

**Б. С. Федак**

Харьковская городская клиническая больница скорой и неотложной медицинской помощи им. проф. А. И. Мещанинова (г. Харьков)

## ПРОБЛЕМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СОТРУДНИКОВ БРИГАД СКОРОЙ ПОМОЩИ

В настоящее время в Украине наблюдается тенденция к росту распространенных соматических заболеваний. Среди них опережающими темпами растут сердечно-сосудистые и сосудисто-мозговые заболевания [1]. Особенно быстрыми темпами увеличиваются показатели острых состояний, требующих неотложных медицинских мероприятий и ургентной помощи — инфаркт миокарда, мозговой инсульт. Наблюдается рост и других групп патологических состояний, требующих неотложной помощи — транспортный и бытовой травматизм, техногенные аварии и пр.

Указанное обуславливает все возрастающую нагрузку на персонал бригад скорой медицинской помощи. Кроме того, на рост профессиональной нагрузки накладываются негативные социально-экономически детерминированные факторы [2]. Это обуславливает развитие так называемого синдрома профессионального выгорания [3, 4].

В то же время вопросы формирования синдрома выгорания у медицинских работников в литературе освещены неполно и неравномерно, с точки зрения различий профессиональной содержательной и организационной нагрузки [4—7].

Целью настоящей работы явилось изучение феноменологии синдрома профессионального выгорания у персонала бригад скорой помощи.

Было проведено комплексное динамическое обследование персонала бригад скорой помощи. В наблюдение вошло 42 врача и 64 средних медицинских работника. Все обследованные были разделены на 3 группы в соответствии с оценкой степени тяжести синдрома выгорания.

В первую группу вошли 17 человек ( $16,04 \pm 3,56 \%$ ), у которых симптомы «выгорания» были выраженными и практически декомпенсированными (фаза «истощения» по В. В. Бойко).

Основными проявлениями у медицинских работников данной группы были эмоциональный дефицит и эмоциональная отстраненность. Доминирующими компонентами являлись жалобы на чувство внутренней опустошенности, потерю смысла жизни, апатию. Сотрудники скорой помощи отмечали бесперспективность своего профессионального будущего, «пустоту» настоящего, неудовлетворенность прожитыми годами. Периодическое ощущение бессмысленности жизни, собственной бесполезности вызывало состояние тревожности, подавленности. Терялось чувство радости, обследуемые не могли испытывать наслаждение ни от успешно выполненной работы, ни от общения с семьей и окружающим миром. Характерным являлось сужение круга интересов, снижение мотивации к труду, профессиональная ригидность, ограничение или невозможность социальных контактов.

К вышеперечисленным жалобам в данной группе обследуемых присоединялись жалобы психосоматического и ипохондрического генеза. Они почти целиком

определялись переживаниями, сосредоточенными на соматических заболеваниях и их возможных последствиях в социальном, семейном и индивидуальном аспектах. Вследствие снижения уровня притязаний социальная активность специалистов резко падала. Отмечалась искаженная самооценка, пессимизм и потеря перспективы.

Попытки компенсировать вышеперечисленные жалобы приемом алкоголя, психоактивных веществ и периодически возникающим антиобщественным поведением не приводили к желаемому результату, так как вызвали чувство вины, потерянности и нарушения собственной идентичности в смысле принадлежности к определенному социальному слою.

Ко второй группе нами были отнесены 58 сотрудников скорой помощи ( $54,72+4,83 \%$ ), у которых диагностировался синдром «выгорания» средней степени выраженности, частично компенсированный различными неадаптивными способами (фаза «резистенции» по В. В. Бойко).

Для всех обследованных этой группы ведущими симптомами являлись неадекватное эмоциональное избирательное реагирование и эмоционально-нравственная дезориентация. Типичными были жалобы на потерю желаний и стремлений, на снижение внимания, неспособность сосредоточиться на чем-либо, что проявлялось уже в начале рабочего дня. Сотрудников беспокоило снижение работоспособности, невозможность выполнения прежнего объема умственной нагрузки из-за быстрой утомляемости. Отмечалось чувство внутренней напряженности, тревожности, внутренней неуверенности. Также в данной группе обследованных были выявлены расстройства сна, которые проявлялись в виде ранних пробуждений, затрудненного засыпания и отсутствия по утрам чувства отдыха и бодрости.

Однако данные эмоциональные проявления отличались небольшой стойкостью, динамичностью и сопровождались попытками их компенсации. В результате этих попыток были сформированы дезадаптивные способы снятия стресса, что в данной группе привело к частичной редукции профессиональных обязанностей. Это проявлялось в негативном и циничном отношении к пациентам и самой работе и все большем оскудении репертуара профессиональных действий.

Также в качестве антистрессоров для данной группы респондентов часто выступали алкоголь и психоактивные вещества, используемые для коррекции настроения.

В третью группу вошли 31 человек ( $29,25 \pm 4,42 \%$ ) с невыраженной, «стертой», в значительной мере компенсированной картиной синдрома выгорания (фаза «напряжения» по В. В. Бойко).

Для сотрудников бригад скорой помощи, отнесенных в данную группу, были характерны быстрая утомляемость и истощение. К концу рабочего дня снижалась трудоспособность, отмечалось выраженное ослабление

памяти и внимания. Появлялась эмоциональная лабильность, что отражалось в раздражительности и невнимательности при общении с пациентами, а также в подавленности настроения и возникновении агрессии по отношению к коллегам и членам семьи. Также у обследуемых в качестве жалобы отмечался сниженный фон настроения, не доходивший, однако, до степени тоски. Пессимистическое отношение к окружающему ограничивалось, в основном, зоной собственной профессиональной деятельности и актуальной ситуацией на работе.

Однако все психопатологические проявления достаточно быстро компенсировались ночным отдыхом и/или переключением на другие, непрофессиональные виды деятельности (спорт, физические нагрузки, общение с семьей и детьми, хобби).

Комплексная оценка состояния эмоциональной, когнитивной и соматовегетативной сфер обследованных позволила выделить определенные феноменологические варианты синдрома профессионального выгорания.

Астено-субдепрессивный вариант был выделен нами у 21 сотрудника ( $19,81 \pm 3,87$  %). Ведущее место занимал сниженный фон настроения с периодически отмечаемыми компонентами переживания тоски или тревоги. В отличие от истинной депрессии не наблюдалось «светлого промежутка» во второй половине дня, а негативная аффективная симптоматика коррелировала с утомлением. На фоне пессимистически-негативного мировосприятия наблюдалась фрустрация от недореализации профессиональных возможностей. Самооценка была во всех случаях достаточно высокой, часто с элементами переоценки. В отличие от истинной депрессии идей собственной малоценности, самоуничтожения не наблюдалось.

Соматовегетативный вариант отмечался у 19 обследованных ( $17,92 \pm 3,73$  %). Наиболее характерными были соматовегетативные компоненты — тахикардия, мигрирующие алгически-парестетические феномены, гипергидроз и др. на фоне тревоги. Фабулированных фобических переживаний не наблюдалось.

Астено-ипохондрический вариант диагностировался у 50 сотрудников ( $47,17 \pm 4,85$  %). Также характеризовался различными соматовегетативными проявлениями. При этом вегетативный компонент был гораздо менее выраженным; на первое место выступали различные сенестопатии: психалгии, парестезии и реже — сенестопатии. На этом фоне отмечались мысли о возможности развития у себя невыясненного соматического заболевания. Персонал этой группы использовал служебные связи для многочисленных инструментальных обследований полиорганного характера.

Астено-обсессивный вариант, выделенный у 13 человек ( $12,26 \pm 3,19$  %), характеризовался переживанием навязчивых сомнений в каком-либо компоненте профессиональных действий. У большинства удавалось идентифицировать фактор психогенной фиксации. В отличие от обсессивно-компульсивного расстройства как такового, обсессии сосредотачивались, как правило, в профессиональной плоскости.

Истериоформный вариант (7 человек,  $6,60 \pm 2,41$  %). Характерными были частые выраженные экспрессивно-аффективные реакции, как правило, ситуационно обусловленные. Сила, продолжительность и полярность аффекта в большинстве случаев коррелировали с внешней ситуацией и носили в той или иной степени выраженности элементы демонстративности, театральности.

Данные количественного распределения выделенных вариантов синдрома выгорания по группам обследованных представлены в таблице.

Распределение вариантов синдрома выгорания у персонала скорой помощи

Варианты синдрома выгорания	1-я группа (n = 17)	2-я группа (n = 58)	3-я группа (n = 31)	Всего (n = 106)
Астено-субдепрессивный	$11,76 \pm 7,81$	$3,45 \pm 2,40$	$54,84 \pm 8,94$	$19,81 \pm 3,87$
Соматовегетативный	$41,18 \pm 11,94$	$15,52 \pm 4,75$	—	$17,92 \pm 3,73$
Астено-ипохондрический	$52,94 \pm 12,11$	$65,52 \pm 6,24$	$9,68 \pm 5,31$	$47,17 \pm 4,85$
Астено-обсессивный	—	$15,52 \pm 4,75$	$12,90 \pm 6,02$	$12,26 \pm 3,19$
Истериоформный	—	—	$22,58 \pm 7,51$	$6,60 \pm 2,41$

Как видно из таблицы, наиболее распространенным был астено-ипохондрический тип синдрома выгорания, наименее — истериоформный тип. В зависимости от степени тяжести синдрома выгорания были обнаружены следующие закономерности. В первой группе (с наиболее тяжелой степенью синдрома выгорания) преобладали астено-ипохондрический ( $52,94 \pm 12,11$  %) и соматовегетативный ( $41,18 \pm 11,94$  %) типы. В третьей группе (с наиболее легкой степенью выраженности синдрома выгорания) преобладал астено-субдепрессивный тип ( $54,84 \pm 8,94$  %). Во второй группе (со средней степенью выраженности синдрома выгорания) преобладал астено-ипохондрический ( $65,52 \pm 6,24$  %) тип.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы.

У персонала бригад скорой помощи наиболее распространенным является синдром профессионального

выгорания средней степени выраженности. По феноменологическим вариантам наиболее распространенным является астено-ипохондрический тип.

Синдром профессионального выгорания во всех феноменологических вариантах имеет выраженный астенический компонент.

Феноменологические проявления синдрома профессионального выгорания следует дифференцировать с депрессивным синдромом, который при внешней схожести имеет совершенно иную структуру и динамику аффективных, когнитивных и ментально-содержательных компонентов.

Полученные результаты и выделенные закономерности следует учитывать при построении психокоррекционных мероприятий в отношении персонала бригад скорой помощи.

## Список літератури

Б. С. Федак

1. Маркова М. В., Бабич В. В. Медико-психологічні аспекти розвитку та перебігу хвороб системи кровообігу // *Новости медицины и фармации*. — 2008. — № 243. — С. 71—74.
2. Юрьева Л. Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика, коррекция. — Киев: Сфера, 2004. — 272 с.
3. Михайлов Б. В., Гавриленко М. А. Синдром «выгорания», его причины и способы коррекции // *Архив психиатрии*. — 2001. — № 4 (27). — С. 32—36.
4. Абрамов В. А., Алексейчук И. С., Алексейчук А. И. Исследование синдрома выгорания на этапе мета обзоров. Часть 1 // *Журнал психиатрии и медицинской психологии*. — 2008. — № 1 (18). — С. 117—123.
5. Гавриленко М. А. К вопросу о развитии синдрома «выгорания» у врачей-психиатров-психотерапевтов // *Архив психиатрии*. — 2002. — № 4 (31). — С. 192—194.
6. Кокотова Е. А. Симптоматика синдрома выгорания на различных стадиях у среднего медицинского персонала психиатрических учреждений // *Журнал психиатрии и медицинской психологии*. — 2007. — № 1 (17). — С. 62—68.
7. Михайлов Б. В., Гавриленко М. А. До питання про структуру особи лікарів-психіатрів // *Форум психіатрії і психотерапії*. — Львів, 2000. — Т. 2. — С. 75—77.

Надійшла до редакції 23.12.2008 р.

### Проблема професійного вигорання у співробітників бригад швидкої допомоги

*Харківська міська клінічна лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги імені проф. О. І. Мещанінова (м. Харків)*

Проведено комплексне клініко-психопатологічне і психодіагностичне дослідження медичного персоналу швидкої допомоги. Виділені феноменологічні варіанти синдрому професійного вигорання, серед яких найбільш розповсюдженим є астено-іпохондричний тип. Показано, що синдром професійного вигорання у всіх феноменологічних варіантах має виражений астеничний компонент. Отримані дані мають використовуватися при розробленні психокорекційних заходів.

B. S. Fedack

### The professional burning out problem of ambulances personal

*Kharkiv city emergency Hospital (Kharkiv)*

The complex clinical psychopathological and psychodiagnostic examination of medical ambulance personal was provided. The different phenomena grounded burnout syndromes was shown, astheno-hypochondriac is prevailing from all variants. The burnout syndrome get expressive asthenic component on all phenomena variants was shown. The results must be used on the psychocorrection programs establishing.

УДК 617.57–089.5–031.3

*В. С. Фесенко, канд. мед. наук, доцент кафедри травматології, вертебрології та анестезіології  
Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)*

## ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНА ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНА ТРИВОЖНІСТЬ ПРИ БЛОКАДІ ПЛЕЧОВОГО СПЛЕТЕННЯ В ОРТОПЕДИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ: КОРЕЛЯЦІЯ З ПРОЛАКТИНОМ СИРОВАТКИ

Провідникова анестезія має низку переваг перед загальною [1], особливо — в ортопедії [2]. Але одним з її недоліків є «феномен присутності» пацієнта при операції. Передопераційний психологічний стрес може сприяти зростанню захворюваності та летальності [3]. Для оцінки рівня операційного (як чисто хірургічного, так і психологічного) стресу застосовують біохімічні показники, як метаболічні (глікемія, рівень вільних жирних кислот), так і ендокринні (катехоламіни, кортизол, пролактин). Існує думка, що суто хірургічний і психологічний стрес мають різні механізми та різні біохімічні маркери [4].

Метою нашого дослідження було вивчення ситуативної тривожності у перед- і післяопераційному періоді та її кореляції з біохімічними показниками.

У 90 ортопедичних пацієнтів, оперованих у плановому порядку на верхніх кінцівках чи то під провідниковою анестезією ( $n = 61$ ), чи то під наркозом ( $n = 29$ ), визначався рівень ситуативної тривожності за Спілбергером — Ханінім [5] у передопераційній (в обох групах), на операційному столі після виконання блокади плечового сплетення (лише в одній групі) і наступного ранку (в обох групах). На тих самих етапах у всіх пацієнтів бралася кров для визначення глікемії та сироваткових рівнів кортизолу та пролактину. Перед відправленням до операційної всі пацієнти отримували пероральну премедикацію: по 1 мг феназепаму ввечері та вранці.

Результати наводяться у вигляді: середнє значення  $\pm$  стандартне відхилення ( $M \pm \sigma$ ). Статистична значущість різниці між вибірками оцінювалась за двобічним

критерієм Стьюдента (непарним — для різних груп, парним — для однієї групи на різних етапах) програмою Microsoft Excel. Кореляційно-регресійний аналіз: обчислення коефіцієнтів кореляції Пірсона<sup>®</sup>, коефіцієнтів детермінації ( $r^2$ ), а також рівнянь лінійної регресії — здійснювався за допомогою програми Statistica 6.0 фірми StatSoft, Inc. [6].

За статтю, віком, зростом і масою тіла, статистично значущої різниці між пацієнтами різних груп не виявлено. За початковими рівнями ситуативної тривожності, глікемії, кортизолу та пролактину (*див.* табл.) статистично значущої різниці також не було.

Кореляційно-регресійний аналіз на цьому етапі виявив помітний ступінь міцності зв'язку між рівнями ситуативної тривожності та пролактину як у групі провідникової (рис. 1) анестезії ( $r^2 = 0,52$ ;  $r = 0,72$ ;  $p < 0,0001$ ;  $y = 13x - 253$ ), так і в групі загальної (рис. 2) анестезії ( $r^2 = 0,61$ ;  $r = 0,78$ ;  $p < 0,0001$ ;  $y = 12x - 245$ ), але не виявив надійної кореляції між іншими показниками.

Після виконання блокади плечового сплетення рівень ситуативної тривожності статистично значимо ( $p < 0,01$ ) зріс. Статистично значимо ( $p < 0,001$ ) зросли й рівні глікемії, кортизолу та пролактину, особливо суттєво (більш ніж учетверо) — останній (*див.* табл.). І на цьому етапі кореляційно-регресійний аналіз (рис. 3) виявив помітний ступінь значущості зв'язку між рівнями ситуативної тривожності та пролактину ( $r^2 = 0,4047$ ;  $r = 0,6362$ ;  $p < 0,0000001$ ;  $y = 83x - 253$ ), але не виявив надійної кореляції між іншими показниками.