

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

Динаміка самооцінок медичними працівниками якості власного життя під час коронавірусної пандемії в 2020—2021 рр.

У сучасному інформаційному полі з'явився відносно новий термін — VUCA. Він чітко відображає 4 суттєві особливості сучасного життя: нестабільність (Volatility) — через потребу вивчати багато факторів, що змінюються в процесі прийняття рішень; невизначеність (Uncertainty) — неможливість побачити та передбачити майбутнє й перспективи; складність (Complexity) — відсутність ясності розуміння багатьох подій; неоднозначність (Ambiguity) — двозначність, невизначеність трактування ситуації. Це не могло не вплинути на самооцінку молодими медичними працівниками якості життя (ЯЖ) протягом 2020 та 2021 рр.

Мета роботи — дистанційно простежити динаміку зміни самооцінки певних показників якості життя (ЯЖ) у молодих медичних працівників-студентів залежно від їхнього фахового рівня на тлі негативного впливу хронічної стресової ситуації (інфодемії), різноманітних адміністративних карантинних обмежень та вимушеного професійного спілкування з різними пацієнтами із соматичними захворюваннями під час пандемії COVID-19 протягом 2020—2021 рр.

Матеріали та методи. У дослідженні використовувалися: загальноклінічні методи — для загальної оцінки соматичного стану; психодіагностичне анкетування — адаптований опитувальник SF-36 для визначення ЯЖ; біостатистичні — з метою математичної обробки отриманих даних.

Результати та обговорення. Міжособистісні контакти зі студентами 4-х курсів медичних і стоматологічних факультетів, пов'язані з дистанційним тестуванням за період з весни 2020 р. по грудень 2021 р., відбувались виключно дистанційно через карантинні обмеження і переважно з ініціативи самих медпрацівників, що самостійно дізнавались про можливість об'єктивно оцінити свій психологічний стан та ЯЖ.

Об'єктивний аналіз динаміки самооцінок молодими медичними працівниками власної ЯЖ за останніх два роки свідчить про їхню доволі успішну психосоматичну адаптацію до навчання та клінічної роботи в складних, непередбачуваних через нестабільність, неоднозначність та певну невизначеність в умовах пандемії 2020—2021 рр. Їхні усереднені самооцінки ЯЖ варто розглядати як своєрідний позитивний стандарт-контроль при порівнянні з даними аналогічних тестувань, проведених серед інших верств населення.

Висновки. Об'єктивний аналіз динаміки самооцінок молодими медиками власної ЯЖ за останніх два роки свідчить про їхню доволі успішну психосоматичну адаптацію в умовах пандемії 2020—2021 рр. Їх варто розглядати як своєрідний позитивний стандарт при порівнянні з даними аналогічного тестування інших верств населення в ці роки.

Ключові слова

COVID-19, зміни самооцінки якості власного життя медичними працівниками, карантин, інфодемія, VUCA, тест SF-36.

Ми всі живемо в епоху парадоксів, хоча й не завжди це усвідомлюємо. Першим з них є соціально-біологічний — люди ущільнюються (переселяються у великі міста, а села або зовсім зникають, або обезлюднюють). Кількість соціальних контактів різко збільшується, але відчуття самотності в міському натовпі теж посилюється (ріст асоціалізації, депресії, дистреси, тривоги). Другий парадокс має соціально-психоло-

гічний характер — люди гуртуються в основному навколо тривожної та страхітливої інформації (пандемія, війна), несвідомо формуючи нові субкультури. Страх об'єднує як ніяка інша емоція, але одночасно культивуються ідеї лібералізму та самореалізації (вольове рішення будувати власну долю, що іноді теж породжує страх). Вірусна пандемія стала своєрідним тригером не лише страху. COVID-19 багато в чому змінив

багато галузей людської діяльності та мислення. Медицина раптом почала помітно впливати на політику і зміст глобалізації. Зникли такі поняття, як «безпечне місце», «достовірний прогноз», «надійність планування». Запустився великий тригер генетичної тривоги і страху людини як виду розумних істот. Світ навколо нас не просто змінюється, а змінюється надшвидко. Наша цивілізація за ці два роки стрімко і незворотно проходить щось схоже на дві світові війни в минулому. Мабуть, не буде занадто великим перебільшенням сказати, що людство «непомітно» і раптово вступило в третю світову війну з характерними грандіозними перестановками — змінами в світі, які завжди були після подібних воєн. Ніхто не може передбачити майбутнє, але більшість уже передчувають — світ людей, якщо ми вийдемо з цієї вірусної війни, буде вже зовсім іншим. Тож ситуація, в якій людське суспільство перебуває останнім часом, дійсно дещо нагадує людину, якій поки що вдається успішно балансувати, незважаючи на нестабільність, невизначеність, складність та неоднозначність.

Тож не дарма як своєрідне відображення цього в інформаційному полі виник відносно новий термін — VUCA. Переважна більшість суспільства поки що не повністю усвідомлює його зміст, хоча він чітко відображає 4 суттєві особливості сучасного життя: нестабільність (*Volatility*) через потреби мало не щодня переглядати багато факторів перед та в процесі прийняття різноманітних і внутрішньо суперечливих з огляду на часту невизначеність (*Uncertainty*) рішень і надшвидкий темп змін навколо нас; складність (*Complexity*) через відсутність ясності в значенні та суті багатьох подій; неоднозначність (*Ambiguity*) через переважно явну незрозумілість сьогодення більшістю суспільства. Ми дійсно змушені обставинами жити та балансувати в світі VUCA. І, мабуть, не варто дуже дивуватись появі цього терміну саме в часи спалаху світової пандемії коронавірусної інфекції, коли має місце одночасна масована неадекватна переоцінка/недооцінка цієї реальної інфекційної загрози для всього людства. І все це відбувається на тлі явного посилення різноманітних тривожних порушень — як дефіцитарних (об'єктивну небезпеку люди в кращому випадку просто недооцінюють, а в гіршому — ігнорують), так і деструктивних (явна вираженість соматовегетативних компонентів емоційних реакцій). Усі ці обставини, безумовно, не могли не вплинути на самооцінку молодими медичними працівниками якості власного життя (ЯЖ) протягом 2020 та 2021 р.

Мета роботи — дистанційно простежити динаміку зміни самооцінки певних показників ЯЖ

у молодих медичних працівників-студентів залежно від їхнього фахового рівня на тлі негативного впливу хронічної стресової ситуації (інфодемії), різноманітних адміністративних карантинних обмежень та вимушеного професійного спілкування з пацієнтами із різними соматичними захворюваннями під час пандемії COVID-19 упродовж 2020—2021 рр.

Матеріали та методи

У дослідженні використовувалися: загальноклінічні методи — для загальної оцінки соматичного стану; психодіагностичне анкетування — адаптований опитувальник SF-36 для визначення ЯЖ; біостатистичні — з метою математичної обробки отриманих даних [7].

Тестування і опитування на цілком добровільних засадах дистанційно проходили студенти і студентки 4-х курсів лікувальних та стоматологічних факультетів НМУ імені О.О. Богомольця, які не мали ознак реальної соматично зрозумілої патології. Жоден з них у ході попереднього опитування не виявляв помітної стривоженості за стан власного здоров'я, не вважав за необхідне систематично його контролювати та самооцінювати. Їх переважно психологічно зацікавила сама процедура швидкого анонімного самотестування для визначення такого, з їхньої точки зору, дещо ефемерного поняття, як власна ЯЖ. Стосовно індивідуальних даних лише встановлювали вік, стать, місце роботи у працюючих студентів та наявність в їхньому анамнезі за останніх 3—5 років явної соматичної патології. Протестованих молодих медичних працівників можна вважати своєрідною контрольною групою, яка поєднує в собі соматичне здоров'я і доволі тверезе медичне уявлення про епідеміологічні особливості пандемії та реальний ризик бути інфікованими під час виконання професійних обов'язків. Тобто внаслідок такого специфічного поєднання вони потенційно є мінімально психологічно вразливими щодо впливу на них суспільної інфодемії останніх двох років. Прямим підтвердженням цього є вже оприлюднені результати наших попередніх тестувань, проведених за період весна—літо 2020 р. [8], та дещо схожі дані інших науковців [1, 6, 9, 10].

Самооцінку ЯЖ протестованих медпрацівників 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). SF-36 належить до загальних (неспеціалізованих) тестів-опитувальників і вже десятки років його широко застосовують у різ-

номанітних дослідженнях ЯЖ у різних пацієнтів із соматичною патологією [3, 12]. Базовою і дуже привабливою його особливістю є те, що він дає змогу кількісно (в умовних балах) оцінити різні якісні складові ЯЖ. Традиційно вони розділені на 8 окремих шкал:

Фізичне функціонування (ФФ) відображає ступінь, в якому загальний фізичний стан обмежує виконання різноманітних буденних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом сходами, переміщення важких речей тощо) і потреб щоденного існування.

Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (РФ), — 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 у той чи інший спосіб впливають на загальне самопочуття особи та можливість займатися активною повсякденною діяльністю, включаючи домашню роботу.

Самооцінка загального стану власного здоров'я (ЗЗ) на даний момент та в перспективі подальшого лікування.

Життєздатність (життєва активність) (ЖА) 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 протес-тованої особи.

Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (РЕФ), — наскільки внутрішній емоційний стан впливає (позитивно чи негативно) на можливість виконувати звичні та необхідні життєві ролі в повсякденні (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 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: фізичну компоненту здоров'я, або *фізичне благополуччя (ФБ)*, та психологічну компоненту здоров'я, або *душевне благополуччя (ДБ)*.

Багаторічний та статистично значущий аналіз результатів дуже багатьох незалежних фахо-

вих досліджень ЯЖ за допомогою тесту SF-36 в опитаних різних груп свідчить, що є всі підстави вважати [4, 7]:

- 30 балів і менше в літературі традиційно описують як «штормову» зону, або «Ви в морі проблем і навіть весла у Вас немає!». Тобто людина перебуває на початку розвитку в неї певної психоневрологічної патології;
- 31–39 балів є зоною явно негативної самооцінки ЯЖ — психологічно вже «штормить!» і особа ще намагається якось з цим боротись, хоча явно невдало;
- 40–49 балів є зоною вираженого психологічного «ризик», коли самооцінка ЯЖ явно занижена і має тенденцію до подальшого погіршення під дією дуже різних чинників;
- 50–55 балів є зоною лише певної «ризикованої нестабільності», коли однаково вірогідно як її можливе деяке незначне переважно динамічне зниження-погіршення, так і покращення-підвищення;
- 56–64 бали є зоною середньоприйнятної рівня, або умовною середньостатистичною нормою, коли значущість усіх шкал коливається на рівні 60 балів;
- 65–79 балів є зоною однозначно позитивного фізичного і душевного «комфортного спокою»;
- 80–90 балів є зоною гарантованого і стійкого душевного та фізичного «благополуччя»;
- 91–100 балів. Для якісної оцінки цього діапазону в профільній літературі використовують афористичний вислів — «До вас доторкнувся Будда» [7].

Структура цього опитувальника дає змогу кількісно визначити вираженість кожної з цих 8 шкал і якісно «побачити тонкі місця просідання» самооцінки ЯЖ. А це є критично важливим при складанні як профілактичних, так і комплексних лікувально-комунікативних заходів. Своєчасне усвідомлення цієї інформації є особливо значущим при хронічно-рецидивному перебігу багатьох соматичних хвороб і за наявності доклінічних соматичних відхилень, які провокують появу та подальший розвиток різноманітних психосоматичних патологій.

Суворою реальністю нашого життя з осені 2019 р. по весну 2022 р. є те, що всі ці місяці суспільство живе в умовах пандемії COVID-19 та різноманітних карантинних обмежень. Усі ці два роки жодна людина не відчуває себе реально захищеною від можливого вірусного інфікування і розвитку в неї інфекційної патології. Саме медичні працівники весь цей час щодня перебувають на передньому краї боротьби і здатні реально оцінювати масштаби пандемії та її без-

посередні і віддалені наслідки для людей незалежно від їхнього соціального статусу, політичних уподобань та економічного положення. Спалах цієї вірусної інфекції зробив явним край обмежені фармакологічні можливості сучасної медицини хоча б щодо її часткового та дієвого обмеження. Ми всі стали вимушеними свідками того, як вельми гучно і привселюдно луснув міф про начебто існування гарантованої медичної безпеки в XXI ст. хоча б лише для мешканців найбільш розвинених країн. COVID-19 стрімко та доволі кардинально урівняв життєві шанси зовсім різних людей. І як наслідок — світ стрімко та незворотно якісно змінився. Людське суспільство немовби провалилось у минулі часи «чорної смерті» — пандемії чуми, яка тоді викосила близько половини населення планети. І як і тоді, уряди змогли запропонувати людям лише жорсткі карантинні обмеження за відсутності реальної медикаментозної допомоги, тобто те, що ми зараз вельми толерантно і політично незаангажовано називаємо самоізоляцією у власних помешканнях. І ми всі тепер у цій новій жорсткій реальності маємо продовжувати якимось жити, працювати, вчитись, любити, виховувати дітей, спілкуватись, мріяти та помирати. Тож через ці обставини ми змушені жити в світі VUCA!

На нашу думку, ці два роки умовно можна поділити на кілька періодів:

Весна 2020 р.: перші випадки захворювання багатьох людей в Україні; паніка серед населення та початок інфодемії; неналагоджена система лікування і профілактики; жорсткі карантинні обмеження щодо виходу з дому та пересування транспортом; труднощі з роботою через масові закриття в сфері торгівлі та побутових послуг; багатотижневе спільне перебування вдома батьків і дітей.

Літо 2020 р.: свідоме/несвідоме подальше підігрівання паніки та інфодемії серед населення; дещо краще розуміння принципів лікування та поява перших протоколів з поступовим налагоджуванням системи лікування; обмеження для пересування та літнього відпочинку дітей.

Осінь—зима 2020 р.: друга хвиля захворювання, спричинена видозміненим вірусом на тлі майже повного ігнорування карантинних обмежень у містах частиною населення; достатньо налагоджена система лікування з частковим урахуванням світового досвіду; чергове підігрівання паніки та інфодемії в ЗМІ; тривале продовження карантину, внаслідок чого всі члени родин різного віку перебували разом удома; відсутність видимих успіхів у боротьбі з пандемією; спільне переживання випадків смерті в своєму оточенні.

Зима 2021 р.: подальше суттєве збільшення кількості випадків захворювання та смерті; зневіра у можливості медицини та невизначеність щодо перспектив подальшої тактики боротьби з COVID-19; численні випадки недотримання карантинних обмежень.

Весна—літо 2021 р.: незначне зменшення кількості тих, хто захворів, на тлі високої смертності людей похилого віку; адміністративно млявий початок вакцинації та складності в її проведенні; тривалість карантинних обмежень та їхнє ігнорування частиною населення; неоднозначне усвідомлення та переживання незмінності складної епідеміологічної ситуації та збільшення кількості смертельних випадків у своєму оточенні; невизначеність щодо перспектив подальшої боротьби з інфекцією COVID-19.

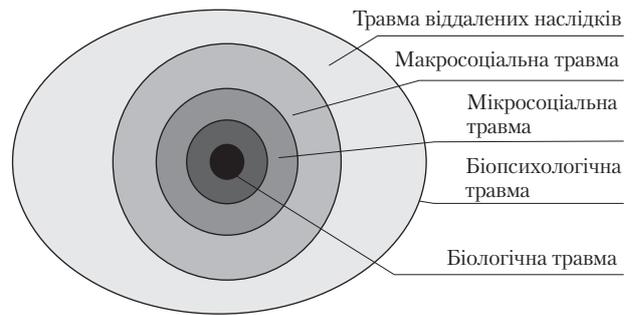
Осінь—зима 2021—2022 р.: рекордна хвиля захворювання через видозмінений вірус (омікрон) на тлі продовження ігнорування карантинних обмежень частиною населення; виражений адміністративно-інформативний тиск для спонукання людей вакцинуватись; фінансова стимуляція державою вже двічі вакцинованих громадян; безкоштовна обов'язкова для держслужбовців та медичних працівників і добровільна вакцинація різними вакцинами всіх бажаючих; неоднозначна реакція населення на вакцинацію після повідомлень про повторні захворювання вакцинованих; неоднозначність та нестабільність протоколів лікування хворих на COVID-19; невизначеність щодо перспектив подальшої успішної боротьби з цією вірусною інфекцією.

Численні інформаційні повідомлення в ЗМІ та наукові публікації періоду пандемії дають підстави погодитись з висновком Н.А. Nasrallah — головного редактора фахового журналу «Current Psychiatry», який заявив, що «вірусна пандемія створила паралельну епідемію тривоги» [13], а отже, і помітно погіршила ЯЖ багатьох членів суспільства. До розуміння складності та неоднозначності загальної ситуації, що склалася за ці два роки, також призвели такі соціально-економічні чинники: бідність — унаслідок COVID-19 у глобальному масштабі на 420—580 млн може збільшитись кількість людей, що постійно живуть у бідності; закриття робочих місць — локдауни впродовж зими 2019—2020 рр. на певний період позбавили 81 % глобальної робочої сили (2,7 млрд) місць праці, що зумовило економічний спад та посилило ризик опинитись без роботи ще для 1,25 млрд працюючих; посилення соціально-економічної нерівності, що лежить в основі багатьох інших чинників ризику погіршення психічного благополуччя. Так, за даними офіційної статистики, у Великій Британії смерт-

ність від COVID-19 виявилась удвічі вищою в бідних районах порівняно з показником у заможних; глобальна відсутність продовольчої безпеки — 820 млн осіб в 2019–2020 рр. були «гоłodні вже сьогодні», і ця ситуація не має навіть хоч якоїсь тенденції до покращення в 2022 р.; соціальна ізоляція, зумовлена карантинними обмеженнями, доповнюється численними порадами щодо фізичного дистанціювання і скорочує можливість брати участь у заходах, що зміцнюють психічне здоров'я: активне дозвілля, культурні заходи, допомога іншим людям; пов'язаний із щоденною роботою внутрішній стрес медичних працівників та інших осіб, які здійснюють систематичний догляд за хворими на COVID-19.

Усе це разом взяте створило атмосферу VUCA, що складається з нестабільності, неоднозначності, невизначеності та складності. І саме розуміння цього реально прикрого становища спонукало нас продовжити розпочате ще два роки тому дистанційне тестування студентів 4-х курсів медичних факультетів НМУ імені О.О. Богомольця та деяких колег-клініцистів. Наш вибір був зумовлений кількома причинами і перш за все раптовим (усього за тиждень) переходом від звичного традиційного безпосереднього спілкування з хворими та студентами на дистанційне онлайн-спілкування. Другою вагомою причиною вибору для тестування саме студентів-медиків 4-х курсів був постійний онлайн-зв'язок з ними під час навчальних занять з дерматовенерології. Третьою причиною стала величезна кількість їхніх позааудиторних запитань до своїх викладачів-клініцистів під час карантину і локдауну і явна стривоженість, яка відчувалась у цих запитаннях. Четвертою стала та легкість, з якою колеги-клініцисти та студенти добровільно погоджувались пройти анонімне тестування. На тлі вираженої інфодемії в суспільстві саме молоді студенти старших курсів НМУ виявились достатньо фахово інформованими і готовими у зв'язку з цим спокійно та розважливо давати доволі об'єктивну самооцінку різним аспектам ЯЖ. До того ж за даними їхнього опитування ні у кого не було виявлено ознак реальної соматично зрозумілої патології. І це при тому, що дехто з них уже перехворів на COVID-19.

Якщо ж дещо абстрагуватись від особливостей клінічної характеристики виявів COVID-19, то можна узагальнено представити цю інфекційну хворобу як своєрідну біологічну травму для людського організму, яка майже завжди породжує і біопсихологічне травмування особи, що захворіла. А оскільки переважна більшість людей живе в родинях, то біологічне травмування (хвороба) одного з її членів породжує мікросоціальну



Графічне відтворення наслідків отриманої людиною біологічної травми

травму всієї родини та може зумовити макросоціальне травмування певної кількості колег по роботі. Візуально це нагадує появу кіл на воді, в яку було кинуте камінь. При масовому біологічному травмуванні під час пандемії COVID-19 неодмінно слід очікувати віддалених результатів такого травмування у формі появи різноманітних за вираженістю та спрямованістю психосоматичних порушень, тривожності і дистресів [13]. Для кращої візуальної наглядності цієї ситуації ми на рисунку графічно відобразили безпосередні та віддалені наслідки інфекційної пандемії, що восени 2019 р. розпочалась як низка біологічних травм лише кількох людей.

Аналізуючи ці два роки пандемії, згадалося наше, як виявилось тепер, дещо надто оптимістичне сподівання на якісну зміну ставлення суспільства до медичних працівників. Навесні—влітку 2020 р. ми наївно сподівались, що внаслідок перенесеного жорсткого локдауну, катастрофічного розриву соціальних контактів та високої смертності від коронавірусної інфекції ось-ось нарешті станеться докорінна зміна суспільного розуміння значущості саме ролі медичних працівників як реально єдиного фахового прошарку, який може на краще змінити ситуацію з пандемією в цілому. Проте за 25 міс вимушених карантинних обмежень і десятків тисяч передчасних смертей, на жаль, мало що змінилось у суспільній свідомості. Більшість різних верств нашого суспільства все ще продовжує психологічно оцінювати високопрофесійну, а під час пандемії і відверто ризиковану роботу клініцистів як певний різновид сфери побутового обслуговування. Такою є прикра правда, і реальне втілення цього — фактичний провал масового вакцинування нашого населення, рух «коронавірусних атеїстів», а також злиденні заробітки медичних працівників. Незважаючи на всі зазначені вище сумні обставини, нам здалося доцільним з наукової та фахової точок зору продовжити у другий рік пандемії об'єктивне вивчення

особливостей самооцінки ЯЖ різними групами медичних працівників, вимушених щодня бути на передньому краї боротьби за її обмеження та подальше подолання.

Результати та обговорення

Міжособистісні контакти з колегами-клініцистами та студентами 4-х курсів медичних і стоматологічних факультетів, пов'язані з дистанційним тестуванням за період з весни 2020 р. до грудня 2021 р., відбувались виключно дистанційно з огляду на карантинні обмеження і переважно з ініціативи самих медичних працівників, що самостійно дізнавались про можливість об'єктивно оцінити свій психологічний стан та ЯЖ. Це свідчило як про їхню значну стурбованість через неоднозначність та невизначеність власного положення та реальну щоденну небезпеку самому отримати біологічну травму-хворобу. Під час таких спорадичних контактів було встановлено, що у більшості колег-клініцистів, які самостійно звернулися до нас, були проблеми зі сном, а також невмотивовані емоційні зриви. Це стало для нас підставою запропонувати таким особам анонімно пройти дистанційне психологічне обстеження за допомогою відповідних тестів-опитувальників. Подібне бажання висловили і кілька студентів старших курсів НМУ, які об'єктивно оцінювали власний психологічний стан як неоднозначний та нестабільний. В середньому за день ми оцінювали та аналізували результати лише 1–2 протестованих медичних працівників. Ця робота стала можливою переважно завдяки використанню автоматизованого алгоритму підрахунку (в балах), наведеному Д.Я. Райгородським в його електронній версії монографії «Практическая психология», та деяких інших алгоритмів такого аналізу [4, 7, 11].

Отже, поступово дистанційно було обстежено близько 90 медичних працівників обох статей віком від 20 до 73 років. Після отримання і аналізу результатів уже перших 10 осіб ми стикнулися з проблемою відсутності своєрідної «групи контролю», тобто осіб без виражених клінічних виявів зрозумілої супутньої соматичної патології. Це змусило нас виділити з усіх протестованих колег окрему групу студентів-медиків з 36 осіб, які, за даними їхнього опитування, категорично заперечували у себе наявність будь-якої соматичної патології починаючи з січня 2020 до грудня 2022 р., тобто протягом двох років. Виділення їх в окрему групу дало змогу нам отримати «чисті» самооцінки ЯЖ, на які впливали переважно лише зовнішні стресори інфодемії, частково обірвані соціальні контакти через різ-

номанітні карантинні обмеження і зумовлені ними складності при виконанні цими особами функціональних обов'язків на своєму робочому місці під час постійної комунікації з різними пацієнтами із соматичними захворюваннями. Спочатку ця «контрольна» група налічувала майже 40 осіб. Проте виявилось, що у деякого з них виникли певні соматичні проблеми, а ще 7 перехворіли на коронавірусну інфекцію. Тож до цієї публікації зрештою увійшли результати лише 36 студентів-медиків 4-х курсів віком від 20 до 22 років, 19 з яких дистанційно навчаються в НМУ, та 17 студентів, що поєднують дистанційне навчання з роботою медсестрами/медбратами переважно у другій половині дня в різних медичних закладах.

Аналіз впливу на самооцінки ЯЖ у двох зазначених вище групах молодих студентів-медиків ми здійснили ще в 2020 р., порівнявши бальні величини «суто контрольної» групи студентів НМУ без реального клінічного досвіду та без будь-якої явної соматичної патології, яких тестували весною, влітку та пізньої осені 2020 р. На той час вони мали достатній загальний професійний рівень медичних знань, щоб хоча б на переважно загальному теоретично-інформаційному рівні правильно оцінювати загалом досить складну епідеміологічну ситуацію, що склалася взимку 2019–2020 рр. і протягом наступних карантинних місяців 2020 р. Проте зазначимо, що вони перебували в більш адекватних умовах сприйняття інформаційних повідомлень, ніж основні верстви населення.

Що ж продемонструвало результати аналізу їхньої самооцінки ЯЖ в цей період, тобто в умовах, коли на таку самооцінку домінуюче впливала переважно лише адміністративно-інформаційна складова інфодемії 2020 р.? В кількісному відношенні це виявилось в таких бальних значеннях окремих шкал SF-36: ФФ – 95; РФ – 73; ТБ – 74,4; ЗЗ – 82,1; ЖА – 59,2; СФ – 87,5; РЕФ – 58,4; ПЗ – 65,5; ФБ – 56,7; ДБ – 48,7.

Із цих бальних значень очевидно, що фактично всі окремі складові ЯЖ були у зоні умовної середньостатистичної норми (56–64). Найнижча бальна кількісна самооцінка (48,7) припала лише на сумарну шкалу ментального (душевного) благополуччя – ДБ і цілком об'єктивно свідчила про ризиковано-виражену загальну внутрішню схвильованість молодих студентів-медиків на тлі суспільних страхів та масової інфодемії. Прямим підтвердженням цього були зависокі значення фактично всіх інших шкал тесту SF-36, які були в межах комфортного фізичного і душевного «спокою» або й в зоні гарантованого і стійкого «благополуччя» (80–90 балів).

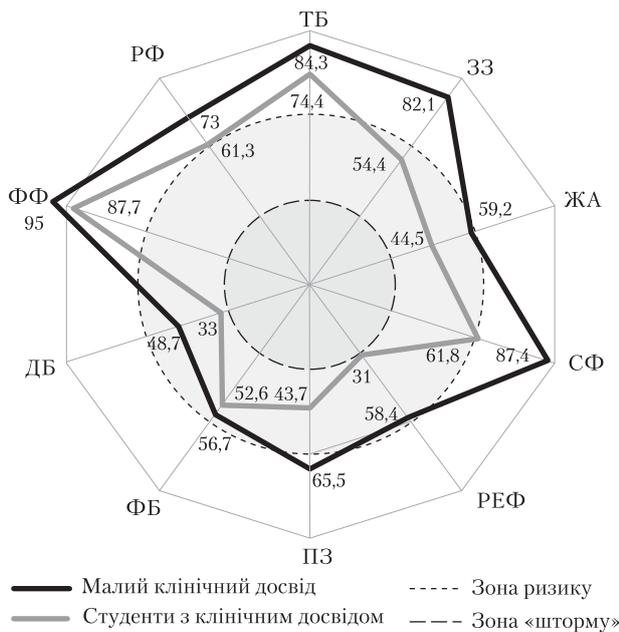


Рис. 1. Графічне зображення різної вираженості самооцінки за окремими шкалами SF-36 залежно від рівня клінічного досвіду студентів-медиків у 2020 р.

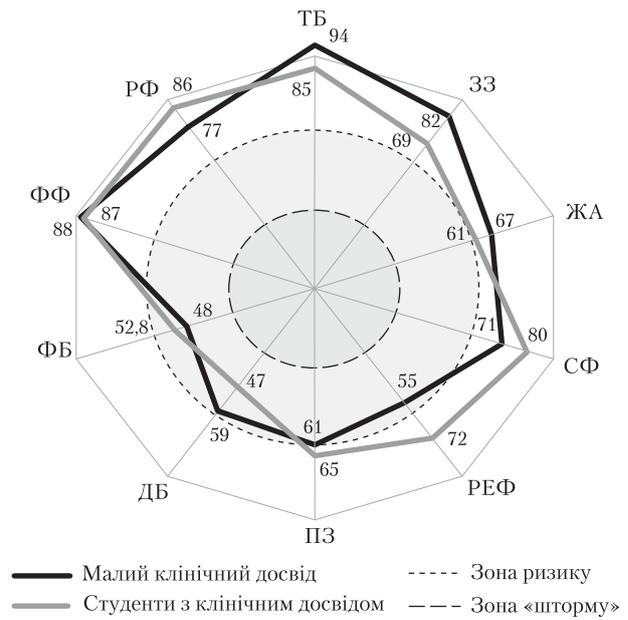


Рис. 2. Графічне зображення різної вираженості самооцінки за окремими шкалами SF-36 залежно від рівня клінічного досвіду студентів-медиків у 2021 р.

Деякі інші середні значення шкал ЯЖ виявились у цей період у студентів, що поєднували дистанційне навчання з роботою середнім медичним персоналом. Вони мали набагато реалістичнішу і повнішу фахову інформацію стосовно цієї ситуації, оскільки фактично щодня професійно комунікували з лікарями та пацієнтами із соматичними захворюваннями: ФФ – 87,7; РФ – 61,3; ТБ – 74,4; ЗЖ – 54,4; ЖА – 44,5; СФ – 61,8; РЕФ – 31; ПЗ – 43,7; ФБ – 52,6; ДБ – 33.

Для кращої наочності та розуміння відмінностей в самооцінці ЯЖ молодими студентами-медиками однолітками, але з різним клінічним досвідом, отримані їхні бальні результати за всіма шкалами SF-36 ми розташували у вигляді своєрідної графічної форми ЯЖ (ГФЯЖ), де внутрішнім, меншим, колом навколо центру показана 30-бальна межа зони «шторму», а більшим – 60-бальна межа між зонами позитивного «спокою» та певного «ризик» (рис. 1).

Таке графічне відображення середніх результатів обох підгруп візуально свідчить про наявність суттєвих розходжень в їхніх самооцінках ЯЖ за багатьма шкалами. На ГФЯЖ наочно видно дуже суттєве «просідання» бальних самооцінок за шкалами РЕФ (31) та ДБ (33) аж у «штормову» зону, в зону явного «ризик» за шкалами ЖА (44,5) та ПЗ (43,7) при одночасному реально повному фізичному благополуччі: ФФ – 87,7, ТБ – 74,4. Тобто такі високі бали фізичного здоров'я однозначно свідчать про відсутність явних соматичних патологій у студен-

ток-медсестер, що дає підстави розглядати їх як своєрідну «контрольну» групу. Тим більш переконливими виглядають у них «штормові» результати шкал душевного дискомфорту. Тобто у студентів, що переважно з економічних причин були вимушені поєднувати дистанційне навчання з професійною клінічною роботою в умовах пандемії, таке поєднання призвело до суттєвого психоемоційного дискомфорту та значного зниження самооцінок власної ЯЖ на відміну від показників у інших студентів, що лише дистанційно навчалися протягом 2020 р.

Упродовж 2021 р. ми продовжили тестування студентів двох груп 4-х курсів медичних та стоматологічних факультетів НМУ. Кількісні бальні результати середніх самооцінок ЯЖ студентами, що лише дистанційно навчалися, були такими: ФФ – 88; РФ – 77; ТБ – 94; ЗЖ – 82; ЖА – 67; СФ – 71; РЕФ – 55; ПЗ – 61; ДБ – 59; ФБ – 48. У працюючих студентів вони були дещо іншими: ФФ – 87; РФ – 86; ТБ – 85; ЗЖ – 69; ЖА – 61; СФ – 80; РЕФ – 72; ПЗ – 65; ДБ – 47; ФБ – 52,8 (рис. 2).

ГФЯЖ у студентів цих двох підгруп у 2021 р. одночасно мали певну схожість і значні відмінності. Фізичні компоненти здоров'я, або фізичне благополуччя, у працюючих студентів були помітно кращими і знаходились або в зоні комфортного спокою (ЗЖ – 69), або повного благополуччя (ФФ/РФ/ТБ – 85–87). Найнижчою у них була лише ЖА (61), яка відображала середній рівень їхнього суб'єктивного відчуття повно-

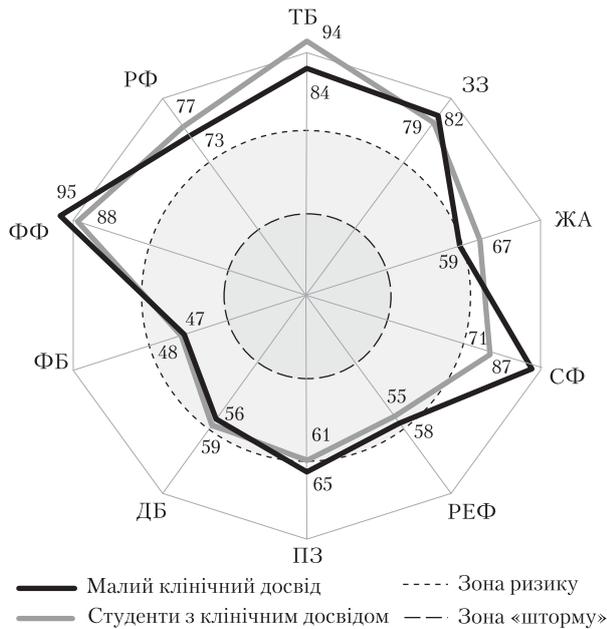


Рис. 3. Графічне зображення динаміки вираженості самооцінки за окремими шкалами SF-36 у студентів-медиків, що дистанційно навчалися в 2020—2021 рр.

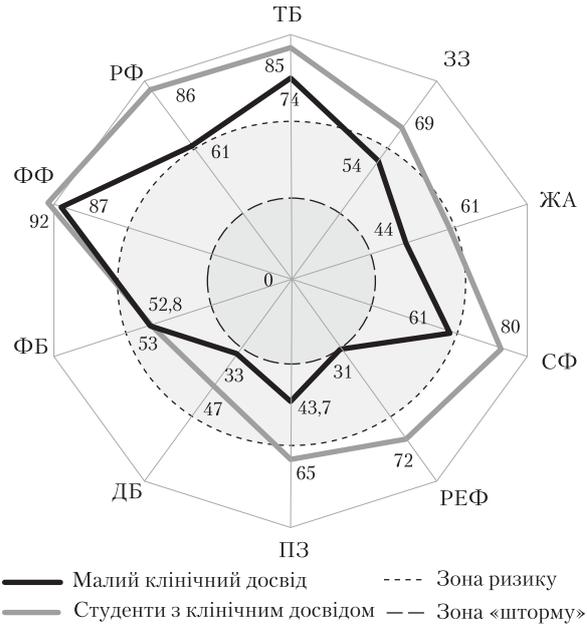


Рис. 4. Графічне зображення різної вираженості самооцінки за окремими шкалами SF-36 залежно від рівня клінічного досвіду студентів-медиків у 2021 р.

ти власних сил та енергії. Такі показники у студентів, що лише дистанційно навчалися вдома, цілком очікувано були дещо вищими і знаходились або в зоні благополуччя (ФФ/ТБ/33 82–94), або в зоні комфортного спокою (РФ/ЖА 67–77). Виразено відрізнялись (майже на 10 балів) показники їхньої соціальної активності при спілкуванні за шкалою СФ на користь працюючих студентів. Ще більшою (на 17 балів) виявилась перевага рольового функціонування, зумовленого емоційним станом. Їхній внутрішній емоційний стан більш позитивно (72 проти 55 балів) впливав на можливість виконувати звичні для них ролі в повсякденній фаховій діяльності середнього медичного персоналу. Для студентів обох підгруп кількісний бальний рівень вираженості стану власної психічної активності виявився цілком достатнім (ПЗ 61–65), проте дещо нижчим для буденного життя та звичної побутової виробничої діяльності, ніж для фахової.

Найнижчими виявились сумарні показники як ФБ (48–52,8 бала), які визначають фізичні компоненти здоров'я, або фізичного благополуччя, так і ДБ (47–59 балів), що відображають психологічну компоненту здоров'я, або душевне благополуччя. Безумовно, це ще не «штормова», але вже зона вираженого психологічного «ризик», коли самооцінка ЯЖ внутрішньо явно занижена і має певну тенденцію до подальшого погіршення під дією різних чинників. І ризик якщо не втрати, то погіршення душевного благополуччя

значно вищий у студентів, які працюють у лікарнях.

Моніторинг динаміки окремих шкал ЯЖ у студентів, які дистанційно навчалися клінічній медицині, протягом 2020–2021 рр. бально проявився таким чином: ФФ 95/88; РФ 73/77; ТБ 84/94; 33 82/79; ЖА 59/67; СФ 87/71; РЕФ 58/55; ПЗ 65/61; ДБ 56/59; ФБ 47/48 (рис. 3).

ГФЯЖ у студентів цієї підгрупи за два роки пандемії теж мають між собою як певну схожість, так і деякі відмінності. Загалом динаміка кількісної вираженості за шкалами SF-36 свідчить про помітне, хоча і незначне, поліпшення їхнього фізичного і душевного благополуччя на тлі продовження карантину та періодичного збільшення кількості тих, хто захворів на COVID-19. Єдиним винятком у цьому плані є помітне (на 16 балів) зниження самооцінки студентами власного СФ (87/71 бал) за цей період, що, на нашу думку, цілком зрозуміло через реальне звуження їхніх соціальних контактів на тлі різноманітних карантинних обмежень та переважно лише дистанційних контактів у режимі онлайн. Непрямим підтвердженням цього є збереження в зоні «ризик» (ФБ 47/48 балів) протягом двох років їхньої фізичної компоненти здоров'я через багатомісячну вимушену часткову «адинамію».

Моніторинг динаміки змін окремих шкал ЯЖ у студентів, які поєднували дистанційне навчання та працювали у різних медичних закладах протягом 2020–2021 рр., бально можна пред-

ставити таким чином: ФФ 87/92; РФ 61/86; ТБ 74/85; ЗЗ 54/69; ЖА 44/61; СФ 61/80; РЕФ 31/72; ПЗ 43,7/65; ДБ 33/47; ФБ 52,8/53.

ГФЯЖ у студентів цієї підгрупи за роки пандемії та періодичних карантинів різної жорсткості теж мають між собою як певну схожість, так і значні відмінності. Загалом очевидна позитивна динаміка кількісної вираженості шкал SF-36, яка відображає помітне загальне поліпшення фізичного і душевного благополуччя працюючих студентів на тлі продовження карантинних обмежень та періодичного хвилеподібного збільшення кількості тих, хто захворів на COVID-19 (рис.4).

Можна припустити, що постійне багатомісячне фахове спілкування з пацієнтами мало б негативно вплинути на їхню самооцінку власної ЯЖ, проте динаміка зміни середніх значень майже всіх окремих шкал SF-36 свідчить про зворотне. Всі окремі показники за шкалою ФЗ знаходяться або в зоні комфортного спокою (ЗЗ 69 балів), або повного благополуччя (ФФ 92 бала; РФ 86 балів; ТБ 85 балів). Найбільш позитивною є динаміка (на 41 бал) поліпшення рольового функціонування, зумовленого емоційним станом (РЕФ 31/72 бала), тобто якісно покращились можливості грати як звичні та необхідні життєві ролі в повсякденній діяльності, так і виконувати фахові обов'язки. Вони оцінюють їх уже не як «штормові», а як цілком благополучні. Аналогічну позитивну динаміку ми спостерігали і стосовно всіх суто психологічних компонентів здоров'я. Принциповим у цьому аспекті є відхід з фактично «штормової» зони (ЗЗ бали) в зону психологічного «ризик» (47 балів) для загального душевного благополуччя. Підтвердженням цього є також значне покращення за шкалою ПЗ (з 43,7 до 65 балів), ЖА (з 44 до 61) і СФ (з 61 до 80). Це однозначно відображає суб'єктивне відчуття достатності власних сил, енергії, адекватності та соціальної активності при спілкуванні з протестованими працюючими студентами. На нашу думку, це є прямим наслідком доволі успішної психологічної адаптації студентів-медиків за два роки до навчання та клінічної роботи в складних, непередбачуваних через нестабільність, неоднозначність та певну невизначеність в умовах пандемії 2020–2021 рр.

Висновки

1. Наше життя впродовж останніх двох років характеризується складністю (V) через потребу щодня враховувати багато факторів перед та в процесі прийняття різноманітних рішень; нестабільністю (U) через надшвидкий темп змін навко-

ло; неоднозначністю (С) через відсутність ясності в суті багатьох подій; невизначеністю (А) через переважну незрозумілість сьогодення більшістю суспільства. Тож ми всі живемо в світі VUCA та парадоксів, хоча не завжди це усвідомлюємо.

2. Будь-яка соматична, а особливо інфекційна хвороба, є біологічною травмою, яка майже завжди породжує біопсихологічне травмування хворого та провокує мікросоціальне травмування всієї родини і також може зумовити макросоціальне травмування колег по роботі.

3. Реально катастрофічне положення національної системи охорони здоров'я під час цієї пандемії виявилось у вираженій інфодемії, ледь прихованій адміністративній безпорадності в проведенні вакцинації, одним з найвищих у світі рівнів смертності громадян України від COVID-19.

4. На жаль, значна частина населення України на 3-му році пандемії все ще психологічно оцінює високопрофесійну і самовіддану роботу медиків-клініцистів лише як певний різновид сфери побутового обслуговування.

5. Одним з основних об'єктивних показників загального стану системи охорони здоров'я і не тільки під час інфекційної пандемії є показники самооцінки ЯЖ населенням та їхня динаміка.

6. Порівняно з переважною більшістю населення медичні працівники більш реалістично та адекватно оцінюють як пандемію COVID-19 у цілому, так і її різноманітні негативні наслідки на ЯЖ людей та здоров'я взагалі. Саме через це усереднені показники ЯЖ у студентів-медиків без ознак реальної соматично зрозумілої патології варто розглядати як своєрідний контрольний стандарт такої самооцінки для населення в цілому.

7. Паралельне тестування за допомогою SF-36 у 2020 р. студентів-медиків двох груп засвідчило найбільшу вразливість ЯЖ у тих з них, хто поєднував дистанційне навчання в НМУ з роботою середнім медперсоналом у різних медичних закладах. У «штормову» зону потрапила сумарна шкала оцінки їхнього душевного благополуччя і ментального здоров'я – ДБ.

8. Динаміка самооцінки студентами-медиками власної ЯЖ під час пандемії коронавірусу протягом 2020–2021 рр. демонструє позитивну динаміку покращення їхнього фізичного та душевного здоров'я, яке переважно знаходиться в зонах комфортного спокою та повного благополуччя. Найвиразніше це виявилось саме серед студентів, що працювали і навчались.

9. Об'єктивний аналіз динаміки самооцінок молодими медиками власної ЯЖ за останніх два роки свідчить про їхню доволі успішну психосоматичну адаптацію до навчання та клінічної

роботи в складних, непередбачуваних через нестабільність, неоднозначність та певну невідомість в умовах пандемії 2020–2021 рр.

10. Усереднені самооцінки ЯЖ молодих медичних працівників варто розглядати як своєрідний позитивний стандарт контролю при порівнянні з даними аналогічного тестування інших верств населення в ці роки.

Паралельно з опитувальником Medical Outcomes Study Short Form 36 questionnaire (SF-36) для уточнення рівня невротизації було використано тест невротизації Л.І. Вассермана. Це дало можливість оперативної оцінки рівня емоційної нестабільності, яка може зумовити розвиток як власне самого неврозу, так і формування надалі невротичних тенденцій в поведінці будь-якої особи.

Список літератури

1. Амирходжанова В.Н., Горячев Д.В., Коршунов Н.И. Популяционные показатели КЖ по опроснику FS36. Результаты многоцентрового исследования // Научно-практическая ревматология. – 2008. – № 1. – С. 36–48.
2. Лібанова Е.М., Гладун О.М., Лісогор Л.С. та ін. Вимірювання якості життя в Україні // Аналітична доповідь. – К., 2013. – 12 с.
3. 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. doi: 10.30978/UJDVK2021-3-11.
4. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию КЖ в медицине. – М.: ОЛМАПРЕСС, 2007. – 813 с.
5. Нугаев Р.М., Нугаев М.А. Качество жизни в трудах социологов США // Социологические исследования. – 2003. – № 6. – С. 100–105.
6. Приступа Є., Кеуриш Н. Якість життя людини: категорії, компоненти та їх вимірювання // Фізична активність, здоров'я і спорт. – 2010. – № 2. – С. 54–63.
7. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. – Самара, 2001. – 672 с.
8. Федоренко О.Є., Коляденко К.В. Моніторинг якості життя за перше півріччя коронавірусної інфекції в Україні // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2021. – № 3 (82). – С. 4–10. doi: 10.30978/UJDVK 2021-3-4.
9. Шостак Н.А., Клименко А.А. Использование опросника FS36 в оценке КЖ у пациентов с хронической тромбоэмболической легочной гипертензией // Клиницист. – 2017. – Т. 11, № 3–4. – С. 44–49.
10. Якість життя в Україні: оцінки експертів // Урядовий кур'єр. – 2021. – № 9 (2).
11. Ярчук А.В. Сутність поняття якості життя населення // Збірник наукових праць Таврійського державного агротехнологічного університету. – 2016. – Вип. 3 (23). – С. 7–9.
12. de Jager M.E. et al. Across-sectional 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 (5). – P. 1099–1101. doi: 10.1111/j.1365-2133.2010.09993.x.
13. Nasrallah H.A. During a viral pandemic anxiety is endemic: The psychiatric aspects of COVID-19 // Cur. Psychiatry. – 2021. – Vol. 19 (4). – P. e3–e5.

O.E. Fedorenko, K.V. Kolyadenko, L.V. Sologyb

Bogomelets National Medical University, Kyiv

Dynamics of self-esteem quality of life by health workers during the Coronavirus pandemic in 2020–2021

A relatively new term, VUCA, has emerged in the modern information field. It clearly reflects 4 essential features of modern life: Volatility – due to the need to study many factors that change in the decision-making process; Uncertainty – the inability to see and predict the future prospects; Complexity – lack of clarity of understanding of many events; Ambiguity – uncertainty of interpretation of the situation. This could not but affect the self-esteem of young health professionals of their quality of life (QOL) during 2020 and 2021.

Objective – to remotely monitor the dynamics of changes in self-esteem of certain indicators of quality of life (QOL) in young health professionals depending on their professional background against the negative impact of chronic stress (infodemia), various administrative quarantine restrictions and forced professional communication with various patients with somatic diseases. during the COVID-19 pandemic during 2020–2021.

Materials and methods. The study used: general clinical methods – for the overall assessment of somatic condition; psychodiagnostic survey – adapted SF-36 questionnaire to determine QOL; biostatistical methods – for the purpose of mathematical processing of the received data.

Results and discussion. Interpersonal contacts with 4th year students of medical and dental faculties related to remote testing for the period from spring 2020 to December 2021 took place exclusively remotely due to quarantine restrictions and mainly at the initiative of health workers themselves, who learned about the possibility to effectively assess their psychological state and QOL.

An objective analysis of the dynamics of self-assessment by young health workers of their own QOL over the past two years shows their successful psychosomatic adaptation to learning and clinical work in complex, unpredictable due to instability,

ambiguity and some uncertainty in the 2020–2021 pandemic. Their average self-assessment of QOL should be considered as a kind of positive standard control when compared with data from similar tests conducted among other segments of the population.

Conclusions. An objective analysis of the dynamics of self-esteem by young physicians of their own QOL over the past two years shows their successful psychosomatic adaptation in the pandemic of 2020–2021. They should be considered as a kind of positive standard when compared with data from similar testing of other segments of the population in these years.

Keywords: COVID-19, changes in self-assessment of quality of life by health professionals, quarantine, infodemia, VUCA, 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
Сологуб Лариса Віталіївна, к. мед. н., асист. кафедри дерматології та венерології з курсом косметології