

О.Є. Федоренко, К.В. Коляденко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Оцінка якості життя у пацієнтів з дерматологічною патологією, лікарів та студентів-медиків в умовах карантину, зумовленого пандемією COVID-19

«Жодна спеціальність не приносить часом стільки моральних переживань, як лікарська»

А.П. Чехов

Уже майже рік сучасне суспільство живе у виражено стресових умовах пандемії COVID-19. Зважаючи на те, що люди протягом багатьох останніх місяців перебувають у стані значного інформаційно зумовленого очікування появи і подальшого розвитку в них клінічних ознак цієї патології, цілком логічним є припущення щодо підвищення рівня їхньої стривоженості і зниження самооцінки якості життя (ЯЖ).

Мета роботи — дослідити залежність показників ЯЖ у амбулаторних хворих з дерматологічною патологією та медичних працівників від рівня їхньої невротизації, стривоженості та емоційного вигорання з урахуванням негативного впливу базисної хронічної стресової ситуації — багатомісячного карантину, зумовленого пандемією COVID-19.

Матеріали та методи. Анкетування хворих з метою оцінки ЯЖ проводили за допомогою SF-36.

Результати та обговорення. Проведене переважно з ініціативи самих реципієнтів на 6-му місяці карантину пілотне комплексне дослідження залежності показників ЯЖ у амбулаторних хворих дерматологічного профілю та медичних працівників (лікарів, студентів) виявило певні корелятивні зв'язки (зумовленості) не стільки через вікові та статеві, а переважно через фахові (освітні) аспекти. Виявилось, що самооцінка ЯЖ на тлі домінуючого негативного впливу хронічної стресової ситуації — багатомісячного карантину, зумовленого пандемією COVID-19, значною мірою залежить від виразності невротизації, стривоженості та емоційного вигорання обстеженого. Потребує подальшої поглибленої розробки на великому і, безумовно, статистично достатньому матеріалі проблема інтерпретації кореляцій між особистісними рисами та емоційним вигоранням, рівнем тривожності, стресостійкості, невротизації, суб'єктивного контролю та самооцінкою ЯЖ. Особливо важливою є розробка фахових рекомендацій та методик психокоригувального впливу не стільки для пацієнтів із соматичною (дерматологічною) патологією, скільки власне для лікарів-клініцистів, які змушені на своєму робочому місці щодня особисто і безпосередньо контактувати з багатьма потенційно інфікованими пацієнтами.

Висновки. Багатомісячні карантинні обмеження в міжособистісному спілкуванні очікувано призвели до помітного погіршення самооцінки ЯЖ у всіх обстежених.

Ключові слова

Карантин, зумовлений пандемією COVID-19, самооцінка якості життя, тривожність, емоційне вигорання.

Уже майже рік сучасне суспільство живе, працює, вчиться, відпочиває, хворіє і лікується у виражено стресових умовах пандемії COVID-19, коли жодна доросла особа не почуває себе відносно захищеною від можливого вірусного інфікування і розвитку в неї після цього дуже тяжкої інфекційної патології. Тобто суспільство вперше за останніх сто років опинилося

в якісно інших умовах свого існування, коли остаточно луснув міф щодо безтурботної, проте гарантованої медичної безпеки. Зважаючи на те, що люди вже багато останніх місяців перебувають під значним інформаційно зумовленим очікуванням (побоюванням) появи і подальшого розвитку в них клінічних ознак цієї патології, цілком логічним є припущення стосовно підви-

щення рівня їхньої стривоженості і зниження самооцінки якості власного життя. Саме самооцінка особистістю якості життя (ЯЖ) є тим інтегральним показником, що переважно підсвідомо складається з великої кількості фізичних та психологічних складових, що відображають здатність кожної людської особистості адаптуватись як до клінічних виявів будь-якої соматичної патології, так і до загрози її появи та подальшого фатального негативного розвитку.

Досвідчені клініцисти-дерматологи знають, що відмінності між цілком фаховим медичним висновком лікаря про ефективність лікування на підставі результатів клінічного та лабораторного методів обстеження і самооцінкою хворим стану ЯЖ можуть бути досить значними [6, 7]. Це пов'язано з особливостями особистості того чи іншого пацієнта, реальною обтяжливістю деяких діагностичних та лікувальних процедур, побічною дією деяких ліків та їхнім сумісним впливом на стан психоемоційного сприйняття хворою людиною свого соматичного стану, частим неспівпадінням бажаних (омріяних) сподівань та реальним перебігом лікування [10]. Розуміння всіх цих обставин доводить нагальну потребу широкого впровадження в клінічну практику дерматовенерологів комплексного підходу до оцінки психологічного стану хворих у процесі переважно амбулаторного лікування з обов'язковим включенням інтегральних критеріїв оцінки суб'єктивного сприйняття пацієнтів з дерматологічною патологією. Особливо актуально це при хронічному рецидивному перебігу більшості дерматозів. З нашої точки зору, таким інтегральним критерієм є самооцінка хворими якості власного життя як показника фізичного, психологічного та соціального благополуччя. В Україні питання ЯЖ хворих з різноманітними дерматозами досі вивчене недостатньо [2, 6, 7, 10]. І це при тому, що в науковому світі ЯЖ ще з кінця ХХ ст. визнана невід'ємною частиною комплексного аналізу новітніх методів діагностики, лікування, профілактики, оцінки ефективності лікування та надання медичної допомоги [11]. Оперативна оцінка ЯЖ за допомогою тестів-опитувальників як самої ЯЖ, так і базових чинників, що впливають на неї, може допомогти якщо не вирішити проблему в цілому, то хоча б частково поліпшити ефективність індивідуалізованого лікування хворих з цією патологією [2, 3, 5, 8]. Також це сприятиме покращенню психологічного стану пацієнтів і більш свідомому розумінню ними причин повільного регресу клінічних виявів захворювання. Зрештою, саме максимальне наближення самооцінки ЯЖ хворого до рівня самооцінки здорової людини є

одним з основних завдань лікування і зумовлює необхідність подальшого удосконалення розуміння та уточнення впливу різноманітних чинників навколишнього середовища (психологічний вплив пандемії коронавірусу) і особливостей особистісного реагування (рівні невротизації, стресостійкості, тривожності, суб'єктивного контролю, емоційного вигорання) і тих чи інших патологічних соматичних виявів [9, 11].

Мета роботи — провести дослідження залежності показників ЯЖ у амбулаторних пацієнтів дерматологічного профілю, медичних працівників (лікарів, студентів) у віковому, статевому та фаховому аспектах і з урахуванням визначення рівня їхньої невротизації, стривоженості, емоційного вигорання на тлі негативного впливу базисної хронічної стресової ситуації — багатомісячного карантину, зумовленого пандемією COVID-19.

Завдання дослідження:

1. Визначити вихідні показники ЯЖ амбулаторних пацієнтів з різним ступенем вираженості дерматологічної патології.
2. Провести порівняльний аналіз показників ЯЖ у пацієнтів з дерматологічними захворюваннями, медичних працівників, студентів медичних вишів та інших категорій громадян, які дотримуються карантинних обмежень (правил).
3. Виявити основні психологічні риси реципієнтів, що корелюють з їхньою ЯЖ.

Методи дослідження: загальноклінічні та параклінічні — для оцінки клінічних виявів дерматозів; психодіагностичне анкетування: адаптований опитувальник SF-36 для визначення ЯЖ; шкала тривоги Спілбергера—Ханіна; тест самооцінки психічних станів Г. Айзенка; рівня невротизації Л.И. Васермана; опитувальник В.В. Бойка для визначення рівня емоційного вигорання; шкала стресових подій Холмса—Раге; визначення типів емоційного реагування на зовнішні впливи В.В. Бойка; тест УСК Dg. Rottera; домінуючі стратегії психологічного самозахисту; біостатистичні — для математичної обробки отриманих даних [5].

Оцінку ЯЖ проводили за допомогою опитувальника SF-36, який належить до загальних (неспеціалізованих) тестів-опитувальників і вже багато років широко застосовується в різноманітних дослідженнях ЯЖ [5, 8]. Параметри опитувальника дають змогу нарізно в умовних балах (тобто кількісно) оцінити різні якісні складові ЯЖ. Вони розділені на такі 8 шкал: фізичне функціонування (ФФ); рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (РФ); тілесні (больові) відчуття (ТФ); самооцінка загального

стану здоров'я (ЗЗ); життєздатність (суб'єктивне відчуття повноти сил та енергії або, навпаки, відсутність таких сил) (ЖА); соціальне функціонування (СФ); рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (РЕФ); психічне здоров'я (ПЗ).

Отримані при обробці даних бали для кожної такої шкали варіюють у межах від 100 (максимальний результат — повне благополуччя) до 0. Шкали також об'єднують у дві якісно відмінні групи: одні визначають фізичну компоненту здоров'я, або фізичне благополуччя (ФБ), інші відображають психологічну компоненту здоров'я, або душевне благополуччя (ДБ).

Структура цього опитувальника дає змогу кількісно визначити вираженість кожної з цих 8 шкал і якісно «побачити тонкі місця просідання» самооцінки ЯЖ. Здебільшого це буває критично важливим при вибудові профілактичних і комплексних лікувальних заходів, особливо при хронічному рецидивному перебігу багатьох дерматозів.

Виходячи з зазначеного вище, було вирішено поряд (паралельно) з визначенням ЯЖ використовувати шкалу тривоги Спілберґера—Ханіна, яка дає змогу оперативно визначати рівні ситуативної (СТ) (реактивної) та особистісної тривожності (ОТ). Це дає підстави об'єктивно оцінити не лише рівень актуальної на момент опитування тривожності, а й встановити або спростувати факт довготермінового перебування респондента під дією інтенсивного впливу різноманітних стресорів. Високе значення ОТ напряму корелює з вірогідністю розвитку невротичного конфлікту і лежить в основі емоційних зривів та психосоматичних захворювань.

З метою визначення, які саме психологічні особливості особистісного реагування є домінуючими та визначальними в самооцінці ЯЖ, було проведено комплексне дистанційне тестування за допомогою зазначених вище опитувальників Айзенка, В.В. Бойка, Васермана, Холмса—Рей та ін. [5].

Так, тест самооцінки власного психологічного стану Айзенка дав можливість визначити рівень вираженості тривожності, фрустрації, агресивності, ригідності, а також їхній вплив на ЯЖ.

Стан емоційної нестабільності (невротизації), що може зумовити розвиток власне самого неврозу і формування в подальшому невротичних тенденцій в поведінці будь-якої особистості, визначали за результатами тесту невротизації Васермана.

Для характеристики рівня «стресонаповненості» застосовували спеціалізовану шкалу оцінки стресових подій Холмса—Рей.

Три рівні емоційного вигорання: напруження, резистенція та виснаження з деталізацією їхніх 12 основних клінічних виявів, що виробляє особистість як механізм психологічного захисту в формі повного або часткового «виключення» емоцій у відповідь на певні психотравмуючі впливи, уточнювали за допомогою спеціалізованого опитувальника В.В. Бойка.

Прямим доповненням цього є використання ще одного спеціалізованого тесту для визначення домінуючої стратегії психологічного захисту своєї суб'єктивної реальності особистістю через партнерство і співробітництво або шляхом економії власних інтелектуальних чи емоційних ресурсів, або й інстинктивної агресивності.

Тип емоційного реагування також визначали за даними спеціалізованого тесту В.В. Бойка, що дало змогу як уточнити значущість (вагу) позитивних, амбівалентних та негативних стимулів, так і спрямованість їхнього впливу на емоції і відповідно на самооцінку ЯЖ.

Використання тесту РСК — рівень суб'єктивного контролю особистості Дж. Роттера дав можливість визначити питому вагу кількох видів інтернальності та екстернальності в міжособистісних стосунках і по відношенню до власного соматичного стану.

Матеріали та методи

Міжособистісні контакти протягом квітня-травня-червня 2020 р. відбувались винятково дистанційно через жорсткий карантин переважно з ініціативи самих пацієнтів з дерматологічними захворюваннями (бульозний епідермоліз, акне, псоріаз, екзема, мікози), які самостійно знаходили можливість зв'язуватись з лікарями для заочно-очних (online) відеоконсультацій стосовно моніторингу свого соматичного стану. На нашу думку, це однозначно і безумовно свідчило про їхню високу зацікавленість у власному здоров'ї і бажання активно співпрацювати в цьому аспекті з лікарями. Під час такого спорадичного звернення по допомогу та за порадою щодо лікування було відзначено, що у більшості цих пацієнтів були також скарги на погіршення сну, підвищену дратівливість під час тісного сімейного спілкування, явно невмотивовані емоційні зриви. Ці факти і прохання хоч якщо й не допомогли, то хоча б прокоментувати з медичної точки зору, і стали підставою запропонувати таким особам добровільно пройти дистанційне психологічне обстеження за допомогою відповідних тестів-опитувальників. Дещо несподіваним для нас було висловлене бажання і кількох колег-лікарів та студентів, що сприяли цій фаховій комунікації, у такий спосіб об'єк-

тивно уточнити для себе власний психологічний стан під час карантину.

Отже, дистанційно було обстежено 20 осіб (8 чоловіків та 12 жінок) віком від 22 до 72 років. Серед них: 6 пацієнтів з дерматологічними захворюваннями (бульозний епідермоліз, псоріаз, екзема, артефіціальний дерматит, мікоз гладкої шкіри, оніхогрифоз, акне), 10 лікарів з клінічним досвідом понад 20 років та 4 студентів НМУ старших курсів-гуртківців кафедри дерматовенерології з курсом косметології. Ще 10 осіб на початку вересня 2020 р. не до кінця пройшли тестування і тому дані їхнього обстеження не враховано в цій публікації. Так само не враховано і результати тестів УСК, СМОЛ, типів психологічного захисту через їхнє пізнє (лише в серпні) включення в застосований нами перелік тестів-опитувальників.

Було вирішено умовно розділити всіх осіб, що добровільно заповнювали відповідні тести-опитувальники, на дві групи. До першої зараховано 6 пацієнтів з різноманітними дерматологічними захворюваннями і різними висипаннями, які у той чи інший спосіб обмежували їхні фізичні та соціальні можливості. До другої групи включено всіх 10 медичних працівників без будь-яких висипань на шкірі та слизових оболонках та інших соматичних виявів. Їх ми розглядали як своєрідну групу реципієнтів контролю без явних соматичних скарг. Об'єднувало їх усіх лише перебування в багатомісячному карантині під реальною загрозою бути інфікованими COVID-19 та наявність медичної освіти, а принципово роз'єднував різний клінічний стаж (досвід). Середній вік 9 лікарів становив від 40 до 46 років та понад 20 років різноманітного клінічного досвіду. Вік 4 студентів старших курсів НМУ був 22–23 роки і вони не мали реального клінічного досвіду. Тобто це представники двох різних (хоча і суміжних) поколінь медичних працівників, які гіпотетично мають дещо по-різному психологічно реагувати на багатомісячний стрес через карантинні обмеження.

Особливе місце серед наших 20 добровільних респондентів посіли два досвідчених лікарі (інфекціоніст та терапевт), які на момент їхнього анкетування (липень-серпень 2020 р.) вже переохворіли на цю інфекційну хворобу і перебували в стаціонарі. Їхньою першою особливістю було те, що вони спочатку (до тестування) замовчували цей факт. І лише під час аналізу їхніх відповідей на запитання тестів-опитувальників стала очевидною помітно сильніша вираженість деяких з них. Через поки що дуже незначну кількість таких специфічних респондентів і очевидну статистичну недостовірність їхніх результатів

вважаємо за доцільне в майбутньому доповнити такі результати і лише потім їх оприлюднити.

Анкетування хворих з метою оцінки ЯЖ проводили за допомогою Medical Outcomes Study Short Form 36 questionnaire (SF-36, версія 1, з адаптованим українським перекладом, рекомендована Міжнародним центром дослідження ЯЖ) під час кожного відеозв'язку з ними. SF-36 належить до загальних (неспеціалізованих) тестів-опитувальників і вже багато років широко застосовується в різноманітних дослідженнях ЯЖ.

Тест-анкета SF-36 включає 36 пунктів, згруповані у 8 шкал. При її заповненні вибирають лише одну з наведених в ній відповідей на запропоноване запитання. Кожну таку відповідь оцінюють в балах, тобто кількісно визначають різні якісні складові ЯЖ. При формуванні тієї чи іншої шкали ці бали додають та математично обробляють за стандартними формулами. Фізичне функціонування відображає ступінь, в якому фізичний стан обмежує виконання різноманітних фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом сходами, переміщення важких речей тощо). Рольове функціонування характеризує вплив фізичного стану на щоденну рольову діяльність (роботу, виконання повсякденних обов'язків). Тілесний біль визначає вплив болю на можливість здійснювати активну повсякденну діяльність, включаючи домашню роботу. Загальне здоров'я дає оцінку пацієнтом стану свого здоров'я на цей момент та в перспективі лікування. Життєва активність відображає, чи відчуває особа себе повною сил та енергії або, навпаки, безсилою. Соціальне функціонування визначається мірою, в якій фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування). Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом, припускає оцінку міри, за якої емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи великі витрати часу, зменшення об'єму роботи, зниження її якості). Психічне здоров'я характеризує настрій, наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій.

Отримані при обробці даних бали для кожної такої шкали варіюють у межах від 100 (максимальний результат — повне благополуччя) до 0. Шкали також об'єднують у дві якісно відмінні групи. Одна з них визначає фізичну компоненту здоров'я, або ФБ. Друга відображає психологічну компоненту здоров'я, або ДБ. Структура цього опитувальника дає змогу кількісно визначити вираженість кожної з цих 8 шкал і якісно «побачити тонкі місця» самооцінки ЯЖ. Часто це буває критично важливим при розробці як

профілактичних, так і комплексних лікувальних заходів, особливо при хронічному рецидивному перебігу багатьох дерматозів.

Результати та обговорення

Щодо встановлених кількісних показників ЯЖ: відзначено достовірне незначне погіршення ЯЖ у хворих першої групи за даними їхнього первинного тестування за всіма шкалами психічної сфери: показник ЖА становив ($58,13 \pm 1,03$), СФ — ($54,01 \pm 1,65$), РЕФ — ($47,59 \pm 2,46$), ПЗ — ($59,01 \pm 1,53$) бала, у пацієнтів другої групи — ($59,64 \pm 1,26$), ($65,24 \pm 2,01$), ($59,11 \pm 2,67$) і ($61,55 \pm 1,13$) бала відповідно. Виявлені відмінності у вираженості ФБ цілком очікувано були дещо вищі (кращі) у другій групі порівняно з першою, до якої було включено пацієнтів з дерматологічними захворюваннями, хоча за шкалам ЗЗ та ТБ вони були майже однакові (в межах 1–1,5 бала). Основна відмінність була в шкалах ФФ і РФ, що, мабуть, зумовлено фактом вимушеного багатотижневого «безробіття» порівняно з максимальною виробничою (фаховою) завантаженістю медичних працівників під час карантину. Підтвердженням такого висновку є, з одного боку, відносно незначна ($58,1$ проти $59,6$ бала) різниця за шкалою ЖА, а з другого — вельми суттєві відмінності ($54,01$ проти $65,24$ бала) за шкалою СФ у цей період. Ще вираженішою виявилась бальна різниця за шкалою РЕФ, що визначає, як емоційний стан впливає на виконання роботи. У другій групі також відзначено явне поліпшення за цією шкалою порівняно з першою групою, хоча при цьому достовірних суттєвих відмінностей в ЯЖ в осіб обох груп не було.

При аналізі та порівнянні гендерних відмінностей в самооцінках ЯЖ серед пацієнтів першої та другої груп було встановлено, що у жінок усі показники ЯЖ шкал «фізичне здоров'я» були очікувано дещо нижчими, ніж у чоловіків. Так, показник ФФ становив ($44,58 \pm 1,82$), РФ — ($42,87 \pm 1,16$), ТБ — ($45,84 \pm 1,29$), ЗЗ — ($42,94 \pm 1,12$) бала. При аналізі показників ЯЖ шкал «психічного здоров'я» виявлено, що у чоловіків найнижчими були показники РЕФ — ($52,43 \pm 1,13$) бала та ЖА — ($54,12 \pm 2,22$) бала, у жінок найгіршим був лише показник РЕФ, який становив ($55,92 \pm 3,67$) бала. Аналіз компонента «психічного здоров'я» виявив, що у чоловіків, на відміну від жінок, усі складові мали гірші результати. Зокрема, ЖА у чоловіків становив ($54,12 \pm 2,22$) проти ($61,96 \pm 1,32$) бала у жінок, СФ — ($56,95 \pm 2,21$) проти ($60,13 \pm 1,55$) бала, ПЗ — ($56,11 \pm 1,71$) проти ($57,44 \pm 1,36$) бала. Це, на нашу думку, свідчить про краще

збереження соціальних контактів під час карантину саме у жінок.

Заслуговує на окрему увагу і, можливо, на подальше вивчення та уточнення на більш значному масиві добровільно тестованих осіб факт незначного в балах (на 1–3 одиниці), але стабільного в своїй спрямованості збільшення (покращення) більшості показників «психічного здоров'я» при повторному тестуванні ЯЖ після попереднього тестування за спеціалізованими психологічними тестами (УСК, визначення типів психологічного захисту) та пояснення тестованим особам їхнього значення. Мабуть, це своєрідний вияв часткової психотерапії на тлі довгої вимушеної відсутності позитивної міжособистісної комунікації та дещо істеричної щоденної телеінформації про збільшення кількості інфікованих і перехід у «червону зону» того чи іншого регіону. Противагою цьому є фахово доброзичлива співбесіда з медичним працівником, в якій він роз'яснює доволі складні питання, що робить їх більш зрозумілими і не такими страшними.

Ще один дещо несподіваний психологічний феномен було виявлено за результатами шкали тривожності Спілбергера–Ханіна. Гіпотетично малось на увазі, що багатомісячне вимушене обмеження в звичних до карантину міжособистісних комунікаціях має однозначно позначитись на помітному зростанні саме рівня СТ, яка переважно зумовлена суб'єктивними «свіжими» емоціями. Тим паче, що під час неформального відеоспілкування більшість співгромадян одночасно і відверто емоційно скаржились як на «ДУЖЕ жорсткі» карантинні обмеження, так і на реальну смертельну небезпеку у разі їхнього порушення. Цифрові показники СТ становили переважно від 20 до 30 балів, тобто були в межах низької їхньої вираженості або переходу в середню.

Дещо несподіваним було і порівняння рівнів РТ у досвідчених лікарів (32 – 36 балів) та студентів старших курсів НМУ (50 – 52 бала). У молодих медичних працівників без клінічного досвіду СТ через пандемію виявилась набагато сильнішою (майже на 18 – 20 балів), і це при тому, що вони, на відміну від старших колег, фактично не брали безпосередньої участі в обстеженні та лікуванні хворих з цією вірусною інфекцією. Нам здається можливим пояснити цей феномен тим, що їхні переважно теоретичні знання щодо цієї патології та її вірогідно дуже негативних (летальних) наслідків справили на їхню свідомість явно шокуюче враження — «це як на фронті, можна загинути будь-якої миті». Найцікавіше, що у їхніх однокласників з медичних родин рівень РТ був не просто суттєво ниж-

чим (32–33 бали), а в цілому співпадав з низькою РТ у досвідчених лікарів-клініцистів.

Другим чинником цього сформованого пандемією напруженого психологічного тла був стабільно значно високий показник ОТ (31–45 балів) – конституційної риси, яка зумовлена схильністю усвідомлювати достатньо значну кількість життєвих ситуацій як загрозливих. ОТ переважно активується під дією певних інформаційних стимулів, що багаторазово повторюються (регулярні брифінги МОЗ про щоденно зростаючу кількість інфікованих COVID-19). Така її вираженість чітко корелює з реальною можливістю розвитку емоційного зриву без «видимо усвідомленої» причини. Прямим підтвердженням цього є «невротичні бали» ОТ у студентів-медиків (49–51 бал), що некритично сприймають зовнішні комунікативні впливи як членів своїх немедичних родин, так і різноманітних телеекспертів, оскільки в умовах карантину вони самі реально виявились медичними «експертами» для своїх рідних і чи не вперше реально усвідомили ту відповідальність, яку несуть лікарі під час фахового спілкування з немедиками. Цілком зрозумілим і логічним у цьому аспекті є і досить низька самооцінка ними власної ЯЖ за шкалами МН та РЕФ.

Розуміючи, що невротизація – це стан вираженої емоційної нестабільності, яка може спровокувати появу невротичних тенденцій в поведінці будь-якої особи, ми почали застосовувати спеціалізовану шкалу Васермана для оперативної діагностики рівня її вираженості. Виявилось, що серед протестованих хворих дерматологічного профілю (перша група) та медичних працівників (друга група) її кількісна оцінка була переважно низькою (до 12 балів), що свідчить про її відсутність у переважній більшості протестованих. Відповідно і її вплив на ЯЖ очевидно був незначним.

Використання нами в ході комплексного обстеження класичного тесту самооцінки психічного стану Айзенка дав можливість оцінити не тільки таку індивідуальну особливість будь-якої особи, як тривожність, але й визначити рівень її фрустрації, ригідності та агресивності. Виявилось, що у переважній більшості осіб обох груп досить висока самооцінка і вони не бояться труднощів (0–1 бал за фрустрацією). Єдиний випадок деякої фрустрованості (6 балів) відзначено у жінки-інфекціоністки, яка сама перехворіла на COVID-19 і в неї також був значний рівень тривожності (10 балів) та агресивності (10 балів). Цілком очікуваним були і її виражено занижені самооцінки за шкалою SF-36 після перенесення такої серйозної соматичної патології.

На нашу думку, на самооцінку ЯЖ однозначно впливають вироблені особистістю впродовж життя ті чи інші механізми її психологічного захисту. І це при тому, що у переважній більшості ці механізми поступово формуються на підсвідомому рівні. Виявити (усвідомити) їхній реальний стан можливо лише шляхом добровільного і свідомого тестування за допомогою спеціалізованого тесту-опитувальника В.В. Бойко для визначення його загального рівня і окремих фаз емоційного вигорання [1]. Ще однією особливістю цього захисного механізму є його поступове формування як певного емоційного стереотипу повсякденної (професійної) поведінки для дозування та більш економного використання власних енергетичних ресурсів, особливо у виражено психологічно стресових умовах пандемії [3].

За даними цього тесту у частини реціпієнтів встановлено його негативні дисфункціональні вияви (вигорання), що виявляються в щоденних побутових і в професійних комунікаціях на робочому місці. Тобто йдеться про ознаки явно надлишкового за силою фазового емоційного напруження (36–40 балів) через надто сильне «переживання обставин» (12–22 бали) та в результаті розвитку виявів депресії. У фазі вираженої резистенції (61–67 балів) це реалізується в явно неадекватному реагуванні (22 бали) та емоційній дезорієнтації (9–17 балів), що виявляється переважно в певній редуції (17–25 балів) професійних обов'язків та помітній емоційній (12–13 балів) і особистісній (21–25 балів) відстороненості в процесі комунікацій. При цьому такі дисфункціональні вияви підсвідомого емоційного самозахисту є типовими саме для активних лікарів зі стажем і майже не виявляються у студентів без клінічного досвіду та у пацієнтів з дерматологічними захворюваннями. Виражений вплив на ЯЖ не встановлено.

Проведене пілотне дистанційне (в умовах карантину) добровільне дослідження та виражено позитивно сприйняте з боку реціпієнтів результатів комплексного тестового обстеження 20 жінок і чоловіків поставило більше запитань, ніж дало відповідей при аналізі даних. Але ми твердо переконані в його корисності та перспективності для подальшого поглибленого встановлення (уточнення) впливу на самооцінку ЯЖ багатьох суттєвих, хоча і не самоочевидних чинників. Тим паче, що продовження карантинних обмежень, безумовно, невідворотно вплине на подальше формування погіршеної самооцінки ЯЖ як соматичними хворими, так і їхніми лікарями. Тобто склалась критична ситуація щодо продовження виражено негативного психологічного тиску на доросле населення країни через

другу хвилю пандемії COVID-19 і зумовленої цим реальної смертельної небезпеки у разі інфікування. Сума цих чинників є критичною і негативно впливає як на хворих із соматичною патологією, так і на медичних працівників, що професійно з ними контактують, а отже, спричиняє їхнє спільне емоційне вигорання та розвиток різноманітних невротичних станів і психосоматичних захворювань.

Висновки

1. Багатомісячні карантинні обмеження в міжособистісному спілкуванні очікувано призвели до помітного погіршення самооцінки ЯЖ у всіх обстежених.

2. Значно зросла вираженість особистої зацікавленості лікарів-клініцистів об'єктивно і неупереджено уточнити хоча б основні параметри свого психологічного стану.

3. Проблема інтерпретації кореляцій між особистісними рисами та емоційним вигоранням є доволі складною і потребує подальшої поглибленої розробки.

4. Виявлені у медичних працівників суттєві відмінності в самооцінці ЯЖ залежать не стільки від віку та статі, скільки від професійного стажу та власного клінічного досвіду, набутого при інфікуванні цією вірусною патологією.

5. Встановлено вплив на емоційне вигорання медичних працівників соціально-психологічних взаємовідносин у клініках (лікарнях) як по горизонталі, так і по вертикалі. Вирішального значення набувають соціальна підтримка колег по роботі та осіб, що мають більш високий професійний і соціальний статус, а також вплив родини.

6. Уже визначені, навіть частково, особливості самооцінки ЯЖ медичними працівниками є достатньою підставою не тільки для подальшого поглиблення вивчення та аналізу таких корелятивних зв'язків, а й об'єктивним підґрунтям для подальшої розробки фахових рекомендацій та методик психокоригуючого впливу на лікарів-клініцистів, які на своєму робочому місці змушені щодня особисто і безпосередньо комунікувати з багатьма потенційно інфікованими COVID-19.

Список літератури

1. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других.— М.: Наука, 1996.— 154 с.
2. Коляденко К.В., Федоренко О.Є., Сологуб Л.В. Деякі особливості сприйняття зміни якості життя хворими на бульозний епідермоліз під час карантину через COVID-19 // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2020.— № 2 (77).— С. 28—34. doi: 10.30978/UJDVK2020-2-28.
3. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине.— 2-е издание.— М.: ЗАО ОЛМА МедиаГрупп, 2007.— 320 с.
4. Орел В.Е. Феномен выгорания в зарубежной психологии. Эмпирическое исследование // Психологический журнал.— 2001.— Т. 22, № 1.— С. 90—101.
5. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика.— М.: Бахрах-М, 2011.— 672 с.
6. Рычкова С.В. Влияние реабилитации на показатели качества жизни у детей с хронической гастроудоденальной патологией // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры.— 2009.— № 1.— С. 20—22.
7. Садыкова Д.И., Леонтьева И.В., Лутфуллин И.Я. и др.

- Качество жизни у подростков с эссенциальной артериальной гипертензией // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии.— 2009.— № 1.— С. 12—17.
8. Фещенко Ю.І., Мостовой Ю.М., Бабійчук Ю.В. Процедура адаптації міжнародного опитувальника оцінки якості життя MOSSF-36 в Україні. Досвід застосування у хворих бронхіальною астмою // Укр. пульмонолог. журн.— 2002.— № 3.— С. 9—11.
9. Чернега Н.В., Денисова М.Ф. Визначення якості життя дітей, хворих на хронічний вірусний гепатит В та цироз печінки // Перинатол. и педиатр.— 2011.— № 2.— С. 56—58.
10. Щудро С.А. Якість життя підлітків — учнів загальноосвітніх шкіл // Педіатрія, акушерство та гінекологія.— 2006.— № 4.— С. 46—50.
11. Morales L.S., Edwards T.C., Flores Y. et al. Measurement properties of a multicultural weight specific quality-of-life instrument for children and adolescents // Quality Life Research.— 2011.— Vol. 50.— P. 35—40.
12. Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual The Health Institute, New England Medical Center: Boston, Mass.— 1994.— Vol. 53.— P. 20—25.

А.Е. Федоренко, Е.В. Коляденко

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

Оценка качества жизни у пациентов с дерматологической патологией, врачей и студентов-медиков в условиях карантина, обусловленного пандемией COVID-19

Уже почти год современное общество живет в выражено стрессовых условиях пандемии COVID-19. Учитывая, что люди в течение многих последних месяцев находятся в состоянии значительно выраженного информационно обусловленного ожиданием появления и дальнейшего развития у них клинических признаков этой патологии, вполне логично предположить повышение уровня их тревожности и снижение самооценки качества жизни (КЖ).

Цель работы — исследовать зависимость показателей КЖ у амбулаторных больных с дерматологической патологией и медицинских работников от уровня их невротизации, тревожности и эмоционального выгорания с учетом негативного влияния базисной хронической стрессовой ситуации — многомесячного карантина, обусловленного пандемией COVID-19.

Материалы и методы. Анкетирование больных для оценки КЖ проводили с помощью SF-36.

Результаты и обсуждение. Проведенное преимущественно по инициативе самих реципиентов на 6-м месяце карантина пилотное комплексное исследование зависимости показателей КЖ амбулаторных пациентов дерматологического профиля и медицинских работников (врачей, студентов) выявило определенные коррелятивные связи (обусловленности) не столько с возрастными и половыми, сколько преимущественно с профессиональными аспектами. Оказалось, что самооценка КЖ на фоне доминирующе негативного влияния хронической стрессовой ситуации в связи с многомесячным карантином, обусловленным пандемией COVID-19, в значительной степени зависит от выраженности невротизации, тревожности и эмоционального выгорания обследованного. Нуждается в дальнейшей углубленной разработке на большом и, безусловно, статистически достаточном материале проблема интерпретации корреляций между личностными чертами и эмоциональным выгоранием, уровнем тревожности, стрессоустойчивости, невротизации, субъективного контроля и самооценкой КЖ. Особо важной является разработка профессиональных рекомендаций и методик психокоррирующего влияния не столько для пациентов с соматической (дерматологической) патологией, сколько для врачей-клиницистов, которые на своем рабочем месте вынуждены ежедневно лично и непосредственно контактировать со многими потенциально инфицированными пациентами.

Выводы. Многомесячные карантинные ограничения в межличностном общении ожидаемо привели к заметному ухудшению самооценки КЖ во всех обследованных.

Ключевые слова: карантин, обусловленный пандемией COVID-19, самооценка качества жизни, тревожность, эмоциональное выгорание.

O.E. Fedorenko, K.V. Kolyadenko

Bogomolets National Medical University, Kyiv

Assessment of quality of life of patients with dermatological pathology, doctors, medical students under quarantine during COVID-19 pandemic

For almost a year now, the society has been living in the severely stressful conditions of the COVID-19 pandemic. Considering that for many months people have been under serious information-driven expectations of the appearance and further development of clinical signs of this pathology in them, it is quite logical to assume that their level of anxiety will increase and their self-assessment of the quality of their lives (QoL) will lower.

Objective — to conduct a study of the dependence of quality of life indicators in outpatient dermatological patients and people who work in medical service on the level of their neurotization, anxiety, emotional burnout against the background of the negative influence of the basic chronic stress situation — many months of quarantine caused by the COVID-19 pandemic.

Materials and methods. Patients were questioned to assess the QoL using the Medical Outcomes Study Short Form 36 questionnaire (SF-36).

Results and discussion. A pilot complex study of the dependence of the QoL indicators of outpatients and medical workers (doctors, students) conducted mainly at the initiative of the recipients themselves at 6 months of quarantine revealed certain correlations (conditioning) not so much with age and sex, but mainly with professional aspects. It turned out that QoL self-esteem against the background of the dominant negative influence of a chronic stressful situation — months of quarantine caused by the COVID-19 pandemic — is quite dependent on the severity of neurotization, anxiety, and emotional burnout of the tested person. The problem of interpreting correlations between personality traits and emotional burnout, levels of anxiety, stress resistance, neurotization, subjective control, and self-esteem of QoL needs further in-depth development on big and statistically sufficient material. It is especially important to develop professional recommendations and methods of psychocorrective influence not so much for patients with somatic (dermatological) pathology, but for physicians who, at their workplace, have to personally and directly contact many potentially infected patients on a daily basis.

Conclusions. With regard to interpersonal communication, many months of quarantine, as expected, led to a noticeable deterioration in the self-esteem of QoL in all surveyed.

Key words: quarantine caused by the COVID-19 pandemic, self-esteem of quality of life, anxiety, emotional burnout.

Дані про авторів:

Федоренко Олександр Євгенович, д. мед. н., проф. кафедри дерматології та венерології

Коляденко Катерина Володимирівна, к. мед. н., доц. кафедри дерматології та венерології

01601, м. Київ, бульв. Тараса Шевченка, 13. E-mail: katerinak78@gmail.com