

Пастрик Т.В.¹, Шатило В.Й.², Можарівська А.А.²,
Серебряков О.М.^{2,3}, Патута Б.В.¹

Моральний дистрес у медичних сестер гастроентерологічних і проктологічних відділень: психологічні особливості та шляхи подолання

¹ Комунальний заклад вищої освіти «Волинський
медичний інститут» Волинської обласної ради,
м. Луцьк, Україна

² Житомирський медичний інститут Житомирської
обласної ради, м. Житомир, Україна

³ Житомирський військовий госпіталь,
м. Житомир, Україна

Pastryk T.V.¹, Shatylo V.Yo.², Mozharivska A.A.²,
Serebriakov O.M.^{2,3}, Patuta B.V.¹

Moral distress in nurses of gastroenterological and proctological departments: psychological features and ways to overcome

¹ Municipal institution of higher education “Volyn
Medical Institute” of the Volyn Regional Council,
Lutsk, Ukraine

² Zhytomyr Medical Institute of the Zhytomyr Regional
Council, Zhytomyr, Ukraine

³ Zhytomyr Military Hospital,
Zhytomyr, Ukraine

shatylo.viktor@gmail.com

Вступ

Медичні сестри в процесі виконання виробничих функцій у гастроентерологічних і проктологічних відділеннях відіграють ключову роль у забезпеченні лікувально-діагностичної допомоги та безперервного догляду за пацієнтами із хронічними патологіями шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Їхня щоденна діяльність передбачає не лише виконання професійних маніпуляцій, а й тривалу взаємодію з пацієнтами, які стикаються з обмеженнями якості життя та соціальними бар'єрами [1; 2].

Особливу увагу привертає феномен «морального дистресу» – стан внутрішнього конфлікту, що виникає, коли медичний працівник усвідомлює правильність певного клінічного рішення, проте не має можливості його реалізувати через організаційні чи етичні обмеження [3]. Це явище може провокувати емоційне виснаження, професійне вигорання та зниження задоволеності роботою, а в довготривалій перспективі – відтік кадрів із медичної практики [4].

Феномен морального дистресу вперше описав Вілкінсон Дж. М. [5]. Подальші праці таких учених, як Епштейн Е. Г., Хамрік А. Б., Фурі К., розширили це розуміння, акцентуючи увагу на його багатовимірності та впливі на якість надання допомоги [6; 7]. Дослідниця Ханна Д. Р. наголошувала, що моральний дистрес безпосередньо корелює з вигоранням та тривожністю, а Літц Б. Т. і Керіг П. К. описали його зв'язок із моральною травмою [8; 9].

Сучасні аналітичні дослідження, зокрема роботи Сафари Ф. та ін. і Тянь С. та ін., підтверджують системний вплив морального дистресу на якість медичної допомоги [10; 11].

У клінічній гастроентерології ця проблема особливо відчутна. Енк П. та співавт. і Хулі Дж. М. вказують, що хронічні патології ШКТ знижують якість життя пацієнтів та створюють додаткове навантаження на персонал [12; 13]. Форд А. С., Лейсі Б. Е., Теллі Н. Дж. підкреслюють, що поєднання фізичних симптомів і психологічних чинників значно впливає як на перебіг захворювання, так і на стан медичних працівників [14]. За результатами дослідження Файнголда Дж., Мюррей Г. Б., Кіфера Л. когнітивно-поведінкова терапія для лікування розладів органів травлення, що ґрунтується на визнанні ключової ролі психологічних факторів у розвитку функціональних гастроентерологічних розладів, достовірно зменшує симптоми та покращує якість життя пацієнтів, а додавання елементів позитивної психології посилює її ефект, зміщуючи акцент з лікування симптомів на розвиток внутрішніх ресурсів пацієнта [15].

В Україні ця проблематика досліджується останнім часом. Дембінський С. С. акцентує увагу на високому рівні дистресу серед професійних груп, а також на брак програм психологічної підтримки [16]. У спільних роботах таких дослідників, як Дембінський С. С., Злобіна О. Г., Сидоров М. С., Мамонова Г. А., підкреслено, що пандемія COVID-19 значно підсилила прояви морального дистресу [17]. Пилипишин О. І., Бондаренко С. В., Мельникова К. М., Федотова Т. В. аналізує переживання морального дистресу медсестрами у воєнних і кризових умовах [18; 19; 20]. Пастрик Т. В. вказує на значний психологічний тиск серед пацієнтів із хронічними гастроентерологічними захворюваннями, що відображається і на персоналі [21].

Міжнародні дослідження свідчать про ефективність програм психологічної підтримки й розвитку моральної резилієнтності (Ламуро С., Демір М.) [22; 23]. Проте в українських умовах ці підходи лише починають апробуватися, а комплексних досліджень психологічних особливостей морального дистресу в медсестер гастроентерологічних і проктологічних відділень практично немає, що й обумовлює актуальність нашого дослідження.

Метою дослідження є теоретичне й емпіричне вивчення феномену морального дистресу та його супутніх станів у медичних сестер, які працюють у гастроентерологічних і проктологічних відділеннях. Передбачено розроблення рекомендацій щодо зниження рівня морального дистресу та його негативних наслідків для професійного здоров'я медичного персоналу.

Об'єкт, матеріали та методи дослідження

Об'єкт дослідження – психологічні особливості морального дистресу. Предмет дослідження – медичні сестри гастроентерологічних і проктологічних відділень.

База дослідження. У дослідженні брали участь медичні сестри, які працюють у гастроентерологічному та проктологічному відділеннях, терапевтичних відділеннях із ліжками для гастроентерологічних хворих і хірургічних відділеннях із ліжками для проктологічних хворих. Анкетування проведено під час проходження курсів підвищення кваліфікації, у період 2024–2025 років, у двох закладах вищої освіти:

– КЗВО «Волинський медичний інститут» Волинської обласної ради, Відділенні післядипломної освіти молодших медичних і фармацевтичних спеціалістів;

– Житомирському медичному інституті Житомирської обласної ради, Центрі безперервного професійного розвитку.

Вибірка становила 115 медичних сестер. Усі респонденти мали стаж роботи не менше ніж один рік. До дослідження не залучалися адміністративні працівники й особи, які не здійснюють безпосередній догляд за пацієнтами.

Участь у дослідженні була добровільною. Усі респонденти поінформовані про цілі дослідження, надали письмову інформовану згоду, їм було гарантовано анонімність та конфіденційність. Дослідження проводилося з дотриманням положень Гельсінської декларації (1964 р., з поправками 2013 р.) та етичних принципів проведення соціально-психологічних досліджень.

Методологія та інструментарій. Для реалізації емпіричного дослідження використано комплекс психодіагностичних методик:

1. Методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації розроблена Т. Холмсом і Р. Рае (1967 р.) – Шкала соціальної адаптації та переоцінки життєвих подій (СРШЖП; Social Readjustment Rating Scale, SRRS). Методика використовувалася для виявлення рівня актуального стресу та оцінки ймовірності розвитку нервово-психічних розладів.

2. Шкала якості професійного життя (ШПЯЖ), автор Бетт Стамм (2010 р.), (Professional Quality of Life, ProQOL, 2010). Дозволяє оцінити задоволення від співчуття, виснаження від співчуття та рівень професійного вигорання.

3. Шкала оцінки впливу травматичної події (ПШВП), розроблена М. Горовіцем, Н. Вілнером та В. Альваресом (1979 р.), згодом удосконалена – (Impact of Event Scale – Revised, IES-R, 1979). Застосовувалася для виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу та їх інтенсивності.

Методи збору даних: опитування, анкетування, активне та пасивне спостереження.

Теоретичні методи: аналіз, синтез, узагальнення, систематизація сучасних підходів до вивчення морального дистресу в медичних працівників.

Обробка даних. Для аналізу результатів використовувалися методи кількісної та якісної обробки:

– розрахунок середніх значень, стандартних відхилень;

– аналіз отриманих даних;

– визначення кореляцій між рівнями морального дистресу, професійного вигорання та показниками стресостійкості.

Статистична обробка проводилася з використанням програмного забезпечення «Статистичний пакет для соціальних наук» (SPSS Statistics v.27) (IBM Corp.) та Microsoft Excel (2019) для первинного кодування. Рівень статистичної значущості – $p < 0,05$.

Результати дослідження

У дослідженні взяли участь 115 медичних сестер гастроентерологічних, терапевтичних, хірургічних і проктологічних відділень. Отримані результати дали змогу визначити психологічні особливості морального дистресу та його прояви в досліджуваній групі.

Рівень стресостійкості (SRRS)

Результати дослідження діагностики стресостійкості представлено в таблиці 1.

Таблиця 1
Розподіл рівнів опірності стресу серед респондентів (n = 115)

Рівень опірності	Кількість	%
Висока	2	1,7
Середня	6	5,2
Порогова	65	56,5
Низька	42	36,6

За результатами діагностики стресостійкості за методикою Т. Холмса і П. Рае «Шкала соціальної адаптації та переоцінки життєвих подій» встановлено, що лише 2 респонденти (1,7 %) мають високий рівень стресостійкості. Ця група характеризується здатністю ефективно адаптуватися до змін, швидко відновлювати психоемоційний баланс після дії стресових факторів і демонструвати високу професійну витривалість.

До категорії із середнім рівнем стресостійкості увійшло 6 осіб (5,2 %). Вони зберігають працездатність у типових умовах, однак за підвищених навантажень та конфліктних ситуацій можуть демонструвати емоційну напруженість і схильність до накопичення стресу.

Найбільша частка опитаних – 65 респондентів (56,5 %) – мають пороговий рівень стресостійкості. Це свідчить про перебування на межі адаптаційних можливостей: у таких медичних працівників підвищується ризик виникнення психоемоційного виснаження, дистресу та психосоматичних розладів у разі повторюваних або тривалих стресових ситуацій.

Досить значна група респондентів – 42 особи (36,6 %) – продемонстрували низький рівень стресостійкості. Вони є найбільш вразливими до впливу несприятливих життєвих подій, часто відчують емоційне виснаження, що підвищує ризик розвитку морального дистресу, професійного вигорання та погіршення якості життя.

Якість професійного життя по шкалі професійної якості життя (ШПЯЖ – ProQOL).

Результати дослідження за шкалою професійної якості життя (ШПЯЖ) (Professional Quality of Life, 2010) представлено в таблиці 2.

Таблиця 2
Розподіл результатів за субшкалами професійної якості життя (ProQOL) (n = 115)

Субшкала	Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень
Задоволення від співчуття	51 (44,3 %)	37 (32,2 %)	27 (23,5 %)
Виснаження від співчуття	45 (39,1 %)	34 (29,6 %)	36 (31,3 %)
Професійне вигорання	47 (40,9 %)	39 (33,9 %)	29 (25,2 %)

За результатами дослідження професійної якості життя за опитувальником ProQOL серед 115 медичних сестер встановлено такий розподіл за субшкалами:

Субшкала «Задоволення від співчуття». Найбільша частина опитаних – 51 респондент (44,3 %) – продемонстрували високий рівень задоволення від співчуття, що свідчить про внутрішнє відчуття значущості своєї роботи та позитивне сприйняття допомоги пацієнтам. 37 осіб (32,2 %) мають середній рівень, що відображає стабільне, але менш виражене емоційне підкріплення від професійної діяльності. Водночас 27 респондентів (23,5 %) виявили низький рівень задоволення від співчуття, що може вказувати на емоційне виснаження та ризик зниження професійної мотивації.

Субшкала «Виснаження від співчуття». Результати показали, що 45 осіб (39,1 %) мають високий рівень виснаження від співчуття, що відображає значне емоційне навантаження в процесі взаємодії з пацієнтами. 34 респонденти (29,6 %) перебувають на середньому рівні, коли емоційне виснаження присутнє, але ще не набуло критичного характеру. При цьому 36 медичних

сестер і братів (31,3 %) продемонстрували низький рівень виснаження від співчуття, що можна розглядати як ресурс психологічної стійкості.

Субшкала «Професійне вигорання». Серед респондентів 47 осіб (40,9 %) мають високий рівень професійного вигорання, що свідчить про серйозну небезпеку втрати інтересу до роботи, емоційного виснаження та зниження якості професійної діяльності. 39 респондентів (33,9 %) перебувають на середньому рівні, тобто вже відчують симптоми вигорання, але ще мають компенсаторні ресурси. Водночас 29 осіб (25,2 %) продемонстрували низький рівень вигорання, що вказує на збереження професійної мотивації та відносну емоційну стабільність.

У підсумку можна відзначити, що хоч значна частина медичних працівників отримує задоволення від співчуття (44,3 %), водночас високий рівень виснаження (39,1 %) і професійного вигорання (40,9 %) формує суттєві ризики для їхнього психологічного благополуччя та потребує розробки профілактичних програм.

Психологічні реакції на травматичні події (IES-R).

Результати дослідження за шкалою оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale – Revised, IES-R) представлено в таблиці 3.

Таблиця 3
Психологічні реакції на травматичні події (IES-R) (n = 115)

Реакція	Високі показники (n)	%
Уникнення	29	25,2
Вторгнення	13	11,3
Збудливість	8	7,0

За результатами опитувальника IES-R (Impact of Event Scale – Revised, Шкала впливу подій, модифікована версія), що дає змогу оцінити інтенсивність психологічних реакцій на травматичні події, серед 115 респондентів виявлено такі результати:

Реакція «Уникнення». Найбільш поширеною реакцією стало уникнення травматичних переживань, яке відзначено у 29 осіб (25,2 %). Це свідчить про прагнення медичних сестер і братів свідомо чи підсвідомо уникати нагадувань про стресові події, що може проявлятися в обмеженні контактів із певними ситуаціями або пацієнтами, пов'язаними з травматичним досвідом. Така реакція є механізмом психологічного захисту, але водночас може ускладнювати повну переробку травматичного досвіду.

Реакція «Вторгнення». У 13 респондентів (11,3 %) спостерігалися симптоми вторгнення (інтрузивних переживань) – повторювані нав'язливі спогади, емоційні «спалахи» чи флешбеки, що мимоволі повертають людину до травматичної ситуації. Це є ознакою неповного подолання психологічної травми й чинником розвитку посттравматичних стресових розладів.

Реакція «Збудливість». Найменш поширеною виявилася збудливість, яку продемонстрували 8 осіб

(7,0 %). Вона характеризується підвищеною нервовістю, труднощами з концентрацією уваги, порушенням сну, дратівливістю чи фізіологічним напруженням. Хоча цей показник виявився нижчим, ніж уникнення чи вторгнення, він також вказує на наявність у частини медичних працівників виражених ознак психоемоційного виснаження.

Отже, результати свідчать, що найбільш типовою реакцією на травматичні події серед медичних сестер і братів є уникнення (25,2 %), тоді як прояви вторгнення (11,3 %) і збудливості (7,0 %) зустрічаються рідше. Це вказує на переважання захисних механізмів уникнення, проте наявність клінічно значущих симптомів може потребувати психологічної підтримки та профілактичних інтервенцій.

Узагальнення результатів:

– У понад 90 % респондентів виявлено середній, пороговий або низький рівень опірності стресу, що свідчить про високу психоемоційну вразливість у професійній діяльності.

– Майже 41 % медичних сестер і братів мають високий рівень професійного вигорання, а 39 % – високий рівень виснаження від співчуття.

– Найбільш поширеною реакцією на травматичні події є уникнення (25,2 %), що відображає тенденцію до емоційного дистанціювання.

Отримані результати підтверджують високу поширеність морального дистресу та професійного вигорання серед досліджуваної групи. Виявлені закономірності вказують на потребу у впровадженні програм психологічної підтримки та розвитку стресостійкості медичного персоналу.

Обговорення результатів дослідження

Отримані результати свідчать про системний характер морального дистресу серед медичних сестер, які надають допомогу пацієнтам із захворюваннями КШТ. Новим аспектом є виявлене поєднання низької стресостійкості з високим рівнем професійного вигорання й емоційного виснаження від співчуття, що формує замкнене коло психологічного навантаження. Важливим є також те, що домінуючою реакцією на травматичні події є уникнення, яке виступає механізмом психологічного захисту, але водночас знижує якість взаємодії з пацієнтами та колегами.

Висока поширеність низького та порогового рівня стресостійкості узгоджується з результатами досліджень Демір М. та співавт. (2024), де хірургічні медсестри також продемонстрували подібний рівень вразливості до стресу. У метааналізі Ламурье С. та співавт. (2024) також встановлено, що понад третина медичних працівників у відділеннях високого навантаження відчувають виражений моральний дистрес, що прямо корелює з вигоранням. Наші дані підтверджують ці висновки, демонструючи, що в досліджуваній вибірці 40,9 % мають високий рівень професійного вигорання.

Механізмом розвитку таких станів може бути хронічний вплив емоційних та етичних дилем у роботі з пацієнтами з тяжкими захворюваннями шлунково-кишкового тракту. Повторювані епізоди безсилля та неможливості реалізувати оптимальне клінічне рішення формують у персоналу внутрішній конфлікт, який із часом трансформується у моральний дистрес і вигорання. Особливу увагу заслуговує той факт, що уникнення емоційних контактів, виявлене у 25,2 % респондентів, є одночасно адаптивною і дисфункціональною стратегією: воно дає змогу знизити негайне емоційне навантаження, але в довгостроковій перспективі призводить до емоційного відчуження та зниження якості догляду.

Практичне значення отриманих результатів полягає у необхідності впровадження комплексних програм психологічної підтримки персоналу, спрямованих на:

- розвиток навичок стрес-менеджменту й емоційної резилієнтності;
- організацію тренінгів із профілактики вигорання;
- інтеграцію супервізій і психологічних консультацій у програми безперервного професійного розвитку.

Такі заходи можуть бути реалізовані в рамках системи охорони здоров'я через центри безперервної освіти та внутрішньолікарняні служби підтримки персоналу. Впровадження подібних стратегій відповідає міжнародним практикам (журнал «Етика медсестринства», 2024; журнал «Журнал передового медсестринства», 2024) та може сприяти підвищенню ефективності роботи й утриманню кваліфікованих кадрів у клінічних відділеннях.

Перспективи подальших досліджень

Подальші дослідження планується зосередити на аналізі ефективності тренінгових програм психологічної підтримки та розвитку моральної резилієнтності в медичних працівників. Перспективним напрямом також є вивчення довгострокових наслідків морального дистресу для професійної мотивації та якості надання медичної допомоги, зокрема в мультидисциплінарних командах.

Висновки

1. Проведене дослідження засвідчило високу поширеність морального дистресу та професійного вигорання серед медичних сестер гастроентерологічних та проктологічних відділень. Понад 90 % респондентів мають середній, пороговий або низький рівень опірності стресу, що вказує на значну психоемоційну вразливість у професійній діяльності.

2. Аналіз результатів шкали «Професійна якість життя» (ProQOL) показав, що майже половина респондентів не отримують задоволення від співчуття, тоді як високий рівень виснаження від співчуття (39,1 %)

і професійного вигорання (40,9 %) є характерними для досліджуваної групи. Це свідчить про тісний взаємозв'язок між моральним дистресом і негативними аспектами професійної діяльності.

3. Найбільш поширеною реакцією на травматичні події є уникнення (25,2 %), що демонструє схильність персоналу до емоційного дистанціювання як механізму психологічного захисту. У поєднанні з високими показниками професійного вигорання ця стратегія може негативно впливати на якість взаємодії з пацієнтами та командну роботу.

4. Отримані результати підтверджують необхідність упровадження комплексних заходів психологічної підтримки медичного персоналу, зокрема програм розвитку стресостійкості, профілактики вигорання та підвищення рівня моральної резиліентності. Це може стати підґрунтям для створення інтегрованих

систем підтримки в закладах охорони здоров'я, орієнтованих на емоційне благополуччя працівників.

5. Практичне значення дослідження полягає у можливості використання його результатів для розробки навчальних програм у системі післядипломної освіти, впровадження супервізій та психологічних консультацій у медичних закладах, а також для формування національних стратегій профілактики морального дистресу серед медичних працівників.

Перспективи використання результатів полягають у застосуванні запропонованих підходів для розробки програм безперервного професійного розвитку медичних сестер і братів, у вдосконаленні кадрової політики та у створенні сприятливого психологічного середовища в закладах охорони здоров'я. Це сприятиме підвищенню якості медичної допомоги та стабільності професійних кадрів.

Література

1. Вірна Ж. Аксіологія якості життя особистості. Психологія особистості. 2013;(1):104–112. Доступно: http://nbuv.gov.ua/UJRN/По_2013_1_12.
2. Данько ВВ. Удосконалення системи управління закладами охорони здоров'я на інноваційних засадах. Вчені записки ТНУ ім. В. І. Вернадського. Серія: Економіка і управління. 2019;30(69)2:102–110. Доступно: https://econ.vernadskyjournals.in.ua/journals/2019/30_69_2/22.pdf.
3. Morley G, Ives J, Bradbury-Jones C, Irvine F. What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. *Nurs Ethics*. 2019;26(3):646–662. DOI: 10.1177/0969733017724354.
4. Rushton CH. Moral resilience: A capacity for navigating moral distress in critical care. *AACN Advanced Critical Care*. 2016;27(1):111–119. DOI: 10.4037/aacnacc2016275.
5. Wilkinson JM. Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nursing Forum*. 1987;23(1):16–29. Доступно: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3454003/>.
6. Epstein EG, Hamric AB. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *Journal of Clinical Ethics*. 2009;20(4):330–342. Доступно: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20120853/>.
7. Fourie C. Moral distress and moral conflict in clinical ethics. *Bioethics*. 2015;29(2):91–97. DOI: 10.1111/bioe.12064.
8. Hanna DR. Moral distress: the state of the science. *Research and Theory for Nursing Practice*. 2004;18(1):73–93. DOI: 10.1891/rtnp.18.1.73.28054.
9. Litz BT, Kerig PK. Introduction to the special issue on moral injury. *Journal of Traumatic Stress*. 2019;32(3):341–349. DOI: 10.1002/jts.22405.
10. Safari F, MohammadPour A, BasiriMoghadam M, et al. The relationship between moral distress and clinical care quality among nurses: an analytical cross-sectional study. *BMC Nursing*. 2024;23:732. DOI: 10.1186/s12912-024-02368-z.
11. Tian X, Jin Y, Chen H, Jiménez-Herrera MF. Instruments for Detecting Moral Distress in Clinical Nurses: A Systematic Review. *Inquiry*. 2021;58:46958021996499. DOI: 10.1177/0046958021996499.
12. Enck P, Kowalski A, Martens U, Klosterhalfen S. Internet-based assessment of bowel symptoms and quality of life. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2006;18(12):1263–1269. DOI: 10.1097/01.meg.0000243879.25067.32.
13. Hooley JM. Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2007;3:329–352. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095236.
14. Ford AC, Lacy BE, Talley NJ. Irritable bowel syndrome. *N Engl J Med*. 2017;376(26):2566–2578. DOI: 10.1056/NEJMr1607547.
15. Feingold J, Murray HB, Keefer L. Recent Advances in Cognitive Behavioral Therapy For Digestive Disorders and the Role of Applied Positive Psychology Across the Spectrum of GI Care. *Journal of Clinical Gastroenterology*. 2019;53(7):477–485. DOI: 10.1097/MCG.0000000000001234.
16. Дембінський СС. Вивчення психологічного дистресу в соціологічних дослідженнях: історія та методологія. *Український соціум*. 2018;(1):36–48. DOI: 10.15407/socium2018.01.036.
17. Дембінський СС, Злобіна ОГ, Сидоров МС, Мамонова ГА. Стан психологічного дистресу серед різних соціальних груп в Україні під час пандемії COVID-19. *Український соціум*. 2020;(2):74–92. DOI: 10.15407/socium2020.02.074.
18. Пилипишин ОІ, Бондаренко СВ, Мельникова КМ. Моральний обов'язок та соціальна відповідальність медсестер, які надають допомогу при катастрофах. *Медсестринство*. 2024;(2):67–70. DOI: 10.11603/2411-1597.2024.2.14805.
19. Федотова Т. Переживання морального дистресу медсестрами: психологічний дискурс проблеми. У: Лікарі та медсестринство – медичний фронт в Україні та світі. Матеріали І Міжнародної конференції; 2023 травня 11–12; Луцьк. Луцьк: КЗВО «Волинський медичний інститут»; 2023. С. 120. Доступно: <https://vmi.volyn.ua/data/media/files/4/5/45-tezy-konferencii-11-12-travnja-2023-r.pdf>.
20. Федотова Т. Переживання морального дистресу особистістю: теоретичне осмислення проблеми. Психологічні перспективи. 2022;40:180–193. DOI: 10.29038/2227-1376-2022-40-fed.

21. Пастрик ТВ. Здоров'я та психологічний добробут осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту під час карантину COVID-19. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія». 2021;12:12–16. DOI: 10.25264/2415-7384-2021-12-12-16.

22. Lamoureux S, Mitchell AE, Forster EM. Moral distress among acute mental health nurses: a systematic review. *Nursing Ethics*. 2024;31(7):1178–1195. DOI: 10.1177/09697330241238337.

23. Demir M, Håkansson E, Drott J. Nurses' experiences of moral distress and how it affects daily work in surgical care: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*. 2024;80(5):2080–2090. DOI: 10.1111/jan.15966.

References

1. Virna Zh. Aksiologhiia yakosti zhyttia osobystosti [Axiology of quality of life of the individual]. *Psykhologhiia osobystosti*. 2013;(1):104–112. Available from: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Po_2013_1_12 (in Ukrainian).

2. Danko VV. Udoskonalennia systemy upravlinnia zakladamy okhorony zdorov'ia na innovatsiinykh zasadakh [Improvement of the health care institutions management system on the basis of innovation]. *Vcheni zapysky Tavriiskoho natsionalnoho universytetu imeni V. I. Vernadskoho. Seriya: Ekonomika i upravlinnia*. 2019;30(69)2:102–110. Available from: https://econ.vernadskyjournals.in.ua/journals/2019/30_69_2/22.pdf (in Ukrainian).

3. Morley G, Ives J, Bradbury-Jones C, Irvine F. What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. *Nurs Ethics*. 2019;26(3):646–662. DOI: 10.1177/0969733017724354.

4. Rushton CH. Moral resilience: a capacity for navigating moral distress in critical care. *AACN Advanced Critical Care*. 2016;27(1):111–119. DOI: 10.4037/aacnacc2016275.

5. Wilkinson JM. Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nursing Forum*. 1987–1988;23(1):16–29. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3454003/>.

6. Epstein EG, Hamric AB. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *Journal of Clinical Ethics*. 2009;20(4):330–342. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20120853/>.

7. Fourie C. Moral distress and moral conflict in clinical ethics. *Bioethics*. 2015;29(2):91–97. DOI: 10.1111/bioe.12064.

8. Hanna DR. Moral distress: the state of the science. *Research and Theory for Nursing Practice*. 2004;18(1):73–93. DOI: 10.1891/rtnp.18.1.73.28054.

9. Litz BT, Kerig PK. Introduction to the special issue on moral injury. *Journal of Traumatic Stress*. 2019;32(3):341–349. DOI: 10.1002/jts.22405.

10. Safari F, MohammadPour A, BasiriMoghadam M, et al. The relationship between moral distress and clinical care quality among nurses: an analytical cross-sectional study. *BMC Nursing*. 2024;23:732. DOI: 10.1186/s12912-024-02368-z.

11. Tian X, Jin Y, Chen H, Jiménez-Herrera MF. Instruments for detecting moral distress in clinical nurses: a systematic review. *Inquiry*. 2021;58:46958021996499. DOI: 10.1177/0046958021996499.

12. Enck P, Kowalski A, Martens U, Klosterhalfen S. Internet-based assessment of bowel symptoms and quality of life. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2006;18(12):1263–1269. DOI: 10.1097/01.meg.0000243879.25067.32.

13. Hooley JM. Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2007;3:329–352. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095236.

14. Ford AC, Lacy BE, Talley NJ. Irritable bowel syndrome. *N Engl J Med*. 2017;376(26):2566–2578. DOI: 10.1056/NEJMr1607547.

15. Feingold J, Murray HB, Keefer L. Recent advances in cognitive behavioral therapy for digestive disorders and the role of applied positive psychology across the spectrum of GI care. *Journal of Clinical Gastroenterology*. 2019;53(7):477–485. DOI: 10.1097/MCG.0000000000001234.

16. Dembinskyi SS. Vyvchennia psykhologichnoho dystresu v sotsiolohichnykh doslidzhenniakh: istoriia ta metodolohiia [Study of psychological distress in sociological research: history and methodology]. *Ukrainskyi sotsium*. 2018;(1):36–48. DOI: 10.15407/socium2018.01.036 (in Ukrainian).

17. Dembinskyi SS, Zlobina OG, Sydorov MS, Mamonova HA. Stan psykhologichnoho dystresu sered riznykh sotsialnykh hrup v Ukraini pid chas pandemii COVID-19 [The state of psychological distress among different social groups in Ukraine during the COVID-19 pandemic]. *Ukrainskyi sotsium*. 2020;(2):74–92. DOI: 10.15407/socium2020.02.074 (in Ukrainian).

18. Pylypshyn OI, Bondarenko SV, Melnykova KM. Moralnyi obov'iazok ta sotsialna vidpovidalnist medsester, yaki nadaiut dopomohu pry katastrofakh [Moral duty and social responsibility of nurses providing disaster care]. *Medsestrynstvo*. 2024;(2):67–70. DOI: 10.11603/2411-1597.2024.2.14805 (in Ukrainian).

19. Fedotova T. Perezhyvannia moralnoho dystresu medsestramy: psykhologichnyi dyskurs problemy [Experience of moral distress by nurses: a psychological discourse of the problem]. In: *Likari ta medsestrynstvo – medychnyi front v Ukraini ta sviti. Materialy I Mizhnarodnoi konferentsii*; 2023 May 11–12; Lutsk, Ukraine. Lutsk: KZVO "Volynskyi medychnyi instytut"; 2023. P. 120. Available from: <https://vmi.volyn.ua/data/media/files/4/5/45-tezy-konferencii-11-12-travnja-2023-r.pdf> (in Ukrainian).

20. Fedotova T. Perezhyvannia moralnoho dystresu osobystistiu: teoretychne osmyslennia problemy [Experience of moral distress by the individual: theoretical understanding of the problem]. *Psykhologichni perspektyvy*. 2022;40:180–193. DOI: 10.29038/2227-1376-2022-40-fed (in Ukrainian).

21. Pastryk TV. Zdorov'ia ta psykhologichnyi dobrobut osib iz khronichnymy zakhvoriuvanniamy shlunkovo-kyshkovoho traktu pid chas karantynu COVID-19 [Health and psychological well-being of persons with chronic gastrointestinal diseases during the COVID-19 quarantine]. *Naukovi zapysky Natsionalnoho universytetu "Ostrozka akademiia". Seriya "Psykhologhiia"*. 2021;12:12–16. DOI: 10.25264/2415-7384-2021-12-12-16 (in Ukrainian).

22. Lamoureux S, Mitchell AE, Forster EM. Moral distress among acute mental health nurses: a systematic review. *Nursing Ethics*. 2024;31(7):1178–1195. DOI: 10.1177/09697330241238337.

23. Demir M, Håkansson E, Drott J. Nurses' experiences of moral distress and how it affects daily work in surgical care: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*. 2024;80(5):2080–2090. DOI: 10.1111/jan.15966.

Мета. Дослідження спрямоване на теоретичне й емпіричне вивчення психологічних особливостей морального дистресу в медичних сестер і братів гастроентерологічних і проктологічних відділень, а також на розроблення практичних рекомендацій щодо його зменшення та профілактики негативних наслідків.

Матеріали та методи. Дослідження проведено у 2024–2025 роках у Волинському та Житомирському медичних інститутах. У вибірку ввійшли 115 медичних працівників зі стажем роботи понад один рік. Використано стандартизовані психодіагностичні методики: шкалу соціальної адаптації та переоцінки життєвих подій, розроблену Т. Холмсом та Р. Рае (Т. Holmes, R. Rahe), шкалу професійної якості життя (Б. Стамм (B. Stamm)), переглянута шкалу впливу події (М. Горовіц (M. Horowitz) та ін.). Методи збору даних передбачали анкетування, опитування, спостереження. Для статистичної обробки застосовано програмне забезпечення SPSS v.27 та Microsoft Excel (2019).

Результати. Встановлено, що понад 90 % респондентів характеризуються середнім або низьким рівнем стресостійкості, що зумовлює їхню вразливість до професійних навантажень. Високий рівень емоційного виснаження виявлено у 39,1 %, а професійного вигорання – у 40,9 % учасників. Домінуючою психологічною реакцією є уникнення (25,2 %), що з часом формує емоційне відчуження й ускладнює комунікацію з пацієнтами.

Висновки. Отримані результати підтверджують значне поширення морального дистресу серед медсестер, що поєднується з низькою стресостійкістю та високим рівнем вигорання.

Практичне значення дослідження полягає у необхідності впровадження програм психологічної підтримки, тренінгів із розвитку моральної резиліентності та профілактики вигорання в системі післядипломної освіти та внутрішньолікарняної підтримки персоналу.

Ключові слова: професійне вигорання, психологічна підтримка, стресостійкість, резиліентність, емоційне виснаження, комунікація, медичний персонал.

Aim. The study aimed to theoretically and empirically investigate the psychological characteristics of moral distress among nurses working in gastroenterology and proctology departments, and to develop practical recommendations for reducing its prevalence and preventing its negative effects on professional health and the quality of nursing practice.

Materials and methods. The study was conducted in 2024–2025 at the Volyn and Zhytomyr Medical Institutes. The sample included 115 medical workers with more than one year of work experience. Standardized psychodiagnostic methods were used: the Social Adaptation and Reappraisal of Life Events Scale, developed by T. Holmes and R. Rahe, the Professional Quality of Life Scale (ProQOL, B. Stamm), and the Impact of Event Scale–Revised (IES-R, M. Horowitz et al.). Data collection involved questionnaires, surveys, and structured observation. Statistical processing was carried out using SPSS v.27 and Microsoft Excel (2019).

Results. The findings demonstrated a significant prevalence of low and medium stress resilience. Over 90% of respondents showed average, threshold, or low resistance, indicating vulnerability to stress factors in the clinical environment, while only 1.7% reported high resilience. The Professional Quality of Life Scale revealed that nearly half of respondents experienced insufficient compassion satisfaction. Compassion fatigue was high in 39.1% of participants, and burnout symptoms were detected in 40.9%.

Analysis of the Impact of Event Scale identified avoidance as the most frequent coping mechanism, reported by 25.2% of respondents. Intrusion, manifested through repetitive thoughts and sleep disturbances, was observed in 11.3%, while 7% demonstrated hyperarousal. Although avoidance provides temporary protection, it tends to cause long-term consequences, including emotional withdrawal, diminished empathy, and impaired communication with patients and colleagues.

Overall, the study confirmed that moral distress is widespread and strongly correlated with emotional exhaustion and burnout. The coexistence of low stress resilience and high burnout levels forms a cycle of moral burden that deepens psychological vulnerability. These findings correspond to international studies, confirming that moral distress represents a universal challenge in healthcare systems across specialties.

Conclusions. The research established the high prevalence of moral distress among nurses in gastroenterology and proctology units in Ukraine and demonstrated its close link with professional burnout and reduced resilience. The results emphasize the need for national strategies to support nursing personnel. Such strategies should integrate psychological support services, structured training in burnout prevention, and resilience-building interventions. These measures are particularly important within postgraduate education and institutional healthcare support systems.

The obtained results can serve as a foundation for further applied research and the design of evidence-based interventions aimed at improving the psychological climate in hospital units. Future studies should assess the effectiveness of implemented programs and explore the long-term impact of moral distress on professional motivation, retention of nursing staff, and the quality of patient care. Addressing moral distress proactively can strengthen both the well-being of healthcare providers and the overall effectiveness of medical services.

Key words: moral resilience, compassion fatigue, burnout prevention, stress vulnerability, nurse support programs, psychological well-being.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Пастрик Тетяна Володимирівна – доктор психологічних наук, доцент, в. о. ректора Комунального закладу вищої освіти «Волинський медичний інститут» Волинської обласної ради; вул. Лесі Українки, 2, м. Луцьк, Україна, 43016.

tetiana_pastryk@vmi.volyn.ua, ORCID ID: 0000-0002-6329-9607 A, B, C, F

Шатило Віктор Йосипович – заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор, радник ректора Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради; вул. Велика Бердичівська, 45/15, м. Житомир, Україна, 10002.

shatylo.viktor@gmail.com, ORCID ID: 0000-0001-7362-4787 ^{B, C, D}

Можарівська Антоніна Анатоліївна – кандидат медичних наук, асистент кафедри «Медсестринство» Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради; вул. Велика Бердичівська, 45/15, м. Житомир, Україна, 10002.

amozharivska@gmail.com, ORCID ID: 0009-0009-2282-9809 ^{B, E}

Серебряков Олександр Михайлович – заслужений лікар України, кандидат медичних наук, асистент кафедри медсестринства Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради; вул. Феценка-Чопівського, 22, м. Житомир, Україна, 10008; начальник Житомирського військового госпіталю.

ORCID ID: 0000-0002-2556-3980 ^{B, E}

Патута Богдана Василівна – викладач кафедри соціально-гуманітарних дисциплін та мовної підготовки Комунального закладу вищої освіти «Волинський медичний інститут» Волинської обласної ради; вул. Лесі Українки, 2, м. Луцьк, Україна, 43016.

bohdana_pavlova@vmi.volyn.ua, ORCID ID: 0000-0003-1402-564X ^{B, E}

Стаття надійшла до редакції 01.09.2025

Дата першого рішення 24.11.2025

Стаття подана до друку 30.12.2025