

5. Сиденкова, А. П. Болезнь Альцгеймера. Клинические типы. Стадии деменции. Структура синдрома. – Екатеринбург: УГМА, 2012. – 123 с.

6. Блейхер, В. М. Клинико-психопатологическая систематика синдромов слабоумия сосудистого генеза // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1967, – № 4. – С. 7-12.

Сведения об авторах

Жмудь Марина Викторовна — врач-психиатр, ГБУЗ СО СОКПБ. Адрес для переписки: pavlukova-zhmud@rambler.ru
Сиденкова Алёна Петровна — д-р мед. наук, доц., зав. кафедрой психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: sidenkovs@mail.ru

ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ ФАКТОР В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И ПРОБЛЕМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

УДК 617-089+159.99

А.Л. Левит², Л.Т. Баранская¹, А.И. Колесник¹

¹Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация,

²Свердловская областная клиническая больница № 1, г. Екатеринбург, Российская Федерация

В статье рассмотрено соотношение потребности системы современного здравоохранения в качественных изменениях, обусловленных возрастанием роли профессионала, с ее практической реализацией в деятельности реанимационно-анестезиологического отделения, ведущего областного лечебного учреждения. Проведено исследование синдрома эмоционального выгорания у врачей-анестезиологов как субъективного ответа на профессиональный стресс.

Ключевые слова: человеческий фактор, личность врача анестезиолога-реаниматолога, качество анестезиологического пособия, эмоциональное выгорание.

THE HUMAN FACTOR IN ANESTHESIOLOGY AND THE PROBLEM OF PROFESSIONAL BURNOUT

A.L. Levit², L.T. Baranskaya¹, A.I. Kolesnik¹

¹Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation

²Sverdlovsk Regional Clinical Hospital No. 1, Yekaterinburg, Russian Federation

The article examines the ratio of the need of the modern health care system in qualitative changes caused by the increasing role of the professional, with its practical implementation in the activities of the resuscitation and anesthesiology department, the leading regional medical institution. The study of burnout syndrome in anesthesiologists as a subjective response to professional stress was carried out.

Keywords: human factor, the personality of the anesthesiologist-resuscitator, the quality of the anesthesiologist allowance, emotional burnout.

Введение

В процессе глобализации, затрагивающей все стороны и системы современной жизни, происходит трансформация роли человека при выполнении им социальных и профессиональных функций, при становлении его профессиональной идентичности. Среди важных проблем, решение которых обеспечивает качественные преобразования в системе здравоохранения — соотношение личной и социальной перспективы с точки зрения медицинского работника, принимающего решения на каждом этапе своей профессиональной карьеры: остаться ли в данной профессии или выбрать другую, в которой он получит больше возможностей для сохранения и реализации себя, или где его (в его прежней профессии) оценят сообразно его притязаниям.

В докладе Комитета по качеству оказания медицинской помощи (США) «Пересекая пропасть качества — новая система здравоохранения XXI века» было провозглашено настоятельное требование к преобразованию всей современной системы здравоохранения. В частности, указывалось, что между здравоохранением, которое есть, и медициной, которая могла бы быть, лежит не

просто разрыв, а пропасть, обусловленная тем, что существующие в системе здравоохранения рутинные недостатки перекрывают ее потенциальные преимущества. В конце доклада авторы подчеркнули, что до тех пор, пока не будут внесены качественные изменения во все звенья, система здравоохранения работать не будет [1].

По-видимому, все сказанное выше равным образом справедливо для любой современной системы здравоохранения в развитых странах Европы и Азии. Не является исключением и Российская Федерация [2, 3].

Не претендуя в рамках статьи на глобальное рассмотрение проблемы необходимости качественных изменений в практическом здравоохранении, остановимся на рассмотрении данной проблемы в конкретной области медицины — анестезиологии.

По мнению ряда исследователей, анестезиология может рассматриваться в качестве модели профессиональной врачебной деятельности, релевантной для других областей медицинской практики, решающих практические задачи лечения и реабилитации пациентов [3, 4]. В то же время деятельность врачей анестезиологов-ре-

аниматологов имеет специфические задачи и критерии их успешного выполнения, такие, как сохранность жизни пациента, обеспечение минимального психоповреждающего действия наркоза на ЦНС и др.

В современных условиях наиболее важным компонентом любого метода анестезиологического пособия являются человеческие качества анестезиолога и его отношение к безопасности пациента. Традиционно считалось, что должным образом обученный анестезиолог автоматически выполнял все надлежащим образом, а все неблагоприятные исходы «списывались» на несовершенство искусства и науки анестезиологии. Реже неблагоприятные исходы признавались следствием небрежности или некомпетентности некоторых анестезиологов. Сегодня существует более полное понимание, разделяемое большинством профессионалов, что анестезиологи сами по себе как специалисты и как личности должны обладать высокой удовлетворенностью в рамках выбранной профессии, устойчивостью по отношению к окружающей их рабочей обстановке, интересом к самому процессу труда в данной сфере и получению новых знаний.

Отдельной проблемой в работе анестезиолога-реаниматолога является его взаимодействие с коллегами других специальностей. Gaba D.M. & Howard S.K. отмечают, что иногда «даже после проведения предоперационной оценки явное или скрытое давление со стороны хирургов (или других специалистов) в некоторых случаях может вынудить анестезиолога начинать анестезию, несмотря на присутствие серьезных или неконтролируемых медицинских проблем». В ходе рандомизированного опроса анестезиологов-реаниматологов одного из штатов США было обнаружено, что у 49,0 % респондентов возникали ситуации, в которых безопасность пациентов была поставлена под угрозу вследствие давления на анестезиолога, 30,0 % сообщили о сильном давлении со стороны хирургов в ситуации, когда анестезиологи хотели отменить операцию. Примечательно, что 20,0 % согласились с утверждением: «Если я отменю операцию, я могу поставить под угрозу свою дальнейшую работу с этим хирургом». Утверждение «Я изменял свою обычную практику при необходимости ускорения начала операции» у 20,0 % респондентов вызвало ответ «иногда», у 5,0 % — «часто». 20,0 % опрошенных оценили давление хирургов, пытавшихся ускорить введение анестетиков или индукцию, как сильное или интенсивное. При этом в дальнейшем анестезиологи могут чувствовать себя обязанными идти против собственных убеждений даже при отсутствии явного давления со стороны врачей.

Исследования человеческого фактора в анестезиологии-реаниматологии показывают, что внутренние (психологические) причины и внешние (организационные) условия могут оказать существенное влияние на качество выполняемой работы, на работоспособность и профессиональное самоощущение даже высококвалифицированного специалиста. В крайних случаях,

таких как чрезмерная усталость (эмоциональное истощение), ослабление ощущения самокомпетентности (редукция профессиональных достижений), неблагоприятное соотношение внутреннего и внешнего может привести не только к снижению эффективности в работе анестезиолога, но и к необходимости на определенный период «расстаться» с профессией. При этом следует отметить, что практика анестезии требует от специалиста внимательности и квалифицированности, но не запредельной работоспособности: нереально ожидать пика производительности при каждом анестезиологическом пособии.

Цель исследования

Выявить уровень сформированности синдрома эмоционального выгорания у врачей реанимационно-анестезиологического отделения (РАО) СОКБ № 1 г. Екатеринбурга и его влияние на успешное выполнение профессионально значимых задач.

Участники и методы исследования

В исследовании приняли участие 28 врачей-анестезиологов РАО крупнейшего лечебного учреждения Уральского региона, оказывающего высокотехнологичную медицинскую помощь населению Свердловской области «ГАУЗ СО Свердловская областная клиническая больница № 1» (n = 28 чел.). Среди обследуемых 25 лиц мужского пола и 3 женского. Для решения задач исследования были выделены 5 групп врачей в зависимости от стажа работы: у первой группы стаж работы составил более 20 лет (17 чел.); у второй — 16-20 лет (4 чел.); третьей — 11-15 лет (4 чел.); у четвертой — 6-10 лет (1 чел.) и у пятой — стаж работы менее 5 лет (2 чел.). Исследование проводилось анонимно на добровольной основе.

В качестве инструмента исследования была выбрана методика «Диагностика уровня эмоционального выгорания» В.В. Бойко, которая показывает высокую валидность выявления эмоциональных перегрузок и профессионального стресса у врачей разных специальностей [9].

Исследование проводилось в рамках соглашения о совместной научно-исследовательской деятельности РАО «СОКБ № 1» и кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии Уральского государственного медицинского университета.

Результаты и обсуждение

Понятие «burnout» (выгорание) было введено в науку американским психиатром Х.Дж. Фрейденом в 1974 г. для описания особого расстройства личности у здоровых людей, возникающего вследствие эмоционально насыщенного и интенсивного общения в процессе профессиональной работы с клиентами, пациентами, учениками. В качестве приобретенного синдрома (СЭВ) эмоциональное выгорание обуславливает дисфункциональное состояние, возникающее у работников в профессиональной среде под воздействием длительного психоэмоционального стресса или персональных конфликтов на работе. В МКБ-11 (предусмотрен переход в прак-

тическом здравоохранении с 01 января 2022 г.) профессиональный синдром эмоционального выгорания не классифицируется как медицинское состояние и отнесен к классу «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращение в учреждения здравоохранения».

Синдром эмоционального выгорания является динамическим, развернутым во времени процессом формирования трех последовательных стадий, соответствующих этапам и механизмам развития стресса, и включает психологические и психосоматические аспекты нарушений (табл.).

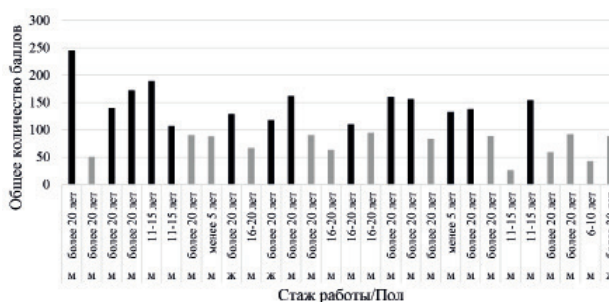


Рис. 2. Распределение общего показателя СЭВ в зависимости от стажа работы (n = 28)

Таблица

Фазы и симптомы синдрома эмоционального выгорания

Фаза стресса	Симптомы
Напряжение	Переживание психотравмирующих обстоятельств
	Неудовлетворенность собой
	«Загнанность в клетку»
	Тревога и депрессия
Резистенция	Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование
	Эмоционально-нравственная дезориентация
	Расширение сферы экономии эмоций
	Редукция профессиональных обязанностей
Истощение	Эмоциональный дефицит
	Эмоциональная отстраненность
	Личностная отстраненность (деперсонализация)
	Психосоматические и психовегетативные нарушения

В процессе обработки полученных результатов для каждого из участников исследования была определена сумма баллов по каждому из 12 симптомов СЭВ. Рисунок 1 показывает подверженность врачей отделения РАО формированию синдрома эмоционального выгорания в зависимости от пола.

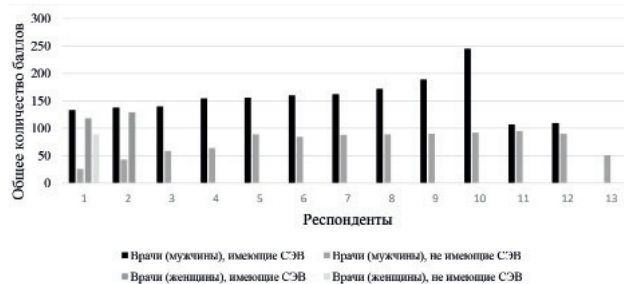


Рис. 1. Соотношение пола респондентов и общего показателя СЭВ (n = 28)

Выявлено, что большинство работников — как среди мужчин, так и женщин — имеют стаж работы более 20 лет. Данные, представленные на гистограмме, позволяют предположить, что СЭВ начинает формироваться у врачей анестезиологов-реаниматологов со стажем работы от 11 лет (рис. 2).

Также была определена сумма баллов отдельно для каждого из 12 симптомов «выгорания» у каждого участника исследования. Полученные результаты указывает на доминирующие симптомы СЭВ у участников проведенного исследования. Такие симптомы отражают наличие всех трех фаз (напряжения, резистенции и истощения) у врачей РАО, имеются во всех фазах СЭВ (рис. 3).

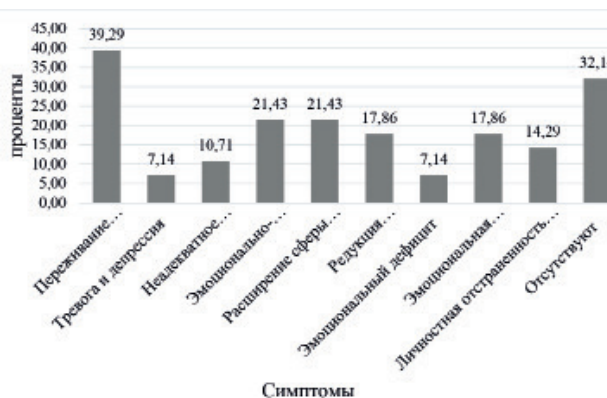


Рис. 3. Симптомы СЭВ у респондентов (n = 28)

Наиболее значимым из симптомов (свойственным 39,0 % обследуемых) оказался симптом «склонность к переживанию психотравмирующих обстоятельств», характерный для фазы напряжения; 21,0 % респондентов указали на «эмоционально-нравственную дезориентацию», столько же — на симптом «расширение сферы экономии эмоций», рассматриваемый в качестве механизма психологической защиты. У 18,0 % наблюдается «редукция профессиональных обязанностей» и/или «эмоциональная отстраненность». Формирование фазы истощения (симптомы «личностная отстраненность (деперсонализация)» и «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование») наблюдается у 4-х специалистов (16,0 %). В то же время у 9 врачей (32,0 %) доминирующие симптомы отсутствуют, что свидетельствует об отсутствии у них актуальных признаков СЭВ.

Фазы формирования синдрома эмоционального выгорания у 68,0 % участников исследования представлены на гистограмме (рис. 4).

В дальнейшем представлено описание всех трех фаз СЭВ, имеющих у врачей отделения РАО.



Рис. 4. Фазы СЭВ, выявленные у респондентов (n = 19)

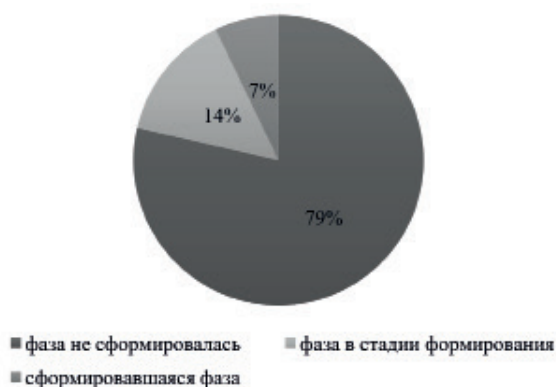


Рис. 5. Фаза напряжения (n = 19)

Большинство врачей (79,0 %) находятся в фазе напряжения (рис. 5). В основном это специалисты-профессионалы мужского пола, имеющие стаж работы более 20 лет. Для них характерны такие симптомы, как «переживание психотравмирующих обстоятельств», «неудовлетворенность собой», «загнанность в клетку», тревога и депрессия. Эти симптомы проявляются в ощущении физических и психологических перегрузок, напряжения на работе, в наличии конфликтов с руководством, коллегами и пациентами.



Рис. 6. Фаза резистенции (n = 19)

Фаза резистенции (рис. 6) является формирующейся у 39,0 % врачей, также в основном у мужчин, но имеется и у врачей-женщин со стажем работы более 20 лет. Необходимо отметить, что данная фаза уже сформировалась как у про-

фессионалов со стажем работы более 20-ти лет, так и у тех, кто только «входит в профессию», у врачей анестезиологов-реаниматологов, мужчин, со стажем менее 5-ти лет. Вероятно, для данной группы молодых врачей анестезиология-реаниматология рассматривается как работа, а не профессиональное занятие.

Симптомы, свойственные данной фазе, отражают совокупность неосознаваемых защитных механизмов, свойственных личности в трудных ситуациях: «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование», «эмоционально-нравственная дезориентация», «расширение сферы экономии эмоций», «редукция профессиональных обязанностей». Наличие данных симптомов указывает на определенную степень профессиональной деформации, дегуманизацию в отношении к труду и к пациентам.



Рис. 7. Фаза истощения (n = 19)

Формирующаяся фаза «истощения» (рис. 7) наблюдается в основном у врачей мужского пола со стажем работы более 20 лет. Сформированная фаза истощения выявлена лишь у 3-х врачей мужского пола также со стажем работы более 20 лет.

В целом полученные результаты свидетельствуют об относительно высокой эмоционально-профессиональной устойчивости врачей анестезиологов-реаниматологов РАО к различным неблагоприятным профессиональным, организационным и социальным воздействиям. Большинство врачей оценивают свою работу как профессиональное занятие, соответствующее способностям и удовлетворяющее жизненные интересы, соотносящиеся с социальной пользой.

Выводы

Качественные изменения в системе современного здравоохранения в первую очередь определяются адаптацией профессионалов к работе в новых условиях, ставящих во главу угла человеческий фактор — личностные качества врача, его ценностно-смысловые и мотивационные характеристики, профессиональную компетентность, стратегии и тактики преодоления рабочего стресса.

Полученные в ходе исследования результаты могут быть использованы при разработке методов профилактики и преодоления эмоционального выгорания врачей любых специальностей.

На уровне управления лечебным учреждением в целях нивелирования факторов риска эмоционального выгорания оптимизация организационной среды должна включать следующие критерии: наличие перспектив для финансового

и карьерного роста врачей, корпоративное развитие и эффективное руководство; эффективный профсоюзный менеджмент; юридическую и административную поддержку врачей.

Литература

1. Baker, A. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century // British Medical Journal. – 2001. – Vol. 323. – P. 1192.
2. Россия в глобализирующемся мире: мировоззренческие и социокультурные аспекты / отв. ред. В. С. Степин. – М.: Наука, 2007. – 640 с.
3. Указ Президента Российской Федерации от 06.06.2019 г. № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года».
4. Миллер, Р. Анестезия Роналда Миллера. В 4-х т. / Р. Миллер; пер. с англ. К. М. Лебединский и З. А. Зарипова; науч. ред. В. В. Субботин и К. М. Лебединский. – СПб.: Человек, 2015. – 3328 с.
5. Incidence and Classification of Nonroutine Events during Anesthesia Care / Liberman J.S., Slagle J.M. [et al] // Anesthesiology. – 2020. – № 133. – P.41-52.
6. Gaba, D. M. Fatigue among clinicians and the safety of patients / Gaba D. M., Howard S. K. // N. Engl. J. Med. – 2020. – № 347 (16). – P. 1249-1255. – Doi 10.1056/NEJMsa020846.
7. Shanafelt, T. Burnout in Anesthesiology: A Call to Action // Anesthesiology January 2011, Vol. 114. P. 1-2. <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e318201cf92>.
8. Repeated Cross-sectional Surveys of Burnout, Distress, and Depression among Anesthesiology Residents and First-year Graduates / Sun H., Warner D. O. [et al] // Anesthesiology. – 2019. – Vol. 131. – P. 668-677. – Url: <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002777>
9. Бойко, В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других / В. В. Бойко. – М.: Наука, 1996. – 154 с.

Сведения об авторах

Левит Александр Львович — д-р мед. наук, проф., зав. отделением реаниматологии и анестезиологии, ГАУЗ «Свердловская областная клиническая больница № 1». Адрес для переписки: al_levit@mail.ru.
Баранская Людмила Тимофеевна — д-р психол. наук, проф. кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: lubaran@rambler.ru.
Колесник Анастасия Игоревна — студентка 5-го курса лечебно-профилактического факультета, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

УДК 616.89

А.А. Мурзакаев^{1,2}, О.Б. Есина¹, А.А. Громова¹, Е.А., Сизикова¹

¹Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

²Свердловская областная клиническая психиатрическая больница, г. Екатеринбург, Российская Федерация

В статье представлен сравнительный анализ данных по завершённым суицидам, полученным из разных источников без проверки статистической достоверности. Выявлены особенности суицидальных попыток, личностных смыслов и мотивов суицидального поведения 704 пациентов среди всех возрастных групп, совершивших суицидальные попытки на фоне пандемии COVID-19 (во II и III кварталах 2020 г.). Проведено сравнение с контрольной группой, состоящей из 755 пациентов, совершивших суицидальные попытки в IV квартале 2019 г. и в I квартале 2020 г. Выявлено увеличение удельной доли среди совершивших суицидальные попытки такого личностного смысла суицидального поведения, как протест ($p \leq 0,01$), а также таких социальных мотивов суицидального поведения, как материальные трудности ($p \leq 0,001$) и бытовые трудности ($p \leq 0,01$).

Ключевые слова: COVID-19, суицид, социальная изоляция, тревога, депрессия, стресс, пандемия.

SOME FEATURES OF SUICIDAL BEHAVIOR OF THE POPULATION OF THE SVERDLOVSK REGION UNDER CONDITIONS IN THE COVID-19 PANDEMIC

A.A. Murzakaev^{1,2}, O.B. Yesina¹, A.A. Gromova¹, E.A. Sizikova¹

¹Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation

²Sverdlovsk Regional Clinical Psychiatric Hospital, Yekaterinburg, Russian Federation

The paper presents a comparative analysis of the number of completed suicides from different sources without checking statistical reliability. The features of suicidal attempts, personal meanings and suicidal behavior motives of 704 patients among all age groups who committed suicidal attempts against the background of the COVID-19 pandemic (in the second and third quarters of 2020) identified. Comparisons made with the control group of 755 patients who committed suicide attempts in the fourth quarter of 2019 and in the first quarter of 2020. There is an increase in the proportion of those who committed suicide attempts of such personal meaning of suicidal behavior as protest ($p \leq 0,01$), as well as such social motives of suicidal behavior as material difficulties ($p \leq 0,001$) and domestic difficulties ($p \leq 0,01$).

Keywords: COVID-19, suicide, social isolation, anxiety, depression, stress, pandemic.