



УДК 616.89–008.19:615.851



Б.С. Федак, Б.В. Михайлов, І.М. Сарвир

Синдром професійного вигоряння у медичного персоналу бригад швидкої допомоги

Харківська міська клінічна лікарня швидкої і невідкладної медичної допомоги ім. проф. О.І. Мещанінова
Харківська медична академія післядипломної освіти

Ключові слова: синдром професійного вигоряння, бригади швидкої медичної допомоги

В останні десятиліття в Україні спостерігають негативний демографічний баланс і погіршення якості здоров'я населення, тенденцію до зростання частоти соматичних захворювань, зокрема серцево-судинних і судинно-мозкових [4]. Особливо швидкими темпами збільшуються показники поширеності гострих станів, що потребують вжиття невідкладних медичних заходів і ургентної допомоги, — інфаркту міокарда, мозкового інсульту, а також транспортного і побутового травматизму, кількість потерпілих унаслідок техногенних аварій тощо. Це зумовлює зростання навантаження на медичний персонал бригад швидкої допомоги. Ситуацію також ускладнюють економічні чинники [7]. У результаті у медичного персоналу розвивається так званий синдром професійного вигоряння [1, 5].

Модель функціональних порушень і дистресу, зумовлених професійною діяльністю, а також термін «вигоряння», що описував стан крайньої втоми, деморалізації і розчарування в працівників психіатричних закладів, були запропоновані в 1974 р. [8]. Нині синдром вигоряння виділено в окрему діагностичну рубрику (МКБ-10: Z 73 — Проблеми, пов'язані із складними умовами життя). Цей термін застосовують для всіх лікарів і інших фахівців, які працюють у системі охорони здоров'я і соціальної допомоги. Однак питання формування синдрому вигоряння в медичних працівників у літературі висвітлено не повно [1–3, 6].

Метою роботи було вивчення феноменології синдрому професійного вигоряння в медичного персоналу бригад швидкої допомоги.

Проведено комплексне динамічне обстеження персоналу бригад швидкої допомоги. У дослідженні взяли участь 42 лікарі і 64 середніх медичних працівники. Всі обстежені були розподілені на три групи відповідно до ступеня тяжкості синдрому вигоряння.

У першу групу ввійшло 17 (16,04%) осіб, у яких симптоми «вигоряння» були виражені і практично декомпенсовані (фаза «виснаження» за В.В. Бой-

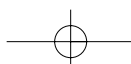
ком). Основними проявами були емоційний дефіцит та емоційна відстороненість. Переважали скарги на почуття внутрішньої спустошеності, втрати сенсу життя, апатію. Персонал швидкої допомоги відзначав безперспективність свого професійного майбутнього, «порожнечу» сьогодення, незадоволеність прожитими роками. Періодичне відчуття безглуздості життя, непотрібності спричинило стан тривожності, пригніченості. Було втрачено почуття радості, обстежені не відчували насолоди від успішно виконаної роботи, від спілкування з родиною і навколишнім світом. Характерним було звуження кола інтересів, зниження мотивації до праці, професійна ригідність, обмеження чи неможливість соціальних контактів.

Крім цих скарг, відзначали скарги психосоматичного й іпохондричного генезу. Вони майже цілком визначалися переживаннями, зосередженими на соматичних захворюваннях та їхніх можливих наслідках у соціальному, сімейному й індивідуальному аспектах. Унаслідок зниження рівня домагань соціальна активність фахівців різко знижувалася. Відзначено викривлену самооцінку, песимізм і втрату перспективи.

Спроби компенсувати перераховані вище скарги прийомом алкоголю, психоактивних речовин і антигромадською поведінкою не давали бажаного результату, оскільки спричиняли почуття провини, розгубленості і втрату власної ідентичності, тобто приналежності до певного соціального шару.

До другої групи нами віднесено 58 (54,72%) співробітників швидкої допомоги, в яких діагностували синдром вигоряння середнього ступеня вираженості, частково компенсований різними неадаптивними способами (фаза «резистенції» за В.В. Бойком).

Для обстежених цієї групи провідними симптомами були неадекватне емоційне вибіркове реагування та емоційно-моральна дезорієнтація. Типовими були скарги на втрату бажань і прагнень, на зниження уваги, нездатність зосередитися на



Таблиця

Розподіл обстежених за варіантами синдрому вигоряння, %

Варіант	1-а група (n=17)	2-а група (n=58)	3-я група (n=31)	Усього (n=106)
Астено-субдепресивний	11,76±7,81	3,45±2,40	54,84±8,94	19,81±3,87
Сомато-вегетативний	41,18±11,94	15,52±4,75	—	17,92±3,73
Астено-іпохондричний	52,94±12,11	65,52±6,24	9,68±5,31	47,17±4,85
Астено-обсесивний	—	15,52±4,75	12,90±6,02	12,26±3,19
Істероформний	—	—	22,58±7,51	6,60±2,41

чому-небудь, що виявлялося вже на початку робочого дня. Співробітників турбувало зниження працездатності, неможливість виконання колишнього обсягу розумового навантаження через швидку стомлюваність, почуття внутрішньої напруженості, тривожності, невпевності. У цих обстежених виявлено розлади сну (раннє пробудження, утруднене засинання і відсутність вранці почуття відпочинку і бадьорості). Однак такі емоційні прояви відрізнялися невеликою стійкістю, динамічністю і супроводжувалися спробами їхньої компенсації, внаслідок яких було сформовано дезадаптивні способи зняття стресу, що призвело до часткової редукції професійних обов'язків. Це виявлялося негативним і цинічним ставленням до пацієнтів та роботи і зменшенням ефективності роботи.

Як антистресори обстежені цієї групи респондентів використовували алкоголь і психоактивні речовини для корекції настрою.

У третю групу ввійшла 31 (29,25%) особа з не вираженою, стертою, значною мірою компенсованою картиною синдрому вигоряння (фаза «напруження» за В.В. Бойком).

Для співробітників бригад швидкої допомоги були характерні швидка стомлюваність і виснаження. До кінця робочого дня знижувалася працездатність, відзначалося виражене ослаблення пам'яті й уваги. З'являлася емоційна лабільність, що виявлялося дратівливістю і неухильністю при спілкуванні з пацієнтами, а також пригніченістю настрою і виникненням агресії по відношенню до колег і членів родини. Обстежені також скаржилися на знижене тло настрою, що не доходило, однак, до ступеня туги. Песимістичне світосприйняття обмежувалося переважно власною професійною діяльністю та ситуацією на роботі. Однак усі психопатологічні прояви досить швидко компенсувалися нічним відпочинком і/чи переключенням на інші, непрофесійні, види діяльності (спорт, фізичні навантаження, спілкування з членами родини, хобі).

Комплексна оцінка стану емоційної, когнітивної і соматовегетативної сфер обстежених дала

зможу виділити певні феноменологічні варіанти синдрому професійного вигоряння.

Астено-субдепресивний варіант виявлено нами в 21 (19,81%) співробітника (таблиця). Переважаючою скаргою було знижене тло настрою з періодичними компонентами туги чи тривоги. На відміну від справжньої депресії не спостерігалось «світлого проміжку» у другій половині дня, а негативна афективна симптоматика корелювала зі стомленням. На тлі песимістично-негативного світосприйняття спостерігалася фрустрація від недореалізації професійних можливостей. Самооцінка була в усіх випадках досить високою, часто з елементами переоцінювання. На відміну від справжньої депресії відчуття власної меншовартості, самозневаги не спостерігали.

Сомато-вегетативний варіант діагностували у 19 (17,92%) обстежених. Найхарактернішими були сомато-вегетативні компоненти — тахікардія, алгічно-парестетичні феномени, що мігрують, гіпергідроз та ін. на тлі тривоги. Фабульованих фобічних переживань не спостерігали.

Астено-іпохондричний варіант виявлено в 50 (47,17%) співробітників. Він також характеризувався різними сомато-вегетативними проявами. При цьому вегетативний компонент був значно менш вираженим; перше місце посідали психалгії, парестезії і, рідше, сенестопатії. На цьому тлі спостерігали появу думок про можливість розвитку нез'ясованого соматичного захворювання. Такі особи використовували службові зв'язки для проведення численних інструментальних обстежень поліорганного характеру.

Астено-обсесивний варіант діагностовано у 13 (12,26%) обстежених. Він характеризувався появою нав'язливих сумнівів у якомусь компоненті професійних дій. У більшості вдавалося ідентифікувати фактор психогенної фіксації. На відміну від обсесивно-компульсивного розладу, обсесії зосереджувалися зазвичай у професійній площині.

Істероформний варіант (7 осіб, або 6,60%) характеризувався частими вираженими експресивно-афективними реакціями, зазвичай ситуаційно



зумовленими. Сила, тривалість і полярність афекту в більшості випадків корелювали із зовнішньою ситуацією і мали елементи демонстративності, театральності різного ступеня вираженості.

Залежно від ступеня тяжкості синдрому вигорання виявлено такі закономірності. У першій групі (з найтяжчим ступенем) переважали астено-іпохондричний і сомато-вегетативний варіанти, у другій (із середнім ступенем вираженості) – астено-іпохондричний, у третій (з найлегшим ступенем) – астено-субдепресивний.

Висновки

У персоналу бригад швидкої допомоги найпоширенішим є синдром професійного вигорання

середнього ступеня вираженості, а із феноменологічних варіантів – астено-іпохондричний.

Синдром професійного вигорання в усіх феноменологічних варіантах мав виражений астеничний компонент.

Феноменологічні прояви синдрому професійного вигорання слід диференціювати з депресивним синдромом, який, незважаючи на зовнішню подібність, має іншу структуру і динаміку афективних, когнітивних і ментально-змістовних компонентів.

Необхідно розробити систему диференційованих психокоригувальних заходів для медичного персоналу бригад швидкої допомоги та організувати психотерапевтичні кабінети незалежно від відомчого підпорядкування.

Література

1. Абрамов В.А., Алексейчук И.С., Алексейчук А.И. Исследование синдрома выгорания на этапе мета-обзоров. Ч. 1 // Журн. психиатрии и медицинской психол. — 2008. — №1 (18). — С. 117–123.
2. Гавриленко М.А. К вопросу о развитии синдрома «выгорания» у врачей-психиатров-психотерапевтов // Архив психиатрии. — 2002. — №4 (31). — С. 192–194.
3. Кокотова Е.А. Симптоматика синдрома выгорания на различных стадиях у среднего медицинского персонала психиатрических учреждений // Журн. психиатрии и медицинской психол. — 2007. — №1 (17). — С. 62–68.
4. Маркова М.В., Бабич В.В. Медико-психологичні аспекти розвитку та перебігу хвороб системи кровообігу // Новости медицины и фармации. — 2008. — № 243. — С. 71–74.
5. Михайлов Б.В., Гавриленко М.А. Синдром «выгорания», его причины и способы коррекции // Архив психиатрии. — 2001. — №4 (27). — С. 32–36.
6. Михайлов Б.В., Гавриленко М.А. До питання про структуру особи лікарів-психіатрів // Форум психіатрії і психотерапії. — Львів, 2000. — Т. 2. — С. 75–77.
7. Юрьева Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика, коррекция. — К.: Сфера, 2004. — 272 с.
8. Glenn A. R. Prevention of burn-out // Advances in Psychiatric Treatment. — 1997. — Vol. 3. — P. 282–289.

Б.С. Федак, Б.В. Михайлов, И.Н. Сарвир

Синдром профессионального выгорания у медицинского персонала бригад скорой помощи

Представлены результаты комплексного клинико-психопатологического и психодиагностического исследования медицинского персонала бригад скорой помощи. Выделены феноменологические варианты синдрома профессионального выгорания, наиболее распространенным является астено-ипохондрический. Показано, что синдром профессионального выгорания во всех феноменологических вариантах имеет выраженный астенический компонент. Полученные результаты могут быть использованы при разработке психокоррекционных мероприятий.

B.S. Fedack, B.V. Mykchaylov, I.M. Sarvir

The professional burning out problem of ambulances personal

The complex clinical psychopathological and psychodiagnostical 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.

