

Професійний стрес та стан здоров'я лікарів загальної практики–сімейної медицини (пілотне дослідження)

Л.В. Хіміон, О.Б. Яценко, С.В. Данилюк, І.В. Климаць

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

У статті наведено огляд сучасних наукових даних щодо проблем стану здоров'я лікарів та результати власного дослідження поширеності та вираженості синдрому професійного вигорання, рівня стресу у сімейних лікарів і лікарів-спеціалістів та їхньої самооцінки стану власного здоров'я.

Ключові слова: здоров'я лікарів, синдром професійного вигорання, стрес, стратегії подолання стресу.

*«Возьмемся за руки друзья,
чтоб не пропасть поодиночке!»
Булат Окуджава*

У сучасному світі надшвидкий технологічний та інформаційний розвиток значно впливають на стан навколишнього середовища та стиль життя всього населення планети. У медичній сфері все швидше з'являються нові захворювання, виявляють нові збудники, розроблюються принципово нові засоби та методи діагностики і лікування. У відповідь на вимоги технологічного прогресу періодично поновлюється тенденція до формування лікарів вузької і, якщо можна так сказати, – дуже вузької спеціалізації. Водночас практично в усьому світі основну відповідальність за стан здоров'я населення продовжує нести лікар із широким кругозором і універсальними медичними знаннями – лікар загальної практики–сімейної медицини.

Разом із постійно зростаючим професійним навантаженням – відповідальністю, об'ємом необхідних знань і навиків для ефективної роботи зі «складними» пацієнтами з багатьма хронічними захворюваннями, до лікаря приходить розуміння власної вразливості – як людини, яка має свої проблеми, у тому числі зі здоров'ям. У свою чергу, згідно з результатами сучасних міжнародних досліджень, стан здоров'я лікаря (як фізичного, так і психічного), його власний стиль життя впливають на здоров'я його пацієнтів [1, 2]. Отже, проблема збереження і покращання стану здоров'я лікарів має цікавити не лише лікарів, але й суспільство в цілому.

Проблемі вивчення особливостей стану здоров'я та стилю життя лікарів різних спеціальностей приділяють усе більше уваги в різних країнах світу. Дослідженнями, проведеними в США, Канаді, Австралії [1, 2, 7], продемонстровано, що у лікарів в цих країнах дещо більша тривалість життя порівняно із середньопопуляційним показником (наприклад, середня тривалість життя лікарів в Канаді – 73 роки, що більше середнього показника в популяції в цілому – 70,9 року); лікарі в цих країнах ведуть більш здоровий спосіб життя (зокрема, значно рідше палять), ніж населення в цілому. Анкетування лікарів, проведене в США і Канаді, встановило, що більшість лікарів не мають часу або умов для нормального харчування про-

тягом робочих годин, що негативно впливає як на самопочуття, так і на роботу мозку, а отже може негативно впливати на виконання професійних обов'язків.

Слід зазначити, що ці самі дослідження свідчать, що власний спосіб життя лікаря відображається на тому, які настанови він дає пацієнтам: так, якщо лікар сам веде здоровий спосіб життя, то і поради щодо необхідності фізичної активності, припинення куріння, здорового харчування він дає більшості своїх пацієнтів, а пацієнти, у свою чергу, більше прислухаються до профілактичних порад лікаря, якщо він є для них позитивним прикладом.

Значущий взаємозв'язок також виявлено між застосуванням профілактичних самостійних обстежень грудних залоз лікарями-жінками і наданням таких порад цими лікарями пацієнткам [2]. Загалом, лікарі, які дотримуються здорового способу життя самі, ефективніше навчають таких навичок і своїх пацієнтів.

Водночас, низкою дослідників встановлено, що лікарі та інші працівники медичної сфери, які постійно контактують із хворими людьми, мають підвищений ризик розвитку ряду психічно/психологічно зумовлених патологічних станів: поведінкових розладів, депресії, синдрому професійного вигорання (СПВ) [1–8]. Згідно зі статистикою Великої Британії, лікарі демонструють більшу частоту суїцидальних тенденцій, частіше протягом життя страждають від залежностей (у тому числі спричинених самостійно призначеними лікарськими препаратами), ніж представники інших професій (вчителі, юристи) співставного віку.

Основною причиною підвищеної психічної/психологічної вразливості лікарів є високий рівень стресу, притаманний професії лікаря в цілому, хоча рівні стресу можуть значно відрізнитись у лікарів різних спеціальностей.

При виникненні проблем зі здоров'ям лікарі в цілому більш пізно звертаються по медичну допомогу. В Австралії більше третини, а в Іспанії – 49% лікарів повідомили під час опитування, що не мають власного лікаря (сімейного лікаря), а серед ірландських лікарів близько 30% жодного разу не звертались в амбулаторію протягом останніх 5 років; лише 60–85% канадських лікарів виконують програму профілактичних оглядів і досліджень, які рекомендують своїм пацієнтам (мамографія, огляд гінеколога, уролога, визначення рівнів холестерину). На думку медиків різних спеціальностей, лікарі – найгірші пацієнти, в основному тому, що не дотримуються призначень. Так, згідно з результатами досліджень, проведених в Іспанії, лише 48% лікарів, які звернулись по медичну допомогу, надалі виконували призначення; 41,5% відмовлялись від необхідної вакцинації (окрім того, 11% – не вакцинували своїх дітей). Причиною такої ситуації, на думку низки дослідників, є формування досить специфічного типового психологічного профілю лікаря – із рисами не-

залежності, конкурентності та націленості на високі життєві досягнення, що робить неможливим визнання власної слабкості та звернення по сторонню допомогу. Окрім того, бажання виконати свій обов'язок перед пацієнтами і не навантажувати колег своїми професійними обов'язками спричинює приховування нездоров'я лікарями, що в ряді випадків може призвести до розвитку загрозливих ситуацій – як для лікаря, так і для його пацієнтів.

Серед лікарів також значно поширеним є і самолікування (наприклад, в Австралії більше третини лікарів-інтернів лікують себе самостійно, а серед лікарів в Іспанії та Ірландії цей показник сягає відповідно 82% і 92%), незважаючи на визнання його неетичним на рівні більшості професійних медичних організацій в усьому світі, а також і незаконним у деяких країнах. Для медиків характерним є страх перед розкриттям проблем зі здоров'ям, підсвідоме сприйняття власного захворювання як прояву некомпетентності. За даними канадських дослідників [1, 2, 7, 8] лише 2% лікарів, які страждали на депресію, звернулись по медичну допомогу. Окрім того, як серед самих медиків, так і населення в цілому, поширеним є міф про те, що лікарі завжди здорові, а якщо хворіють – то рідкісними захворюваннями. У той же час, за зізнанням самих лікарів, під час лікування пацієнта-лікаря вони застосовують інші підходи, ніж під час лікування «звичайних» пацієнтів. На думку іспанського дослідника А. Arteman, «... лікарі підготовлені для того, щоб бути по цю сторону лікарняного ліжка. Вони відмовляються діяти як пацієнти... вони відмовляються виконувати призначення...». Ось чому лікарям необхідно надати спеціальні можливості для одержання медичної допомоги. Низкою професійних медичних асоціацій (у США, Австралії, Канаді) збереження здоров'я лікарів визнано одним із пріоритетних завдань; розроблено ряд клінічних керівництв щодо профілактичних оглядів, харчування, управління стресом, лікування депресії, діагностики синдрому професійного вигорання серед лікарів; визначено шляхи виявлення та надання допомоги лікарям, які не можуть виконувати свої професійні обов'язки у зв'язку із хворобою, розвитком залежностей; у США і Канаді працюють спеціальні програми зі збереження здоров'я лікарів, які включають раннє виявлення, втручання, оцінку, лікування та довготривалий моніторинг медичних проблем лікарів із вражаючою результативністю – близько 90% лікарів повертаються до роботи.

Однією з найчастіших проблем, із якою стикаються лікарі всіх спеціальностей, з будь-яким професійним стажем, є розвиток СПВ, тісно пов'язаного зі стресом. СПВ визначають як емоційне виснаження, деперсоналізацію і відчуття недостатності персональних досягнень та достоїнств, і він є характерним розладом для професій, які пов'язані з людьми, людськими стражданнями і наданням допомоги. Характерними проявами СПВ у лікарів є розвиток цинізму, емоційної виснаженості, формування відстороненості і деперсоналізації у відносинах із колегами та пацієнтами, відчуття власної неефективності. Установлено, що СПВ супроводжується зниженням професійної ефективності, розвитком дратливості та появою проблем у сімейних стосунках. Окрім того, як результат і прояв стресу СПВ супроводжується і низкою соматичних неприємних симптомів – головним боєм, порушеннями сну, підвищеною втомлюваністю і тривожністю, може спричинювати формування артеріальної гіпертензії, інфаркту міокарда, алкоголізму та інших залежностей. Слід відзначити, що за деякими даними СПВ є причиною тривалого перебування медиків на лікарняному.

Найбільш поширеним і валідним методом діагностики СПВ є кількісне його оцінювання за допомогою опитувальника Маслач (Maslach Burnout Inventory, MBI), який дає можливість проводити кількісне оцінювання всіх трьох складових СПВ: емоційного виснаження – ЕВ, деперсоналізації – ДП і відчуття недостатності персональних досягнень – НПД. Опитувальник складається з низки запитань, відповіді на які оцінено в балах; за набраною сумою балів у відповідях на кожну з 3 груп запитань оцінюють ЕВ, ДП і НПД як «низький рівень вигорання», «середній рівень вигорання» або «високий рівень вигорання».

За результатами міжнародного дослідження, проведеного у 12 країнах Європи Європейською сіткою наукових досліджень у загальній практиці-сімейній медицині (EGPRN) [6], визначено, що СПВ є значно поширеним серед сімейних лікарів: серед майже 1400 анкетованих лікарів високий рівень вигорання за всіма трьома складовими СПВ встановлено у 12% респондентів, за ЕВ – у 43%, за ДП – у 35% і за НПД – у 32%. Високі рівні СПВ, за даними цього дослідження, були пов'язані із молодим віком лікарів, їх частіше виявляли у чоловіків, асоціювали із більшим рівнем споживання алкоголю, тютюну і психотропних ліків, а також більшою кількістю днів непрацездатності. Схожі результати одержані в дослідженнях і в інших країнах – в Канаді високий рівень СПВ виявлено у 48,6% усіх лікарів, у тому числі – у 55% сільських лікарів, у США – у 32%, при цьому зазначається, що більш уразливими до стресу і СПВ є сімейні лікарі-жінки, оскільки жінки традиційно мають більше сімейних обов'язків і для них складніше підтримувати баланс між робочим навантаженням і відповідальністю за сім'ю [3, 5]. За результатами дослідження Lindeman і співавторів лікарі-жінки мають високий рівень розвитку депресій і дуже високий рівень суїцидів: ризик смерті від суїциду в цій групі у 2,5–5,7 разу перевищує популяційний показник (серед лікарів-чоловіків – у 1,1–3,4 разу) [1].

Установленими факторами ризику виникнення СПВ є деякі індивідуальні психологічні риси, характерні для лікарів: збільшене відчуття відповідальності, перфекціонізм, підвищена вимогливість до себе, встановлення важко досяжних цілей в роботі; генетичні фактори: сімейна схильність до депресії та інших розладів психічної діяльності; професійні фактори: значне робоче навантаження, дефіцит часу, дефіцит ресурсів, недостатня компетентність, перевантаженість документацією, взаємовідносини в колективі і з пацієнтами, «важкі» пацієнти, постійний контакт із важкохворими, стражданнями; відчуття провини.

Мета дослідження: визначення частоти і вираженості СПВ, рівня стресу та загального стану здоров'я серед практикуючих сімейних лікарів і лікарів-спеціалістів (ревматологи, алергологи, гастроентерологи) та лікарів-інтернів за фахом «Загальна практика-сімейна медицина».

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Ураховуючи значну поширеність СПВ серед лікарів загальної практики, виявлену в дослідженнях, проведених у різних країнах світу, на кафедрі сімейної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика проведено власне пілотне дослідження.

Виконано аналіз результатів анкетування, в якому брали участь 21 практикуючий сімейний лікар, 10 лікарів-спеціалістів і 22 лікарів-інтерна першого року навчання. Анкета була створена в результаті вивчення опублікованих досліджень зі схожою метою і складалась з п'яти блоків запитань: I блок було присвячено демографічним даним та стажу роботи і спеціальності; II блок – запитан-

Демографічні дані, рівень професійного стресу та вигорання респондентів у підгрупах

Показник	Лікарі-інтерни, n=22	Практикуючі сімейні лікарі, n=25	Лікарі-спеціалісти, n=10
Вік, років	22,86±0,06	41,12±0,40	40,8±0,49
Жінки, %	90,9	76,0	90,0
Мають сім'ю, %	63,6	56,0	80,0
Мають дітей, %	4,5	80,0	80,0
Професійний стаж, років	-	16,5±0,36	17,4±0,47
Рівень професійного стресу (бали)	50,32±0,2	46,38±0,31	48,00±0,11
Рівень вигорання (бали):			
- ЕВ	28,73±0,25	30,29±0,19	28,9±0,25
- ДП	10,00±0,12	11,58±0,18	8,00±0,05
- НПД	20,96±0,0,17	20,71±0,22	18,00±0,2

ням щодо оцінки стану власного здоров'я та зусиль з його підтримки; III блок – 22 запитанням з опитувальника Маслач для оцінювання СПВ; IV блок складався з 20 запитань для оцінювання рівня професійного стресу (за F.J. Lee [4, 5] із модифікаціями), відповідь на кожне запитання оцінювали у 1–5 балів; V блок – із 16 запитань для визначення стратегій подолання стресу. Оцінювання СПВ проводили згідно з рекомендаціями робочої групи EGPRN [6]: ЕВ – «низький рівень вигорання» – ≤13 балів, «середній рівень вигорання» – 14–26 балів, «високий рівень» – ≥27 балів; ДП – «низький рівень вигорання» – ≤5 балів, «середній рівень вигорання» – 6–9 балів, «високий рівень» – ≥10 балів; НПД – «високий рівень вигорання» – ≤33 балів, «середній рівень вигорання» – 34–39 балів, «низький рівень» – ?10 балів. Рівень стресу оцінювали згідно з дослідженням F.J. Lee [4, 5]: «низький рівень стресу» – ?60 балів, «середній рівень стресу» – 61–67 балів, «високий рівень» – ≥68 балів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Демографічні дані респондентів та оцінка СПВ у групах учасників дослідження наведені у таблиці.

Як видно з даних, наведених у таблиці, у всіх групах анкетованих лікарів визначено низький середній рівень професійного стресу і високі середні рівні вигорання за всіма трьома складовими СПВ з істотно гіршими показниками ЕВ і ДП у практикуючих сімейних лікарів порівняно з лікарями-спеціалістами (p<0,05) та з лікарями-інтернами – за показниками ЕВ (p<0,05).

Подальший більш детальний аналіз показників СПВ у групах показав, що, на жаль, для всіх трьох груп респондентів характерним було відчуття значного невдоволення своєю професійною реалізацією (100% лікарів мали менш ніж 33 бали за шкалою НПД). При цьому частка лікарів, у яких можна було визначити високий рівень емоційного вигорання та деперсоналізації, була істотно більшою серед практикуючих сімейних лікарів (високий рівень ЕВ демонстрували 76% лікарів, ДП – 64%) порівняно із двома іншими групами респондентів (серед лікарів-інтернів високі рівні ЕВ виявлено у 63,6%, ДП – у 45,5%; серед лікарів-спеціалістів – у 40% та 20% відповідно), що в цілому свідчить про більш виражені порушення психологічного комфорту, депресивних та негативних відчуттів, пов'язаних із професією, у практикуючих сімейних лікарів порівняно із лікарями-спеціалістами. Важливо також відзначити, що в цілому лікарі сімейної медицини (і практикуючі, і май-

бутні) демонстрували більшу частоту високих рівнів вигорання, ніж лікарі-спеціалісти, що, можливо, є відображенням загальної специфіки роботи сімейного лікаря. В усіх трьох групах анкетованих лікарів вищі рівні СПВ асоціювали з вищими показниками рівнів професійного стресу.

Аналіз результатів самооцінки стану здоров'я та рівня піклування про власне здоров'я респондентами засвідчив, що загалом лікарі-спеціалісти та інтерни оцінили власне здоров'я істотно вище, ніж практикуючі сімейні лікарі. Так, власне здоров'я оцінили як «дуже добре» і «добре» 80% лікарів-спеціалістів, 59,1% лікарів-інтернів і лише 31,8% сімейних лікарів; «задовільним» визнали стан свого здоров'я 20% лікарів-спеціалістів, 36,4% інтернів і 68,2% сімейних лікарів; поганим визнали своє здоров'я 4,5% інтернів і 13,6% сімейних лікарів. Такі дані самооцінки стану здоров'я досить очікувано асоціювали із недостатнім (за власним визначенням) піклуванням про нього майже половина (44,0%) анкетованих лікарів загальної практики (істотно більше, ніж серед інтернів (22,7%) і лікарів-спеціалістів (20,0%)), незважаючи на те, що здоров'я було відзначено як основний життєвий пріоритет 72% сімейних лікарів (60% лікарів-спеціалістів і 54,5% інтернів). Серед причин, які заважають приділяти необхідну увагу стану власного здоров'я в усіх групах респондентів найбільшу питому вагу мав «дефіцит часу» (у 70% лікарів-спеціалістів, 72% сімейних лікарів і 59,1% лікарів-інтернів). Цікаво, що лікарі-спеціалісти відзначили серед причин недостатньої уваги до власного здоров'я відсутність власного лікаря та довіри до системи охорони здоров'я, у той час як серед сімейних лікарів (і інтернів, і практикуючих) таких відповідей взагалі не було, а на другому місці за частотою у лікарів загальної практики була «необхідність вирішувати проблеми інших людей за рахунок власного часу» (такої відповіді взагалі не було у лікарів-спеціалістів).

Цікаві результати також одержано під час аналізу стратегій підтримки власного здоров'я серед опитуваних. Згідно з аналізом відповідей лікарів, здорового харчування притримується абсолютна більшість респондентів – 80% лікарів-спеціалістів, 76,0% практикуючих сімейних лікарів і 77,3% лікарів-інтернів; регулярні фізичні вправи практикують 60% спеціалістів, 52% сімейних лікарів й істотно менша кількість (27,3%) інтернів; методику управління стресом використовують в усіх групах приблизно половина опитуваних; регулярне вживання ліків/харчових добавок вважають необхідним 4% сімейних лікарів і 4,5% лікарів-інтернів.

Ураховуючи велике значення вироблення власної стратегії протидії розвитку СПВ для формування необхідної гнучкості і резервів для відновлення працездатності та відповідності вимогам професії, останній блок запитань анкети було присвячено виявленню стратегій управління стресом серед опитуваних. Згідно з аналізом відповідей респондентів, майже всі опитувані свідчили про наявність «власних уявлень про щастя і благополуччя», «спілкування із родиною та друзями» як основні стратегії, що допомагають справитись із професійним стресом. Цікаво відзначити, що такий важливий інструмент для подолання стресу і СПВ, як самоаналіз, використовують 50% лікарів-інтернів, 64% сімейних лікарів і лише 20% лікарів-спеціалістів; жоден респондент не свідчив про підтримку з боку адміністративної системи на робочому місці як засіб, що допомагає справитись зі стресом; менше чверті респондентів відзначили, що ефективно використовують свій робочий час; водночас при оцінюванні факторів професійного стресу практично всі лікарі відзначили, що відчувають низьку оцінку власної професії суспільством, дуже переймаються дефіцитом ресурсів, що не дозволяє ефективно вирішувати всі проблеми пацієнтів, а також хвилюються з приводу розпочатих реформ в системі охорони здоров'я України.

ВИСНОВКИ

1. Необхідні подальші, більш деталізовані і широкі дослідження стану здоров'я лікарів, рівнів професійного стресу та синдрому професійного вигорання (СПВ) з метою виявлення основних факторів, які визначають високі рівні СПВ.

2. Необхідним є проведення спеціального, можливо, індивідуалізованого навчання лікарів як на до-, так і на післядипломному етапі найбільш ефективних сучасних методик управління стресом, подолання СПВ для забезпечення необхідної професійної гнучкості і збереження працездатності лікарів.

3. Для сімейних лікарів, які взяли участь у пілотному дослідженні, характерною є більша частота високих рівнів вигорання за всіма трьома складовими СПВ, що, можливо, пов'язане з тим, що за результатами опитування сімейні лікарі більше переймаються проблемами інших людей, менше залишаючи часу на себе, у тому числі на піклування про власне здоров'я.

4. Зменшити рівні СПВ та стресу можливо за рахунок навчання лікарів ефективного управління робочим часом, покращанням ресурсного забезпечення та соціального статусу лікаря.

Профессиональный стресс и состояние здоровья врачей общей практики – семейной медицины (пилотное исследование)

Л.В. Химион, О.Б. Яценко, С.В. Данилюк, И.В. Клима

В статье приведен обзор современных научных данных относительно проблем состояния здоровья врачей и результаты собственного исследования распространенности и выраженности синдрома профессионального выгорания, уровня стресса у семейных врачей и врачей-специалистов и их самооценки состояния собственного здоровья.

Ключевые слова: здоровье врачей, синдром профессионального выгорания, стресс, стратегии преодоления стресса.

Professional stress and health of family physicians (pilot study)

L. Khimion, O. Yashchenko, S. Danyliuk, I. Klimas

The article is dedicated to the review of the scientific data about physician's health problems and results of the original pilot study of the stress and burnout syndrome level in groups of family doctors and specialists.

Key words: physician's health, burnout syndrome, stress, anti-stress strategies.

Сведения об авторах

Химион Людмила Викторовна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 483-04-35.

Яценко Оксана Борисовна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9.

Данилюк Светлана Владимировна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9.

Клима Ирина Валентиновна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. CMA guide to physician health and well-being. – 2003. – Ottawa. – 36 p.
2. Frank E. Physician health and patient care / E. Frank // JAMA. – 2004. – Vol. 291, № 5. – P. 637.
3. Jensen J.M. Building physician resilience / J.M. Jensen, K. Troppen-Kumar, H. Waters et al. // Can Fam Physician. – 2008. – № 54. – P. 722–729.
4. Lee F.J. Exploring family physician stress. Helpful strategies / F.J. Lee, J.B. Brown, M. Stewart // Can Fam Physician. – 2009. – № 55. – P. 288–9.e1–6.
5. Lee F.J. Stress, burnout and strategies for reducing them / F.J. Lee, M. Stewart, J.B. Brown // Can Fam Physician. – 2008. – № 54. – P. 234–5.e1–5.
6. Solera J.K. Burnout in European family doctors: the EGPRN study / J.K. Solera, H. Yamanb, M. Esteva // Family Practice. – 2008. – № 25. – P. 245–265.
7. Tyzuk K. Physician health: a review of lifestyle behaviors and preventive health care among physicians / K. Tyzuk // BCMJ. – 2012. – Vol. 58, № 8. – P. 419–423.
8. Vedsted P. Open access to general practice was associated with burnout among general practitioners / P. Wedsted, I. Sokolowsky, F. Olsen // International journal of Family Medicine. – 2013. article ID383602, 6 pages.