

О.Є. Федоренко, К.В. Коляденко
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Моніторинг самооцінки медичними працівниками якості життя під час пандемії гострої респіраторної хвороби, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, у 2020 р.

Порівняльний аналіз змін самооцінки показників якості життя (ЯЖ) молодими медичними працівниками-студентами протягом 2020 р. виявив певні корелятивні зв'язки залежно від часу, протягом якого вони були змушені вчитись та працювати на тлі переважно негативного впливу хронічної стресової ситуації — потреби щоденно контактувати з різними хворими в умовах багатомісячного карантину, зумовленого пандемією гострої респіраторної хвороби, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2. Загальний негативний вплив інфекційної пандемії на суспільну свідомість та зумовлені нею страхи були цілком очікуваними. Медичні працівники, які мають різний клінічний досвід та кваліфікаційний рівень (студенти-медсестри та лікарі), достатньо виражено внутрішньо емоційно реагували на потенційну небезпеку бути інфікованими коронавірусною інфекцією внаслідок щоденного професійного контактування з різними пацієнтами із соматичними захворюваннями, частина яких цілком вірогідно вже може знаходитись в інкубаційному періоді клінічного перебігу коронавірусної патології. Це самим безпосереднім чином знижує їхню самооцінку власної ЯЖ та може бути в певних ситуаціях чинником, що призводитиме до появи у них психосоматичних розладів як своєрідної соматичної професійної патології, особливо при довготривалому (багатомісячному) продовженні карантинних обмежень внаслідок високого рівня захворюваності та смертності населення. Проведений моніторинг змін самооцінки окремих складових ЯЖ виявився досить залежним як від вираженості окремих психологічних рис кожної протестованої особистості, так і від часу проведення опитування (весна—кінець літа—зима 2020—2021 рр.).

Ключові слова

COVID-19, зміни самооцінки якості життя медичними працівниками, карантинні обмеження, тест SF-36.

У суворих реаліях сьогодення більшість людина змушена жити в умовах суттєвих карантинних обмежень через вірусну пандемію. Жодна доросла людина чи дитина не відчуває себе надійно захищеною від цілком реального аерозольного вірусного інфікування навіть в результаті випадкового короткотермінового контакту (в транспорті, магазині тощо) з інфікованою коронавірусом особою, яка знаходиться в інкубаційному періоді та вважає себе здоровою. Наслідками цього стають несподіваний і явно неочікуваний нею розвиток тяжкої інфекційної патології та несвідоме і ненавмисне інфікування як членів власної родини, так і знайомих, співробітників та випадкових людей, з якими вона

контактувала в цей час. У цьому відношенні саме медичні працівники (лікарі, студенти медвузів старших курсів, медичні сестри, лаборанти, санітарки), які щодня контактують з різними хворими із соматичною патологією, безумовно, належать до групи підвищеного професійного ризику, оскільки саме вони, перебуваючи на передньому краї боротьби з пандемією, щоденно найбільше ризикують не тільки власним здоров'ям, але й життям для її подолання.

На відміну від переважної більшості населення медичні працівники реалістичніше оцінюють масштаби цієї пандемії та її різноманітні негативні наслідки для людей. На тлі пандемії стали явними як численні недоліки сучасної медичної

системи в цілому, так і недостатність фармакологічних можливостей сучасних препаратів. Унаслідок цього сучасна цивілізація доволі неочікувано опинилась в якісно гірших умовах щодо подальшого існування. Фактично майже миттєво «зникло» оптимістичне суспільне усвідомлення гарантованої медичної безпеки. Людство було змушене збагнути, що спалах COVID-19 раптово урівняв життєві шанси усіх і кожного незалежно від віку, статі, економічного становища, соціального статусу та політичних уподобань. А це своєю чергою незворотно якісно змінило світ загалом. Основна частина людського суспільства майже миттєво була змушена відмовитись від проголошеного оптимістами «світу без кордонів» та згадати про часи «чорної смерті». І як і в далекому минулому, уряди змогли запропонувати населенню лише жорсткі карантинні обмеження та самоізоляцію. Тож ми всі тепер у цій новій «похмурій» реальності живемо, працюємо, вчимося, кохаємо, виховуємо дітей, спілкуємось, мріємо та помираємо.

Ще із зими 2019–2020 рр., усвідомивши катастрофічні зміни суспільної ситуації, багато клініцистів оптимістично сподівались на краще ставлення до медичних працівників з боку суспільства. Ця думка ґрунтувалась на хибній впевненості в тому, що суспільство з огляду на реальну смертельну небезпеку вірусної пандемії нарешті усвідомить домінуюче значення саме медиків-клініцистів як реально єдиного фахового прошарку, що може на краще змінити ситуацію в цілому. На жаль, за минулі місяці вимушеного карантину в суспільній свідомості принципово мало що змінилось. Переважна більшість нашого населення все ще продовжує психологічно оцінювати високопрофесійну і самовіддану роботу медиків-клініцистів в умовах пандемії лише як певний (і далеко не найбільш значущий) різновид звичної для них сфери побутового обслуговування.

Як клініцисти-науковці, які реалістичніше усвідомлюють катастрофічне становище національної системи охорони здоров'я під час цієї пандемії, виражену інфодемію та ледь приховану популістичними заявами адміністративну беспорядність, ми вважаємо доцільним та науково перспективним і обґрунтованим звернути пильну увагу саме на обстеження та аналіз самооцінки якості життя (ЯЖ) у різних групах медиків-клініцистів [4, 7]. Під час пандемії саме вони вимушені, щодня ризикуючи власним здоров'ям і життям, бути на передньому краї за її обмеження та подальше подолання, а не «самоізолюватись» від цієї проблеми, як це зробила переважна більшість адміністративної «еліти» краї-

ни. До того ж саме медичні працівники, маючи фахову освіту і глибше усвідомлюючи професійні ризики своєї роботи під час пандемії, всі останні місяці перебувають у стані серйозного тривожного щоденного очікування появи у них клінічних ознак цієї патології. Тож цілком логічним було наше припущення стосовно значного підвищення рівня їхньої загальної стривоженості і зниження внаслідок цього самооцінки ЯЖ — інтегрального показника, що переважно підсвідомо у кожній людській особистості формується з великої кількості різноманітних складових. До такого вибору напряму наукових інтересів нас також спонукала якщо не повна відсутність, то вкрай незначна кількість (лише поодиноких) публікацій, присвячених вивченню самих медиків-клініцистів, а не їхніх різнопрофільних пацієнтів [1, 2]. До цього нас також підштовхнуло і те, що в світовій медичній науковій літературі ЯЖ ще з кінця минулого сторіччя визнана обов'язковою і невід'ємною частиною комплексного аналізу модернових об'єктивних методів діагностики, оцінки ефективності лікування та до речності раннього прогнозу реального стану надання медичної допомоги [3, 5]. Ще одним важливим чинником такого вибору стала можливість анонімного дистанційного тестового обстеження (за 15–20 хв) колег медичних працівників в умовах різкого скорочення особистих контактів під час багатомісячного карантину та відсутність для цього потреби надовго відривати їх від виконання професійних обов'язків. Результати такого дослідження можуть допомогти якщо і не вирішити проблему збереження відповідної ЯЖ медичних працівників хоча б на середньостатистичному рівні в умовах пандемії, то хоча б частково поліпшити її розуміння [8]. А це своєю чергою також сприятиме більшому усвідомленню ними реалій власного психосоматичного стану в період пандемії COVID-19, а отже, зумовить більш ретельне дотримання щоденних профілактичних заходів та сприятиме покращенню їхнього психологічного стану.

Мета роботи — дослідити залежність самооцінки показників ЯЖ у різних медичних працівників у віковому та фаховому аспектах на тлі негативного впливу базисної хронічної стресової ситуації — інфодемії, карантинних обмежень та багатомісячного фахового спілкування з різними пацієнтами із соматичними хворобами під час пандемії COVID-19.

Для її втілення передбачено:

1. Оцінити «базовий» рівень показників самооцінки ЯЖ у медичних працівників групи контролю — студентів НМУ, що мають мінімальний клінічний досвід.

2. Провести порівняльний аналіз показників ЯЖ у медичних працівників різного фахового рівня: лікарів-клініцистів; студентів медичних вишів і медсестер, які щодня фахово активно контактують з пацієнтами в умовах карантинних обмежень, тотального суспільного страху та зневіри.
3. Визначити динаміку зміни самооцінки окремих шкал ЯЖ залежно від тривалості карантинних обмежень та поступового зниження суспільної стривоженості за період весни — зими 2020 р.

Матеріали та методи

Методи дослідження: загальноклінічні — для загальної оцінки соматичного стану; психодіагностичне анкетування: адаптований опитувальник SF-36 для визначення ЯЖ; шкала тривоги Спілбергера—Ханіна; тест самооцінки психічних станів Г. Айзенка; рівня невротизації Л.Й. Вассермана; опитувальник В.В. Бойко для визначення рівня емоційного вигорання; біостатистичні — з метою математичної обробки отриманих даних [6].

Самооцінку ЯЖ протестовані медичні працівники усіх груп проводили за допомогою автоматизованого опитувальника Medical Outcomes Study Short Form 36 questionnaire (SF-36, версія 1, з адаптованим українським перекладом, рекомендована Міжнародним центром дослідження ЯЖ). Цей тест належить до загальних (неспеціалізованих) тестів-опитувальників і вже десятки років його широко застосовують в різноманітних дослідженнях ЯЖ у різних пацієнтів із соматичною патологією [2, 9]. Базовою особливістю цього тесту є те, що він дає змогу кількісно (в умовних балах) оцінити різні якісні складові ЯЖ. Вони традиційно розділені на 8 окремих шкал:

- *фізичне функціонування* (ФФ) відображає ступінь, за якого загальний фізичний стан обмежує виконання різноманітних буденних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом сходами, переміщення важких речей тощо) і потреб щоденного існування;
- *рольове функціонування* (РФ) зумовлене фізичним станом, — міра впливу будь-яких негативних фізичних виявів на здатність виконувати звичні рольові функції в родині, на роботі, при спілкуванні та інші повсякденні обов'язки;
- наявні *тілесні (больові) відчуття* (ТВ), що так чи інакше впливають на загальне самопочуття особистості та здатність здійснювати активну повсякденну діяльність, включаючи домашню роботу;

- *самооцінка загального стану здоров'я* (ЗЗ) натепер та в перспективі щодо наступного лікування;
- *життєздатність* або *життєва активність* (ЖА), яка відображає суб'єктивне відчуття повноти власних сил та енергії або, навпаки, слабкість, недостатність, відсутність таких сил, безсилля;
- *соціальне функціонування* (СФ) — міра його повноти, достатності та адекватності, соціальної активності при спілкуванні з точки зору протестованої особистості;
- *рольове функціонування, зумовлене емоційним станом* (РЕФ), — наскільки внутрішній емоційний стан впливає (позитивно чи негативно) на можливість виконувати звичні та необхідні життєві ролі в повсякденній діяльності (включаючи великі витрати часу, зменшення об'єму роботи, зниження її якості);
- *психічне здоров'я* (ПЗ) — кількісний рівень вираженості достатнього чи недостатнього стану власної психічної активності для буденного життя та виконання звичної побутової або виробничої діяльності. Характеризує настрій, наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій.

Отримані після обробки даних бали для кожної такої шкали варіюють у межах від 100 (максимальний результат — «повне благополуччя») до 0 («цунамі»). Всі ці 8 шкал науковці також об'єднують у дві якісно відмінні між собою групи:

Фізичне благополуччя (ФБ), які визначають фізичну компоненту здоров'я та *душевне* або *ментальне благополуччя* (МБ), що відображають психологічну компоненту здоров'я.

Багаторічний та статистично значущий аналіз результатів дуже багатьох незалежних фахових досліджень ЯЖ за допомогою тесту SF-36 у опитаних різних груп свідчить, що є всі підстави вважати [6]:

- 30 балів і менше в літературі описано як зона «шторму» або «Ви в морі проблем і навіть весла у вас немає!». Тобто людина на порозі початку розвитку в неї певної психоневрологічної патології;
- 31–39 балів є зоною явно негативної самооцінки ЯЖ — «штормить!», тобто особа ще намагається якось психологічно з цим боротись, хоча й невдало;
- 40–49 балів є зоною вираженого «ризик», коли самооцінка ЯЖ є явно заниженою і має тенденцію до подальшого погіршення під дією різних чинників;
- 50–55 балів є зоною лише певного «ризик», коли однаково вірогідне її можливе деяке

- незначне переважно динамічне зниження (погіршення) або покращення (підвищення);
- 56–64 бали — зона середньоприйнятної рівня, або умовної середньостатистичної норми, коли значущість усіх шкал коливається на рівні 60 балів;
- 65–79 балів є зоною однозначно позитивного фізичного і душевного «спокою»;
- 80–90 балів є зоною гарантованого і стійкого «благополуччя»;
- для якісної оцінки діапазону 91–100 балів у профільній літературі використовують афористичний вислів «До вас доторкнувся Будда!».

Структура цього опитувальника дає змогу кількісно оцінити вираженість кожної з цих 8 шкал, а також якісно визначити «тонкі місця просідання» самооцінки ЯЖ. Здебільшого це є критично важливим при розробці профілактичних і комплексних лікувально-комунікативних заходів. Своєчасне усвідомлення необхідності цього є особливо значущим як при хронічно-рецидивному перебігу багатьох соматичних хвороб, так і за наявності доклінічних (початкових) соматичних відхилень, що провокують появу та подальший розвиток психосоматичних патологій.

Результати та обговорення

Наші міжособистісні контакти з колегами-медиками протягом березня—грудня 2020 р. відбувались майже винятково дистанційно спочатку переважно через жорсткий карантин, а починаючи з літа — за ініціативи самих медичних працівників, що переважно самостійно дізнавались про можливість дистанційно об'єктивно якщо й не визначити, то хоча б в цілому уточнити свій психологічний стан та оцінити ЯЖ. Це, на нашу думку, однозначно свідчило як про їхню явну, хоча дещо формально і приховану, тривогу за власне здоров'я, так і про бажання активно і свідомо співпрацювати в цьому аспекті з іншими колегами-клініцистами. Під час такого спочатку спорадичного (навесні) звернення по допомогу, консультацію та пораду з профілактики та лікування ми дійшли висновку, що у більшості колег, які з власної ініціативи звернулися до нас, також були скарги на погіршення сну, підвищену дратівливість, невмотивовані емоційні зриви. Ці факти і прохання допомогти або хоча б прокоментувати з точки зору медичної психології всі ці психоневрологічні вияви і послуговували для нас підставою запропонувати таким особам анонімно пройти дистанційне психологічне обстеження за допомогою відповідних тестів-опитувальників. Для нас спочатку дещо несподіваним було висловлене таке саме бажання і кількома

студентами старших курсів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, що самостійно забажали фахової комунікації. У такий спосіб вони хотіли об'єктивно визначити власний психологічний стан під час тривалого карантину та тотальної стривоженості населення. Відповіді на запитання запропонованого нами блоку тестів-опитувальників забирали в них небагато часу. Проте за день ми оцінювали і аналізували лише результати в середньому 1–2 осіб. Уся ця робота стала можливою переважно завдяки використанню виключно автоматизованого (в балах) алгоритму підрахунку, розробленого і представленого Д.Я. Райгородським в його електронній версії фахової монографії «Практическая психология» [6].

Дистанційно було обстежено трохи більше 60 медичних працівників обох статей віком від 20 до 72 років. Після отримання і аналізу результатів перших десяти тестів ми зіштовхнулись з проблемою відсутності відповідної «групи контролю» — тобто осіб без наявності у них хоч трохи виражених клінічних виявів «звичної» супутньої соматичної патології (гастрит, нежить, бронхіт, мігрень...) Це змусило нас поступово виділити з усіх протестованих колег окрему групу з 22 студентів-медиків, що категорично заперечували наявність у себе будь-якої соматичної патології із січня по грудень 2020 р. Зроблено це було саме з метою виокремлення «суто несоматичних» самооцінок ЯЖ, на які впливали переважно лише зовнішні стресори карантинних обмежень і зумовлені ними складності при щоденному виконанні своїх функціональних обов'язків під час постійної комунікації з різними пацієнтами на робочому місці. Спочатку ця контрольна група налічувала майже 40 осіб, проте згодом виявилось, що у деякого з них взимку 2019–2020 рр. виникали певні соматичні проблеми. Ще двоє лікарів за період з квітня по листопад 2020 р. перехворіли на коронавірусну інфекцію ще перед початком карантину.

Згоду на добровільне тестування дали більше 20 молодих студентів-медиків, з якими ми лише дистанційно спілкувалися протягом їхнього навчання. Вони також категорично заперечували у себе наявність будь-якої соматичної патології та відсутність в анамнезі відомостей про безпосередній, навіть суто інформаційний контакт з хворими на COVID-19. Їх ми розглядали як суто контрольну групу осіб, що мали лише фахово-теоретичні та інформаційно-публічні (телевізор + інтернет) знання стосовно реальних особливостей цієї вірусної інфекції. Тобто на їхню самооцінку ЯЖ впливала переважно лише загальна атмосфера суспільної інфодемії, тоталь-

ного страху та стривоженості, а не власний відповідний клінічний досвід.

Отже, в наведений нижче аналіз і моніторингове порівняння потрапили наступні 4 групи медичних працівників, протестованих за допомогою SF-36:

1. Суто контрольна група студентів-медиків 4-го курсу НМУ (18 осіб віком 21–24 роки) без клінічного досвіду, на яких реально впливала переважно теоретично-інформаційна складова інфодемії 2020 р.
2. Студенти-медсестри (12 осіб віком 23–26 років), що поєднували теоретичне навчання вдень з безпосереднім багаторазовим контактуванням під вечір з різними пацієнтами із соматичними хворобами, зокрема тими, що перехворіли на COVID-19. Завдяки активному і свідомому дотриманню профілактичних заходів їм вдалося уникнути інфікування та не захворіти на COVID-19 протягом 2020 р.
3. Лікарі-клініцисти (19 осіб віком 38–46 років), що професійно і неодноразово особисто контактували і лікували пацієнтів із соматичними хворобами і тих, хто перехворів на COVID-19. Завдяки відповідним адекватним профілактичним засобам вони також уникнули інфікування.
4. Лікарі переважно тієї самої вікової групи, що були інфіковані COVID-19 як до початку (4 особи), так і під час карантину (11 осіб) унаслідок виконання своїх професійних обов'язків у період пандемії COVID-19.

На нашу думку, порівняльний аналіз залежності самооцінки ЯЖ у 4 зазначених вище групах медиків варто було розпочати саме з першої з них, тобто із суто контрольної групи студентів-медиків НМУ (18 осіб віком 21–24 роки) без реального клінічного досвіду та без будь-якої явної соматичної патології, які проходили тестування навесні, влітку та пізньої осені 2020 р. При цьому ми враховували наявність у них достатньо суттєвого загального професійного рівня медичних знань, щоб правильно, хоча б на переважно загальному теоретично-інформаційному рівні, оцінювати в цілому досить складну епідеміологічну ситуацію як взимку 2019–2020 р., так і впродовж наступних карантинних місяців. Проте вони перебували в явно кращих умовах сприйняття більш професійних різноманітних інформаційних повідомлень, ніж основні верстви населення України, що й продемонстрували результати аналізу їхньої самооцінки ЯЖ навесні–влітку та восени минулого року в умовах дуже активної інфодемії та деякого її послаблення в подальшому, коли на таку самооцінку домі-

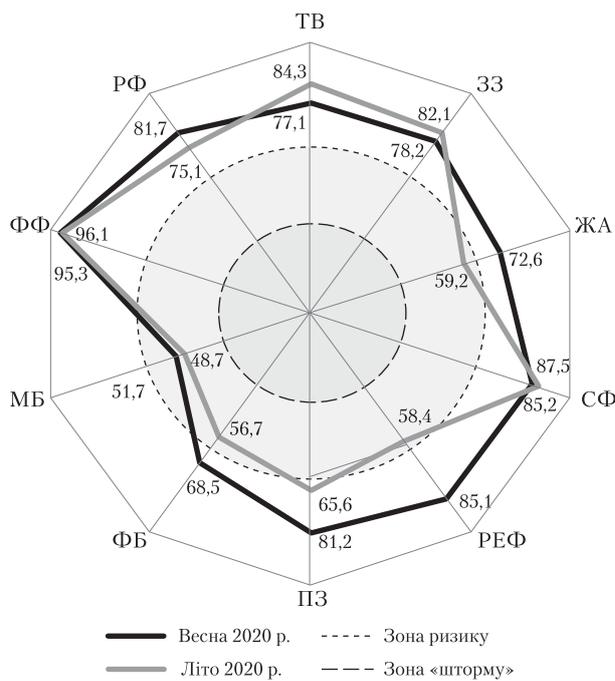


Рис. 1. Графічне зображення вираженості самооцінки ЯЖ за окремими шкалами SF-36

нуючи впливала переважно лише адміністративно-інформаційна складова інфодемії 2020 р.

Для кращої наочності та розуміння значущості і взаємовпливу отриманих бальних результатів за всіма шкалами SF-36 ми розмістили їх у вигляді своєрідної графічної форми якості життя (ГФЯЖ), де внутрішнім меншим колом навколо центру показана 30-бальна межа зони «шторму», а більшим — 60-бальна межа між зонами позитивного «спокою» та певного «ризиком».

Достатньо слабо прогнозованою, хоча і в цілому позитивною виявилась бальна самооцінка ЯЖ в непростий весняний період першого жорсткого локдауну + інфодемії та їхнього поступового послаблення на початку літа (рис. 1).

З даних рис. 1 очевидним є те, що фактично всі шкали окремих складових ЯЖ належали до зони умовної середньостатистичної норми (56–64 бали). Найнижчу кількісну самооцінку (48,7–51,7 бала) відзначено лише в сумарній шкалі МБ. Вона цілком об'єктивно свідчила лише про незначну та невиражену загальну схвильованість молодих медичних працівників на тлі загальних страхів та масової інфодемії. Прямим підтвердженням цього стали зависокі значення фактично всіх інших шкал тесту SF-36, які були в межах зони позитивного фізичного і душевного «спокою» або в зоні гарантованого і стійкого «благополуччя» (80–90 балів).

Досить схожим, хоча і не ідентичним, виявилась і ГФЯЖ у студентів-медиків 4-го курсу

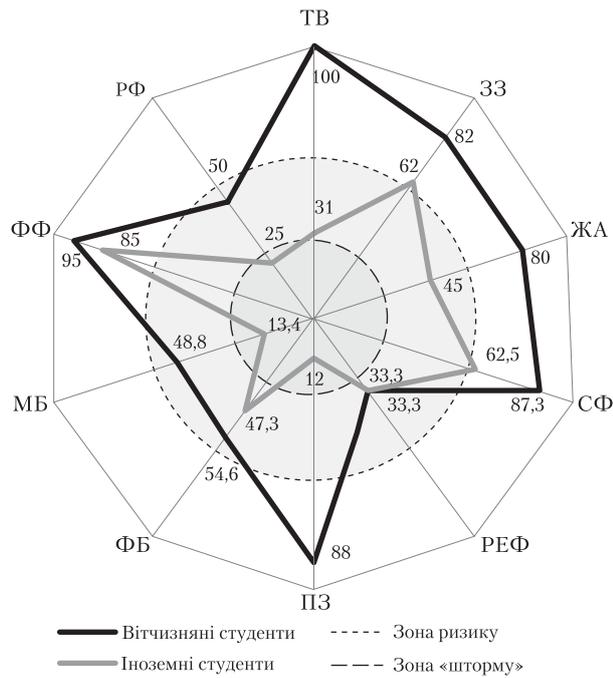


Рис. 2. Порівняльне ГЗЯЖ у студентів-медиків залежно від місця їхнього проживання під час карантинних обмежень 2020 р.

НМУ цієї групи влітку 2020 р. Різницю виявлено в основному за трьома шкалами: ЖА + РЕФ та ПЗ. Найбільше зниження (з 85,1 до 58,4 бала) відзначено за шкалою РЕФ, зумовленого їхнім емоційним станом у кінці 6-місячного карантину. Це було цілком очікуваним, оскільки явно підвищений внутрішній емоційний стан негативно впливав на їхню можливість виконувати необхідні та звичні для них життєві ролі. Не таким вираженим було зниження (з 72,6 до 59,2 бала) за шкалою ЖА, що відобразило деяке зниження суб'єктивного відчуття повноти власних сил та енергії. До певної міри своєрідною компенсацією у молодих студентів-медиків було помітне поліпшення (з 65,6 до 81,2 бала) власної самооцінки за шкалою ПЗ за рахунок дещо більшої вираженості власної психічної активності щодо звичної побутової чи виробничої діяльності — дистанційного навчання. Така оцінка підтверджується незначним — лише на 3 бали (із 48,7 до 51,7) — поліпшенням сумарного ментального благополуччя, тобто є відображенням доволі успішної емоційно-психологічної адаптації протестованих цієї групи до вельми непростих умов їхнього життя і навчання в умовах тривалого карантину.

Якісні відмінними і несподіваними для нас виявились результати більш пізнього дистанційного тестування, проведеного наприкінці осені 2020 р., в якому брали участь дві схожі на попе-

редні групи студентів-медиків 4-го курсу НМУ. Відрізняло їх місце проживання і перебування в умовах карантину. Одні з них проживали в Україні, а інші — вдома (в Ірані, Індії та Іраку). Графічно результати їхньої самооцінки ЯЖ представлено на рис. 2, де лінією сірого кольору позначені бальні значення шкал ЯЖ у мешканців Ірану та Іраку, а чорного — у тих, хто жив і дистанційно навчався в Україні.

З першого погляду стає зрозумілим, що ці дві сумарні середні самооцінки ЯЖ однолітками-студентами НМУ кардинально відрізняються між собою фактично за всіма шкалами, окрім шкали ФФ — 85—95 балів). На наш погляд, конфігурація і бальні оцінки ЯЖ в іноземних студентів носять відверто катастрофічний характер принаймні за половиною шкал тесту SF-36. І це при тому, що самооцінка ними загального стану власного здоров'я (33 — 62 бали), соціального функціонування (СФ — 62,5 бала) та фізичного благополуччя (ФБ — 47,3 бала) перебуває майже на середньоприйнятному в світі рівні (56—64 бали). Тобто всесвітня інфодемія та умови національних карантинних обмежень значно вираженіше негативно вплинули переважно на ментальні складові їхньої самооцінки ЯЖ в період пандемії. Психологічно вони однозначно перебувають у зоні «шторму», тому для них цілком доречним є вислів «Ви в морі проблем і навіть весла у Вас немає!». Об'єктивним підтвердженням цього є катастрофічно низька (лише 12 балів) самооцінка стану власного психічного здоров'я (ПЗ), тобто недостатнього стану власної психічної активності для буденного життя та виконання звичної побутової чи виробничої діяльності. Цей кількісний (в балах) вияв загального показника рівня негативних емоцій є характерним не просто для тривожного настрою, а свідчить про наявність депресивного стану. Діаметрально протилежним за цією шкалою є високий (88 балів) рівень стійкого «благополуччя» вітчизняних студентів 4-го курсу НМУ. Своєрідним підтвердженням такого висновку є порівняння бальних величин як за РФ — 5 проти 50 балів), так і за сумарною шкалою МБ — 23,4 проти 50,8 бала). Аналогічним є показник за шкалою РЕФ — 33,3 бала, що зумовлено їхнім загальним «штормовим» емоційним станом. Цілком закономірним в обстежених були явно занижені (45,5 бала) самооцінка і за шкалою ЖА — життєздатність, що відображає суб'єктивне відчуття нестачі власних сил та енергії або як мінімум свідчить про їхню слабкість. Вони поки що були не в «штормовій» зоні, а в зоні вже вираженого «ризик», коли самооцінка ЯЖ була явно заниженою і виявляла тенденцію до по-

дальшого погіршення. Вірогідно, це може бути пов'язаним також з тривожною самооцінкою ними наявних тілесно-больових відчуттів за шкалою ТВ (31,8 бала), що різною мірою впливають на загальне самопочуття особистості та можливість займатися активною повсякденною діяльністю. І це при тому, що під час усного опитування всі вони заперечували у себе наявність соматичної патології чи травм. Думаємо, не буде великою помилкою вважати, що у цих молодих людей вже є явні психоневрологічні відхилення з вельми непередбачуваними наслідками.

З метою визначення впливу віку та різного клінічного досвіду на самооцінку окремих параметрів шкал тесту SF-36 проаналізовано результати самооцінки ЯЖ студентами-медсестрами (медбратами) та досвідченими лікарями. Їх усіх об'єднували наявність медичної освіти, відсутність явної соматичної патології та робота впродовж багатомісячного карантину із реальною загрозою бути інфікованими COVID-19 під час виконання професійних обов'язків, а принципово роз'єднували вік та різний клінічний досвід. Середній вік лікарів становив 40 років і більше, клінічний досвід — близько 20–30 років. Студенти старших курсів НМУ віком 22–23 років мали мінімальний (початковий) реальний клінічний досвід. Вважаємо, що представники цих двох різних (хоча і суміжних) поколінь медичних працівників гіпотетично мали б дещо по-різному психологічно реагувати на інфодемію та багатомісячний стрес, пов'язаний з карантинними обмеженнями та роботою в екстремальних умовах.

Графічно кількісні результати самооцінок ЯЖ студентами НМУ, що працювали як середній медичний персонал, і лікарями представлено на рис. 3.

При аналізі та порівнянні отриманих результатів тестування цих двох категорій медиків-клініцистів протягом кількох хвиль вірусної інфекції виявилось, що вони досить схожі. Найбільш виражені відмінності виявлено лише за шкалами ЗЗ, ЖА, РЕФ і ПЗ.

Найбільша різниця (20 балів) була за шкалою ЗЗ на користь лікарів-клініцистів, які визначали загальний стан власного здоров'я як гарантовано благополучний (85,7 бала) проти однозначно позитивного фізичного і душевного «спокою» (65,2 бала) у студентів-медичних сестер. Майже аналогічну різницю (73 проти 53 балів) виявлено за шкалою ЖА та шкалою ПЗ (78 проти 54 балів), тільки вже на користь молодих медиків. Це було цілком очікуваним, оскільки життєздатність, що відображає суб'єктивне відчуття повноти власних сил та енергії,

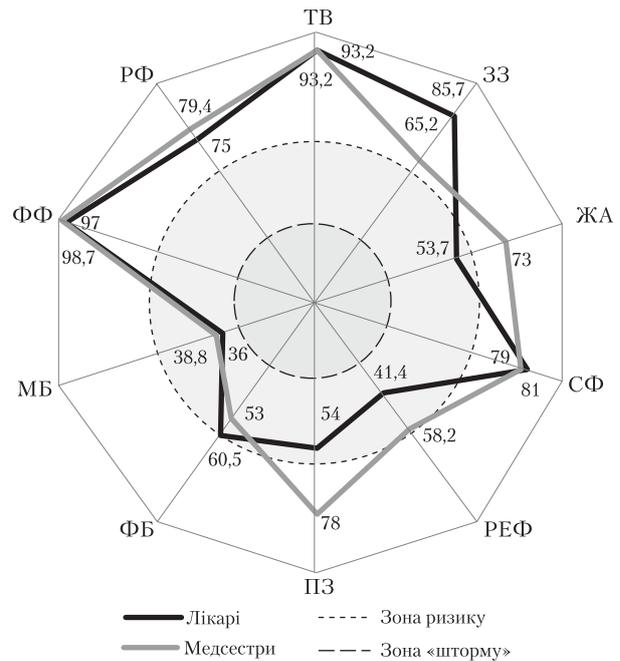


Рис. 3. Графічне зображення самооцінки ЯЖ за окремими шкалами SF-36 залежно від віку та рівня фахової освіти

завжди найбільша в юності, як і загальний показник позитивних емоцій, а отже, і загального психічного здоров'я. В обох випадках вони були в зонах позитивного фізичного і душевного спокою — «благополуччя».

Найбільш відносно низькою була самооцінка за шкалою РЕФ — рольового функціонування, зумовленого емоційним станом в умовах коронавірусної пандемії. Очевидно, що внутрішній емоційний стан опитаних зазнав багатомісячного негативного впливу. Проте це не завадило здатності виконувати звичні та необхідні життєві ролі медсестер (58,2 бала) в повсякденній діяльності. Значно гіршою була в цьому аспекті самооцінка досвідчених лікарів-клініцистів, яка виявилась явно заниженою (41,4 бала), була в зоні вираженого «ризик» і мала тенденцію до подальшого погіршення під дією різних обставин, зумовлених необхідністю працювати в складних умовах карантинних обмежень.

Половина шкал тесту SF-36 за своєю кількісною характеристикою були майже однаковими: ФФ (98,7–95,2 бала); РФ (79,4–75 балів); ТВ (93,2–94,5 бала); СФ (81,1–79 балів). На нашу думку, це є свідченням подібності функціональних обов'язків, що виконували медичні працівники обох груп під час карантину. Своєрідним підтвердженням відомого вислову «Рух — це життя» виявився результат порівняння за шкалою ФБ. Робота лікаря-клініциста під

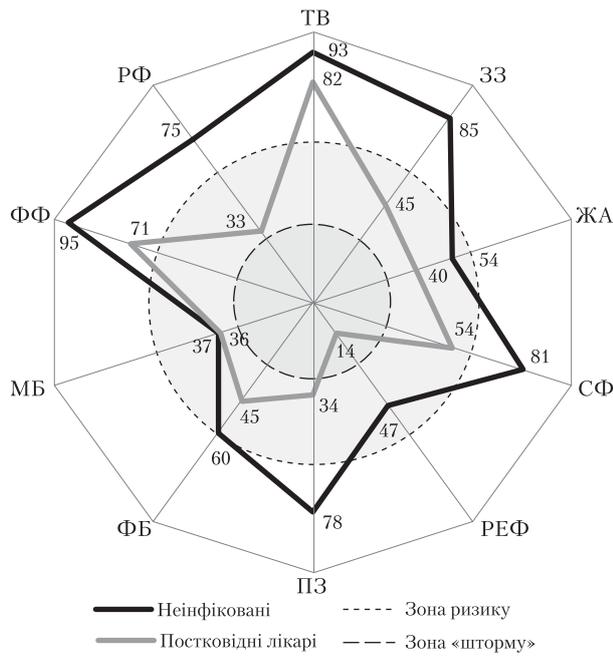


Рис. 4. Вираженість самооцінки за окремими шкалами ЯЖ залежно від наявності або відсутності персонального постковідного досвіду в лікарів

час пандемії змушує його багато і активно рухатись, а отже, його самооцінка (60,5 бала) виявилась дещо вищою за таку у молодших за віком студентів-медсестер (57,5 бала).

Ще однією шкалою, що виявила свою фактично однакову бальну значущість (60,5–56,4 бала) у медичних працівників у зоні середньоприйняттого рівня, або умовно середньостатистичної норми, стала МБ, що відображає загальну психологічну компоненту здоров'я.

У цілому оцінюючи динаміку самооцінки медиків 2-ї та 3-ї груп, що професійно і неодноразово особисто контактували і лікували як пацієнтів із соматичною патологією, так і осіб, які перехворіли на COVID-19, варто відмітити як значну подібність в цілому самооцінок власної ЯЖ, так і переважно цілком позитивні їхні бальні значення. Особливо значущим, на нашу думку, є дуже високі (81,1–79) бали за шкалою СФ – соціального функціонування, що, безумовно, свідчить про достатність та повну адекватність і високу соціальну активність під час професійного спілкування протестованих медичних працівників двох різних вікових та фахових груп.

Дещо окреме місце серед наших респондентів зайняли особи 3-ї групи, до складу якої було включено досвідчених лікарів-клініцистів (інфекціоніст, дерматолог, реаніматолог та терапевти), які на момент анкетування (травень–жовтень 2020 р.) вже перехворіли на цю інфекційну хворобу та успішно пролікувались в стаціонарі

за місцем своєї роботи. Їх явно відмінною психологічною особливістю було те, що вони спочатку (до аналізу результатів тестування ЯЖ) свідомо замовчували цей факт. І лише під час спільного аналізу в їхній присутності відповідей на запитання тестів-опитувальників, коли стала очевидною помітно сильніша вираженість деяких шкал рольового функціонування, вони «випадково згадали» про своє особисте малоприємне «близьке знайомство» з COVID-19. Особливістю їхньої самооцінки ЯЖ на відміну від колег-клініцистів, що не зазнали інфікування, стало дуже занижене «штормове» значення (30–33 бали) за шкалою РФ, яке відобразило їхню частково підсвідому пам'ять про значне зниження власних фізичних можливостей виконувати не тільки свої професійні обов'язки, але й задовольняти потреби щоденного існування. В «близький» постковідний період, тобто протягом 1–2 міс безпосередньо після нормалізації основних соматичних виявів, значно занижена самооцінка за цією шкалою була притаманна фактично всім лікарям, хто перехворів на COVID-19. Визначено, що чим пізніше за часом після хвороби відбувалось їхнє тестування, тим вищим було бальне значення за шкалою РФ, повільно переходячи за 2–3–4 міс із зони «шторму» в «ризиковану» зону рольового функціонування (40–50 балів) залежно від поступово зростаючих можливостей виконання різноманітних буденних щоденних навантажень (рис. 4).

У ранній постковідний період також відзначено зниження вдвічі і за шкалою ЗЗ самооцінки загального стану власного здоров'я до зони вираженого «ризик» (40–49 балів) порівняно із зоною гарантованого і стійкого «благополуччя» у неінфікованих колег (85 балів). У цій групі серед тих, хто перехворів, цілком закономірно помітно знизився показник за шкалою ЖА до тієї самої зони безумовного «ризик» з тенденцією до погіршення (40 балів). Відрадіним для нас став факт, що самооцінка протестованими можливостей власного соціального функціонування (шкала СФ) була хоч і не повністю достатньою та повною, проте лише динамічно ризикованою щодо соціальної активності (54 бали) та адекватності під час спілкування.

Найбільше самооцінка ЯЖ очікувано постраждала за шкалою РЕФ – рольового функціонування, зумовленого емоційним станом в умовах конкретних соматичних негараздів внаслідок COVID-19. Тим паче, що лікарі, які перехворіли, як ніхто інший добре і без ілюзій усвідомлювали безпосередні та віддалені наслідки цієї патології. Тож не дивно, що на момент самооцінки їхній внутрішній емоційний фон не просто

«штормило», а на нього накочувалось «цунамі» (лише 13–15 балів). До деякої міри нароблений відповідний клінічний досвід лікарів виявився вдвічі вищою самооцінкою ними кількісного рівня вираженості стану власної психічної активності для буденного життя та виробничої діяльності. Хоча оцінка за шкалою ПЗ лише в 34 бали – це теж ознака «шторму», але не урагану. Тож усе пізнається в порівнянні.

Достатньо очікуваним на цьому тлі було перебування сумарних показників фізичного та ментального «благополуччя» (шкали ФБ + МБ) в турбулентній зоні «значного ризику» (49–37 балів) у ранній постковідний період життя обстежених.

Загалом схожі закономірності спостерігали і стосовно динаміки бальної вираженості за різними шкалами SF-36, що і знайшло відповідне графічне відображення на рис. 4. Це свідчить про необхідність розглядати перших пару місяців постковідного періоду як період обов'язкової комплексної психосоматичної реабілітації медиків-клініцистів навіть за відсутності у них будь-яких формальних соматичних скарг.

Можна зробити попередній висновок про те, що медичні працівники з різним клінічним досвідом та кваліфікаційним рівнем (студенти-медсестри та лікарі) достатньо виражено внутрішньо емоційно реагують на потенційну небезпеку бути інфікованими коронавірусною інфекцією внаслідок щоденного професійного контактування з різними пацієнтами із соматичними хворобами, частина яких цілком вірогідно вже може знаходитись в інкубаційному періоді клінічного перебігу COVID-19. Це безпосередньо знижує їхню самооцінку ЯЖ та може бути в певних ситуаціях чинником появи у них психосоматичних розладів як своєрідної соматичної професійної патології, особливо у разі тривалого (багатомісячного) подовження карантинних обмежень через високий рівень захворюваності та смертності.

Деяко несподіваними для нас виявились і результати порівняльного аналізу з паралельно протестованими особами 2-ї та 3-ї груп. Попри те, що вони не хворіли завдяки активному додержанню профілактичних заходів на робочому місці, рівень вираженості за шкалами РЕФ та МБ був у них у межах 40–50 балів, тобто вони перебували в зоні явного «ризик». Чинником, що призвів до явного погіршення їхнього душевного благополуччя, були випадки захворювання колег на COVID-19. При цьому майже паралельно зменшувалась бальна значущість обох цих шкал. Емоційні переживання (РЕФ) в цьому аспекті знижували оцінку ними свого загального

ментального (душевного) «благополуччя» – значення за інтегральною шкалою МБ. І це при тому, що їхня самооцінка свого психологічного здоров'я (56–64 бали за шкалою ПЗ) була в межах умовної середньостатистичної норми. Ці факти були встановлені за даними додаткового усного опитування після завершення самого тестування за шкалою SF-36.

Через поки що досить малу кількість таких специфічних респондентів (12 осіб), дещо статистичну сумнівність їхніх результатів (хоча і дуже своєрідних) та наявність, хоча тільки в анамнезі, серйозної інфекційної патології вважаємо за потрібне в майбутньому доповнити такі спостереження і потім знову порівняти їхні результати та проаналізувати вже за участі більшої кількості респондентів.

Висновки

1. На відміну від переважної більшості населення медичні працівники більш реалістично оцінюють як масштаби цієї пандемії, так і її різноманітні негативні наслідки для людей.

2. Переважна більшість нашого населення все ще продовжує психологічно оцінювати високопрофесійну і самовіддану роботу медиків-клініцистів в умовах пандемії лише як певний (і далеко не найбільш значущий для них) різновид звичної сфери побутового обслуговування.

3. Прямим підтвердженням реально катастрофічного положення національної системи охорони здоров'я під час цієї пандемії, вираженої інфодемії та ледь прихованої адміністративної безпорадності є одна з найвищих у світі смертність саме громадян України внаслідок COVID-19.

4. У кінці другого півріччя загальний рівень самооцінки ЯЖ студентами НМУ помітно знизився, що співпало в часі з другою хвилею пандемії в Україні.

5. При порівнянні самооцінок ЯЖ вітчизняними та іноземними студентами виявилось, що всесвітня інфодемія та умови їхніх національних карантинних обмежень значно вираженіше негативно на них вплинули. Не буде помилкою вважати, що у цих молодих людей вже є явні психоневрологічні відхилення з вельми непередбачуваними наслідками.

6. Виявлено як значну схожість загалом самооцінок власної ЯЖ, так і переважно цілком позитивні їхні бальні значення у лікарів та у студентів-медсестер. Особливо значущим є дуже високі бали за шкалою СФ (соціального функціонування). Це є безумовним свідченням міри достатності, повної адекватності та високої соціальної активності при професійному спілкуван-

ні протестованих медиків цих двох різних вікових та фахових груп.

7. Безумовно, заслуговує на подальше поглиблене вивчення моніторинг самооцінки ЯЖ у медичних працівників, які перехворіли на COVID-19.

8. Перших кілька місяців постковідного періоду необхідно розглядати як період обов'язкової комплексної психосоматичної реабілітації медиків-клініцистів навіть за повної відсутності у них будь-яких формальних соматичних скарг.

Список літератури

1. Лібанова Е.М., Гладун О.М., Лісогор Л.С. та ін. Вимірювання якості життя в Україні // Аналітична доповідь.— К., 2013.— 50 с.
2. Мурзіна М.Е., Рохлецова Ю.А. Взаємозв'язки індексів тяжкості псоріазу та дерматологічного індексу якості життя дітей з псоріазом // Укр. журн. дерматол, венерол, косметол.— 2021.— № 3 (82).— С. 11–20.
3. Нугаев Р.М., Нугаев М.А. Качество жизни в трудах социологов США // Социологические исследования.— 2003.— № 6.— С. 100–105.
4. Потенціал України та його реалізація // Урядовий Кур'єр.— 19.08.2009 р.
5. Приступа Є., Кеуриш Н. Якість життя людини: категорії, компоненти та їх вимірювання // Фізична активність, здоров'я і спорт.— 2010.— № 2.— С. 54–63.
6. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты.— Самара, 2001.— 672 с.
7. Якість життя в Україні: оцінки експертів // Урядовий Кур'єр.— 9.02.2021 р.
8. Ярчук А.В. Сутність поняття якості життя населення // Зб. наук. праць Таврійського державного агротехнологічного університету.— 2016.— Вип. 3 (23).— С. 430–439.
9. de Jager M.E. et al. Acrossectional study using the Children's Dermatology Life Quality Index in childhood psoriasis negative effect on quality of life and moderate correlation of CDLQI with severity scores // Brit. J. Dermatol.— 2010.— Vol. 163, N5.— P. 1099–1101. doi: 10.1111/j.1365-2133.2010.09993.x.

А.Е. Федоренко, Е.В. Коляденко

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

Мониторинг самооценки медицинскими работниками качества жизни во время пандемии острой респираторной болезни, обусловленной коронавирусом SARS-CoV-2, в 2020 г.

Сравнительный анализ изменений самооценки показателей качества жизни (КЖ) молодыми медицинскими работниками-студентами на протяжении 2020 г. выявил определенные коррелятивные связи в зависимости от времени, в течение которого они были вынуждены учиться и работать на фоне преимущественно негативного влияния хронической стрессовой ситуации — необходимости ежедневно контактировать с разными больными в условиях многомесячного карантина, обусловленного пандемией острой респираторной болезни, вызванной коронавирусом SARS-CoV-2. Общее негативное влияние инфекционной пандемии на общественное сознание и обусловленные ею страхи были вполне ожидаемыми. Медицинские работники, имеющие разный клинический опыт и квалификационный уровень (студенты-медсестры и врачи), достаточно определенно внутренне эмоционально реагировали на потенциальную опасность быть инфицированными коронавирусной инфекцией вследствие ежедневного профессионального контактирования с разными пациентами с соматическими заболеваниями, часть которых вполне вероятно уже может находиться в инкубационном периоде клинического течения коронавирусной патологии. Это самым непосредственным образом снижает их самооценку КЖ и в определенных ситуациях может быть фактором, который приводит к появлению у них психосоматических расстройств как своеобразной соматической профессиональной патологии, особенно при длительном (многомесячном) продолжении карантинных ограничений вследствие высокого уровня заболеваемости и смертности населения. Проведенный мониторинг изменений самооценки отдельных составляющих КЖ оказался достаточно зависимым как от выраженности отдельных психологических черт каждой протестированной личности, так и от времени проведения опроса (весна—конец лета—зима 2020—2021 гг.).

Ключевые слова: COVID-19, изменения самооценки качества жизни медицинскими работниками, карантинные ограничения, тест SF-36.

O.E. Fedorenko, K.V. Kolyadenko

Bogomolets National Medical University, Kyiv

Monitoring of self-assessment by health care workers of the quality of own life during the pandemic of acute respiratory disease caused by SARS-CoV-2 coronavirus in 2020

Comparative analysis of changes in self-assessment of quality of life (QoL) indicators by young medical students during 2020 revealed certain correlations depending on the time during which they were forced to study and work against the background of the predominantly negative influence of the chronic stressful situation – the need to daily contact with different patients in conditions of many months of quarantine due to pandemic of acute respiratory disease caused by the SARS-CoV-2 coronavirus. The overall negative impact of the infectious pandemic and the resulting fears on public consciousness were quite expected. Medical workers with different clinical experiences and qualifications (nursing students and doctors), quite emotionally reacted to the potential danger of being infected with coronavirus infection due to daily professional contacts with various patients who had somatic diseases, some of which might already be in the incubation period of clinical course of coronavirus pathology. This directly reduces their self-esteem of QoL and, in certain situations, can be a factor that leads to the appearance of psychosomatic disorders in them as a kind of somatic occupational pathology, especially with prolonged (many months) continuation of lockdown restrictions due to the high level of morbidity and mortality of the population. The monitoring of changes in self-esteem of individual components of QoL turned out to be quite dependent both on the expression of individual psychological traits of each tested person and on the time of the survey (spring–late summer–winter 2020–2021).

Keywords: COVID19, changes in self-assessment of quality of life by healthcare workers, quarantine restrictions, SF-36 test.

Дані про авторів:

Федоренко Олександр Євгенович, д. мед. н., проф. кафедри дерматології та венерології з курсом косметології
Коляденко Катерина Володимирівна, к. мед. н., доц. кафедри дерматології та венерології з курсом косметології
01601, м. Київ, бульв. Тараса Шевченка, 13
E-mail: katerinak78@gmail.com