

УДК 612.744.21

ОЦЕНКА ПСИХОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

А. П. Кузьменко

Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, г. Ханты-Мансийск, Россия

MARC OF PSYCHOFUNCTIONAL STATUS IN THE NORTH REGION MEDICAL WORKS ON DEPENDENCE IN CHARACTER OF PROFESSIONAL ACTIVITIES

A. P. Kuzmenko

Khanty-Mansiysk State Medical Academy, Khanty-Mansiysk, Russia

© А. П. Кузьменко, 2014

Проведено анонимное анкетирование 54 медицинских работников выездных бригад скорой медицинской помощи и 56 медицинских работников поликлиники г. Ханты-Мансийска. Установлена высокая степень подверженности синдрому эмоционального выгорания: 35 (64,8%) в группе скорой медицинской помощи и 8 (14,3%) в группе медработников поликлиники. В то же время у медицинских работников выездных бригад скорой помощи выявлен более высокий уровень психологической устойчивости к экстремальным условиям труда.

Ключевые слова: медицинские работники выездных бригад скорой помощи, синдром эмоционального выгорания, психофункциональное состояние.

Anonymous questionnaires in 54 medical staff of first aid moving brigades and 56 medical staff polyclinic of Khanty-Mansiysk were cared. High level subject to emotional burn owning syndrome was typical for medical staff of first aid moving brigades: 35 (64,8%) and for 8 (14,3%) for medical staff polyclinic. So medical staff of first aid moving brigades had high level psychological stability to extremely condition of the work: 41 (75,9%) and for 16 (28,6%) in medical staff polyclinic group.

Key words: medical staff of first aid moving brigades, emotional burn owning syndrome, psycho functional status.

Контакт: Кузьменко Анастасия Петровна, anastasiyakuzmenko@yandex.ru

ВВЕДЕНИЕ

Деятельность медицинского работника, независимо от разновидности выполняемой работы, относится к профессиям с повышенной моральной ответственностью. Частые стрессовые ситуации, в которые попадает медицинский работник в процессе сложного взаимодействия с больным, постоянное проникновение в суть медицинских проблем пациента, личная незащищенность и другие морально-психологические факторы оказывают негативное воздействие на его здоровье. На современном этапе развития российского общества в условиях социально-экономической нестабильности, конкуренции на рынке труда, социальных стрессов возрастают требования, предъявляемые к профессионализму личности. Однако далеко не каждый может адаптироваться, эффективно осуществлять свою профессиональную деятельность и социальную роль, а потому повышается вероятность развития неблагоприятных психических состояний.

Одной из приоритетных задач психологии развития, медицинской психологии, психологии труда является исследование специфических социально-психологических явлений, к числу которых относится и «эмоциональное выгорание» среди профессионалов разных областей труда, разработка программ по их предупреждению и коррекции. Феномен выгорания является острым кризисным состоянием. Он свойственен людям, которые постоянно сталкиваются с негативными переживаниями других людей и оказываются в большей или меньшей степени личностно вовлеченными в них. Одно из первых мест по риску возникновения синдрома эмоционального выгорания занимают медицинские профессии [1]. Синдром эмоционального выгорания проявляется нарастающим безразличием к своим обязанностям, событиям, происходящим на работе, растущим негативизмом по отношению к пациентам и коллегам, ощущением собственной профессиональной несостоятельности, ощущением неудовлетворенности работой, явлениями деперсонализации, а в конечном итоге резким ухудшением качества жизни. В дальнейшем могут развиваться невротические расстройства и психосоматические заболевания. Развитию данного состояния способствует необходимость работать в напряженном ритме с большой эмоциональной нагрузкой личностного взаимодействия с трудным контингентом. Вместе с тем развитию синдрома способствует отсутствие должного материального и психологического вознаграждения за выполненную работу, что заставляет человека думать, что его работа не имеет ценности для общества [2].

Влияние профессиональной деятельности на сотрудников скорой медицинской помощи (СМП) существенно отличается от такового на медицинских работников других специальностей. Существуют специфические особенности и отличия: экстремальность ситуаций с учетом дефицита времени; постоянный контакт с психологически трудным контингентом (тяжелые и умирающие больные); затрудненный психологический контакт из-за нарушения сознания больного или пострадавшего; оказание медицинской помощи в присутствии родственников, соседей или прохожих; сложные условия оказания медицинской помощи: на улице, в непригодных помещениях (отсутствие необходимого освещения, воды и канализации, места для размещения медицинского оборудования); все возрастные периоды жизни больных и пострадавших и разнообразный характер патологии [3]. Последствия выгорания

медицинского персонала могут повлиять как на саму личность, так и на профессиональную деятельность: ухудшается качество работы, утрачивается творческий подход к решению задач, возрастает количество профессиональных ошибок, увеличивается число конфликтов на работе и дома, что нередко приводит к переходу на другую работу или смене профессии [4, 5].

Рост эмоциональных проблем становится универсальной тенденцией нашего времени, и, что особенно важно, наиболее сильно это касается лиц трудоспособного возраста. Еще более остро обозначенная проблема проявляется в условиях проживания в северном регионе [6]. Данные исследований последних лет позволяют связать прогрессирование психофункционального напряжения в высоких широтах с дискомфортными природными условиями и хроническим климатогеографическим стрессом. Показано, что наиболее характерными ведущими проявлениями климатогеографического стресса в дискомфортных регионах Севера являются реакции центральной нервной системы и развитие «окислительного стресса». Кроме этих проявлений, в синдром климатогеографического стресса может включаться и психоэмоциональное напряжение [7, 8].

Цель исследования: оценить психофункциональное состояние медицинских работников выездных бригад скорой помощи и поликлинического звена здравоохранения, постоянно проживающих и работающих в северном регионе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено анонимное анкетирование на основании добровольного согласия у 110 медицинских работников (врачи, фельдшера, медицинские сестры), постоянно проживающих и работающих в г. Ханты-Мансийске.

Первая группа — 54 медицинских работника (врачи, фельдшера) городской станции скорой медицинской помощи (ГССМП), средний возраст — $36,2 \pm 1,3$ года, среди которых 14 (25,9%) мужчин и 40 (74,1%) женщин. Все представители данной группы более 5 лет проработали на ГССМП в качестве выездного персонала с нагрузкой 10 и более ночных дежурств в течение месяца.

Вторая группа — 56 медицинских работников поликлинической службы (врачи, медицинские сестры), средний возраст — $39,4 \pm 1,6$ года, среди них 6 (10,7%) мужчин и 50 (89,3%) женщин. Представители поликлинической службы (ПС) работали только в дневное время.

Таблица 1

Сравнительная характеристика психофизиологического состояния у медицинских работников г. Ханты-Мансийска (баллы)

Показатель	Медицинские работники выездных бригад скорой медицинской помощи (n=54)			Медицинские работники амбулаторно-поликлинического звена (n=56)		
	M±m	Me	min↔max	M±m	Me	min↔max
Психологическая адаптированность к рабочим нагрузкам	120,1±4,8	124,0	35↔168	101,4±4,5 **	84,0	56↔172
Подверженность развитию синдрома эмоционального выгорания	53,4±1,1	54,0	33↔78	53,1±1,4	56,0	26↔68
Степень субъективного комфорта	41,6±1,3	40,0	18↔61	50,6±0,5 ***	51,0	39↔58
Подверженность негативным последствиям стресса	48,5±1,5	50,0	24↔75	43,2±1,5 *	43,0	21↔63
Предрасположенность к патологическим стресс-реакциям	15,6±1,2	14,0	2↔41	24,1±1,4 ***	24,0	2↔41
Психологическая устойчивость к экстремальным условиям труда	3,3±0,2	3,0	1↔7	5,3±0,3 ***	5,0	2↔9
Уровень депрессии	43,6±1,3	44,0	24↔63	41,0±1,5	40,0	5↔67

Примечание: здесь и далее достоверность различий: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

Исследование проводилось при помощи 9 анкет: шкала PSM-25 Лемура–Тесье–Филлиона; шкала К. Шрайнер; шкала В. Зунг (адаптирована Т. Баклашовой); шкала А. Леоновой; шкала Маклин (адаптированная Н. Водопьяновой); опросник В. Бойко; опросник А. Рукавишников; опросник Т. Иванченко и соавт.; опросник А. Волкова и Н. Водопьяновой [9].

Результаты исследования подвергнуты статистической обработке с использованием пакета программ MS Excel и программы STATISTICA version 8.0.

Нормальность распределения измеренных переменных проверяли при помощи теста Колмогорова–Смирнова и Шапиро–Уилка. Сравнение двух независимых выборок проводили с помощью непараметрического критерия для двух независимых выборок — Манна–Уитни. Достоверность выявляемых различий определяли по методу Фишера–Стьюдента. Результаты статистических выводов представлены в таблицах в виде M (среднее арифметическое), Me (медиана), m (стандартная ошибка среднего), min (минимальное) и max (максимальное) значения. Критический уровень значимости (p) в работе принимался равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате анкетирования при помощи шкалы PSM-25 Лемура–Тесье–Филлиона [9], которая позволяет оценить психологическую адаптированность к рабочим нагрузкам, получены дан-

ные, свидетельствующие, что 26 (48,1%) опрошенных сотрудников выездных бригад ГССМП имеют средний уровень стресса, а 13 (24,1%) высокий уровень стресса, что говорит о состоянии дезадаптации и психологического дискомфорта. Аналогичные показатели у опрошенных сотрудников амбулаторно-поликлинического звена составили 17 (30,4%) и 5 (8,9%). Очевидно что медицинские работники выездных бригад ГССМП достоверно (p<0,01) в большей степени испытывают психологическое напряжение на работе по сравнению с сотрудниками ПС (табл. 1).

При помощи шкалы Маклина [9] оценивали уровень организационного стресса и степень подверженности развитию синдрома эмоционального выгорания. Установлено, что все обследованные нами медицинские работники г. Ханты-Мансийска имели одинаково высокий уровень организационного стресса и максимально высокую степень подверженности к развитию синдрома эмоционального выгорания.

Степень субъективного комфорта обследуемых лиц выявляли при помощи шкалы А. Б. Леоновой [9]. Выявлено, что 30 (55,5%) опрошенных сотрудников выездных бригад ГССМП имеют низкий уровень субъективного комфорта, а 4 (7,5%) — приемлемый уровень, аналогичные показатели у опрошенных сотрудников ПС составили 1 (1,7%) и 43 (76,7%). Полученные данные свидетельствуют о достоверно (p<0,001) более низком уровне субъективного комфорта у медицинских работников

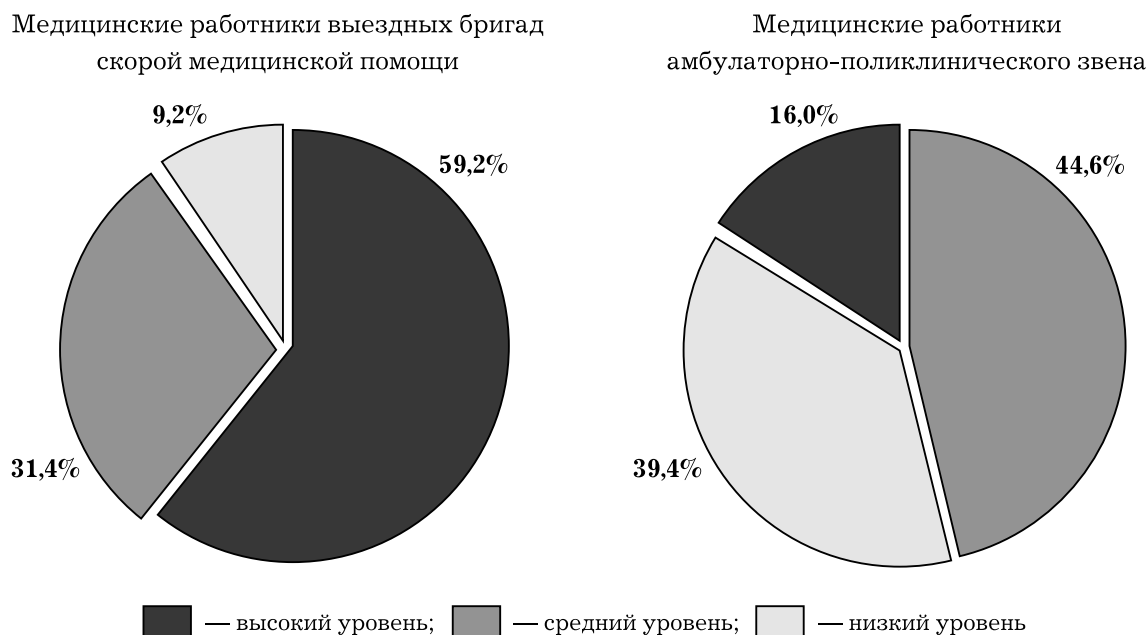


Рис. 1. Сравнительная характеристика уровня психологической устойчивости к экстремальным условиям труда

ГССМП по сравнению с их коллегами ПС, что приводит к более быстрому развитию синдрома эмоционального выгорания при более тяжелых его проявлениях (табл. 1).

Методика Т. П. Иванченко и соавт. [9] позволяет оценить степень подверженности негативным последствиям стресса. Полученные результаты свидетельствуют, что врачи и фельдшера выездных бригад ГССМП в большей степени ($p < 0,05$) подвержены негативным последствиям стресса сравнительно с врачами и медицинскими сестрами, работающими в ПС.

С учетом высокой психоэмоциональной нагрузки у сотрудников выездных бригад ГССМП, проведено исследование при помощи опросника А. Волковой и Н. Водопоьяновой, позволяющего выявить предрасположенность к патологическим стресс-реакциям и невротическим расстройствам в экстремальных условиях труда (рис. 1).

Анкетирование по методике К. Шрайнер [9] направлено на выявление психологической устойчивости к экстремальным условиям труда. Заслуживает внимания то обстоятельство, что подавляющее большинство (41 чел. — 75,9%) опрошенных сотрудников ГССМП в стрессовой ситуации умеют сохранять самообладание и контролировать собственные эмоции. В то же время подобными качествами обладают менее трети 16 (28,6%) медицинских работников ПС ($p < 0,001$). Несомненно, умение сохранять самообладание в экстремальных условиях оказания медицинской помощи является неотъемлемой характеристикой психологического

портрета сотрудников скорой медицинской помощи и показателем их профессионализма.

Известно, что депрессивные состояния возникают как постстрессовые и посттравматические реакции. Шкала В. Зунг (адаптированная Т. Баклашовой) [9] позволяет выявить уровень депрессии, негативно влияющей на качество профессиональной деятельности. Важно подчеркнуть, что ни у кого из обследуемых лиц обеих групп клинически значимой депрессии не выявлено. Однако 13 (24,1%) опрошенных медицинских работников выездных бригад ГССМП и 10 (17,9%) медицинских работников ПС имели легкую депрессию и субдепрессию, хотя достоверно значимых различий в двух группах обследованных лиц не выявлено (табл. 1).

Следующим этапом нашего исследования явилась оценка и сравнение синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников г. Ханты-Мансийска в зависимости от характера профессиональной деятельности при помощи методики В. В. Бойко [9] и А. А. Рукавишников [9]. Методика В. В. Бойко позволяет выделить следующие три фазы развития стресса: «напряжение», «резистенция», «истощение». Результаты оценки выраженности синдрома эмоционального выгорания представлены в табл. 2.

Установлено, что практически у всех медицинских работников северного региона, прошедших анкетирование, синдром эмоционального выгорания находится на разных стадиях формирования, при этом у сотрудников выездных бригад ГССМП

Таблица 2

Сравнительная оценка выраженности синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников по методике В. В. Бойко (баллы)

Фаза стресса	Медицинские работники выездных бригад скорой медицинской помощи (n=54)			Медицинские работники амбулаторно-поликлинического звена (n=56)		
	M±m	Me	min↔max	M±m	Me	min↔max
Истощение	65,7±3,1	65,0	6↔108	39,4±2,9 ***	33	21↔118
Резистенция	65,8±3,1	64,0	21↔117	62,2±3,7	56	22↔126
Напряжение	51,4±2,9	50,0	5↔03	39,1±2,6**	32	21↔14

Таблица 3

Оценка психического выгорания у медицинских работников по методике А. А. Рукавишникова (баллы)

Симптом психического выгорания	Медицинские работники выездных бригад скорой медицинской помощи (n=54)			Медицинские работники амбулаторно-поликлинического звена (n=56)		
	M±m	Me	min↔max	M±m	Me	min↔max
Индекс психического выгорания	113,2±1,8	115,0	80↔154	93,1±2,8 ***	98	27↔117
Психическое истощение	48,6±1,3	51,0	8↔67	35,7±1,7 ***	34	8↔61
Личностное отдаление	33,8±1,1	34,0	19↔55	43,1±1,1 ***	45	16↔53
Профессиональная мотивация	31,0±1,0	31	19↔53	31,7±1,1	32	10↔46

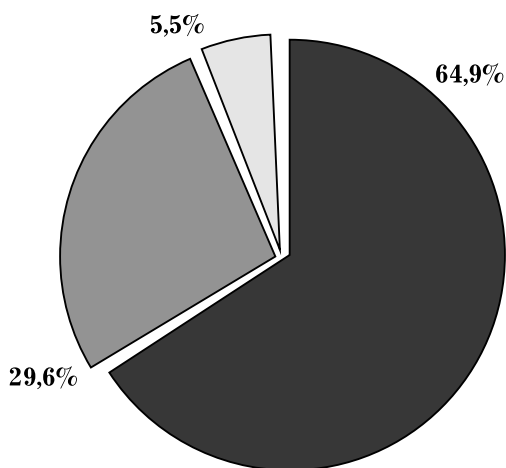
максимально выражены стадии истощения и резистенции, а у сотрудников ПС стадия резистенции.

Методика Рукавишникова А. А., [9] предназначена для диагностики «психического выгорания», позволяет оценить индекс психического выгорания и симптомы, характерные для синдрома эмоционального выгорания: психоэмоциональное истощение, личностное отдаление и снижения профессиональной мотивации (табл. 3).

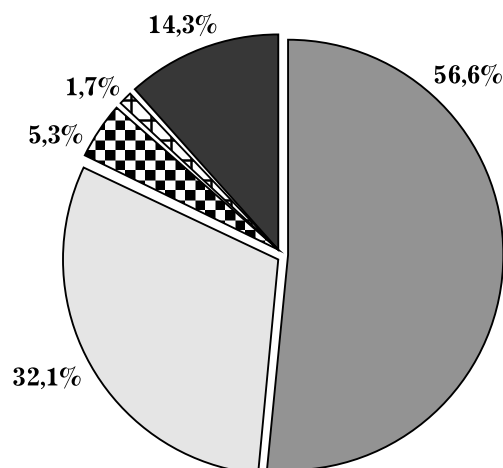
В результате анализа данных по методике А. А. Рукавишникова установлено, что практи-

чески у всех обследованных лиц из группы медицинских работников выездных бригад ГССМП уже сформирован синдром выгорания (51 чел. — 94,5%), причем у большинства (35 чел. — 64,9%) опрошенных индекс психического выгорания имеет крайне высокие значения. У сотрудников ПС этот показатель значительно ниже: синдром сформировался у 32 (70,9%) опрошенных, при этом крайне высокие значения обнаружены лишь у 8 (14,3%) медицинских работников ПС (рис. 2).

Медицинские работники выездных бригад скорой медицинской помощи



Медицинские работники амбулаторно-поликлинического звена



■ — крайне высокий; ■ — высокий; ■ — средний; ■ — низкий; ■ — крайне низкий

Рис. 2. Индекс психического выгорания по методике А.А. Рукавишникова

ВЫВОДЫ

1. Медицинские работники выездных бригад ГССМП и амбулаторно-поликлинического звена в разной степени подвержены развитию синдрома эмоционального выгорания.
2. Среди симптомов эмоционального выгорания у сотрудников ГССМП на первое место выходят психоэмоциональное истощение и профессиональная мотивация, у сотрудников амбулаторно-поликлинического звена — личностное отдаление.
3. Врачи и фельдшера выездных бригад городской станции скорой медицинской помощи испытывают на работе более выраженное психологическое напряжение, имеют более низкий уровень субъективного комфорта и в большей степени подвержены негативным последствиям стресса по сравнению с врачами и медицинскими сестрами амбулаторно-поликлинического звена.
4. Выездные медицинские работники ГССМП обладают более высокой психологической устойчивостью к экстремальным условиям труда по сравнению с медицинскими работниками поликлиники.

ЛИТЕРАТУРА

1. Стратий В.Н., Венрев А.Н., Кандакова Н.Е. Влияние социально-психологических факторов на формирование синдрома эмоционального выгорания в профессиональной деятельности медицинских работников скорой помощи // Скорая медицинская помощь. — 2008. — № 4. — С. 47–50.
2. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. — Самара: Бахрах-М, 2008. — 672 с.
3. Руководство для врачей скорой медицинской помощи / под ред. В. А. Михайловича, А. Г. Мирошниченко. — 3-е изд., перераб. и доп. — СПб.: Невский диалект; М.: Лаборатория базовых знаний, 2005. — 704 с.
4. Хунафин С.Н., Миронов П.И., Зиганшин М.М., Баскакова Н.Д. Характеристика синдрома профессионального выгорания у врачей выездных бригад скорой медицинской помощи // Скорая медицинская помощь. — 2006. — № 1. — С. 37–39.
5. Юрьева Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика, коррекция. — Днепропетровск: Изд-во Днепропетровской мед. академии, 2003. — 216 с.
6. Лобова В.А., Корчин В.И. Особенности психофункционального состояния и работоспособности у коренного населения Севера // Нифонтова О.Л., Корчин В.И., Власова С.В. и др. Эколого-физиологический портрет коренного населения ХМАО-Югры. — Ханты-Мансийск: Изд-во Юграфика, 2012. — С. 157–204.
7. Корчина Т.Я., Корчин В.И. Медико-экологические аспекты оптимизации здоровья населения урбанизированного северного региона: методическое пособие для экологов, врачей, аспирантов и студентов медицинских и биологических специальностей. — Шадринск, 2009. — 90 с.
8. Хаснулин В.И., Хаснулин А.В. Северный стресс и формирование артериальной гипертензии / Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Югра — за здоровый образ жизни», 14–15 декабря, Ханты-Мансийск, 2012: Информационно-издательский центр ХМГМА. — 2012. — № 1–2. — С. 163–172.
9. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. — СПб.: Питер, 2009. — 336 с.

Поступила в редакцию 16.04.2014 г.

ОБЗОРЫ

REVIEWS

УДК 616.24–005.6

ПЕРСПЕКТИВЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ И В СТАЦИОНАРАХ СКОРОЙ ПОМОЩИ

А. В. Демьяненко

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,
Санкт-Петербург, Россия

PERSPECTIVES OF EARLY DIAGNOSTICS OF ACUTE PULMONARY EMBOLISM BY AMBULANCE AND IN EMERGENCY ROOMS OF THE HOSPITAL

A. V. Demyanenko

Dzhanelidze Research Institute of Emergency Care, St. Petersburg, Russia

© А. В. Демьяненко, 2014

Статья отражает современные взгляды на раннюю диагностику острой тромбоэмболии легочной артерии и обосновывает актуальность применения ультразвуковых методов на догоспитальном этапе и в стационарах скорой помощи.

Ключевые слова: тромбоэмболия легочной артерии, правожелудочковая недостаточность, ультразвуковое исследование сердца, эхокардиография, ультразвуковое исследование.

This article reflects modern views on early diagnostics of acute pulmonary embolism and proves relevance of application of ultrasonography at a pre-hospital stage and in ambulance hospitals.

Key words: pulmonary embolism, right ventricular insufficiency, echocardiography, ultrasonography.

Контакт: Демьяненко Анна Васильевна, annedemyanenko@mail.ru

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на значительный прогресс в современной медицине, тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) остается серьезной проблемой здравоохранения с высоким уровнем заболеваемости, смертности и материальных затрат. Общая заболеваемость ТЭЛА в странах Западной Европы и США в составляет около 1 на 1000 населения в год [1]. В Российской Федерации эти показатели остаются одними из самых высоких в Европе [2]. Точно подсчитать распространенность тромбоэмболических осложнений трудно. Почти в 50% случаев острая ТЭЛА остается недиагностированной. Установление ошибочного диагноза у пациентов с массивной тромбоэмболией часто приводит к летальному исходу в первые часы после манифестации симптомов [3]. ТЭЛА занимает третье место в структуре общей смертности и второе как причина внезапной смерти [4]. Рецидив тромбоэмболии приводит к развитию хронической венозной гипертензии.

В условиях доказательной медицины стратегически важной задачей остается поиск маркеров неблагоприятного исхода заболевания и способов сокращения ранней смертности. Под «ранней