

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ПЕРІОД ВИКЛИКІВ ПАНДЕМІЇ COVID-19 ЩОДО НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ТА ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРНЯНОГО ПЕРСОНАЛУ

STATE POLICY IN THE FIELD OF HEALTHCARE DURING THE COVID-19 PANDEMIC CHALLENGES REGARDING THE PROVISION OF MEDICAL SERVICES AND THE ACTIVITIES OF HOSPITAL STAFF

Робота в умовах пандемії COVID-19 є особливим викликом для лікарняного персоналу, адже під час виконання щоденної трудової діяльності співробітники ризикують втратити своє життя або здоров'я, що зумовлює посилення щоденного робочого стресу. Частка щоденних обтяжливих подразників у фізичному, когнітивному й екологічному вимірах кожного медичного працівника стає значно інтенсивнішою, що сприяє як психологічному навантаженню, так і розладам, які є його безпосереднім наслідком. Пандемія COVID-19 створює як загрози, так і можливості, які приносять як стимул для розвитку, так і складну симптоматику, відсутність швидких рішень, необхідність робити вибір. Має місце низка переживань гострого або хронічного психологічного стресу, переживання події як несподіваної ситуації, сприйняття ситуації з погляду втрати, загрози чи виклику, переживання негативних емоцій, відчуття невпевненості в завтрашньому дні та втрати контролю. Пандемія стосується не лише окремих людей, а й цілих спільнот, хоча, окрім типових рис пережитої емоційної кризи, спостерігаються стани трансформації системи основних цінностей та сенсу життя, а також порушення безперервності соціальних зв'язків.

Подолання пандемічних криз – це когнітивні та поведінкові зусилля, які докладаються в конкретній ситуації, їхня ефективність є чинником, що сприяє повторюваності, а отже, їхній консолідації. Вони охоплюють конкретні переконання або поведінку у відповідь на дану ситуацію в конкретний час і залежать від контексту та умов, які їх спричиняють. Пандемічні ситуації мають часовий вимір, можливість загрози та несподіванки, а також той факт, що вони є наслідком як небезпеки, так і обставин, за яких вони виникають.

Дані характеристики знаходять своє відображення в разі пандемічної кризи, оскільки глобальна боротьба з розповсюдженням вірусу SARS-CoV-2 через потенційну загрозу здоров'ю, яку він несе, вимагає масштабних рішень. Гуманітарна криза, спричинена пандемією, є похідною не лише епідеміологічної загрози, але й деяких важливих обставин, як-от тривалий час інкубації з далекосяжною глобалізацією, швидкість міграції людей, кліматичні зміни, що сприяють розвитку вірусу. Діапазон COVID-19 охоплює різноманітні та віддалені соціальні групи, а загроза від вірусу SARS-CoV-2 є як соматична, так і психологічна. Сьогодні рекомендовано всім медичним установам на місцевому, національному та глобальному рівнях забезпечувати готовність до клінічної допомоги всім пацієнтам із COVID-19 за умови збереження основних видів інших медичних послуг. Під час розподілу дефіцитних ресурсів є потреба кожній медичній установі розробити план дій із метою розподілу повноважень для проведення критично важливих медичних втручань.

Ключові слова: лікарняний персонал, державна політика, медичні послуги, ефективність, охорона здоров'я, пандемія COVID-19, виклики.

Working in a COVID-19 pandemic is a special challenge for hospital support staff who, in the course of their daily work, risk losing their life or health, which is accompanied by increased daily work stress. The share of daily aggravating stimuli in the physical, cognitive and environmental dimensions of each health worker becomes much more intense, which contributes to both psychological stress and disorders that are its direct consequence. The COVID-19 pandemic poses both threats and opportunities that bring both incentives for development complex symptoms, lack of quick solutions the need to make choices.

There are a number of experiences of acute or chronic psychological stress, experiencing an event as an unexpected situation, perceiving the situation in terms of loss, threat or challenge, experiencing negative emotions and experiences, feelings of insecurity in the future and loss of control. The pandemic affects not only individuals but also entire communities, although in addition to the typical features of the emotional crisis, there are states of transformation of the system of basic values and meaning of life, as well as disruption the continuity of social ties.

Overcoming pandemic crises is a cognitive and behavioral effort that is made in a particular situation, their effectiveness is a factor that contributes to the recurrence and, consequently, their consolidation. They cover specific beliefs or behaviors in response to a given situation at a particular time and depend on the context and conditions that evoke them. Pandemic situations have a temporal dimension, the possibility of threats and surprises, and the fact that they are the result of both danger and the circumstances in which they arise.

These characteristics are reflected in the event of a pandemic crisis, as the global fight against the spread of SARS-CoV-2 virus due to the potential health threat it poses requires large-scale solutions. The humanitarian crisis caused by the pandemic is a derivative not only of the epidemiological threat, but also of some important circumstances, such as the long incubation period with far-reaching globalization, the rate of human migration, and climate change contributing to the virus.

The COVID-19 range covers diverse and remote social groups, and the threat posed by SARS-CoV-2 infection is both somatic and psychological. Today, it is recommended that all health facilities at the local, national, and global levels be prepared to provide clinical care to all patients with COVID-19 while maintaining essential other medical services. When allocating scarce resources, each medical institution needs to develop an action plan to allocate authority for critical medical interventions.

Key words: hospital staff, public policy, health services, efficiency, health, COVID-19 pandemic, challenges.

УДК 351.84:35.072.2:342.5(477)
DOI <https://doi.org/10.32843/2663-5240-2021.26.10>

Рибичч І.Є.

к. наук з держ. упр.,
доцент кафедри спортивної медицини
і здоров'я людини
Львівський державний університет
фізичної культури імені Івана
Боберського

Албов Н.Є.

аспірант
Інститут державного управління
Чорноморського національного
університету імені Петра Могили

Постановка проблеми в загальному вигляді з важливими науковими і практичними завданнями. Сучасна пандемія COVID-19 спонукає нас сформулювати питання щодо можливості запуску найбільш адаптивних стратегій боротьби із ситуацією, що склалася. Особи, які здійснюють лікарняний догляд, схильні до ризику виникнення тих же видів психологічного, соціального і духовного стресу, що і самі пацієнти. Усіх фахівців, які здійснюють догляд за пацієнтами, варто опитувати на предмет наявних у них потреб і проблем та надавати відповідну допомогу в їх вирішенні [4]. Отже, рекомендовано дотримуватись відповідних норм безпеки щодо осіб, які здійснюють догляд за пацієнтами, а саме забезпечення доступу до навчальної підготовки стосовно догляду за хворими, надання засобів індивідуального захисту в адекватній кількості, надання доступу до психологічної, соціальної та духовної допомоги.

Аналіз останніх досліджень і публікацій, у яких започатковано розв'язання проблеми. Чинники, що визначають адаптацію лікарняного персоналу під час пандемії COVID-19, збільшують потенційне навантаження, можливість передачі вірусу також. Лікарняний персонал, незважаючи на кризову ситуацію, має досить ресурсів для використання конструктивних стратегій подолання [9]. Необхідно звернути увагу на дещо інший, особливо обтяжливий соціальний досвід у відповідь на епідемію ГРВІ у 2002–2003 рр., раптовий початок хвороби, який пов'язав страждання людей зі станом незнання як причин, так і способу поширення вірусу.

Очікується, що поведження з медичним персоналом, залученим до надання допомоги під час пандемії COVID-19, яка характеризується фазами, також має певну динаміку. Наявні взаємозв'язки між емоційними переживаннями та використовуваними стратегіями боротьби зі стресом. У результаті пошуку протилежних залежностей встановлено, що стратегії, орієнтовані на завдання, сприяють більш частому переживанню таких емоцій, як тривога, сум або гнів.

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми, яким присвячена стаття. Серед лікарняного персоналу, що працює в умовах пандемії COVID-19, не тільки виявили більш інтенсивну реакцію на пережиту кризу, співробітники також були більш ініціативні у використанні стратегій, орієнтованих на проблеми, замість стратегій, орієнтованих на емоції. У захисті здоров'я населення необхідно передбачати і дотримуватися належних заходів, забезпечувати контроль за їх вико-

нанням [7]. Ці заходи захищають громадян, медичних працівників і суспільство загалом, під час пандемії основна увага повинна приділятися як клінічній допомозі, так і зміцненню громадського здоров'я.

Мета статті полягає в науковому обґрунтуванні формування нових управлінських підходів у державній політиці протидії пандемічним впливам з урахуванням особливостей надання медичної допомоги та роботи лікарняного персоналу.

Виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів. Кожну пандемічну кризу можна розглядати крізь призму втрати або порушення емоційної чи психічної рівноваги, критичний момент, що змушує змінити життя через переживання безпорадності або втрати контролю, загрози сучасному змісту життя та системи цінностей [11]. Пандемія вірусу SARS-CoV-2 має ознаки епідеміологічної кризи, оскільки ВООЗ оголосила Європу епіцентром пандемії. Хоча це не перша пандемія XXI ст., її психологічні наслідки, безумовно, варто розглядати у світлі знань про глобальні кризи.

Медичні працівники в період пандемічних загроз мають право на гарантування їхньої безпеки, отже, повинні бути надані належні засоби індивідуального захисту. Від стану здоров'я медичних працівників залежить те, наскільки ефективно вони зможуть забезпечувати виконання своїх професійних обов'язків [6]. Комунікація між пацієнтом і медичним персоналом повинна залишатися конфіденційною, за винятком випадків виникнення серйозних загроз для здоров'я медперсоналу або інших прийнятих обґрунтувань для порушення конфіденційності.

Інфраструктура галузі охорони здоров'я покладається на фінансування від різних національних, регіональних та місцевих установ та часто піддається скороченню бюджету. Точна медицина відродилася завдяки не лише державним ресурсам, а й приватним установам та компаніям, які бачать в цьому способи отримання прибутку [5]. Натепер нам бракує відповідних концепцій для описання наслідків для громадського здоров'я, соціальних та економічних чинників COVID-19.

Рішення про розподіл ресурсів має ухвалюватися відповідно до встановленого порядку і регулярно переглядатися. Мета перерозподілу може полягати в забезпеченні найефективнішого можливого використання обмежених ресурсів на основі обраних критеріїв. Критерії повинні забезпечувати баланс медичної ефективності та соціальної справедливості, а також бути легкорезалізованими. Потрібно

чітко визначити межу, коли процес ухвалення рішень переходить від планового розподілу до екстреного, щоб лікарняні установи не робили занадто поспішних кроків щодо обмеження доступу до ресурсів в очікуванні майбутнього дефіциту, який може і не виникнути.

Необхідно визначити критичну межу переходу до екстреного розподілу ресурсів, тобто реакція від Міністерства охорони здоров'я або граничне заповнення наявних ліжок у лікарнях [3]. Водночас варто враховувати максимальне використання резервних клінічних потужностей. Дотримання процедурних принципів має передбачати те, що у процесі повинні брати участь представники найбільш постраждалих груп населення, механізм має бути легкодоступний і зрозумілий на елементарному рівні, повинен бути створений механізм для перегляду порядку застосування затвердженого протоколу, перегляду рішення у світлі нової клінічної інформації, принципи розподілу мають застосовуватися системно [8].

Медсестри, які працювали під час епідемії ГРВІ, відчували страх заразитися, але вони однаково або більше боялись можливості заразити своїх родичів чи інших близьких. Водночас серед більшості медсестер було відзначено низьке почуття контролю над можливістю уникнути зараження. Переживання сильного психологічного стресу, професійних переважностей та частих змін у трудовому розпорядку ускладнювали для багатьох членів медичного персоналу дотримання всіх рекомендацій, щоб уникнути інфікування [10]. Це лише один із чинників почуття втрати контролю, невпевненості, пережитих внутрішніх конфліктів щодо готовності до подальшої роботи, про що свідчать багато аналізів психологічної ситуації медичних працівників.

Роль взаємозв'язку між зазначеним індивідуальним досвідом персоналу й оцінкою різних аспектів кризової ситуації демонструється результатами, що вказують на важливість близькості зони найбільшого ризику, чи досвідом вимушеного карантину як значущих провісників виникнення більш важких порушень психологічного функціонування [1]. У пацієнтів із високим ризиком неінфекційних захворювань та інфекційних хвороб, спричинених патогенними мікробами, персоналізована медицина покращить індивідуальні результати здоров'я. З одного боку, пандемія COVID-19 показала повернення до стратегії, успішно реалізованої під час попередніх епідемій, як-от: миття рук, краща гігієна, карантин, соціальне дистанціювання та відстеження контактів.

З іншого боку, використання останніх біологічних, фармацевтичних та епідеміологіч-

них технологій у діагностиці, а також логістика медицини катастроф, лікування інфекційних захворювань та дослідження вакцин, для чого потрібен час, вимагає більше часу й охоплює всю сферу охорони здоров'я [12]. Ідея використовувати плазму, багату антитілами, для нейтралізації вірусу в пацієнтів вперше застосована понад сто років тому. Проект покликаний заощадити час для порятунку життя, поки вакцина не буде розроблена та впроваджена або визначені і перевірені більш цілеспрямовані методи лікування.

У разі захворювань, які спричиняють найбільший соціальний тягар для здоров'я, як-от цукровий діабет, хвороби серця та багато видів раку, точна медицина не працює ефективно порівняно із загальнонаціональними програмами. Зосередження уваги на геномі як головному чиннику здоров'я значно обмежує визначення загроз, які здебільшого походять з навколишнього середовища та поведінки людини, а середовище проживання людини відіграє головну роль для визначення результатів здоров'я [2].

Формулювання висновків і перспектив подальших досліджень у даному напрямі. У разі поточної пандемії COVID-19 зазначений досвід та пережиті внутрішні конфлікти залишаються актуальними. Подальші діагнози та підозри на інфікування вірусом SARS-CoV-2 викликають у медичного персоналу страх щодо серйозних наслідків для здоров'я як членів медичної групи, так і людей, з якими вони вступають у взаємодію. Іншим емоційно обтяжливим досвідом під час пандемії COVID-19 є страх перед невизначеністю щодо стану здоров'я себе та своїх родичів, що панує серед працівників, які перебувають у примусовій ізоляції.

Існує цілком обґрунтоване побоювання, що традиційні, технологічно менш прогресивні стратегії підтримки громадського здоров'я будуть додатково обмежені в контексті фінансування персоналізованої медицини. Сьогодні необхідно змінити негативний досвід лікарняного персоналу, який полягає в соціальній відмові, фінансових втратах та їхніх наслідках, а також дискримінації та стигматизації через більшу можливість передачі інфекції, з набуттям певних форм психологічного стресу, депресії, тривожних розладів.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Григорович В.Р. Удосконалення управлінських механізмів державної підтримки системи охорони здоров'я в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2010. № 2. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=93> (дата звернення: 25.11.2021).

2. Державна політика у сфері охорони здоров'я : колективна монографія : у 2 ч. / за заг. ред. М.М. Білінської, Я.Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.

3. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. *Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро*. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/ (дата звернення: 15.11.2021).

4. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. *Україна. Здоров'я нації*. 2015. № 3. С. 67–86.

5. Лобас В.М., Шутов М.М., Вовк С.М. Методологія реформування систем охорони здоров'я, за кластерними підходами. *Україна. Здоров'я нації*. 2013. № 2 (26). С. 84–88.

6. Мартякова О.В., Трикоз І.В. Перспективи модернізації охорони здоров'я. *Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу*. 2015. № 4(32). С. 23–30.

7. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 рр. *Міністерство охорони здоров'я України*.

URL: moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf (дата звернення: 13.10.2021).

8. Fighting COVID-19 misinformation on social media: Experimental evidence for a scalable accuracy-nudge intervention / G. Pennycook et al. *Psychological science*. 2020. Vol. 31. № 7. P. 770–780.

9. Perlin G. International Assistance to Democratic Development: Some Considerations for Canadian Policy Makers. Background Paper for research meeting on "Good governance and aid effectiveness". Ottawa, 2005. URL: www.globaleconomicgovernance.org/docs/Perlin%20Implications%20for%20Canada.pdf (дата звернення: 12.09.2021).

10. Propper C. The operation of choice and competition in healthcare. A review of the evidence: 2020 Public Services Trust. 2010. 27 p.

11. Protecting health care. Key recommendations. International Committee of the Red Cross, April 2016. URL: <https://shop.icrc.org/e-books/icrc-activities-ebook/protecting-health-care-key-recommendations.html> (дата звернення: 15.11.2021).

12. Ren S.-Y., Gao R.-D., Chen Y.-L. Fear Can Be More Harmful than the Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 in Controlling the Coronavirus Disease 2019 Epidemic. *World Journal of Clinical Cases*. 2020. Feb 26. Vol. 8(4). P. 652–657.