


**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

На правах рукопису,
остаточна версія



/Підпис студента/

ПЕТРОВА Вікторія Юріївна

**ОСОБЛИВОСТІ ДИСТРЕСУ ЛІКАРІВ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ
МЕДИЦИНИ У ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ COVID-19**

Спеціальність 053 - Психологія

Магістерська робота на здобуття кваліфікації магістра

Кафедра клінічної психології

Науковий керівник

Аврамчук Олександр Сергійович,

доцент кафедри клінічної психології УКУ,

кандидат психологічних наук

/Підпис наукового керівника/

Львів – 2022

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я

Кафедра клінічної психології

Пояснювальна записка

до магістерської роботи

магістр

(освітній ступінь)

на тему:

«Особливості дистресу у лікарів первинної ланки медицини у період пандемії COVID-19»

Виконала:

студентка 6 курсу групи ЗПК 20/М

спеціальності 053 «Психологія»

Петрова В.Ю.

Керівник: доцент кафедри клінічної

психології УКУ, кандидат психологічних наук

Аврамчук О.С.

Рецензент:

Львів – 2022

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я
Кафедра клінічної психології

Освітній ступінь магістр

Спеціальність 053 Психологія

Освітня програма Клінічна психологія з основами когнітивно-поведінкової терапії

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

“ _____ ” _____ 20__ року

З А В Д А Н Н Я
НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЕКТ (МАГІСТЕРСЬКУ РОБОТУ) СТУДЕНТУ

Петрова Вікторія Юріївна
(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема проекту (роботи): Особливості дистресу у лікарів первинної ланки медицини у період пандемії COVID-19
керівник проекту (роботи): Аврамчук Олександр Сергійович, кандидат психологічних наук, доцент кафедри клінічної психології УКУ,
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)
затверджені Вченою Радою факультету від “18” квітня 2022 р.. № протоколу 9
2. Строк подання студентом проекту (роботи): 31.05.2022 року
3. Вихідні дані до проекту (роботи): вступ, три розділи, висновки, список використаних джерел, додатки
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити): 1) Розглянути особливості формування та проявів дистресу серед лікарів первинної ланки; 2) Виявити стрес-фактори, що формують високий рівень дистресу серед лікарів первинної ланки; 3) Розробити критерії відбору включення та виключення досліджень щодо особливостей дистресу серед лікарів первинної ланки протягом пандемії Covid-19 для проведення систематичного огляду; 4) Проаналізувати та інтерпретувати

результати досліджень; 5) Зробити висновки та запропонувати рекомендації.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень): Основний текст магістерської роботи проілюстровано 1 таблицею, 3 рисунками і 3 додатками, які відображають теоретичні аспекти, дизайн дослідження та результати отриманих даних.

6. Консультанти розділів проекту (роботи)

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1	Аврамчук Олександр Сергійович, кандидат психологічних наук, доцент кафедри клінічної психології УКУ		
2	Аврамчук Олександр Сергійович, кандидат психологічних наук, доцент кафедри клінічної психології УКУ		
3	Аврамчук Олександр Сергійович, кандидат психологічних наук, доцент кафедри клінічної психології УКУ		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проекту (роботи)	Строк виконання етапів проекту (роботи)	Примітка
1	Вибір та затвердження теми	15.10.2021	
2	Побудова теоретичної моделі дослідження	20.11.2021	
3	Визначення критеріїв включення та виключення	30.11.2021	
4	Пошук та відбір досліджень	12.12.2021	
5	Представлення 1 розділу дослідження	20.12.2021	
6	Аналіз відібраних досліджень	20.03.2022	
7	Формулювання висновків та рекомендацій	20.04.2022	
8	Попередній захист магістерської роботи	20.05.2022	

Студент


(підпис)

Петрова В.Ю.
(прізвище та ініціали)

Керівник проекту (роботи)

(підпис)

(прізвище та ініціали)

ЗМІСТ:

ВСТУП.....	3
Розділ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДИСТРЕСУ У ЛІКАРІВ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ МЕДИЦИНИ.....	6
1.1. Проблема психічного здоров'я та психологічного благополуччя лікарів первинної ланки.....	6
1.2. Вплив пандемії COVID-19 на зростання дистресу серед лікарів первинної ланки медицини.....	8
Розділ 2. МЕТОДИ ТА ПРОЦЕДУРА ДОСЛІДЖЕННЯ.....	12
Розділ 3. РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ ВИБРАНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.....	14
3.1 <i>Аналіз відібраних досліджень та співставлення їх результатів.....</i>	14
3.1.1. <i>Особливості дистресу у лікарів первинної ланки в період пандемії та стрес-фактори, що їх формують.....</i>	20
3.1.2. <i>Адміністративні стрес-фактори, що формують високий рівень дистресу у лікарів первинної ланки.....</i>	24
3.2. <i>Рекомендації щодо проведення майбутніх досліджень особливостей дистресу лікарів первинної ланки медицини України в період пандемії COVID-19.....</i>	28
ВИСНОВКИ.....	33
Список використаної літератури.....	36
Додатки.....	39

Вступ

Дослідження щодо стану психологічного дистресу серед різних соціальних груп в Україні у період пандемії COVID-19 виявляє п'ять ключових стресорів, що зумовлюють рівень психологічного дистресу під час пандемії COVID-19: оцінка для себе ймовірності захворіти на коронавірус, частота перевірки новин про коронавірус, частота захворювань за останні півроку, рівень напруженості відносин із співмешканцями та оцінка складності постійної ізоляції (Dembitskyi, 2020).

Це є такі стресори, із якими чи не щодня зіштовхуються лікарі первинної ланки протягом останніх 2 років у розпал пандемії коронавірусу.

В той же час, дослідження показують, що медичні працівники є однією з найбільш вразливих груп, які намагаються впоратися з проблемами, які можуть загрожувати їхньому добробуту. Дослідники зазначають, що необхідно терміново зрозуміти наслідки спалаху COVID-19 на здоров'я для фахівців охорони здоров'я. Італійські медичні працівники повідомили про відповідний психологічний тиск на роботі, емоційне вигорання та соматичні симптоми (Barello et al., 2020). Цей результат вимагає уваги, оскільки попередні дослідження показали, що емоційний дистрес пов'язаний з тривалим впливом на здоров'я професіоналів, включаючи ризик посттравматичного стресового розладу.

До подібного висновку приходять дослідники у Іспанії та США (Luceño-Moreno et al., 2020; Yester, 2019).

На тлі вищезазначеного, нам видається актуальним оглянути міжнародні дослідження щодо особливостей вираженості дистресу та окремих проявів депресивного стану та тривоги у сімейних лікарів, а також оглянути можливі стрес-фактори, що впливають на рівень дистресу лікарів.

Нашою **МЕТОЮ** є дослідження вираженості дистресу у лікарів загальної практики та яким чином дистрес проявляється. Крім того, для нас

важливо оглянути додаткові зовнішні чинники, що впливають на формування дистресу та які шляхи вирішення цієї проблеми бачить світова спільнота.

ПРЕДМЕТ: Особливості дистресу сімейних лікарів у період пандемії COVID-19

ОБ'ЄКТ: Психічне здоров'я та психічне благополуччя лікарів первинної ланки медицини

ЗАВДАННЯ ДО МАГІСТЕРСЬКОГО ДОСЛІДЖЕННЯ:

- Провести теоретико-методологічний аналіз літератури з питання дистресу у лікарів первинної ланки медицини
- Проаналізувати, які чинники можуть впливати на рівень дистресу та інші проблеми із психічним здоров'ям лікарів
- Побудувати теоретичну модель
- Розробити та реалізувати системний огляд
- За результатами проведеного системного огляду доповнити теоретичну модель дистресу у психологічному благополуччі лікарів первинної ланки в період пандемії.

ЗАВДАННЯ ДО СИСТЕМНОГО ОГЛЯДУ:

- Оглянути та сформулювати загальне бачення особливостей дистресу лікарів у період пандемії COVID-19
- Оглянути симптоматику вираженості дистресу серед лікарів
- Визначити внутрішні та зовнішні чинники, що впливають на формування та рівень дистресу лікарів
- Оглянути потенційні способи вирішення цієї проблеми, що знаходить фахова спільнота

НАУКОВА НОВИЗНА роботи полягає у формуванні переліку стрес-факторів та інших чинників дистресу серед лікарів первинної ланки медицини; виявленні ролі моніторингу та превенції стану психічного

здоров'я лікарів первинної ланки та відповідальності адміністративного персоналу і системи охорони здоров'я на рівень психічного благополуччя лікарів.

ПРАКТИЧНА НОВИЗНА роботи полягає у окресленні напрямів вирішення проблем дистресу лікарів первинної ланки, що їх визначають оглянуті дослідження; формулюванні рекомендацій щодо подальших напрямів досліджень психічного здоров'я лікарів первинної ланки України.

Розділ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДИСТРЕСУ У ЛІКАРІВ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ МЕДИЦИНИ

1.1. Проблема психічного здоров'я та психологічного благополуччя лікарів первинної ланки

Одним із найпоширеніших проявів дистресу на сьогодні дослідники з усього світу визнають професійне та емоційне вигорання.

Саме цій проблемі із психічним здоров'ям лікарів присвячено багато досліджень - з метою розуміння причин формування, стрес-факторів та способів запобігти поширеності цієї проблеми.

Вигорання є поширеним синдромом серед медичних працівників, а особливо серед лікарів. Причиною, дослідники називають високий рівень стресу на роботі, що викликає емоційне виснаження, деперсоналізацію та низькі особисті досягнення (Yester et al., 2010). Вигорання серед лікарів привернуло значну увагу через негативний вплив, яке воно справляє на ефективність наданих послуг пацієнтам. Дослідники визначили, що лікарі з високим рівнем дистресу роблять більше медичних помилок (Galvin, 2020). При цьому, зазначають дослідники, програми управління стресом (від релаксації до когнітивно-поведінкової та орієнтованої на пацієнта терапії) виявляються ефективними у питанні запобігання та лікування вигорання. Заходи зі зменшення стресу, засновані на майндфулнес, ефективно зменшують психологічний стрес та заохочують до емпатії, що значно покращує якість життя лікарів. Однак дослідження також показали, що результати не свідчать, що ці програми можуть допомогти зменшити стрес, пов'язаний з роботою (Rochfort et al., 2021).

Вигорання також може бути або причиною таких проблем із психічним здоров'ям як підвищена тривога, депресивні стани та залежності, або коморбідним станом.

Згідно з іспанським дослідженням, в якому взяло участь 1422 медичні працівники, 56,6% з них мають симптоми посттравматичного стресового розладу, 58,6% - тривожного розладу, 46% - депресивного розладу і 41,1% відчують себе емоційно виснаженим (Luceño-Moreno et al., 2019).

Дослідження поширеності скарг на психічне здоров'я серед лікарів Британії показує високий рівень вигорання, тривоги, втоми та інших симптомів дистресу серед лікарів (Medisauskaite et al., 2019). Однак існує дуже мало рандомізованих контрольованих досліджень, які перевіряють заходи проти цих проблем. У цьому рандомізованому контрольованому дослідженні основні результати показали прояви вигорання, тривоги, безсоння, вживання алкоголю та наркотиків, соматизацію проблем із психічним здоров'ям як основні прояви дистресу лікарів.

Румунські дослідники визначають вигорання у лікарів як стан негативного психічного та/або фізичного стану, викликаного перевтомою або стресом (Dimitriu, 2020). В результаті свого дослідження науковці визначають, що вигорання під час навчання в ординатурі значною мірою впливало на вторинні проблеми щодо ефективності на роботі та на догляді за пацієнтами. У свою чергу, пандемія COVID-19 спричинила проблеми зі здоров'ям у всьому світі та вимагала реорганізації медичних послуг. У цьому контексті синдром вигорання та фізичне виснаження стали ще більш вираженими в опитаних до цього лікарів. Лікарі-резиденти, а особливо ті, які мають певні спеціальності, здаються ще більш відкритими до вигорання та дистресу у період пандемії COVID-19 через більше навантаження, тривалу експозицію та перший контакт з пацієнтами. Румунські дослідники також зазначають, що нові покоління лікарів є більш

схильними до високого рівня дистресу (Dimitriu, 2020). Що, у свою чергу, вимагає додаткового детального дослідження робочого середовища, факторів схильності та стрес-факторів.

1.2. Вплив пандемії COVID-19 на зростання дистресу серед лікарів первинної ланки медицини

Загальний огляд психічного здоров'я лікарів, до якого було залучено 480 досліджень з 90499 лікарями наголошує, що лікарі повинні знати, що психологічні симптоми тривоги, депресії, страху та дистресу є поширеними, проявляються по-різному і існують стратегії самоконтролю для покращення психологічного самопочуття (Fiest KM et al., 2021). Дослідники в числі й інших, розглянутих у цьому огляді, звертають увагу на необхідність впровадження короткотермінової та довгострокової психологічної підтримки лікарям, які доглядають за пацієнтами з COVID-19, тому що пандемія спричинила суттєвий негативний вплив на психічне здоров'я як усього населення, так і лікарів, що супроводжують хворих на COVID-19 зокрема.

Огляд опублікованих за останні два з половиною роки досліджень демонструє, що емоційний стрес та вигорання як загалом працівників медичної системи, так і сімейних лікарів зокрема, є важливою та обговорюваною темою для медичного середовища. Для оптимізації роботи системи охорони здоров'я необхідно покращити життя медичних працівників, наголошують європейські дослідники, чий мета-аналіз напряму пов'язує рівень психологічного добробуту медичних працівників та ефективність медичної системи для пацієнтів загалом (Rochfort et al., 2021). COVID-19 спричинив значний додатковий тиск на служби охорони здоров'я по всій Європі, і лунають заклики до втручання для подолання психологічного та професійного стресу, спричиненого пандемією

(Cebrián-Cuenca et al., 2021). Хоча існує постійна потреба в моніторингу цих факторів серед сімейних лікарів та іншого персоналу, що працює в системі первинної медичної допомоги по всій Європі, дослідники також закликають визначати існуючі протоколи підтримки та заохочувати їх. Потрібні подальші дослідження для вивчення причинних факторів та надання переконливих доказів щодо ефективних заходів (Rochfort et al., 2021). Тривалість пандемії обмежує впровадження протоколів підтримки та моніторингу психічного здоров'я лікарів через навантаження системи, обмеженості можливостей впроваджувати нові інструменти в роботу системи, а також, зокрема, і через відсутність одностайності у науковому середовищі щодо ефективності програм превенції професійного вигорання.

Баланс між роботою та особистим життям, вигорання та здоров'я лікарів стали важливим фокусом протягом останніх 20 років у сфері медицини (Yester, 2019). Тепер із додатковою увагою деяких лідерів, як всередині, так і поза індустрією охорони здоров'я, разом із збільшенням обсягу досліджень, які керують цими змінами, є надія на необхідні культурні зміни для вирішення проблем балансу між роботою та особистим життям, вигорання та здоров'я лікарів. Доступні дослідження для визначення негативних факторів, які сприяють встановленню стратегій профілактики, заснованих на доказах, і допомоги лікарям знайти ідеальний баланс між роботою та особистим життям, уникнути вигорання та досягти гарного загального самопочуття.

До уваги тут варто прийняти, що пандемія виявилась потужним стрес-фактором і значною мірою відкатила впроваджені останнім часом програми-відповіді на виклики проблеми вигорання серед медичного персоналу (Rochfort et al., 2021). Важливим чинником став й перерозподіл бюджету на більш необхідні під час пандемії потреби (індивідуальний захист медиків, дезінфекція, додаткові витрати на тестування тощо), і обмеженість адміністративного ресурсу, який був залучений до вирішення

безпосередніх адміністративних проблем від розвитку пандемії (необхідне медичне обладнання, додаткові ресурси, зміна графіків та режиму роботи тощо) (Medisauskaite et al., 2019).

Варто зазначити, що таке явище, як “первинна ланка медицини” у тому вигляді, у якому вона є реалізованою в Україні, загалом зустрічається майже в усіх медичних системах світу. Так, у англomовних і європейських країнах переважно така система називається “primary care” або “family medicine”, і є переважно частиною великих лікарняних комплексів, що вміщують у себе усі ланки медицини. У більшості країн первинна ланка є частиною страхової медицини, що відрізняє цю систему від української, та, очевидно, лише у частині користування для пацієнтів, а не рівня навантаження та організації робочого процесу самих лікарів.

Є ряд відмінностей у формі організації первинної ланки і різних країнах - від послуг, що забезпечуються страховим полісом до способів комунікації з лікарями, - та загалом як явище первинна ланка присутня у медичних системах тих країн, чиї дослідження стали предметом цього системного огляду.

Медична реформа, що триває в Україні з 2016 року, першою торкнулась первинної ланки. На сьогодні Україна має дуже наближену до європейської систему первинної ланки медицини, що, у свою чергу, дає змогу взяти до уваги результати та висновки оглянутих досліджень в українських реаліях.

Таким чином, ми можемо підсумувати, що медична сфера, зокрема, первинна ланка медицини, має проблему високого рівня дистресу серед лікарів. Ця проблема викликана різноманітними чинниками, від організаційних до особистісних. Та дослідження останніх років стверджують, що пандемія COVID-19 посилила і розширила стрес-фактори та сприяла підвищенню рівню дистресу у лікарів, що, як наслідок, викликало проблеми із психічним здоров'ям (розвиток тривоги,

депресивних станів, вигорання) та сприяло розвитку чи загостренню залежностей (Galvin, 2020; Barello et al., 2020; Medisauskaite et l., 2019; Myran et al., 2022).

Теоретичну модель зробленого висновку викладено на Рисунок 1.1.

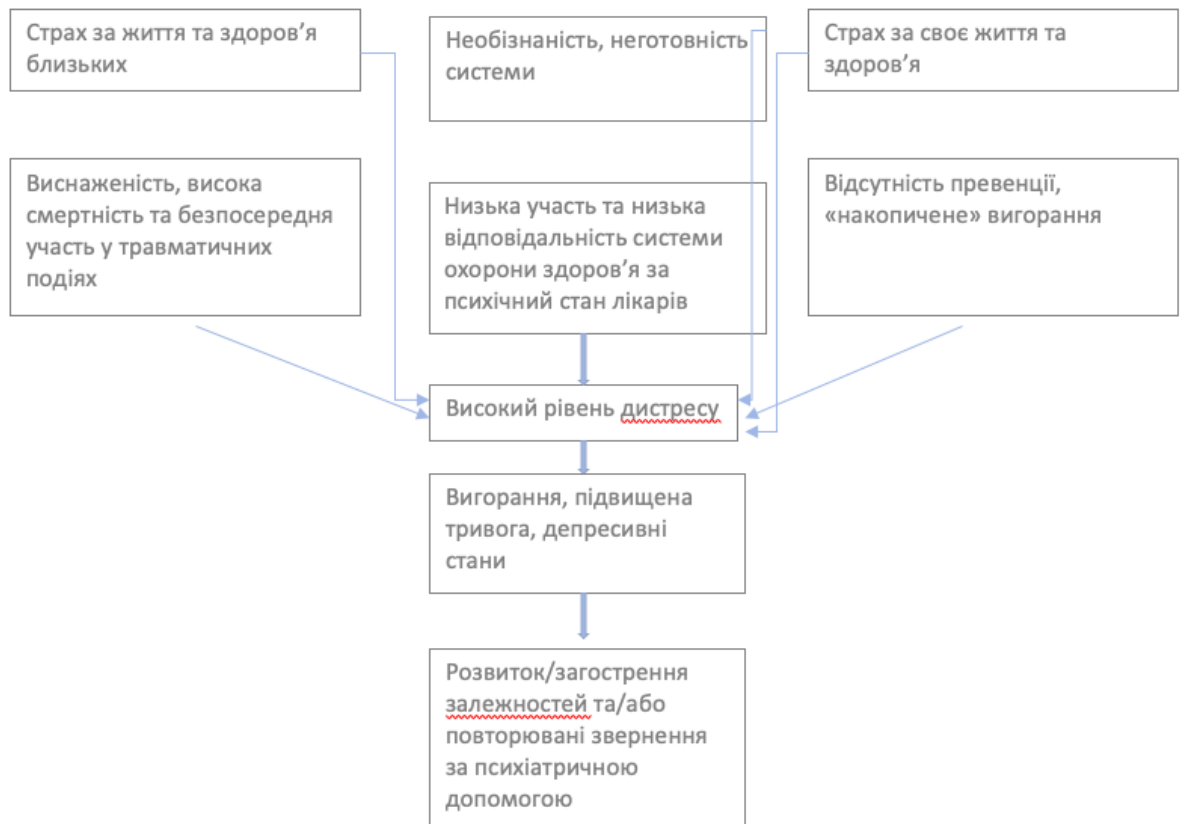


Рис. 1.1. Теоретична модель дослідження

Розділ 2. МЕТОДИ ТА ПРОЦЕДУРА ДОСЛІДЖЕННЯ

Статті для огляду були відібрані за допомогою ресурсів PubMed, Google Scholar, Web of Science. За запитом physician's distress during COVID-19 pandemic (family doctors, burnout, distress in medical system) ми отримали 31 результатів.

Ми відбирали публікації, оприлюднені англійською мовою в період 2019-2022 рр. у рецензованих журналах.

Нас цікавили публікації, які досліджують не лише симптоми та інтенсивність вираженості дистресу, а також стрес-фактори, що можуть викликати високий рівень дистресу. Зокрема, нас також цікавили чинники, що впливають на зміни рівня дистресу лікарів і можуть лягти в основу рекомендацій з покращення стану психічного здоров'я лікарів первинної ланки медицини.

На меті цього огляду було сформулювати загальне бачення проявів та особливостей проблем із психічним здоров'ям сімейних лікарів (надалі по тексту: "лікарі загальної практики", "лікарі первинної ланки медицини", що є синонімами), а також побачити можливі шляхи вирішення цієї проблеми та способи впливу чи обмеження стрес-факторів.

Таким чином, нами були відібрані публікації, що досліджували різноманітність проявів дистресу у лікарів у різних країнах; досліджували фактори впливу на рівень дистресу та окреслювали погляд на можливі шляхи подолання цього виклику системи охорони здоров'я.

Критерії включення: рецензовані публікації англійською мовою, опубліковані в період 2019-2022 рр.; дослідження, присвячені лікарям загальної практики та/або в аудиторії яких присутні лікарі загальної практики; дослідження, що присвячені вираженості та проявам дистресу, вигорання, тривоги та депресії лікарів первинної ланки медицини; дослідження, проведені в період пандемії COVID-19.

Критерії виключення: статті без доступу до повних текстів; дослідження, чиєю аудиторією є інші фахівці системи охорони здоров'я; мета-аналізи та системні огляди.

Деталі відбору публікацій відображені на Рисунку 1.2.

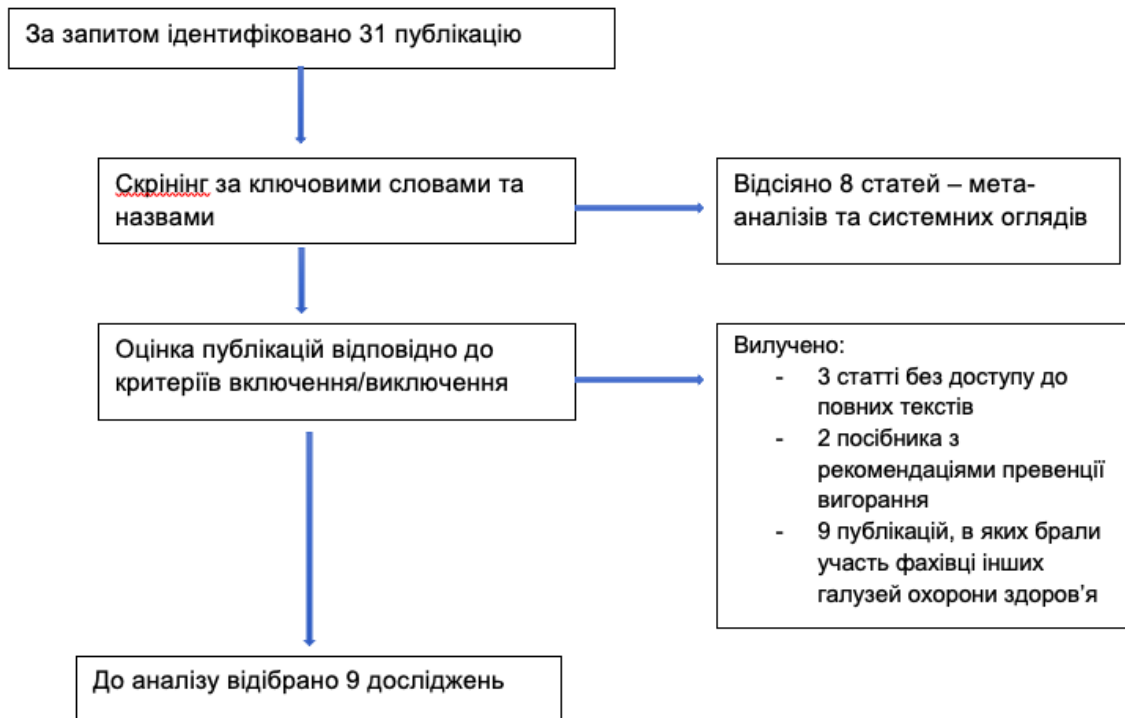


Рис. 1.2. Схема відбору публікацій до огляду

Розділ 3. РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ ВИБРАНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

3.1. Аналіз відібраних досліджень

Результати відібраних статей для аналізу у вигляді таблиці відображені у Додатку А (Таблиця 1).

Нижче наводимо детальний опис результатів.

Для детального огляду нами було відібрано 9 досліджень, у яких йшлося про особливості дистресу, що відчували лікарі загальної практики в період пандемії COVID-19. Ми ставили собі за мету дослідити, які фактори впливають на психічне здоров'я лікарів загальної практики та як виражається дистрес, що його відзначають сімейні лікарі. Також нам важливо було оглянути, які додаткові зовнішні чинники впливають на формування дистресу лікарів та які шляхи вирішення цієї проблеми бачить світова наукова спільнота.

Результати проаналізованих досліджень демонструють, що основними проявами дистресу у лікарів первинної ланки є симптоми розвитку посттравматичного дистресу, тривога, депресивні стани, вигорання та формування залежностей.

44,7% досліджуваних серед 215 лікарів первинної ланки Італії відзначають досвід роботи у часі пандемії як травматичний, з них у 35,9% визначено симптоми розвитку посттравматичного дистресу. Крім того, 36% повідомили про симптоми тривоги, 17,9% про симптоми щонайменше помірної депресії та 25,4% про симптоми вигорання (Lasalvia et al., 2022).

Вочевидь, це може бути пов'язано із великим навантаженням на систему охорони Італії, що чи не найбільше постраждала від пандемії. Це було спричинено переважно більш старшим середнім віком населення, яке є найбільшою групою ризику до коронавірусної інфекції. Як наслідок, лікарі на “передовій” боротьби з інфекцією, особливо у часі початку

пандемії (дослідження проведене у 2019 році) зіштовхнулись із високою смертністю і власною безпомічністю та можливістю впливати на ситуацію. Такі події є травматичними і можуть спричинити розвиток симптомів ПТСР.

Zeng X, 2021 у своєму дослідженні серед 712 лікарів загальної практики у Китаї зазначає про 29,2% опитаних з високим рівнем психологічного дистресу (що вимірювався шкалою GHQ-12) (Zeng et al., 2021). Автори дослідження також провели опитування щодо стрес-факторів і пов'язують такий рівень дистресу із низькою підготовленістю фахівців, високим рівнем навантаження, роботою з інфікованими мешканцями, впливом на особисте життя та занепокоєннями щодо близьких, а також старшим віком та одруженням. Аналіз логістичної регресії показав, що психологічний дистрес був пов'язаний з низькою підготовленістю, високим впливом на роботу, впливом на особисте життя і проблемами, пов'язаними з безпекою.

У схожому за дизайном дослідженні серед лікарів загальної практики в Іспанії, зазначається про 23,7% респондентів з високим рівнем дистресу (серед 518 учасників), що вимірювався шкалою «Шкала гострого стресу, що використовується самостійно» (EASE) (Cebrián-Cuenca et al., 2021). Серед стрес-факторів автори цього дослідження виділяють наступні: жіноча стать; недостатня підготовка захисних заходів; недоступність ПЛР-тестування на COVID-19 для медичних працівників після карантину або лікування COVID-19.

Серед 125 учасників дослідження у Чілі (серед яких 32 лікаря загальної практики), 65% повідомили про симптоми депресії (за шкалою PHQ-9), 74% тривожності (GAD-7), 65% безсоння (ISI-7) і 57% дистресу (IES-R-22) (Urzúa et al., 2021). Автори доходять висновків, що частота вираженості проблем психічного здоров'я серед цих фахівців висока, тому необхідно вживати профілактичних заходів на рівні адміністрацій.

Mira JJ також проводить дослідження щодо вираженості дистресу серед 685 іспанських лікарів за шкалою EASE (Mira et al., 2020). Середній бал за шкалою EASE склав 11,1 (SD 6,7) з 30. Серед учасників 44,2% показали хорошу емоційну перебудову, 27,4% – терпимий рівень дистресу, 23,9% – середнє-високе емоційне навантаження та 4,5% – екстремальне, гострий стрес. Автори також виявляють, що інституційні підходи до підтримки психологічних потреб медичних працівників мають важливе значення для забезпечення оптимальної допомоги з урахуванням цих результатів.

Ми можемо порівняти вище означені чотири дослідження, тому що вони мали схожий дизайн і досліджували рівень, виразність та прояви дистресу загалом. Різниця у кількості вибірки, а також у певних особливостях влаштування системи охорони здоров'я та рівня розвитку країн загалом дає змогу припустити, що деяка відмінність результатів у відсотковому співвідношенні може пояснюватись цими факторами. Натомість, узагальнюючи, ми бачимо, що низька підготовленість до викликів пандемії, певна розгубленість та нерозуміння дій на початку пандемії, низький рівень технічного оснащення та індивідуального захисту мали суттєвий негативний вплив на психічне здоров'я медиків, зокрема, викликав, фізичне виснаження, вигорання, підвищену тривогу та депресивні симптоми. Можна припустити, що саме ці стрес-фактори є впливовими через загальну невизначеність перед смертельною загрозою, відчуття власної безпорадності та відсутності контролю.

Одне із найбільших за кількістю респондентів дослідження провели у Канаді (Muran et al., 2022). У дослідженні взяли участь понад 34000 фахівців сфери охорони здоров'я, серед яких значною кількістю були лікарі первинної ланки медицини. Автори досліджували динаміку звернень лікарями загальної практики амбулаторно до психіатрів та/або первинної ланки медицини зі скаргами на проблеми психічного здоров'я та/або

вживання психоактивних речовин. Дослідники виявили, що у 34 055 практикуючих лікарів (середній вік, 41,7 років, 17 918 (52,6%) чоловіків) річна приблизна кількість відвідувань на 1000 лікарів зросла на 27% - з 816,8 до COVID-19 до 1037,5 під час пандемії. Абсолютна частка лікарів, які 1 раз і більше звертались до фахівців з психічного здоров'я та вживання психоактивних речовин протягом року, зросла з 12,3% раніше до 13,4% під час пандемії.

Це дослідження дає змогу підтвердити теоретичну гіпотезу до цього системного огляду, а саме, що високий рівень дистресу викликає симптоматику таких проблем із психічним здоров'ям, як підвищена тривога, депресивні стани, безсоння тощо. Люди, що зіштовхуються із подібними викликами у своєму житті, потребують копінг-стратегій для підтримання свого стану. Як наслідок, такими неадаптивними копінгами можуть ставати споживання алкоголю та інших психоактивних речовин, що викликають залежність.

У своєму дослідженні факторів психологічної стійкості серед медичного персоналу Бельгії (1376 респондентів, з яких приблизно чверть – лікарі первинної ланки), дослідники зазначають, що вищий освітній рівень асоціювався з меншими симптомами дистресу та соматизації. Лікарі виявили найнижчий ризик відчутти підвищений рівень дистресу та соматизації (Franck et al., 2021). Ураховуючи змішані фактори, вищий рівень стійкості був пов'язаний із зниженням на 12% ймовірності підвищення рівня дистресу і на 5% меншим шансом підвищення рівня соматизації.

Проведене у 2020 році серед працівників медичної сфери США (538 респондентів, 55% лікарів загальної практики) дослідження, демонструє, що існує зв'язок між рівнем суттєвої організаційної підтримки (POS) для лікарів та рівнем проявів вигорання та дистресу (Reitz et al., 2021). Так, вищий POS був значно асоційований з нижчим ризиком вигорання і

нижчим ступенем тривожності. Тривога опосередковувала зв'язок між POS та вигорянням. Досліджували це за допомогою відповідних до тривоги, вигорання та дистресу шкал та опитування щодо рівня організаційної підтримки. Результати оцінювались за допомогою змішаного лінійного аналізу.

Дослідження Reitz (США) та Franck (Бельгія) можуть у зворотному підтвердити результати досліджень у Китаї, Чілі, Італії та Іспанії. Вище ми окреслили, що необізнаність, розгубленість і неготовність системи до пандемії стали додатковими підсилюючими стрес-факторами. Натомість результати американських та бельгійських науковців вказують на те, що обізнаність щодо свого психічного здоров'я, розвинені навички саморегуляції та інституційна підтримка і моніторинг психічного здоров'я медичних фахівців, здатні знижувати рівень дистресу та виявляти резильєнтність до таких викликів, як пандемія.

Загалом 56,6% медичних працівників мають симптоми посттравматичного стресового розладу, 58,6% тривожного розладу, 46% депресивного розладу і 41,1% відчують себе емоційно виснаженим – про такі особливості та вираженість дистресу свідчать дані дослідження 1422 фахівців охорони здоров'я Іспанії (частина з них – лікарі первинної ланки медицини), проведеного Luceño-Moreno L, 2021 (Luceño-Moreno et al., 2021). Високі показники емоційного виснаження та деперсоналізації є факторами ризику для психічного здоров'я, а стійкість та особиста самореалізація є захисними змінними, зазначають дослідники. Автори надають дані для покращення профілактичних заходів для працівників охорони праці.

Майже усі обрані публікації серед іншого зазначають про необхідність превенції вигорання та наслідків дистресу, а також важливість участі у процесі превенції та процесі підтримки персоналу менеджменту лікарень та адміністративного персоналу. Умови роботи та необхідність

пошуку нових можливостей у менеджменті навантаження та формування робочого графіку є пріоритетною метою для закладів охорони здоров'я в ряді досліджуваних країн.

Більшість респондентів у ряді досліджень позначають умови роботи, навантаження та організацію робочого графіку як один із найбільших стрес-факторів (Cebrián-Cuenca et al., 2021; Lasalvia et al., 2022; Luceño-Moreno et al., 2020; Myran et al., 2022).

3.1.1. Особливості дистресу у лікарів первинної ланки в період пандемії та стрес-фактори, що їх формують

Серед оглянутих досліджень можна виділити такі основні проблеми психічного здоров'я, що їх було визначено серед сімейних лікарів у ряді країн: симптоми ПТСР, депресія, вигорання, тривога та загострення проблем із залежностями.

Формування різноманітних проблем психічного здоров'я розглядається дослідниками у контексті постійно підвищеного рівня психологічного дистресу, у якому перебувають фахівці первинної ланки [20]. Ряд науковців досліджує взаємозв'язок стрес-факторів, які впливають на формування високого рівня стресу, за допомогою особистісних опитувальників.

Так, дослідження психічного здоров'я лікарів у Китаї стверджує, що на розвиток симптоматики напряду впливає робоче навантаження, низька обізнаність щодо захисту, безпосередній контакт з інфікованими та негативний вплив цих факторів на особисте життя і хвилювання за близьких (Zeng et al., 2021).

Регресійний аналіз показує, що розвиток як симптомів ПТСР, так і тривоги, депресії та вигорання, пов'язаний із перебуванням на карантині або захворюванням лікаря на COVID-19 (Lasalvia et al., 2022).

Виявлені в обраних дослідженнях стрес-фактори серед лікарів загальної практики є не однаковими, але схожими та повторюваними у різних країнах, незалежно від рівня розвитку країни та наслідків пандемії на систему охорони здоров'я. Це можна інтерпретувати, як те, що на психічне здоров'я лікарів в основному впливають ті стресори, що є притаманними людям загалом (хвилювання за близьких, невизначеність, робоче навантаження тощо), а відповідальність роботи, безпосередне

зіткнення із смертністю пацієнтів, власне, пандемія тощо є модифікуючими і посилюючими факторами високого рівня дистресу.

При цьому підвищення кваліфікації у роботі з COVID-19 та зростання кількості діагностованих пацієнтів знизило показники дистресу у опитуваних.

Urzúa A. у своєму дослідженні наводить таке співвідношення розвитку депресії та тривоги: 65% і 74% відповідно зі 125 лікарів (Urzúa et al., 2020). До того ж, дослідження стрес-факторів лікарів з Чілі так само визначає серед головних стресорів – умови роботи. Крім того, дослідники у результатах демонструють і соматизацію зазначених симптомів – 65% повідомляють про безсоння. При цьому високий рівень психологічного дистресу (57% від всієї вибірки) був вищий серед фахівців, безпосередньо задіяних у роботі із респіраторними хворими.

Варто зазначити, що і дослідження психічного здоров'я фахівців первинної ланки Чілі, і дослідження психічного здоров'я фахівців охорони здоров'я Бельгії визначають зв'язок між рівнем освіти та кваліфікації, а також тривалістю професійного досвіду та рівнем дистресу (Franck et al., 2021; Urzúa et al., 2020). Ці дослідження показують, що лікарі, на відміну від молодшого медичного персоналу та молодших фахівців, мали нижчий середній рівень дистресу.

Очевидно, зв'язок між рівнем освіченості та кваліфікації та нижчим рівнем дистресу, соматизації та інших симптомів проблем із психічним здоров'ям можна пояснити впевненістю у своїх діях і знаннях, спроможністю покластись на підготовлену і дієздатну систему охорони здоров'я (що зокрема, може знижувати рівень смертності та важких наслідків захворювань), а також підтримку і захист від системи. Окреслені протективні фактори можуть додавати впевненості та знижувати невизначеність, що може позитивно впливати на резильєнтність і стійкість до викликів серед медичного персоналу.

Franck E. із командою у своїй роботі провели дослідження психологічної стійкості серед 1376 бельгійських сімейних лікарів. Цей аспект демонструє, що обізнаність та сформована психологічна стійкість знижує шанси підвищення рівню дистресу на 12% і на 5% знижує шанси розвитку соматизації симптомів. При цьому, варто зазначити, автори повідомляють: до таких результатів привів аналіз дуже змішаних факторів і ця область потребує додаткових досліджень.

Результати низки досліджень наголошують, що якісне дослідження саме джерел стресу, може в майбутньому запобігти негативному впливу стресу на роботу при майбутніх спалахах інфекційних захворювань (Cebrián-Cuenca et al., 2021).

Зокрема, дослідження стану психічного здоров'я лікарів первинної ланки в Іспанії та Чілі, Канади та США зазначають про значну роль і відповідальність у формуванні дистресу серед лікарів на адміністративну систему (Luceño-Moreno et al., 2020; Medisauskaite et al., 2019; Mira et al., 2020; Reitz et al., 2021). Профілактика негативних впливів на психічне здоров'я на первинній ланці медицини та відповідальність за заходи безпеки та превенції значної мірою має лежати на менеджменті закладів охорони здоров'я.

Дослідження безпосередньо стрес-факторів серед лікарів загальної практики дали змогу науковцям також окреслити ознаки, що роблять лікарів більш вразливими до впливу негативних факторів на психічне здоров'я.

Так, італійське дослідження формує такий портрет вразливості: лікарі-жінки; лікарі, що працюють у сільській місцевості; лікарі, що мають менший професійний досвід (Lasalvia et al., 2022). Серед цих категорій рівень тривоги, що досліджувався за шкалою SAS (Self-rating Anxiety Scale; шкала самостійної оцінки клінічно значущих симптомів тривоги), та депресії (за шкалою PHQ-9) виявився значно вищим. Автори, проте,

наголошують, що причини вищого прояву дистресу серед цих категорій потребують подальших досліджень.

Дослідження дистресу лікарів Іспанії (Cebrián-Cuenca et al., 2021) продемонструвало, що найбільш вразливими до дистресу є лікарі-жінки; лікарі, які працюють в умовах недостатніх безпекових заходів; а також лікарів, для яких було недоступним ПЛР-тестування після карантину та/або лікування від COVID-19.

Портрети вразливості до дистресу, що їх виявили вищезначені науковці (а саме: лікарі із сільських місцевостей, з меншим професійним досвідом, з низьким індивідуальним захистом та/або недоступним моніторингом свого стану здоров'я), вочевидь, також можна пояснити постійним відчуттям безпосередньої загрози життю та/здоров'ю, нестабільності, невизначеності, що є травматичними факторами.

Канадські дослідники, у свою чергу, до описаних результатів додають також спостереження, що кількість звернень лікарями до фахівців з психічного здоров'я та/або до первинної ланки медицини зі скаргами на психічне здоров'я була значно вищою серед тих лікарів, що до пандемії не мали жодних подібних звернень та не мали залежностей (Myran et al., 2022).

Головним чином це масштабне дослідження вказує на те, що пандемія COVID-19 була пов'язана зі значним збільшенням кількості відвідувань лікарями щодо психічного здоров'я та вживання психоактивних речовин. Під час пандемії психічне здоров'я лікарів, можливо, погіршилося, і це підкреслює потенційно більшу потребу в доступі до послуг психічного здоров'я та у змінах на системному рівні (Myran et al., 2022).

Результати дослідження стрес-факторів персоналу первинної ланки медицини в Іспанії показують, що профіль медичного працівника з вищими симптомами посттравматичного стресу – це особа, яка працює в

автономному співтоваристві Мадрида, у лікарні, є жінкою, стурбована тим, що людина, з якою він/вона живе, може бути інфікованою, і вважає, що він/вона, імовірно, інфікована (Luceño-Moreno et al., 2020). Під ризиком вищої тривожності та депресії є жінка, яка працює 12 або 24 години на зміну і переживає, що член сім'ї може бути інфікований.

Підсумовуючі дослідження цього аспекту дистресу у оглянутих джерелах, можемо виділити наступні основні стресу-фактори серед лікарів первинної ланки:

- хвилювання за близьких та своє здоров'я;
- безпосередня робота у регіонах з найвищою смертністю та/або найвищим рівнем захворюваності;
- перевантаження та невідповідність системи до викликів пандемії;
- нетривалий професійний досвід;
- робота у регіонах з поганим матеріальним оснащенням (Cebrián-Cuenca et al., 2021; Lasalvia et al., 2022; Luceño-Moreno et al., 2020; Myran et al., 2022).

3.1.2. Адміністративні стрес-фактори, що формують високий рівень дистресу у лікарів первинної ланки

Окреслені нами вище стрес-фактори, пов'язані із відповідальністю адміністрацій закладів охорони здоров'я, за результатами обраних досліджень, мають свої особливості. Нам видається важливим окреслити їх у цьому огляді.

Ряд досліджень виявляє у своїх результатах неготовність системи до пандемії, що, в свою чергу, стало суттєвим фактором впливу на психічне здоров'я фахівців. Зокрема, необізнаність фахівців, розрив у оснащенні міських та сільських закладів охорони здоров'я, недостатність заходів безпеки та недостатність індивідуальних захисних засобів виділяють як

рівнозначні стресу-фактори у порівнянні зі страхом за життя та здоров'я власне і близьких (Cebrián-Cuenca et al., 2021; Lasalvia et al., 2022; Luceño-Moreno et al., 2020; Reitz et al., 2021; Urzúa et al., 2020; Zeng et al., 2021).

Італійські дослідники, з огляду на високу поширеність наслідків пандемії на психічне здоров'я лікарів, зазначають: результати нашого дослідження свідчать про те, що значна частина лікарів загальної практики зазнала несприятливих наслідків для психічного здоров'я під час нинішньої пандемії (Lasalvia et al., 2022). Раптові організаційні зміни на рівні практики, невпевненість у тому, як реагувати на поширення COVID-19 у суспільстві, та турбота про власне здоров'я, можливо, сприяли підвищенню рівня психологічного стресу серед лікарів загальної практики. Це підкреслює важливість своєчасних заходів для сприяння цілеспрямованим превентивним діям для медичних працівників, які працюють за межами установ.

Варто зазначити, що до відповідних висновків у своєму дослідженні приходять і китайські науковці (Zeng et al., 2021). Вони також зазначають, що COVID-19 призвів до високого рівня стресу приблизно у 30% лікарів загальної практики в Китаї. Фактори, пов'язані з високим рівнем психологічного стресу, включають низьку підготовленість і високий рівень впливу на роботу, особисте життя та занепокоєння. Ці висновки підкреслюють важливість зміцнення психологічного здоров'я під час інфекційних пандемій.

Дослідження адміністративних стрес-факторів дало змогу дослідити також і протективні фактори, а також фактори стійкості серед лікарів первинної ланки медицини.

Здатність діагностувати COVID-19, тобто, вища обізнаність, фаховість та впевненість у своїх знаннях, підвищила професійну

ефективність самоусвідомлення лікарів загальної практики, тим самим сприяючи зменшенню вигорання (Lasalvia et al., 2022).

Результати бельгійського дослідження демонструють, що лікарі, які мали превентивну турботу про своє здоров'я показують більшу психологічну стійкість, що у свою чергу, знижує ймовірність підвищення дистресу на 12% та рівня соматизації на 5% (Franck et al., 2021).

Бельгійські дослідники вбачають у результатах свого дослідження значну роль психологічної стійкості як своєрідного буфера перед негативним впливом дистресу, що може бути викликаний значним навантаженням, ризиком для здоров'я та життя тощо: під час спалаху пандемії COVID-19 у Бельгії значна частина медичних працівників зазнала важкого ступеня страждання. Стійкість асоціювалася з менш серйозними рівнями дистресу та соматизації, що свідчить про роль буфера в роботі під час спалаху пандемії. Таким чином, діям із запровадження стратегій в організаціях охорони здоров'я, зокрема тих, які орієнтовані на молодих, неодружених, малоосвічених та передових медичних працівників, для сприяння індивідуальної стійкості, слід надавати належний пріоритет під час, а також у період між різними хвилями спалаху пандемії (Franck et al., 2021).

У свою чергу, науковці з США та Іспанії розширюють своїм дослідженням результати бельгійців. Вони формулюють рекомендації для персоналу з залучення кадрів та для відповідних департаментів з профілактичної роботи зі співробітниками закладів охорони здоров'я: під час кризи здоров'я збільшення організаційної підтримки для працівників охорони здоров'я, може знизити ризик вигорання за рахунок зменшення рівня тривоги (Luceño-Moreno et al., 2020; Reitz et al., 2021). Поліпшення відносин між організаціями охорони здоров'я та особами, яких вони наймають, може зменшити негативні наслідки психологічного розладу

серед медичних працівників і в кінцевому підсумку покращити догляд за пацієнтами (Reitz et al., 2021).

Розуміння адміністративних впливів на психічне здоров'я медичного персоналу і лікарів зокрема не обмежується превенцією та підтримкою. Автори іспанського дослідження розширюють важливість заходів безпеки до заходів, спрямованих на безпосередній і суттєвий захист від прямої небезпеки, як то посилена дезінфекція робочого середовища, наявність засобів індивідуального захисту і відсутність інфікованих серед медичного (моніторинг цього питання з боку адміністрації та допомога персоналу, що є інфікованим). Дані дослідження вказують, що такі заходи можуть призвести до зниження показників дистресу (Cebrián-Cuenca et al., 2021). Авторами цього дослідження було проведено ретельний огляд стрес-факторів. Відсутність засобів індивідуального захисту та загально низький показник безпеки у закладах охорони здоров'я для працівників мали високу оцінку серед респондентів як важливий стрес-фактор. Автори наголошують, що краще розуміння джерел стресу серед лікарів первинної ланки могло б запобігти його впливу на майбутні спалахи.

Дослідження ситуації із психічним здоров'ям лікарів первинної ланки у Чілі окреслює такі важливі результати: поширеність проблем психічного здоров'я серед лікарів загальної практики є високою, тому необхідно вживати профілактичних заходів на рівні адміністрацій (Urzúa et al., 2020).

Іспанське дослідження зі схожим дизайном та вибіркою вказує, що пандемія вплинула на психічне здоров'я значної частини медичних працівників. Це, в свою чергу, може знизити їх стійкість перед обличчям майбутніх хвиль COVID-19 (Mira et al., 2020). Інституційні підходи до підтримки психологічних потреб медичних працівників мають важливе значення для забезпечення оптимальної допомоги з урахуванням цих результатів.

Припущення серед науковців щодо ефективності системного адміністративного підходу до моніторингу та превенції психічного здоров'я лікарів (що досліджувалось зокрема й за допомогою особистісних опитувальників) закликає до проведення подальших досліджень з метою виявлення інших протективних факторів, причинно-наслідкового зв'язку між зміною робочого підходу та рівнем дистресу, а також виявленням ефективності окремих інституційних програм з моніторингу та превенції проблем із психічним здоров'ям лікарів.

3.2. Рекомендації щодо проведення майбутніх досліджень особливостей дистресу лікарів первинної ланки медицини України в період пандемії COVID-19

Нам видається актуальним у майбутньому провести дослідження щодо особливостей дистресу лікарів первинної ланки медицини у період пандемії COVID-19 в Україні.

З огляду на те, що в Україні первинна ланка медицини є реформованою, особливості роботи та чинники, які впливають на формування дистресу серед лікарів є різноманітними і значно змінилися після реформи, нам видається також актуальним порівняти вираженість та особливості проявів дистресу, вигорання, тривоги та депресивного стану лікарів загальної практики, що працюють у державних установах та тих, що ведуть приватний прийом.

Результати обраних для цього огляду досліджень вказують на те, що саме вигорання, тривога та депресія є найбільш поширеними наслідками впливу пандемії COVID-19 на лікарів загальної практики, тому на дослідженні проявів саме цих розладів ми і хотіли б зосередити увагу в майбутніх дослідженнях.

Оглянуті дослідження також свідчать про те, що організація робочого процесу, менеджмент та адміністративні правила медичних установ мають суттєвий вплив на стан психічного здоров'я лікарів та рівень їхнього дистресу.

Тому дослідження стрес-чинників на психічне здоров'я лікарів має лишатися у фокусі уваги майбутніх досліджень.

В межах підготовки до цього дослідження, нами було проведено фокус-групу (онлайн) (детальні результати зображено у Додатку В (Діаграма 1) про стрес-фактори, що впливають на психічне здоров'я лікарів первинної ланки медицини в Україні.

Повна форма анкетування міститься у Додатку С (опис анкети).

Ми отримали 106 відповідей від лікарів загальної практики, 98,1% з них наразі є лікарями первинної ланки і практикують щонайменше з початку пандемії. 88,5% практикують у державних закладах охорони здоров'я.

94,2% опитаних лікарів повідомляють, що мають постійний стрес, а 99% - пов'язують його із роботою.

Серед інших питань ми запропонували лікарям обрати від 1 до 3 стрес-факторів, що є на їхню думку найбільш впливовими на психічне здоров'я. Ми отримали наступні результати.

Перелік запропонованих факторів був наступним:

- Велике навантаження (97% респондентів)
- Організація робочого процесу (54,8%)
- Страх за рідних (6,7%)
- Відсутність (чи недостатньої якості) відпочинок (71,2%)
- Страх за себе (4,8%)
- Загальне становище у країні (14,4%)
- Знецінення (76%)

- Інше, а саме: відповідальність можновладців за становище вітчизняної системи охорони здоров'я, порушення особистих кордонів пацієнтами поза робочим часом, вимогливість до себе, відсутність психологічної допомоги та стигма психічного здоров'я (6%)

Тому нам видається актуальним такий дизайн майбутнього дослідження цієї теми в Україні (детальний дизайн зображено на Рисунку 3.1.):

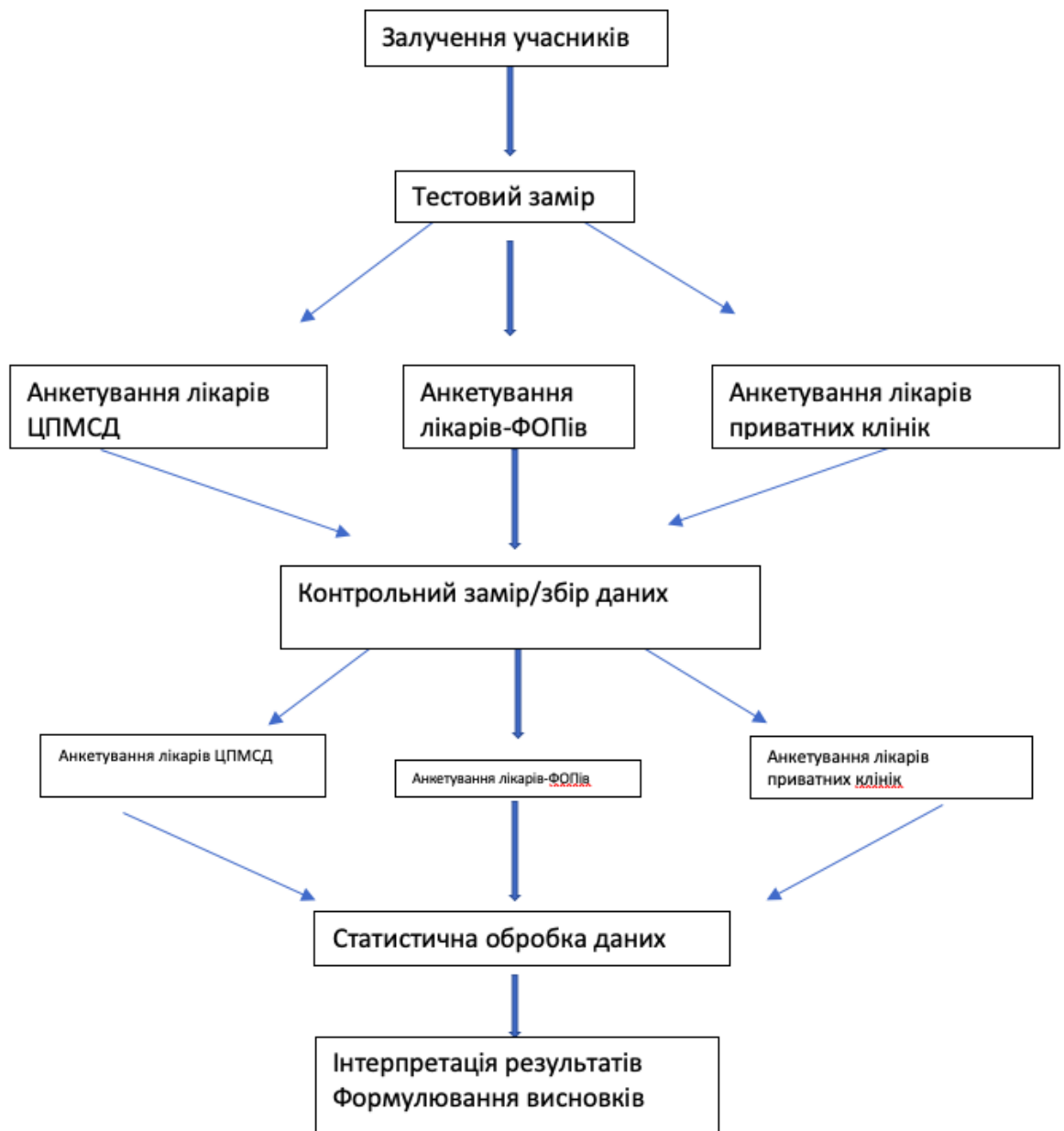


Рис. 3.1. Дизайн пропонованого дослідження особливостей дистресу лікарів первинної ланки медицини України у період пандемії COVID-19

Проспективне кроссекційне дослідження із залученням трьох груп учасників – сімейних лікарів у ЦПМСД, сімейних лікарів-ФОПів, сімейних лікарів із приватних клінік в Україні. Серед учасників груп мають бути визначені та зафіксовані наступні показники: рівень дистресу, вираженість депресивного стану, вираженість тривоги, а, також, демографічні показники (вік, стать). Вимірювання показників має відбуватись у 2 етапи –

тестовий збір з метою оцінки якості зібраних даних та кількості респондентів, контрольний замір у вигляді гугл-форми за опитувальниками IES-R (рівень дистресу), PHQ-9 (вираженість депресії) та GAD-7 (вираженість тривоги). Після закінчення збору даних буде визначено рівень дистресу, а також вираженість рівня тривоги та депресії трьох груп та проведено регресійний аналіз взаємозв'язку цих показників із визначеними стрес-факторами; порівняння по всіх зазначених показниках між групами.

ВИСНОВКИ

Виражений дистрес лікарів – поширена проблема, яка досліджувалась і до пандемії та мала потенційно серйозні наслідки для сфери охорони здоров'я та її користувачів.

Одним із головних чинників, що виділяють дослідники серед стрес-факторів – є велике навантаження на лікаря загальної практики, особливості організації роботи та адміністративні чинники.

У свою чергу, стрес-фактори та виражений дистрес через них, викликають (та/або є коморбідними) професійне та емоційне вигорання, депресивні стани, підвищену тривогу, загострення або перші випадки залежностей; а у період пандемії також - посттравматичний стресовий розлад, що пов'язують із прямим ризиком для життя та спостереженням високої смертності серед пацієнтів.

Дослідники також вважають, що вдала організація превенції вигорання та профілактики впливу негативних факторів, пов'язаних із роботою, на психічне здоров'я може значно знизити рівень дистресу серед лікарів загальної практики.

Дослідники одностайні у своєму визнанні важливості превентивних заходів, реорганізації робочого навантаження та задач, що покладаються на лікаря; регулярному моніторингу, підтримці та супроводу лікарів у питаннях психічного здоров'я. Та, варто зазначити, що дослідження щодо ефективних інструментів превенції та систем моніторингу у робочому середовищі все ще тривають. У підходах до профілактики, моніторингу стану тощо дослідники не мають такої одностайності.

Зокрема, цей виклик посилюється й тим, що, не зважаючи, на загальну схожість різних систем охорони здоров'я, вони (системи охорони здоров'я) все ж таки мають суттєві локальні розбіжності, що посилюються

культурними, суспільними, соціальними особливостями кожної окремої країни.

Пандемія додала до адміністративних впливів такий стрес-фактор, як страх за своє життя та здоров'я, тривогу за життя та здоров'я близьких, високу смертність серед пацієнтів.

Вплив пандемії, згідно із дослідженнями в різних країнах стану психічного здоров'я лікарів, в період з 2019-го по 2022-й роки, значно ускладнив цю проблему на первинній ланці медицини.

Цей виклик не сприяє налаштуванню системи моніторингу та превенції проблем із психічним здоров'ям лікарів, а натомість ще і посилює цю проблему та розширює список стресу-факторів, що впливають на стан лікарів.

Основний перелік стрес-факторів, що негативно впливають на психічне здоров'я лікарів у період пандемії є наступним:

- Велике навантаження
- Організація робочого процесу
- Робота у сільській місцевості та/або у закладах охорони здоров'я із низьким рівнем фінансування та оснащення
- Страх за своє життя та життя і здоров'я рідних
- Відсутність (чи недостатньої якості) відпочинок
- Недостатність заходів безпеки, необізнаність та/або недостатній освітній рівень
- Знецінення

Таким чином, можливі заходи моніторингу та превенції проблем із психічним здоров'ям лікарів вимагають подальших досліджень, зокрема, доказів свого безпосереднього впливу на зниження рівня дистресу, а також симптомів депресії, тривоги, вигорання тощо.

Дослідження позитивного впливу системних змін до організації роботи фахівців, зниження навантаження та перерозподіл задач і розвиток

інтегративної системи охорони здоров'я (тобто, тої, що ефективно співпрацює із іншими дотичними організаціями та інституціями, як то соціальні служби, психологічні та психіатричні заклади, поліція тощо) показують чудові результати в різних країнах.

Питанням майбутніх досліджень у цій сфері залишається ефективність таких системних змін і можливість їхнього впровадження у період складних викликів перед світом: війнами, пандеміями тощо.

Отже, особливості дистресу лікарів у період пандемії та способи подолання цієї проблеми залишаються актуальним і важливим питанням для подальшого дослідження, зокрема, для України.

Список використаних джерел:

1. As quoted in Wilson, B. (2009), "Developing Countries See Health Care 'Brain Drain': <https://doi.org/10.1080/00207411.2020.1798720>
2. Barello S, Palamenghi L, Graffigna G. (2020), "Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic": [0.1016/j.psychres.2020.113129](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113129)
3. Cebrián-Cuenca A, Mira JJ, Caride-Miana E, Fernández-Jiménez A, Orozco-Beltrán D. (2021), "Sources of psychological distress among primary care physicians during the COVID-19 pandemic's first wave in Spain: a cross-sectional study": [10.1017/S1463423621000566](https://doi.org/10.1017/S1463423621000566)
4. Chu K, Rosseel P, Gielis P, Ford N (2009), "Surgical Task Shifting in Sub-Saharan Africa": [10.1371/journal.pmed.1000078](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000078)
5. Celletti F., Wright A., Palen J., Frehywot S., Markus A., Greenberg A., Teixeira de Aguiar R., Campos F., Buch E., Samb B. (2010) "Can the deployment of community health workers for the deliver fo HIV services represent an effective and sustainable response to health workforce shortages? Results of multicountry study": [10.1097/01.aids.0000366082.68321.d6](https://doi.org/10.1097/01.aids.0000366082.68321.d6)
6. Dembitskyi S. S. (2020) "The state of psychological distress among various social groups in Ukraine during the COVID-19 pandemic": <https://doi.org/10.15407/socium2020.02.074>
7. Dimitriu MCT, Pantea-Stoian A, Smaranda AC, Nica AA, Carap AC, Constantin VD, Davitoiu AM, Cirstoveanu C, Bacalbasa N, Bratu OG, Jacota-Alexe F, Badiu CD, Smarandache CG, Socea B. (2020), "Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic": [10.1016/j.mehy.2020.109972](https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.109972)
8. Fiest KM, Parsons Leigh J, Krewulak KD, Plotnikoff KM, Kemp LG, Ng-Kamstra J, Stelfox HT (2021), "Experiences and management of physician

psychological symptoms during infectious disease outbreaks: a rapid review”: [10.1186/s12888-021-03090-9](https://doi.org/10.1186/s12888-021-03090-9)

9. Franck E, Goossens E, Haegdorens F, Geuens N, Portzky M, Tytens T, Dilles T, Beeckman K, Timmermans O, Sloomans S, Van Rompaey B, Van Bogaert P. (2021), “Role of resilience in healthcare workers' distress and somatization during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study across Flanders, Belgium”: [10.1002/nop2.1159](https://doi.org/10.1002/nop2.1159)

10. Lasalvia A, Rigon G, Rugiu C, Negri C, Del Zotti F, Amaddeo F, Bonetto C. (2022), “The psychological impact of COVID-19 among primary care physicians in the province of Verona, Italy: a cross-sectional study during the first pandemic wave”: [10.1093/fampra/cmab106](https://doi.org/10.1093/fampra/cmab106)

11. Lindtjørn B. (2009), "Health Extension Workers Improve Tuberculosis Case Detection and Treatment Success in Southern Ethiopia: A Community Randomized Trial": [10.1371/journal.pone.0005443](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0005443)

12. Luceño-Moreno L, Talavera-Velasco B, García-Albuérne Y, Martín-García J. (2020), “Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic”: [10.3390/ijerph17155514](https://doi.org/10.3390/ijerph17155514)

13. Medisaukaite A, Kamau C. (2019), “Reducing burnout and anxiety among doctors: Randomized controlled trial”: [10.1016/j.psychres.2019.02.075](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.075)

14. Mira JJ, Carrillo I, Guilabert M, Mula A, Martin-Delgado J, Pérez-Jover MV, Vicente MA, Fernández C. (2020), “Acute stress of the healthcare workforce during the COVID-19 pandemic evolution: a cross-sectional study in Spain”: [10.1136/bmjopen-2020-042555](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042555)

15. Myran DT, Cantor N, Rhodes E, Pugliese M, Hensel J, Taljaard M, Talarico R, Garg AX, McArthur E, Liu CW, Jeyakumar N, Simon C, McFadden T, Gerin-Lajoie C, Sood MM, Tanuseputro P. (2022), “Physician Health Care Visits for Mental Health and Substance Use During the COVID-19 Pandemic in Ontario, Canada”: [10.1001/jamanetworkopen.2021.43160](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.43160)

16. Reitz KM, Terhorst L, Smith CN, Campwala IK, Owoc MS, Downs-Canner SM, Diego EJ, Switzer GE, Rosengart MR, Myers SP. (2021), “Healthcare providers' perceived support from their organization is associated with lower burnout and anxiety amid the COVID-19 pandemic”: [10.1371/journal.pone.0259858](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259858)
17. Rochfort A, Collins C, Burgers J. (2021), “Emotional distress, occupational stress and burnout among Family Doctors in Europe: Monitoring and testing of interventions is required”: [10.1080/13814788.2021.1985998](https://doi.org/10.1080/13814788.2021.1985998)
18. Romani M, Ashkar K. (2014), “Burnout among physicians”: [10.3402/ljm.v9.23556](https://doi.org/10.3402/ljm.v9.23556)
19. Urzúa A, Samaniego A, Caqueo-Urizar A, Zapata Pizarro A, Irrarrázaval Domínguez M. (2020), “Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile (Mental health problems among health care workers during the COVID-19 pandemic)”: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000801121>
20. Yester M. (2019), “Work-Life Balance, Burnout, and Physician Wellness. Health Care Manag (Frederick)”: [10.1097/HCM.0000000000000277](https://doi.org/10.1097/HCM.0000000000000277)
21. Zeng X, Peng T, Hao X, Zou C, Lin K, Liao X, Chen S, Hayhoe B. (2021), “Psychological Distress Reported by Primary Care Physicians in China During the COVID-19 Pandemic”: [10.1097/PSY.0000000000000939](https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000939)

Додаток А

Таблиця 1

Автор, рік	N учасників	Категорія учасників/вік	Дизайн	Шкали	Результати *(Е - експериментальна/ С - контрольна)
Lasia et al., 2022	215	Лікарі загальної практики в Італії, 26-57р	Кросс екційне дослідження	Веб-анкетування щодо соціально-демографічних показників та реорганізації роботи відповідно до попередньої практики; шкали щодо ПТСР (IES-R), тривоги (SAS - Self-rating Anxiety Scale), депресії (PHQ-9) і вигорання (MBI-GS)	44,7% повідомили про травматичні події, пов'язані з COVID-19; з них у 35,9% розвинулися симптоми посттравматичного дистресу. Крім того, 36% повідомили про симптоми тривоги, 17,9% про симптоми щонайменше помірної депресії та 25,4% симптоми вигорання. Багатоваріантні регресії показали, що перебування на карантині або госпіталізація через COVID-19 пов'язане з усіма розглянутими результатами психічного здоров'я. Більший рівень підвищеної тривоги та депресії спостерігається серед лікарів-жінок, лікарів, що працюють у сільській місцевості та тих, що мають менший професійний досвід. Здатність діагностувати COVID-19 підвищила професійну ефективність самоусвідомлення, тим самим сприяючи зменшенню вигорання. Висока поширеність несприятливих наслідків для психічного здоров'я серед лікарів загальної практики під час пандемії підкреслює важливість своєчасних втручань у цій групі населення та сприяння цілеспрямованим превентивним діям у разі майбутніх криз у сфері охорони здоров'я.
Zeng et al., 2021	712	Лікарі загальної практики в Китаю, 30-49	Регресійне дослідження	Опитування складалося з трьох розділів: демографічні характеристики, питання, пов'язані з COVID-19, та загальний опитувальник здоров'я-12 (GHQ-12). Через 5 місяців було проведено подальше	Високий рівень психологічного стресу (GHQ-12 ≥ 3) спостерігався у 29,2% і був пов'язаний із низькою підготовленістю, високим рівнем роботи, роботою з інфікованими мешканцями, впливом на особисте життя та занепокоєннями, а також старшим віком та одруженням. Аналіз логістичної регресії показав, що психологічний дистрес був пов'язаний з низькою підготовленістю, високим впливом на роботу, впливом на особисте життя і

				опитування щодо зміни GHQ-12	проблемами, пов'язаними з безпекою. Після оцінки через 5 місяців психологічний дистрес був нижчий (21,8%). Автори доходять висновку, що COVID-19 призвів до високого рівня стресу приблизно у 30% лікарів загальної практики в Китаї. Фактори, пов'язані з високим рівнем психологічного стресу, включають низьку підготовленість і високий рівень впливу на роботу, особисте життя та занепокоєння. Ці висновки підкреслюють важливість зміцнення психологічного здоров'я під час інфекційних пандемій.
Cebrían-Cuenca A, 2021	518	Лікарі загальної практики Іспанії	Перехресне дослідження	Опитування щодо соціально-демографічних даних, умов праці, пов'язаних із дистресом і «Шкала гострого стресу, що використовується самостійно» (EASE).	Загалом із 518 учасників 123 (23,7%) отримали високі бали за психологічний дистрес. Лише половина з них отримала інформацію про належне використання засобів індивідуального захисту (ЗІЗ). Характеристики лікарів, пов'язані з вищим рівнем дистресу, включають жіночу стать; недостатню підготовку захисних заходів; недоступність ПЛР-тестування на COVID-19 для медичних працівників після карантину або лікування COVID-19. Автори зазначаються, що посилена дезінфекція робочого середовища, наявність ЗІЗ, і відсутність інфікованих серед медичного персоналу були пов'язані з найнижчим показником дистресу. Автори наголошують, що краще розуміння джерел стресу серед лікарів первинної ланки могло б запобігти його впливу на майбутні спалахи.
Urzúa A, 2020	125	Медичні працівники Чілі (з них – 32 лікарі загальної практики), 18-67 р		Анкети PHQ-9 для депресії, GAD-7 для тривоги, ISI-7 для безсоння та IES-R-22 для психологічного дистресу	65% повідомили про симптоми депресії, 74% тривожності, 65% безсоння і 57% дистресу. Лікарі мали нижчі середні бали за всіма шкалами, ніж медсестри та інші медичні працівники. Професіонали, які лікують пацієнтів з респіраторними інфекціями або з COVID-19, мали вищі середні бали за шкалами, ніж їхні колеги. Автори доходять висновків, що частота проблем психічного здоров'я серед цих фахівців висока, тому необхідно вживати профілактичних заходів на рівні адміністрацій.

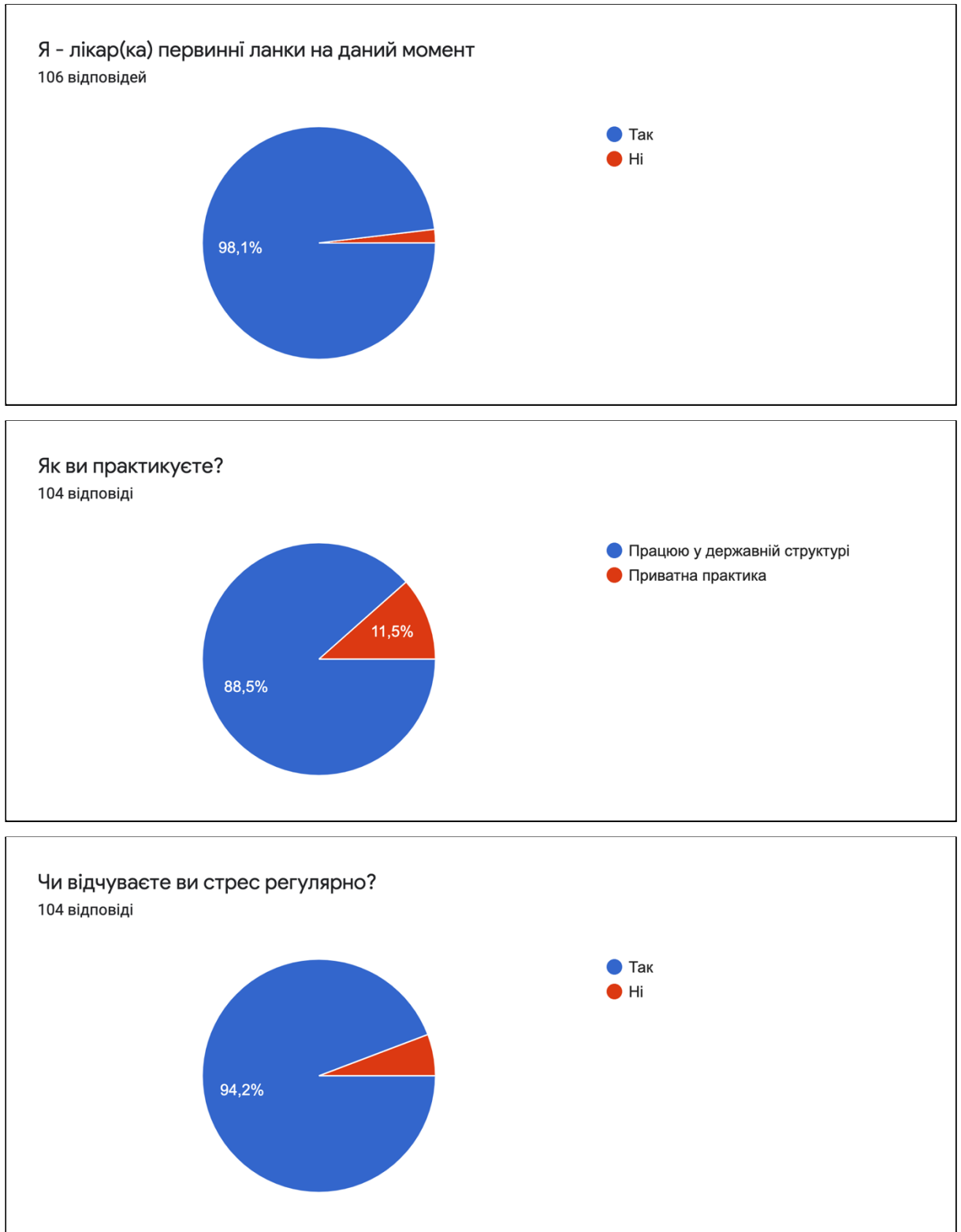
Mira J., 2020	685	Працівники первинної ланки медицини Іспанії (серед них, третина лікарів)		<p>Частота та інтенсивність реакцій на стрес, виміряні за шкалою гострого стресу медичних працівників, які опікуються COVID-19 (EASE). Зміна реакції на стрес залежно від кількості смертей за день на територію та еволюційної стадії спалаху COVID-19, виміряна за допомогою тестів Краскала-Уолліса та Манна-Уїтні</p>	<p>Середній бал за шкалою EASE склав 11,1 (SD 6,7) з 30. Серед учасників 44,2% показали хорошу емоційну перебудову, 27,4% – терпимий рівень дистресу, 23,9% – середньо-високе емоційне навантаження та 4,5% – екстремальне, гострий стрес. Стресові реакції були більш інтенсивними на найбільш постраждалих територіях. Висновки, які демонструють автори: пандемія вплинула на психічне здоров'я значної частини медичних працівників, що може знизити їх стійкість перед обличчям майбутніх хвиль COVID-19. Інституційні підходи до підтримки психологічних потреб медичних працівників мають важливе значення для забезпечення оптимальної допомоги з урахуванням цих результатів.</p>
Myr an DT, 2022	34055	Працівники охорони здоров'я Канади (серед них, лікарі загальної практики)	Когортне дослідження	<p>Серед учасників були 34 055 лікарів, резидентів і стипендіатів, які зареєструвалися в Коледжу лікарів і хірургів Онтаріо в період з 1990 по 2018 рік і мали право на участь у Плані медичного страхування Онтаріо протягом періоду дослідження. Для аналізу були використані авторегресивні інтегровані моделі ковзного середнього та узагальнені оцінювальні рівняння.</p> <p>Охоплення: період під час пандемії COVID-19 (11 березня 2020 року по 10 березня 2021 року) порівняно з періодом до пандемії.</p>	<p>Основним результатом були амбулаторні відвідування психіатра або первинної ланки медицини та клініцистів загальної практики, пов'язані з психічним здоров'ям та вживанням психоактивних речовин, за допомогою телемедицини та віртуальної допомоги.</p> <p>Результати: у 34 055 практикуючих лікарів (середній вік, 41,7 років, 17 918 [52,6%) чоловіків) річна приблизна кількість відвідувань на 1000 лікарів зросла на 27% - з 816,8 до COVID-19 до 1037,5 під час пандемії. Абсолютна частка лікарів, які 1 раз і більше звертались до фахівців з психічного здоров'я та вживання психоактивних речовин протягом року, зросла з 12,3% раніше до 13,4% під час пандемії. Відносно збільшення було значно більшим у лікарів без попередньої історії психічного здоров'я та вживання психоактивних речовин, ніж у лікарів, які раніше мали звернення щодо психічного здоров'я та вживали психоактивні речовини.</p> <p>Висновки та актуальність: У цьому дослідженні пандемія COVID-19 була пов'язана зі значним збільшенням кількості відвідувань лікарями щодо психічного здоров'я та вживання психоактивних речовин. Під час</p>

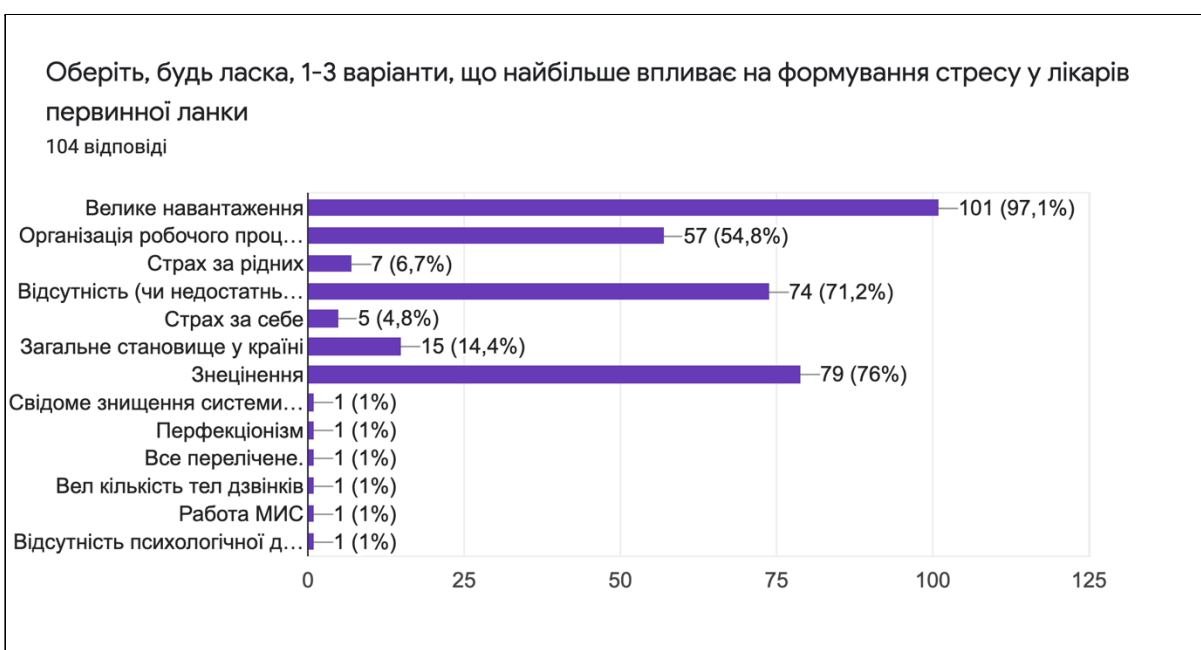
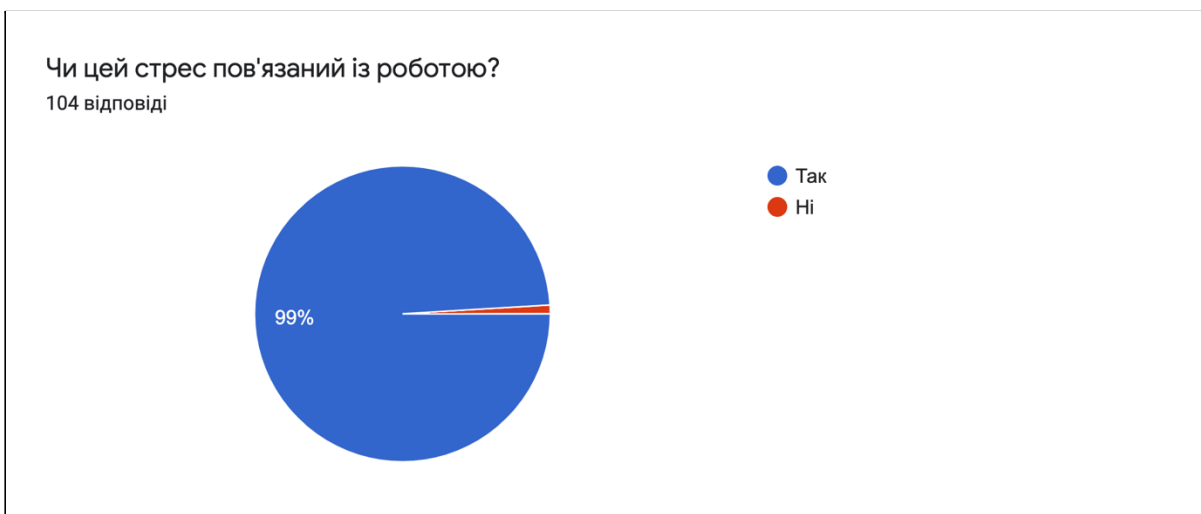
					пандемії психічне здоров'я лікарів, можливо, погіршилося, підкреслюючи потенційно більшу потребу в доступі до послуг психічного здоров'я та зміни на системному рівні.
Frank E, 2022	1376	Працівники сфери охорони здоров'я Бельгії (серед них, приблизно чверть – лікарі загальної практики)			Вищий освітній рівень асоціювався з меншими симптомами дистресу та соматизації. Лікарі виявили найнижчий ризик відчутти підвищений рівень дистресу та соматизації. Ураховуючи змішані фактори, вищий рівень стійкості був пов'язаний із зниженням на 12% ймовірністю підвищення рівня дистресу і на 5% меншим шансом підвищення рівня соматизації. Автори зазначають, що результати свідчать про потенційно буферну роль психічної стійкості для тих, хто працює на передовій під час спалаху пандемії COVID-19.
Reitz KM, 2021	538	Працівники системи охорони здоров'я США (55% - лікарі)	Довготривале проспективне дослідження	Експозиція, що представляє інтерес, була виміряна суттєва організаційна підтримка (POS) за допомогою перевіреної шкали з 8 пунктів Огляду POS (SPOS). Основними результатами, які цікавили, були тривога та ризик вигорання, виміряні за допомогою перевіреної шкали вигорання з 10 пунктів за допомогою інструменту професійної якості (Pro-QOL) та короткої форми емоційної дистрес-тривоги з 4 пунктів інформаційної системи вимірювання результатів, повідомлених пацієнтом (POMIS).	Із 538 набраних учасників 402 (75%) були включені до первинного аналізу. 55% учасників були лікарями, 73% віком 25-44 роки, 73% жінки, 83% білими, а 44% мали ≥ 1 залежність. Вищий POS був значно асоційований з нижчим ризиком вигорання і нижчим ступенем тривожності. Тривога опосередковувала зв'язок між POS та вигоранням. Автори формулюють такі висновки: під час кризи здоров'я збільшення організаційної підтримки, яку сприймають працівники охорони здоров'я, може знизити ризик вигорання за рахунок зменшення тривожності. Поліпшення відносин між організаціями охорони здоров'я та особами, яких вони наймають, може зменшити негативні наслідки психологічного розладу серед медичних працівників і в кінцевому підсумку покращити догляд за пацієнтами.

				Лінійні змішані моделі оцінювали зв'язок між POS та вигоранням і тривогою. Аналіз посередництва оцінював, чи тривожність опосередковувала асоціацію POS-вигорання	
Luceño-Morales, L., 2021	1422	Медичні працівники Іспанії (серед яких – лікарі загальної практики)	Кросс екційне дослідження	Аналізується зв'язок між змінними вигорання, стійкості, демографічними, робочими та COVID-19	Загалом 56,6% медичних працівників мають симптоми посттравматичного стресового розладу, 58,6% тривожного розладу, 46% депресивного розладу і 41,1% відчувають себе емоційно виснаженим. Профіль медичного працівника з більшими симптомами посттравматичного стресу – це особа, яка працює в автономному співтоваристві Мадрида, у лікарні, є жінкою, стурбована тим, що людина, з якою він/вона живе, може бути інфікованою, і вважає, що вона /імовірно, що вона інфікована. Змінними ризику тривожності та депресії є жінка, яка працює 12 або 24 години на зміну і переживає, що член сім'ї може бути інфікований. Високі показники емоційного виснаження та деперсоналізації є факторами ризику для психічного здоров'я, а стійкість та особиста самореалізація є захисними змінними. Автори надають дані для покращення профілактичних заходів для працівників гігієни праці.

Додаток В

Діаграма 1





Перелік запропонованих факторів був наступним:

- Велике навантаження (97% респондентів)
- Організація робочого процесу (54,8%)
- Страх за рідних (6,7%)
- Відсутність (чи недостатньої якості) відпочинок (71,2%)
- Страх за себе (4,8%)
- Загальне становище у країні (14,4%)
- Знецінення (76%)
- Інше, а саме: відповідальність можновладців за становище вітчизняної системи охорони здоров'я, порушення особистих кордонів пацієнтами поза робочим часом, вимогливість до себе, відсутність психологічної допомоги та стигма психічного здоров'я (6%)