

ТЕТЯНА ГЛОВАЦЬКА,
КЗВО «Волинський медичний інститут»
Науковий керівник:
д-р. психол. н., доц. **ТЕТЯНА ПАСТРИК**

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Постановка проблеми. Сучасне трансформоване українське суспільство в умовах ворожого вторгнення та військових дій негативно впливає на психоемоційний стан кожної особистості та пристосування до нових реалій життя. Внутрішній стрес може перевищити можливості людського організму, порушити звичну поведінку і викликати небезпечні проблеми зі здоров'ям. Феномен стресу є складною міждисциплінарною проблемою, що включає наукові положення психології, психофізіології, неврології та фізіології. Стрес став особливо важливою проблемою у зв'язку з технологічним прогресом, необхідністю підвищення продуктивності праці та збільшенням робочого навантаження в професійній діяльності. Розуміння впливу стресу на повсякденне життя та його механізмів може допомогти запобігти виникненню перманентних стресових станів та їхніх подальших негативних наслідків і покращити життя людей. Враховуючи все вище сказане, перспективним вбачаємо дослідження психічних станів медичних працівників.

Мета: теоретичне обґрунтування та емпіричне вивчення психічних станів медичних працівників в умовах війни.

Методи дослідження. Для розв'язання поставлених завдань було використано методiku «Самооцінка психічних станів» за Г. Айзенком.

Результати дослідження. Робота медичних працівників є надзвичайно складною галуззю людської діяльності, що вимагає спеціальних знань й високоякісних практичних навичок, а також моральних якостей. У сьогоdnішньому непростому соціальному кліматі, який пов'язаний із початком воєнних дій, важливість цього питання не втрачена і воно стало надзвичайно актуальним у наші дні [1, с. 95]. Отримані емпіричні дані дозволили зробити висновок щодо наявності характерних психічних станів у медиків. Отже, найнижчий рівень вираженості мають шкали ригідності (24%) та фрустрації (21%), що свідчить про відсутність відповідних психічних станів. Далі, відповідно, йде шкала тривожності (13%) та агресивності (7%). Середній рівень вираженості переважає за шкалою тривожності (57%) та агресивності (50%), наступними йдуть шкала фрустрації (43%) та ригідності (40%). Цей показник свідчить, що у випадку тривожності – про зростання рівня тривожності, негативного ставлення до себе (до інших) та появи внутрішнього конфлікту особистості. Середній рівень агресії вказує на те, що вербальна агресія переважає над фізичною, що цілком зрозуміло. Зрештою, гнів, образа і роздратування присутні і потребують емоційної розрядки.

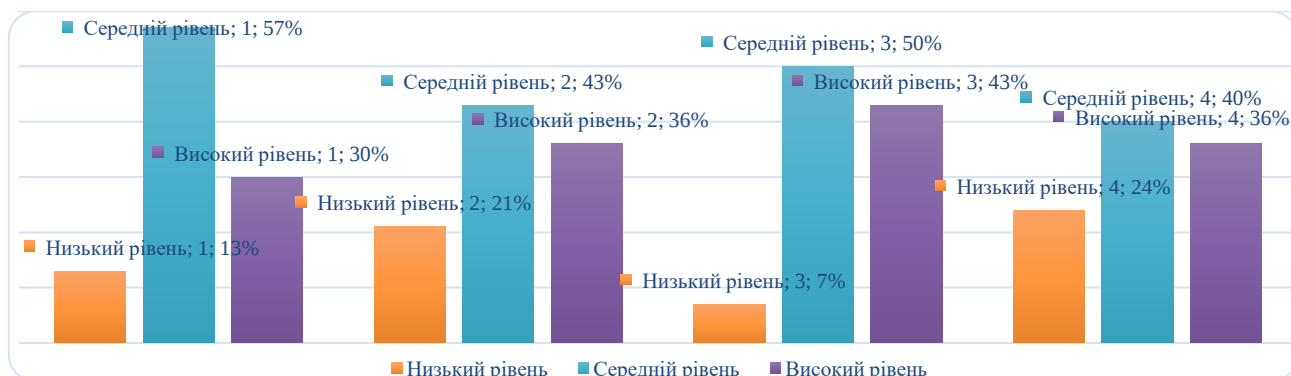


Рис. 1 Рівень психоемоційних станів серед медичних працівників за методикою Г. Айзенка, % (Примітка: 1 – шкала тривожності; 2 – шкала фрустрації; 3 – шкала агресивності; 4 – шкала ригідності)

Найвищий рівень вираженості психічного стану має шкала агресивності (43%), яка

свідчить про властиві опитаним спонтанні прояви вербальної та/або фізичної агресії, ворожість до оточуючих людей. Іноді це проявляється як форма демонстрації переваги в силі, в знаннях.

Друге місце за високим рівнем вираженості займають шкали фрустрації та ригідності – 36%. Високий рівень фрустрації виражається в підвищенні психологічного стресу, а саме появою роздратування, розчарування, тривоги та розпачу, які можуть виникати на шляху нездоланих перешкод до досягнення мети або неможливості вирішити важливе для особистості завдання, виникає почуття розгубленості перед труднощами. Такі люди емоційно нестабільні та дуже вразливі, але можуть бути успішними завдяки кільком факторам. Високий рівень тривожності мають 30% респондентів, що виражається емоційною нестійкістю, внутрішнє занепокоєння, напруження, відчуття провини або необхідності будь-яких пошуків. Може бути присутня неадекватна оцінка діяльності оточуючих людей.

Таким чином, стрес – це міждисциплінарне явище, що порушує загальний стан людини і загалом характеризується як стан напруження із залученням захисних механізмів організму. Стресори – це зовнішні і внутрішні подразники, що беруть участь у виникненні стресової реакції, є несприятливими, інтенсивними і значущими в часі та призводять до виникнення стресового стану. Стресори, що викликають явище стресу, можуть мати фізичну, фізіологічну або психологічну природу.

Оскільки кожна людина по-різному розуміє світ, сприймає речі та ресурси, стресори та способи їх подолання відрізняються в кожного. Іншими словами, те, що може бути загрозою для однієї людини, може бути викликом або рутинною ситуацією для іншої. Вольові якості особистості проявляються в безпосередності, незалежності, рішучості та наполегливості. Ініціативні люди працюють, не чекаючи зовнішніх стимулів. Рішучість проявляється у впевненості в прийнятті рішень і в тому, щоб їх дотримуватися. Спонтанний процес не закінчується прийняттям рішення. Його реалізація вимагає, перш за все, наполегливості в досягненні мети і невтомної енергії, щоб діяти в довгостроковій перспективі, незважаючи на труднощі і перешкоди. Здатність протистояти внутрішнім перешкодам, імпульсам та емоціям залежить від здатності до саморегуляції. Перехід до спонтанної регуляції необхідний тоді, коли мотивація до дії, її сила і вираженість неадекватні з самого початку або зменшуються в процесі дії. Імпульс повинен виходити від самої людини, ґрунтуватися на відображенні дійсності та на асоціації поведінки з уявною ситуацією.

Висновок. У ході нашого дослідження ми виявили актуальні психічні стани, які переживають медичні працівники. Проведена методика дозволила нам виявити рівень вираження чотирьох психічних станів. Помічено, що найбільш вираженими шкалами є тривожність та ригідність, далі – агресивність та фрустрація. Отримані результати дозволяють оцінити властивості особистості, які можуть негативно впливати на процес професійної реалізації. Загалом у респондентів спостерігається почуття підвищеного психологічного стресу та тривожності, негативні переживання, ворожість та відсторонення від навколишнього світу. Зокрема, найвищий рівень має шкала агресивності. Можемо зробити припущення, що підвищена дратівливість перешкоджає емпатійному спілкуванню, міжособистісній взаємодії, знижує рівень відчуття соціального благополуччя, впливає на здоров'я та на задоволеність / незадоволеність життям. Такі результати показують, що медичні працівники також зазнають стресу і відчувають на собі всі негативні наслідки війни. Тому висвітлення даної проблематики є першочерговим завданням для того, аби привернути увагу багатьох дослідників.

Список використаних джерел

1. Лазуренко О. О. Аналіз психологічних особливостей складових емоційної компетентності майбутнього лікаря. *Психологічний часопис*. 2016. № 2 (4). С. 96-111
2. Lazarus R. S. From psychological stress to the emotions. A history of changing outlooks, in: fifty years of the research and theory of R. S. Lazarus. an analysis of historical and perennial issues. 1998. P. 349-365.

3. Терещук А. Д. Психологічні проблеми виникнення афективної поведінки особистості. *Український науковий журнал «Освіта регіону. Політологія. Психологія. Комунікації»*, 2012. С. 212-220.

здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти **Наталія КОЛТУНОВИЧ**,
КЗВО «Волинський медичний інститут»

Науковий керівник:

к. мед. н., **Ігор НЕДІЛЬКО**

ОСОБЛИВОСТІ БОЙОВИХ ТРАВМ НИЖНІХ КІНЦІВОК, ОТРИМАНИХ В РЕЗУЛЬТАТІ ВОЄННИХ ДІЙ В УКРАЇНІ

Актуальність. Згідно даних ВООЗ, внаслідок травм гинуть більше 5 млн. людей щорічно. Найпоширенішою причиною побутових травм є дорожньо-транспортні пригоди. В контексті сучасної воєнної ситуації в Україні відбулися значні зміни в структурі травматизму. Воєнні дії, що тривають на території України, призводять до численних травм та поранень, в тому числі і травм нижніх кінцівок [1]. Рани, які отримують під час бойових дій, є особливими. Причина цього – характеристика уражаючого фактору, умови, в яких відбувається ураження, час надання медичної допомоги з моменту отримання травми [2, 3]. Окрім того, не викликає сумнівів і факт впливу травм, отриманих внаслідок бойових дій, на психічне здоров'я населення та військовослужбовців. Так, за даними Хаустова О.О., біля 46% опитуваних мають когнітивні розлади, 23% – депресивні. Стресові ситуації, у яких перебувають військовослужбовці, можуть мати і відстрочені наслідки, що проявляються різними формами когнітивних порушень.

Мета дослідження. Визначити частоту когнітивних розладів у військовослужбовців з бойовими травмами нижніх кінцівок.

Матеріали та методи. Проведено аналіз історій 40 пацієнтів з бойовими травмами нижніх кінцівок, що проходили лікування у відділеннях хірургічного профілю КП «Волинська обласна лікарня». Всі пацієнти чоловічої статі віком від 20 до 48 років. Проводилось вивчення анамнезу, стану госпіталізованого пацієнта, даних інструментального та лабораторного дослідження. Для діагностування переломів та виявлення сторонніх тіл проводилась рентгенографія, комп'ютерна томографія. Для визначення характеру когнітивних розладів проводилось опитування за короткою шкалою оцінки психічного статусу (MMSE), наявність та ступінь депресивних розладів за шкалою А.Т. Бека за загальноприйнятими методиками. Усі учасники надали поінформовану згоду веб-ресурсів.

Основна частина. Після проведеного аналізу за шкалою ISS було отримано такі дані: 32 (80%) військовослужбовців отримали тяжкі, 8 (20%) – помірні травми. Травматичні ушкодження нижніх кінцівок у 87,5% є наслідком мінно-вибухових травм, у 12,5% – вогнепальних поранень. Серед бойових травматичних ампутацій нижніх кінцівок у 90% (36) виявлено два і більше фактори (мінно-вибухові, вогнепальні, термічні). За характером травми нижніх кінцівок є поєднаними або множинними. Так, 34 (85%) пацієнтів перенесли акубаротравму. Супутні переломи кісток нижньої або верхньої кінцівок мали місце у 8 (20%) обстежених, ЧМТ – у 12 (30%), пошкодження судинно-нервового пучка – у 16 (40%), переломи ребер – у 3 (7,5%), травми грудної клітки – у 6 (15%). Когнітивні порушення серед 30 пацієнтів з травматичними ампутаціями нижніх кінцівок виявлено у 63,3%, депресивні розлади у 40%. Провідними скаргами пацієнтів були проблеми з концентрацією уваги, швидка втомлюваність, порушення пам'яті, легка дизлексія. Усім пацієнтам проводилось лікування згідно клінічних протоколів: консервативне лікування, хірургічне втручання за показаннями (реампутація з формуванням нової кукси), підготовка до протезування.

Висновки. Найбільш поширеною причиною бойових травм нижніх кінцівок є мінно-вибухові пошкодження. Такі травми часто супроводжуються травматичною ампутацією нижніх кінцівок (переважно однієї кінцівки). За шкалою ISS переважають тяжкі травми.