

УДК 614.23:616-089.5-057

© О. В. ОЛІЙНИК, С. В. КУЧЕРЕНКО, Т. О. ПОТУПАЛОВА

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського”, КЗ ТОР “Тернопільська університетська лікарня”

## Синдром вигорання в анестезіологів: дослідження депресивної симптоматики і порога больової чутливості з точки зору стажу та статі

O. V. OLIYNYK, S. V. KUCHERENKO, T. O. POTUPALOVA

SHEI “Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky”, ME of TRC “Ternopil University Hospital”

### BURNOUT SYNDROME IN ANESTHESIOLOGISTS: RESEARCH OF DEPRESSION SYMPTOMS AND PAIN THRESHOLD TAKING INTO ACCOUNT THE LENGTH OF SERVICE AND THE SEX

Професійне вигорання – синдром, що характеризується тріадою симптомів: емоційним виснаженням, деперсоналізацією та втратою почуття професійної придатності. Цей феномен широко розповсюджений у середовищі медичних працівників, зокрема пов'язаних з інтенсивною терапією. Наше дослідження здійснювалось із метою визначити зв'язок між розвитком депресивної симптоматики і професійним стажем в інтенсивній терапії. Також ми проводили анальгезиметричне тестування учасників. Ми використали госпітальну шкалу тривожності та депресії (HADS, шкала Zigmond-a), модифікований тест Zung-a і електричний долориметр. 48 анестезіологів і 20 добровольців були поділені на три групи: I – анестезіологи зі спільним стажем роботи в інтенсивній терапії менше 10 років; II – анестезіологи зі стажем роботи більше 10 років; III – контрольна група. У першій групі результати тестів вказали наявність легкої невротичної чи ситуативної депресії; у другій – прихованої депресії. Поріг больової чутливості виявився найнижчим у другій групі 20,2 і 18,6 мА для чоловіків та жінок відповідно; найменш чутливі до болю учасники з третьої групи (55,0 мА і 60,4 мА відповідно). Отже, депресивна симптоматика притаманна більшою мірою анестезіологам із тривалишим стажем роботи; не спостережено суттєвої гендерної різниці результатів психологічних і долориметричних тестів.

Professional burnout is a syndrome characterized with the triad of symptoms: emotional exhaustion, depersonalization and loss of a feeling of personal accomplishment at work. This phenomenon is widespread through the health care workers, especially those connected with the intensive care units. Our research was conducted to investigate the connection between development of depression symptoms and duration of professional experience at ICU. We also conducted and analyzed the results of analgesimetry tests of investigated. For the study we used Hospital Anxiety and Depression Scale, Modified Zung Test and electric dolorimeter. 48 anesthesiologists and 20 volunteers participating in the research were divided into three groups: I – professional experience at the ICU less than 10 years; II – professional experience at the ICU over 10 years; III – Control group. In the first group HADS Scale showed normal results (0–7 points) and Zung Test pointed a slight neurotic depression (50–59 points). In the second group tests proved the existence of masked depression (60–69 points) and increased levels of anxiety and depression at HADS (8–10 points). Analgesimetry tests discovered the highest level of pain threshold in the third group (55,0 and 60,4 mA for women and men accordingly) and the lowest level in the second group (20,2 and 18,6 mA for women and men accordingly). Comparison of I and II groups shows, that anesthesiologists with greater professional experience are more likely to suffer from latent depression (in 1,2 times). The threshold of pain is 3 times lower in the second group in comparing with the control group and 1,5 times lower than the results of the I group. No significant gender difference was noticed in both psychological and dolorimeter tests.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** Синдром професійного вигорання – це фізичне, емоційне і мотиваційне виснаження, яке характеризується порушеннями продуктивності праці, розвитком негативної самооцінки, скептичного сприйняття результатів роботи та втратою співчуття до клієнтів [1, 2]. У середовищі медичних працівників взагалі і представників інтенсивної терапії зокрема цей феномен виникає за рахунок хронічної експозиції на стрес на тлі нереальних очікувань пацієнтів та близьких їм людей від персоналу лікувального закладу, ризику штрафних санкцій, наявності “подвійних стандартів”, невідповідності витрачених зусиль та от-

риманої матеріальної винагороди, монотонності виконуваних обов'язків і неможливості приймати рішення самостійно. У своєму розвитку синдром проходить три стадії: перша маніфестує болем голови, симптомами застуди, відчуттям роздратування, які минають одразу після періоду відпочинку (наприклад, вихідних) та не потребують професійної корекції; друга – вибухами роздратування та погіршенням якості виконуваної роботи через надмірну її стандартизацію, виникненням негативних переживань при спілкуванні з пацієнтами і колегами, що залишаються навіть після відпочинку, проте зникають поза сферою професійної діяльності; третя – прогресуванням психологічних і пси-

хосоматичних симптомів, яке не припиняється без допомоги спеціаліста. У МКХ-Х синдром професійного вигорання класифікується як “стрес, пов’язаний із труднощами підтримання нормального способу життя”.

Класичною методикою для встановлення синдрому професійного вигорання є Maslach Burnout Inventory (МВІ) – анкета, запропонована Cristina Maslach у 1986 році; опитувальник складається з 22 пунктів, поділених на три категорії: емоційне виснаження, деперсоналізація та редукція особистих досягнень. Крім МВІ, для дослідження синдрому вигорання можуть бути використані ММРІ (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), шкала цинізму, тести, спрямовані на виявлення депресивної симптоматики. Депресія, на відміну від синдрому вигорання, охоплює не лише професійну сферу життя, і для її діагностики існують окремі методики і критерії; однаковою мірою дебютом і синдрому вигорання, і депресії може бути синдром хронічної втоми. У даному дослідженні ми зосередились на виявленні депресивної симптоматики як невід’ємного компонента синдрому вигорання в анестезіологів із різним стажем роботи. Крім того, з метою об’єктивізації діагностики синдрому вигорання ми проаналізували поріг больової чутливості в анестезіологів із різним стажем роботи та здорових добровольців.

**Мета роботи:** проаналізувати відмінності психоемоційного стану та порога больової чутливості анестезіологів залежно від стажу їх роботи, порівняти результати контрольної та основних груп та з’ясувати, чи існують відмінності для представників різних статей в одній професійній групі.

**Матеріали і методи.** Практична частина роботи виконувалась протягом жовтня 2011 року на базах відділень анестезіології та інтенсивної терапії лікарень м. Тернополя. Для дослідження ми обрали госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS, шкала А. Zigmond) та тест Zung-a в моди-

фікації Т. Балашової. Опитуваних було поділено на групи: 1-ша група (I) – 18 анестезіологів зі стажем роботи в інтенсивній терапії до 10 років (14 чоловіків та 4 жінки); 2-га група (II) – 30 анестезіологів зі стажем роботи понад 10 років (22 чоловіки та 8 жінок); третя група (III) – контрольна – здорові добровольці, не пов’язані з роботою в інтенсивній терапії (10 чоловіків та 10 жінок). Для визначення порога больової чутливості використовувався електричний долориметр, як подразник – електричний струм із напругою 28 В тривалістю 10 мілісекунд.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Серед досліджуваних I групи (стаж роботи в інтенсивній терапії до 10 років) рівні тривоги та депресії за шкалою Zigmond-a не перевищували нормальних показників (до 7 балів), у тесті Zung-a отримано результати, які вказують на легку депресію ситуативного чи невротичного характеру (від 50 до 59 балів). Аналіз тестів опитуваних II групи виявив субклінічні тривоги і депресію за тестом Zigmond-a (8–10 балів) та субдепресивний стан (масковану депресію) за шкалою Zung-a (від 60 до 69 балів). Щодо контрольної групи, то результати всіх тестів були нормальними, у випадку шкали Zigmond-a майже не відрізнялись від результатів I групи.

Найвищим поріг больової чутливості був у контрольній групі (55,0 та 60,4 міліампер для жінок та чоловіків відповідно), середні показники больової чутливості виявила аналгезиметрія у досліджуваних I групи (28,0 та 30,0 міліампер), а найнижчі – у II групі (20,2 та 18,6 міліампер). Докладно результати дослідження наведено у таблиці 1.

Початкове припущення про залежність порога больової чутливості від стажу роботи у відділенні інтенсивної терапії (тобто від психоемоційного статусу та наявності психосоматичних проявів синдрому вигорання) підтвердилося. Такий результат суперечить загальновідомій тезі про те, що власне сам поріг больової чутливості не змінюється про-

**Таблиця 1. Результати досліджень психоемоційного стану та порога больової чутливості анестезіологів залежно від стажу їх роботи**

Групи досліджуваних		Шкала Zigmond, бали		Модифікований тест Zung, бали	Чутливість (сила струму), міліампери
		тривога	депресія		
I. Анестезіологічний стаж до 10 років	ж	6,6±0,4	6,4±0,4	50,4±2,4	28,0±1,2*
	ч	6,2±0,4	6,4±0,4	52,8±2,4	30,2±1,5*
II. Анестезіологічний стаж понад 10 років	ж	10±0,5*	9,6±0,6*	60,4±4,2*	20,5±0,8*
	ч	10,2±0,5*	9,8±0,6*	62,7±4,2*	18,4±1,6*
III. Контрольна група	ж	6,0±0,5	5,3±0,4	44±3,6	55,2±2,2
	ч	5,6±0,5	5,2±0,4	42,6±3,6	60,4±3,3

Примітка. \* – P<0,001 відносно здорових осіб відповідної статі.

тягом тривалого часу і не залежить від суб'єктивних переживань індивіда, оскільки детермінований кількістю больових рецепторів, на відміну від реакції на біль, яка залежить від численних екзо- й ендогенних факторів.

Незважаючи на численні дослідження гендерного аспекту професійного вигорання, зробити однозначні висновки про переважну схильність однієї статі до цього типу розладу адаптації неможливо: частина досліджень вказує на більшу ймовірність розвитку цього синдрому в чоловіків [9, 10], не менша їх кількість підтримує протилежну думку [11, 12]. У своєму дослідженні ми не встановили суттєвої залежності між маніфестацією депресивної симптоматики та статтю в анестезіологів, хоча у жінок в середньому менша сума балів у модифікованому тесті Zung-a, що важко однозначно пов'язати із більшою стійкістю до депресивних реакцій через малу кількість опитуваних.

Додатково ми маємо намір використати тести даної моделі для дослідження середнього медичного персоналу відділень інтенсивної терапії, оскільки стосунки між персоналом прямо впливають на розвиток синдрому вигорання і якість медичної допомоги [5]. Цікавою також видається перспектива порівняння проявів синдрому вигорання між

різними групами спеціалістів з аналогічним за тривалістю досвідом роботи, оскільки на основі попередніх досліджень Л. А. Мальцевої, Л. В. Усенко і колег відомо, що ступінь вираження деформації особистості в анестезіологів набагато вищий, ніж, наприклад, у хірургів з еквівалентним професійним стажем [3].

**Висновки.** 1. Простежується підвищення рівня тривоги і депресії за шкалою Zigmond зі збільшенням стажу роботи в інтенсивній терапії, а саме: в 1,6 раза більші показники опитуваних II групи порівняно з I та в 1,8 раза порівняно з контрольною групою.

2. Встановлено наявність маскованої депресії за результатами тесту Zung-a в анестезіологів, які працюють в інтенсивній терапії понад 10 років: результати II групи (з понад 10-річним стажем) в 1,2 раза більші за результати опитуваних з I групи та в 1,6 раза більші за суми балів контрольної групи.

3. Поріг больової чутливості найнижчий в анестезіологів із понад 10-річним стажем роботи в інтенсивній терапії: у 3 рази нижчий, ніж у контрольній групі та в 1,5 раза нижчий, ніж у I групі.

4. У ході дослідження не встановлено значної різниці між представниками різних статей у рівнях тривоги та депресії, а також в анальгезиметричних тестах.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Maslach C. Job burnout / C. Maslach, W. B. Schaufeli, M. P. Leiter // *Annu. Rev. Psychol.* – 2001. – № 52. – P. 397–422.
2. Maslach C. History and conceptual specificity of burnout. Recent development in theory and research / C. Maslach, W. Schaufeli // *Hemisphere.* – 1993, New-York.
3. Мальцева Л. А. Сравнительная психофизиологическая характеристика анестезиологов и хирургов с длительным сроком работы по специальности / Л. А. Мальцева, Л. В. Усенко // *Біль, знеболювання та інтенсивна терапія.* – 2001. – № 1. – С. 2–5.
4. Миронов П. И. Распространенность и характеристика синдрома “эмоционального выгорания” у персонала отделений интенсивной терапии / П. И. Миронов, Н. В. Асафьева // [www.icj.ru](http://www.icj.ru)
5. Nurse-physician collaboration and satisfaction with the decision-making process in three critical care units / J. G. Baggs, M. H. Schmitt, A. I. Mushlin et al. // *Am. J. Crit. Care.* – 1997. – № 6. – P. 393–399.
6. Сидоров П. С. Синдром эмоционального выгорания / П. С. Сидоров // *Медицинская газета.* – 2005. – 8 июня. – № 43.

7. Юр'єва Л. М. Професійне вигорання у медичних працівників: формування, профілактика і корекція / Л. М. Юр'єва. – К., 2004.
8. Кассиль Г. Н. Наука о боли / Г. Н. Кассиль. – М.: Наука, 1975.
9. Burke R. J. Longitudinal study of psychological burnout in teachers / R. J. Burke, E. A. Greenglass // *Human Relations.* – 1995. – Vol. 48 (2). – P. 187–202.
10. Ogun E. D. Gender-role differences, work stress and depersonalization / E. D. Ogun, E. R. Greenglass, R. J. Burke // *J. of Social Behavior and Personality.* – 1990. – Vol. 5 (5). – P. 387–398.
11. Daniel J. Psychological burnout in professional with permanent communication / J. Daniel, I. Shabo // *Studia-Psychologica.* – 1993. – Vol. 35 (4-5). – P. 412–414.
12. Gender differences in occupational stress among correctional officers. Special issue: Personnel issues in criminal justice / G. R. Gross, S. J. Larson, G. D. Urban, L. L. Zupan // *American J. of Criminal Justice.* – 1994. – Vol. 18 (2). – P. 219–234.

Отримано 27.02.12