когнітивної психотерапії), медичні препарати: транквілізатори, антидепресанти з універсальною заспокійливою дією. Також проводиться активне виявлення осіб із психічною патологією в лікувально-профілактичних закладах як безпосередньо в районі катастрофи, так і в прилеглих медичних установах та місцях евакуації постраждалих внаслідок НС.

Психологічна допомога в підгострий період надається покровоко і триває більш тривалий період.

В період віддалених наслідків, що починається після надання екстреної психологічної допомоги та евакуації потерпілих до безпечних районів і може продовжуватися декілька місяців, подальша динаміка стану постраждалих багато в чому визначається здатністю даного контингенту адаптуватися до змін умов існування.

Головне завдання госпітального етапу — формування адекватної психологічної реакції на тимчасовий стан та віра в перемогу над хворобою. Важливе місце в системі реабілітації посідають психологічні методи та методики, особливо коли в процес реабілітації активно включається не тільки пацієнт, а й близькі йому люди.

Завершальний етап роботи — формування в постраждалих психічної адаптації та запобігання розвитку дезадаптивних (деструктивних) форм поведінки. Психічна адаптація розглядається як процес установлення оптимальної відповідності особистості та довкілля, що дозволяє індивіду задовольняти актуальні потреби та реалізовувати пов'язані з ними поставлені цілі [23].

На всіх етапах розвитку ситуації психологічна та психіатрична допомога повинні бути тісно пов'язані з екстреною медичною допомогою, забезпечувати безперервність профілактичних, лікувальних та реабілітаційних заходів [9, 13, 22].

Дуже важливо, щоб співробітники аварійно-рятувальних служб, СБПГСМК уявляли собі порядок та організацію роботи з надання психологічної допомоги на місці виникнення надзвичайної ситуації, підготовку до якої проводять на базі Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України» у відділі підготовки інструкторів, де навчають методам надання домедичної допомоги в умовах НС, згідно з Наказом МОЗ України від 29.03.2017 р. № 346 «Про удосконалення підготовки з надання домедичної допомоги осіб, які не мають медичної освіти» [16].

Практика участі СБПГСМК центрального рівня в ліквідації наслідків НС, що траплялись в Україні і за її межами (повені у Закарпатті, вибухи боеприпасів поблизу с. Новобогданівка Запорізької області, ліквідація наслідків хімічної катастрофи в с. Ожидів Львівської області; участь у міжнародних місіях: у Республіці Туреччина (1999 р.), Республіці Індія (2001 р.), Ісламській Республіці Іран (2003 р.), Ісламській Республіці Пакистан (2005 р.) та ліквідація наслідків НС у Республіці Лівія (2011 р.), свідчить про те, що всі вони призводять до виникнення порушень психічного здоров'я стресорного характеру, а саме до гострих реакцій на стрес (за МКХ-10 — F43.0), виникнення посттравматичного стресового розладу (F43.1), розладів адаптації (F43.2) або хронічних змін особистості внаслідок перенесеної катастрофи (F62.0), а також до загострення вже існуючих розладів психіки і поведінки постраждалих [10, 29, 32, 33] (табл. 1).

Під вплив стресорів НС також потрапляють СБПГСМК, робота яких пронизана безліччю стресогенних факторів і пов'язана з тривалими фізичними та нервово-психічними перевантаженнями, що висуває високі вимоги до особистісних якостей працівників, рівня професіоналізму, здатності легко адаптуватися й адекватно реагувати на обставини, що часом дуже небезпечні [2, 10, 30]. Тому при

Таблиця 1. Показники роботи госпіталю (1999–2005 рр.)

Країна	Кількість хворих та постраждалих	Кількість медперсоналу
Турецька Республіка	5432	40
Республіка Індія	5558	44
Ісламська Республіка Іран	7304	49
Ісламська Республіка Пакистан	10 758	51
Всього	29 052	184

проведенні аварійно-рятувальних робіт особливу увагу потрібно приділяти психологічному стану не тільки постраждалих, але й медичних працівників, які задіяні в ліквідації наслідків катастроф [6, 17, 18, 21].

Мета роботи: з огляду на зазначену актуальність проблеми, а також незначну кількість робіт у даній галузі ми ставимо за мету в даній статті визначити психологічний стан та оцінити професійну адаптацію фахівців бригади постійної готовності служби медицини катастроф в умовах роботи в зоні надзвичайної ситуації.

Матеріали та методи

На основі методу дескриптивної статистики анкетування співробітників СБПГСМК, які брали участь у міжнародній місії — подоланні наслідків землетрусу в Ісламській Республіці Пакистан (2005 р.), проведено ретроспективний аналіз отриманих даних. Для визначення психологічного стану та оцінки професійної адаптації медиків до та після участі в ліквідації наслідків НС було проведено опитування із застосуванням спеціально розробленої авторами анкети, за основу якої з урахуванням критеріїв оцінки було взято існуючу анкету Національного інституту медицини надзвичайних ситуацій Центру психологічної підтримки та запобігання кризовим станам (м. Лісабон, Португалія, 2001 р.). Анкета містила 49 запитань, але ми використали тільки ті запитання, що стосувалися мети нашого дослідження. Анкета була розрахована на самостійне та добровільне опрацювання до від'їзду на місце катастрофи та після двох тижнів роботи в мобільному госпіталі в зоні НС. У дослідженні брав участь 51 медичний працівник, кількість жінок становила 12 (23,5 %), чоловіків — 39 (76,5 %). Серед опитаних 16,4 % мали стаж роботи до двох років, 81,1 % — від 3 до 25 років і 2,5 % — більше 25 років. Вік респондентів становив від 27 до 68 років.

Результати та обговорення

При аналізі питань, що характеризують локус-контроль серед жінок (Ж) та чоловіків (Ч) при першому опитуванні (до від'їзду), виявлено, що при виконанні професійних обов'язків більшість розраховувала на власний досвід та професіоналізм — 10 (83,3 %) жінок та 38 (97,4 %) чоловіків, такі ж результати були отримані при другому опитуванні (після роботи в госпіталі), що свідчить про те,

що за своїми психологічними та психофізичними особливостями спеціалісти були готові до майбутніх подій, пов'язаних із роботою в екстремальних умовах, та за своєю реакцією мали мобілізаційний психотип та інтернальний локус контролю; вплив на якість роботи умов оточуючого середовища заперечували 9 (75 %) жінок та 35 (89,7 %) чоловіків (табл. 2).

При другому опитуванні на запитання «Чи впливають на якість Вашої роботи умови оточуючого середовища?» позитивну (П.) відповідь дали 8 (66,7 %) жінок та 35 (89,7 %) чоловіків, підтверджуючи те, що рівень їх безпеки був оцінений кожним спеціалістом індивідуально і залежав від особистого досвіду та сприйняття подій, що відбувалися.

Для якісного виконання професійних обов'язків необхідність групової взаємодії підтверджували 11 (91,6 %) жінок та 37 (94,8 %) чоловіків як на початку експерименту, так й у кінці опитування. Успішність виконання роботи в умовах НС залежить від стійкості індивідуальних і групових установок, підтримки та толерантності колег, професійно-психологічного відбору працівників, здатних виконувати дану професійну діяльність. Внутрішньо-колективні відносини полягають у психологічній сумісності, а несумісність проявляється конфліктами.

Ймовірність виникнення та впливу на роботу емоційних переживань при першому опитуванні припускали 10 (83,3 %) жінок та 28 (71,8 %) чоловіків; при другому опитуванні позитивна відповідь була зафіксована у 12 (100 %) жінок та 35 (89,7 %) чоловіків. Це підтверджує думку про те, що незалежно від досвіду участі в ліквідації наслідків великомасштабних НС професіонали були стійко впевнені у загрози життю і здоров'ю.

Відчуття страху при роботі в екстремальних умовах праці було підтверджено при першому опитуванні у відповідях 5 (41,7 %) жінок та 5 (12,8 %) чоловіків, при другому — у 2 (16,7 %) жінок та 3 (7,7 %) чоловіків, що підкреслює чутливість до реальної та уявної загрози, вираженої незначним емоційним напруженням і факторами дезадаптації.

Можливість виникнення конфліктних ситуацій та погіршення психологічного стану, що спровоковані дією стрес-чинників та умовами оточуючого середовища, при першому опитуванні припускали 5 (41,7 %) жінок та 18 (46,2 %) чоловіків, при другому підтвердили вищевказане 9 (75 %) жінок

Таблиця 2. Аналіз анкетування медичних працівників до та після участі в ліквідації НС

Запитання	До від'їзду, n (%)				Після роботи в госпіталі, n (%)			
	Ж		Ч		Ж		Ч	
	П.	Н.	П.	Н.	П.	Н.	П.	Н.
На що Ви розраховуєте при виконанні професійних обов'язків: а) інтуїцію б) власний досвід та професіоналізм	10 (83,3)	2 (16,7)	38 (97,4)	1 (2,6)	10 (83,3)	2 (16,7)	38 (97,4)	1 (2,6)
Чи впливають на якість Вашої роботи умови оточуючого середовища?	3 (25)	9 (75)	4 (10,3)	35 (89,7)	8 (66,7)	4 (33,3)	35 (89,7)	4 (10,3)
Чи підтверджуєте Ви необхідність групової взаємодії для якісного виконання професійних обов'язків?	11 (91,6)	1 (8,3)	37 (94,8)	2 (5,1)	11 (91,6)	1 (8,3)	37 (94,8)	2 (5,2)
Ймовірність виникнення та впливу на роботу емоційних переживань	10 (83,3)	2 (16,7)	28 (71,8)	11 (28,2)	12 (100)	–	35 (89,7)	4 (10,3)
Чи відчуваєте Ви страх, коли перебуваєте в певній екстремальній ситуації?	5 (41,7)	7 (58,3)	5 (12,8)	34 (87,2)	2 (16,7)	10 (83,3)	3 (7,7)	36 (92,3)
Чи припускаєте Ви можливість виникнення конфліктних ситуацій та погіршення психологічного стану, що спровоковані дією стрес-факторів та умовами оточуючого середовища?	5 (41,7)	7 (58,3)	18 (46,2)	21 (53,8)	9 (75)	3 (25)	37 (94,8)	2 (5,3)
Яка Ваша реакція в надзвичайних станах: а) страх б) тривога	6 (50) 6 (50)	6 (50) 6 (50)	5 (41,7) 34 (87,2)	34 (87,2) 5 (41,7)	6 (50) 6 (50)	6 (50) 6 (50)	5 (41,7) 34 (87,2)	34 (87,2) 5 (41,7)
Що ви відчували після участі в роботі госпіталю в зоні НС: а) втому б) нудоту	11 (91,7) 1 (8,3)	1 (8,3) 11 (91,7)	35 (89,7) 4 (10,2)	4 (11,4) 35 (89,7)	11 (91,7) 1 (8,3)	1 (8,3) 11 (91,7)	35 (89,7) 4 (10,2)	4 (11,4) 35 (89,7)
У Ваших відчуттях після стресової ситуації переважають: а) сум б) гнів в) беззахисність	6 (50) 3 (25) 3 (25)	6 (50) 9 (75) 9 (75)	20 (51,3) 10 (25,6) 9 (23,1)	19 (48,7) 29 (74,4) 30 (77)	4 (33,3) 11 (91,7) 7 (58,3)	8 (50) 1 (8,3) 5 (41,7)	13 (33,3) 34 (87,2) 31 (79,5)	26 (66,7) 5 (12,8) 8 (20,5)
Чи відчуваєте Ви глибоку тривогу в роботі госпіталю в зоні НС?	5 (41,7)	7 (58,3)	18 (45,2)	21 (54,8)	12 (100)	–	29 (74,4)	10 (25,6)
Після стресових ситуацій у Вас виникають нічні страхіття?	3 (25)	9 (75)	2 (5,1)	37 (94,8)	5 (41,7)	7 (58,3)	7 (18)	32 (82,1)
Як часто у Вас бувають депресії після участі в роботі госпіталю в зоні НС: а) періодично б) завжди в) ніколи	6 (50) 2 (16,6) 4 (33,3)	6 (50) 10 (83,3) 8 (66,7)	9 (23,1) 5 (12,8) 25 (64,1)	30 (77) 34 (87,2) 14 (35,9)	7 (58,3) 2 (16,7) 3 (25)	5 (41,7) 10 (83,3) 9 (75)	10 (25,6) 5 (12,8) 24 (61,5)	29 (74,3) 34 (87,2) 15 (38,5)
Чи виникали у Вас неприємні відчуття, коли ви бачили кров, рани постраждалих та тіла загиблих: а) так б) ні в) інколи	– – –	– – –	– – –	– – –	4 (33,3) 4 (33,3) 4 (33,3)	8 (66,7) 8 (66,7) 8 (66,7)	6 (15,4) 17 (43,6) 16 (44,4)	33 (84,6) 22 (56,4) 20 (55,6)
Чи володієте Ви навичками виживання при НС?	12 (100)	–	39 (100)	–	12 (100)	–	39 (100)	–

та 37 (94,8 %) чоловіків. Емоційний негативний стрес частіше з'являвся в ситуації загрози життю і здоров'ю, що впливав на активізацію психологічних процесів і провокував виникнення конфліктних ситуацій. Адаптивні здібності до стресу, професійна надійність, емоційна стійкість — це найважливіші показники психологічної підготовленості до виконання професійних завдань в умовах професійного стресу.

На запитання «Яка ваша реакція у надзвичайних станах?» при першому та другому анкетуванні відповіді не мали змін — 6 (50 %) жінок відчували страх та 6 (50 %) — тривогу порівняно з чоловіками, серед яких лише 5 (41,7 %) відчували страх, 34 (87,2 %) — тривогу. Найбільш негативним у надзвичайних умовах є психічний стан страху, що зумовлений надзвичайно сильними, небезпечними для життя зовнішніми подразниками та може порушити психічну стійкість людини, але отримані результати підтверджують ознаку відповідної морально-психічної підготовки спеціалістів та стійкої психологічної адаптації чоловіків до умов НС.

Відповіді на запитання «Що Ви відчували після участі в роботі госпіталю в зоні надзвичайної ситуації?» були такими: втому відчували майже всі співробітники мобільного госпіталю — 11 (91,7 %) жінок та 35 (89,7 %) чоловіків, нудоту — 1 (8,3 %) жінка та 4 (10,2 %) чоловіки. Підвищення емоційної напруженості впливає на свідомість, що поступово викликало відчуття втоми, поганого самопочуття, знижувало пізнавальну активність до розв'язання виникаючих проблем.

На запитання «У Ваших відчуттях після стресової ситуації переважають?» відповіді були такими: при першому опитуванні 6 (50 %) жінок та 20 (51,3 %) чоловіків вказували на сум, після роботи в мобільному госпіталі — 6 (50 %) жінок та 26 (66,7 %) чоловіків; гнів вказували при першому опитуванні 3 (25 %) жінки та 10 (25,6 %) чоловіків, та ці показники при другому опитуванні мали зміни — 1 (8,3 %) жінка та 5 (41,7 %) чоловіків відповідно; беззахисність відчували 3 (25 %) жінки та 9 (23,1 %) чоловіків на початку експерименту і 5 (41,7 %) жінок та 8 (20,5 %) чоловіків при другому опитуванні. Стійкість до стресу — це висока здатність до саморегуляції. Отримані показники свідчать, що чоловіки і жінки по-різному справляються зі стресом, але жінки, як правило, справляються зі стресом краще, ніж протилежна стать.

На запитання «Чи відчуваєте Ви глибоку тривогу в роботі госпіталю в зоні надзвичайної ситуації?» при першому опитуванні позитивну відповідь надали тільки 5 (41,7 %) жінок та 18 (45,2 %) чоловіків, в інших респондентів була негативна (Н.) — 7 (58,3 %) та 21 (54,8 %) відповідно. Але показники мали зміни при проведенні опитування після виконання своїх професійних обов'язків у мобільному госпіталі, а саме всі 12 (100 %) жінок та 29 (74,4 %) чоловіків дали позитивну відповідь на вказане запитання. Затяжний період перебування в стресовій ситуації, вимушене інтенсивне

формування нових компенсаторно-приспосувальних особистісних механізмів психологічного захисту спровокували стан психоемоційного напруження.

На запитання «Після стресових ситуацій у Вас виникають нічні страхіття?» позитивну відповідь було зафіксовано в 3 (25 %) жінок та 2 (5,1 %) чоловіків на початку опитування та в 5 (41,7 %) жінок та 7 (18 %) чоловіків після роботи в госпіталі, у яких підтвердилися наявність і рівень прояву негативних психічних станів, які спровоковані стрес-факторами підвищеної інтенсивності.

На запитання «Як часто у Вас бувають депресії після НС?» відповідь «періодично» було отримано в 6 (50 %) жінок на початку та в 7 (58,3 %) — після роботи в госпіталі; серед чоловіків — у 9 (23,1 %) на початку та 10 (25,6 %) після роботи; відповіді «завжди» 2 (16,6 %) жінки та 5 (12,8 %) чоловіків на двох етапах дослідження; відповідь «ніколи» надали 4 (33,3 %) жінки та 25 (64,1 %) чоловіків при першому опитуванні та при другому — 3 (25 %) та 24 (61,5 %) відповідно. Під впливом стресогенних факторів існує ризик виникнення патологічних змін у структурі особистості, які є підґрунтям розвитку особистісних дисгармоній та порушення рівноваги в організмі.

Запитання «Чи виникали у Вас неприємні відчуття, коли ви бачили кров, рани постраждалих та тіла загиблих після НС?» мало такі версії відповідей: позитивну — у 4 (33,3 %) жінок та 6 (15,4 %) чоловіків; негативну відповідь надали 4 (33,3 %) жінки та 17 (43,6 %) чоловіків; відповідь «ніколи» була визначена в 4 (33,3 %) жінок та 16 (44,4 %) чоловіків. Зовнішні ознаки постраждалих, тіл загиблих, поранень та різних видів ран є одним із головних стрес-факторів у роботі спеціалістів ризиконебезпечних професій [29].

Позитивну відповідь на запитання «Чи володієте Ви навичками виживання при НС?» надали всі респонденти, які брали участь в опитуванні, що означає достатній рівень знань, вмінь та навичок із питань особистісної безпеки в умовах загрози та виникнення НС, наявність виробленого своєрідного умовного рефлексу на небезпеку.

Таким чином, із метою оцінки професійної адаптації медичних працівників проведення анкетування фахівців мобільного госпіталю в умовах роботи в зоні НС дає змогу врахувати їх психофізіологічні параметри й оцінювати когнітивні структури та провідний рівень стресових реакцій.

Висновки та пропозиції

1. Вплив стрес-факторів внаслідок НС на психічні стани та адаптаційні можливості медичних працівників провокує зниження рівня функціонально-соматичних резервів організму, що підтверджується вираженою емоційною напруженістю та наявністю факторів дезадаптації.

2. Співробітники спеціалізованої бригади постійної готовності служби медицини катастроф повинні мати відповідний рівень підготовки до

надання допомоги при НС, до переліку якої має входити підготовка з надання екстреної психологічної допомоги та самопомоги.

3. Видається доцільним створити спеціалізоване формування медичної служби НС — бригаду комплексної антистресової (медико-психологічної, психотерапевтичної і психіатричної) допомоги.

4. Фахівцям, які залучені, до ліквідації наслідків НС техногенного і природного характеру, повинно надаватися гарантоване забезпечення відповідним лікуванням і психологічним відновленням у санаторно-курортних установах, при яких створені центри медико-психологічної реабілітації.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Бережнова Т.А. Актуальность психологической помощи на этапах медицинской эвакуации / Т.А. Бережнова, Л.Е. Механтьева, Д.А. Тарасов и др. // *Медицинские науки*. — 2013. — № 6. — С. 7-12.
2. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении. Эмоциональное «выгорание»: взгляд на себя и на других / В.В. Бойко. — М.: Филін, 1996. — 472 с.
3. Всі галюциногени призводять до непередбачуваного, але мають завжди негативну дію. — Режим доступу: <http://pi.biz.ua/15-19/141193.html>.
4. Галацан О.В. Психологічна реабілітація учасників АТО / О.В. Галацан, Г.М. Сіроштан, Б.В. Міхайлов та ін. — Х.: ХМАПО, 2016. — 24 с.
5. Гур'єв С.О. Мобільні формування Державної служби медицини катастроф: Монографія / С.О. Гур'єв, П.Б. Волянський, С.М. Миронець, А.В. Терент'єва, Г.Г. Роцін, Ф.М. Новіков, С.П. Сацук, П.В. Танасієнко, Н.І. Іскра, І.І. Назаренко. — К.: [б. в.], 2009. — 348 с.
6. Гриневич Є.Г. Соціально-психологічні особливості рятувальників, які приймають участь в ліквідації наслідків катастроф / Є.Г. Гриневич, І.І. Олексенко, В.О. Крилюк // *Проблемні питання медицини невідкладних станів: Матеріали симпозиуму (V школи-семінару) (м. Київ, 5–6 квітня 2007 р.)*. — К.: НМАПО ім. П.Л. Шупика, 2007. — С. 33-35.
7. Закон України «Про аварійно-рятувальні служби» // *ВВР*. — 2012. — Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1281-14>.
8. Кочін І.В. Організація діяльності Державної служби медицини катастроф територіального рівня при ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій / І.В. Кочін, Г.О. Черняков, Н.В. Баранова // *Український журнал екстремальної медицини ім. Г.О. Можяєва*. — Луганськ, 2000. — № 1. — С. 16-20.
9. Круглов А.Г. Медико-психологические последствия деятельности сотрудников органов внутренних дел в особых условиях Северо-Кавказского региона / А.Г. Круглов, Н.И. Мяжгих, Г.В. Шутко // *Медицинский вестник МВД*. — М., 2004. — № 4. — С. 12-14.
10. Корольчук М.С. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах: Навчальний посібник / М.С. Корольчук, В.М. Крайнюк. — Ніка-Центр, 2006. — 576 с.
11. Михайлов Б.В. Посттравматичні стресові розлади: Навчальний посібник / Б.В. Михайлов, В.В. Чугунов, С.Є. Казакова [та ін.]; за ред. проф. Б.В. Михайлова. — 2-ге вид., перероб. та доп. — Х.: ХМАПО, 2014. — 285 с.
12. Михайлов В.Б. Розлади психіки і поведінки екстремально-психогенного походження. — Режим доступу: https://ntaro.edu.ua/zagruzka/GPZ2015_2.pdf.
13. Миронець С.М. Негативні психічні стани рятувальників в умовах надзвичайної ситуації: Монографія / С.М. Миронець, О.В. Тімченко. — К.: ТОВ «Видавництво «Консультант», 2008. — 232 с.
14. Миронець С.М. Формування психологічної безпеки фахівців екстремальних професій / С.М. Миронець // *Матеріали Третьої Всеармійської науково-практичної конференції «Актуальні проблеми становлення особистості професіонала в ризиконебезпечних професіях» (м. Київ, 26 травня 2011 р.) / Міністерство оборони України. Національний університет оборони України*. — К.: НУОУ, 2011. — 404 с.
15. Наказ МОЗ України від 15.04.2008 р. № 199, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 03.07.2008 р. за № 577/15268 «Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу». — Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z0577-08>.
16. Наказ МОЗ України від 29.03.2017 № 346 «Про удосконалення підготовки з надання домедичної допомоги осіб, які не мають медичної освіти». — Режим доступу: <https://www.apteka.ua/article/407024>.
17. Новіков Ф.М. Особливості професійної адаптації медичного персоналу в екстремальних умовах / Ф.М. Новіков, В.О. Крилюк, І.І. Олексенко // *Проблемні питання медицини невідкладних станів: Матеріали симпозиуму (V школи-семінару) (м. Київ, 5–6 квітня 2007 р.)*. — К.: НМАПО ім. П.Л. Шупика, 2007. — С. 105-106.
18. Назаренко І.І. Емоційне «вигорання» у фахівців рятувальних служб [Текст] / І.І. Назаренко / *Проблеми військової охорони здоров'я: Збірник наукових праць Української військово-медичної академії*. — К.: УВМА, 2010. — Вип. 28. — С. 36-41.
19. Обзор природных и техногенных катастроф в мире. — Режим доступу: <https://forinsurer.com/news/17/05/10/35178>.
20. Оніщенко Н.В. Теорія і практика екстреної психологічної допомоги постраждалим у надзвичайних ситуаціях: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук: спец. 19.00.09 «психологія діяльності в особливих умовах» / Оніщенко Наталія Вікторівна; Нац. ун-т цивільного захисту України. — Х., 2015. — 32 с.
21. Олексенко І.І. Аналіз професійної мотивації рятувальників та медичних працівників, що приймають участь в ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій / І.І. Олексенко // *Актуальні питання експериментальної та клінічної медицини: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої Дню науки в Україні*.
22. Олексенко І.І. Психологічна підтримка постраждалих при надзвичайних ситуаціях / І.І. Олексенко, Н.В. Гуселетова, Ф.М. Новіков, О.Л. Зіневич, В.О. Крилюк // *Актуальні питання теорії і практики медицини катастроф і медичного забезпечення ЗС України на сучасному етапі: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Тернопіль, 23–24 травня 2006 р.)*. — Т.: ТДМУ імені І. Я. Горбачевського, 2006. — С. 45-46.

23. Пінчук І.Я. *Щодо надання першої психологічної допомоги переміщеним особам та населенню, яке перебуває/перебувало в зоні збройних конфліктів: метод. рекомендації / І.Я. Пінчук, О.О. Хаустова, Н.М. Степанова та ін.* — К., 2014. — 52 с.

24. Роцін Г.Г. *Державна служба медицини катастроф — складова частина системи екстреної медичної допомоги / Г.Г. Роцін, С.В. Синельник, М.М. Михайловський, О.О. Мос-типан // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Єдина система екстреної медичної допомоги. Створення та перспективи розвитку в Україні» (22–23 березня 2012 р.).* — Рівне, 2012. — С. 13-14.

25. Роцін Г.Г. *Державна служба медицини катастроф України, як головний компонент системи медичного захисту за умов надзвичайних ситуацій / Г.Г. Роцін, С.О. Гур'єв, А.В. Терент'єва // Охорона здоров'я України.* — 2009. — № 1(33). — С. 151-153.

26. Соломенко Л.І. *Екологія людини [текст]: Навч. посіб. / Л.І. Соломенко.* — К.: Центр учбової літератури, 2016. — 120 с.

27. *Стихійні лиха, які сколихнули світ у 2017 році.* — Режим доступу: https://24tv.ua/ru/itogi_2017_goda_stihijnye_bedstvija_mira

28. Склень О.І. *Психологічні особливості поведінкових стратегій подолання стресу в професійній діяльності працівників пожежно-рятувальних підрозділів МНС України: Автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.09 / Склень Олександр Іванович; Університет цивільного захисту України.* — Х., 2008. — 22 с.

29. Склярова А.В. *Исследование адаптационных возможностей участников пожаротушения / А.В. Склярова, Л.Е. Механтьева, Г.И. Сапронов, Т.П. Склярова // Материалы III Международной (X итоговой) научно-практической конференции молодых ученых.* — Челябинск: Челябинская государственная медицинская академия, 2012. — С. 340-343.

30. Соломенцев И.К. *Стресс-факторы боевых действий и их влияние на психологию пожарных / И.К. Соломенцев.* — Саратов: Аспект, 2002. — С. 85-89.

31. Табачников С.І. *Актуальні проблеми психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок техногенних аварій та катастроф / С.І. Табачников, Є.Г. Гриневич, В.В. Домбровська, М.В. Маркова та ін. // Арх. психіатрії.* — 2002. — № 1(28). — С. 5-7.

32. Устїнов О.В. *Посттравматичний стресовий розлад: спеціалізована допомога.* — Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/93804/posttravmatichnij-stresovij-rozlad-specializovana-dopomoga>

33. Чабан О.С. *Ситуаційна соціокультурна тривога: сучасні провокації та їх психосоматичні розв'язання / О.С. Чабан, О.О. Хаустова, О.Ю. Жабенко // Нейро News.* — 2010. — № 4. — С. 10-15.

Отримано 26.06.2018 ■

Назаренко І.І.¹, Печиборщ В.П.¹, Иванов В.І.¹, Мазуренко О.В.²

¹ГУ «Український науково-практичний центр екстреної медичинської допомоги та медицини катастроф Міністерства здравоохоронення України», г. Київ, Україна

²Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Київ, Україна

Определение психологической подготовленности медицинских работников мобильного госпиталя медицины катастроф к действию чрезвычайной ситуации

Резюме. *Цель:* определить психологическое состояние и оценить профессиональную адаптацию специалистов бригады постоянной готовности службы медицины катастроф в условиях работы в зоне чрезвычайной ситуации (ЧС). *Материалы и методы.* На основе метода дескриптивной статистики анкетирования 51 медицинского работника специализированной бригады постоянной готовности службы медицины катастроф Министерства здравоохоронення України, которые принимали участие в работе мобильного госпиталя в международной миссии — преодолении последствий землетрясения в Исламской Республике Пакистан (2005 г.), проведен ретроспективный анализ личных данных оценки влияния стресс-факторов на психологическое состояние специалистов до и после участия в ликвидации последствий ЧС. *Результаты.* По результатам личных данных опроса медицинских работников установлено, что при выполнении профессиональных обязанностей большинство респондентов (от 75 %) рассчитывало на собственный опыт и профессионализм и по типу своей реакции имело мобилизационный психотип и интернальный локус контроля; в зависимости от условий окружающей среды уровень собственной безопасности был оценен каждым специалистом индивидуально — 66,7 % у женщин и 89,7 % у мужчин и зависел от личного опыта и восприятия происходивших событий; успешность выполнения профессиональных обязанностей в зависимости от устойчивости индивидуальных и групповых установок и необходимости группового взаи-

модействия в условиях ЧС подтвердили 91,6 % женщин и 94,8 % мужчин, но в конце работы мобильного госпиталя эмоциональный негативный стресс чаще влиял на активизацию психологических процессов и провоцировал возникновение конфликтных ситуаций у 75 % женщин и 94,8 % мужчин; в конце работы в зоне ЧС усталость испытывали почти все сотрудники мобильного госпиталя — 91,7 % женщин и 89,7 % мужчин, печаль — 50 % женщин и 66,7 % мужчин, беззащитность чувствовали 41,7 % женщин и 20,5 % мужчин, тревогу отмечали 100 % женщин и 74,4 % мужчин, ночные кошмары были зафиксированы у 41,7 % женщин и 18 % мужчин, ощущение депрессии «периодически» отмечали 58,3 % женщин и 25,6 % мужчин и «всегда» — 16,6 % женщин и 12,8 % мужчин. **Выводы.** В условиях ЧС природного характера во много раз возрастают нагрузки на психику человека, изменяются его эмоциональные и поведенческие реакции, что в целом приводит к возникновению нарушений психического здоровья, а также к снижению уровня функционально-соматических резервов организма. Системная диагностика и оценка влияния стресс-факторов в результате ЧС на психологическое состояние и профессиональную адаптацию специалистов мобильного госпиталя указывают на то, что у медицинских работников отмечаются выраженная эмоциональная напряженность и наличие факторов дезадаптации.

Ключевые слова: чрезвычайная ситуация; психологическое состояние; экстренная психологическая помощь; Государственная служба медицины катастроф

I.I. Nazarenko¹, V.P. Pechyborshch¹, V.I. Ivanov¹, O.V. Mazurenko²

¹ State Institution "Ukrainian Scientific and Practical Center of Emergency Medical Care and Disaster Medicine of the Ministry of Health of Ukraine", Kyiv, Ukraine

² Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Determination of psychological readiness of medical workers of the mobile hospital of disaster medicine to emergency situations

Abstract. Background. On the basis of the descriptive statistics methodology, 51 medical workers were interviewed among the staff of the specialized brigade of the permanent readiness of the Ministry of Health of Ukraine, who participated in the work of the mobile hospital during the international mission — overcoming the effects of the earthquake in the Islamic Republic of Pakistan (2005), and a retrospective analysis of the questionnaire data was performed regarding the impact of stress factors on the psychological state of specialists before and after participating in the elimination of the emergency consequences. The purpose of the study was to determine the psychological state and to evaluate the professional adaptation of specialists of the brigade of permanent readiness of disaster medicine service in the conditions of work in the emergency area. **Results.** According to the results of the questionnaire survey of medical staff, it was established that when performing professional duties, the majority of respondents (from 75 %) relied on their own education and professionalism, and, in terms of their reaction, had a mobilization psychotype and an internal locus of control; depending on the environment, the level of personal safety was assessed individually by each specialist — 66.7 % for women and 89.7 % for men, and depended on their personal experience and perception of events; 91.6 % of women and 94.8 % of men confirmed the success of their professional duties depending on the stability of individual and group facilities and the

necessity of group interaction in an emergency situation, but at the end of the work of the mobile hospital, emotional negative stress more often influenced the activation of psychological processes and provoked conflict situations in 75 % of women and 94.8 % of men; after participating in the work of the hospital in the emergency area, almost all employees of the mobile hospital (91.7 % of women and 89.7 % of men) experienced fatigue, 50 % of women and 66.7 % of men — sadness, 41.7 % of women and 20.5 % of men — helplessness, 100 % of women and 74.4 % of men felt anxiety, nightmares were recorded in 41.7 % of women and 18 % of men, the feeling of depression was detected “periodically” in 58.3 % of women and 25.6 % of men and “always” — in 16.6 % of women and 12.8 % of men.

Conclusions. Under natural emergency situations, the load on the human psyche is increased many times, emotional and behavioral responses change, which in general leads to mental disorders, as well as to the decrease in the level of functional and somatic reserves of the body. Systemic diagnosis and evaluating the impact of the stress factor as a result of an emergency situation on the psychological state and professional adaptation of the specialists of the mobile hospital indicate that the health workers have a significant emotional stress and the presence of factors of maladaptation.

Keywords: emergency situation; psychological state; emergency psychological assistance; State Service of Disaster Medicine