

заболеваний, связанных с употреблением психоактивных средств): Постановление Национального статистического комитета Республики Беларусь 08.10.2012 № 170.

2. Государственная статистическая отчетность по форме 1-наркология (Минздрав) «Отчет о заболеваниях психическими расстройствами в связи с употреблением психоактивных средств и контингентах пациентов»: Постановление Национального статистического комитета Республики Беларусь 08.10.2012 № 169.

Крот А.Ф., Скугаревский О.А.
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Профессионально обусловленная дизритмия как фактор риска психосоматического неблагополучия у врачей-психиатров

Результаты исследования заболеваемости врачей по данным обращаемости и углубленных медицинских осмотров свидетельствуют о более высоком ее уровне по сравнению с работниками бюджетной сферы в целом. Наиболее высокие показатели заболеваемости отмечаются у врачей старше 50 лет, со стажем работы более 25 лет. Среди врачей широко распространены вредные привычки, их образ жизни характеризуется несоблюдением режима труда и отдыха, несвоевременным обращением за медицинской помощью и игнорированием принципов здорового образа жизни. Уровень профессиональной заболеваемости во врачебной среде превышает аналогичный показатель работающего населения Российской Федерации более чем в 1,5 раза [4]. Также среди специалистов с высшим медицинским образованием отмечается более высокий уровень заболеваемости психическими расстройствами по сравнению со средними показателями в популяции. Обследование 11 600 работников государственной системы здравоохранения Великобритании показало, что общая распространенность психических расстройств достигла 27%, при этом среди работающих в других сферах этот показатель составил 18%. В целом среди медицинских работников отмечается повышенный уровень тревожных расстройств, депрес-

сий, суицидальных попыток, злоупотребления психоактивными веществами [5]. Практически все медицинские работники предъявляют жалобы психосоматического характера, до 75% страдают хроническими заболеваниями этой природы [1]. Качество жизни как интегральный показатель субъективного психического и соматического комфорта для врачей также является уязвимым местом [2]. При этом в последние годы отмечается устойчивый тренд на повышение уровня профессиональной заболеваемости медицинских работников. Так, за период с 1993 по 2005 годы отмечен его рост в 2–2,5 раза – как в абсолютных, так и в относительных показателях [3].

Таким образом, исследования указывают на высокий уровень заболеваемости среди врачей, отмечают наличие устойчивого негативного эмоционального фона с соматизацией и формированием хронической соматической патологии. При этом ночные дежурства в среде медицинских работников как мощный внешний десинхронизирующий фактор приводят к внутренней дизритмии, изменяя течение физиологических процессов как на клеточном, так и на системном уровне. Данное обстоятельство может оказывать негативное влияние на качество жизни, формируя психические и соматические расстройства.

Материалы и методы. Нами было проведено поперечное исследование 163 врачей-психиатров, в том числе 67% (109) женщин и 33% (54) мужчин, средний возраст которых составил 40 (24–75) лет. Исследуемая группа работала как в стационарах, так и на амбулаторном приеме, выполняя свои функциональные обязанности, т.е. формально не имела медицинских противопоказаний к работе и запроса на оказание неотложной медицинской помощи. Основная подгруппа состояла из 70 врачей, из них 41% (29) мужчин и 59% (41) женщин, регулярно дежурящих в ночную смену. Контрольная подгруппа включала 93 врача, из них 27% (25) мужчин и 73% (68) женщин, которые работали только днем. Нами не было установлено достоверных различий в основной и контрольной группах по таким параметрам, как пол ($p > 0,05$) и возраст ($p = 0,35$).

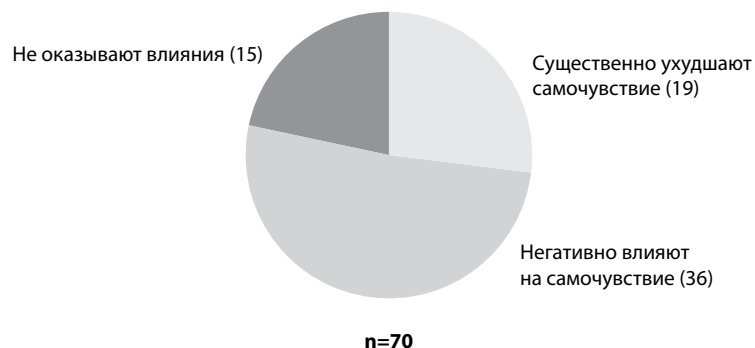
Для самостоятельного заполнения всем респондентам был предложен пакет психометрических инструментов, включающий опросник качества жизни SF-36 (36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)), разработанный Бостонским институтом здоровья и Гиссенский опросник соматических жалоб, созданный на базе психосоматического отделения Гиссенского университета и адаптированный в России Санкт-Петербургским научно-исследовательским психоневрологическим институтом им. В.М. Бехтерева, известный на территории СНГ как психосоматический опросник (ПСО).

Также нами была использована социальная анкета, в которую вошли вопросы, касающиеся особенностей профессиональной деятельности и личной жизни обследуемых врачей. Полученные результаты были обработаны статистически при помощи программы SPSS 17,0 с использованием описательных

статистик, критерия Манна – Уитни и Краскела – Уоллеса для непараметрических данных. Достоверным считался уровень значимости $p < 0,05$.

Цель исследования: оценка отдельных показателей психического и соматического здоровья врачей в контексте их профессиональной деятельности. Определение наиболее значимых проявлений неблагополучия, связанных с профессионально-детерминированной циркадной дизритмией.

Результаты и обсуждение. 27% (19) респондентов основной подгруппы (дежурящие врачи), отвечая на вопросы социальной анкеты, указали на то, что ночные дежурства – «это большая нагрузка, существенно ухудшающая самочувствие», еще 52% (37) врачей отметили, что «ночные дежурства негативно отражаются на самочувствии, но с этим несложно справиться», 21% (15) опрошиваемых отметили, что «не замечает каких-либо негативных последствий от дежурств для здоровья» (см. рисунок). Интересным, на наш взгляд, является то, что 96% (67) опрошенных основной подгруппы указало на конкретные нежелательные нарушения, субъективно связываемые врачами с работой в ночную смену, – снижение работоспособности (70%), быструю утомляемость (51%), нарушения сна (43%), ухудшение соматического состояния (31%), раздражительность (28%), колебания настроения (27%), ухудшение памяти (16%). При этом только 3 респондента (4%) основной подгруппы не отметили у себя негативных последствий ночных дежурств для психического и соматического состояния.



Субъективная оценка респондентами тяжести работы в ночное время

При сравнении показателей ПСО достоверно худшие результаты по всем параметрам показывает основная подгруппа (табл. 1).

Таблица 1

Сравнение показателей ПСО у основной и контрольной групп

Категории жалоб	Дежурящие (n=71)		Недежурящие (n=93)		p
	M	σ	M	σ	
Истощение	6,3	4,5	2,6	2,2	$p < 0,0001$
Желудочные жалобы	2,0	2,4	0,8	1,4	$p < 0,0001$
Ревматические жалобы	5,1	4,0	2,4	2,4	$p < 0,0001$
Сердечные жалобы	1,8	2,3	0,9	1,4	$p < 0,0001$
Давление жалоб	15,2	10,5	6,7	5,0	$p < 0,0001$

Примечание: * – $p < 0,0001$.

47% (77 из 163 респондентов) признали факт наличия у них подтвержденной медицинской документацией хронической соматической патологии. При этом в основной подгруппе этот показатель несколько выше – 66% (46 из 70 дежурящих). При сравнении мы можем говорить о том, что достоверно большие показатели встречаемости хронической соматической патологии имеют место у врачей, дежурящих в ночную смену ($p < 0,005$).

Только 23% (38) опрошенных врачей считают, что уделяет достаточно внимания своему здоровью. 71% (115) респондентов сообщили о том, что не обращают на состояние собственного здоровья внимания. 6% (10) затруднились ответить на данный вопрос. Достоверных различий между данным показателем в основной и контрольной подгруппах не выявлено ($p = 0,17$).

12,3% (20) опрошенных исследуемой группы указали на то, что в настоящее время нуждаются в оказании психологической помощи, 45,4% (74) респондентов сообщили, что нуждались в такой помощи в прошлом, 42,3% (69) психиатров исследуемой группы никогда не испытывали потребности в психологической помощи. В подгруппах ситуация несколько меняется: 17% (12) дежурящих врачей считает, что в настоящее время нуждается в оказании психологической помощи, еще 36% (35) опрошенных указали на то, что испытывали потребность в такой помощи в прошлом. У недежурящих эти показатели составили соответственно 8,5% (8) и 43% (40).

Описывая копинг-стратегии, 19% (31) респондентов в исследуемой группе врачей-психиатров указали на то, что одним из предпочтительных способов совладания с профессиональным стрессом является употребление алкоголя либо иных психоактивных веществ. 20% (33) респондентов в качестве копинг-стратегии используют компьютерные игры либо игру в игровые автоматы. Достоверных различий по данным показателям у респондентов основной и контрольной групп нами выявлено не было ($p = 1,0$).

Возможно ли, что дежурящие врачи оценивают свою работу как более интенсивную и насыщенную профессиональным стрессом и именно этим обусловлены худшие показатели основной подгруппы по ряду шкал? В сравниваемых подгруппах субъективно оцениваемый показатель насыщенности стрессом профессиональной деятельности по шкале от 0 (совсем не было) до 100 (очень много) баллов у врачей-психиатров, дежурящих ночью, достоверно не отличается от этого показателя у недежурящих врачей ($p=0,12$), равно как и субъективный показатель насыщенности стрессом личностной жизни ($p=0,35$).

Как видно из табл. 2, у респондентов основной и контрольной подгрупп отсутствуют значимые различия по показателю физического функционирования, а цифры данного показателя в обеих подгруппах приближаются к 100. Это указывает на то, что физическое состояние респондентов не ограничивает их жизнедеятельность, активность и социальную продуктивность. В то же время по всем остальным подшкалам опросника SF-36 мы видим достоверно худшие показатели в основной подгруппе.

Таблица 2
Показатели качества жизни по SF-36 в основной и контрольной группах

Шкала SF-36	Дежурящие, n=70		Недежурящие, n=93		p
	M	σ	M	σ	
1	2	3	4	5	6
Физическое функционирование – PF	85,00	14,89	90,32	8,68	$p>0,05$
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием – RP	60,71	36,50	84,13	27,03	$p<0,001$
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием – RE	53,80	39,84	73,12	33,78	$p<0,002$
Жизненная активность – VT	52,14	19,99	70,29	13,16	$p<0,001$
Эмоциональное благополучие – MH	59,28	17,25	74,59	13,33	$p<0,001$
Социальное функционирование – SF	65,96	23,87	78,63	17,05	$p<0,001$
Интенсивность боли – BP	72,64	23,88	85,91	17,68	$p<0,001$
Общее состояние здоровья – GH	61,44	19,26	73,97	13,68	$p<0,001$
Физический компонент здоровья	73,43	15,58	84,68	9,44	$p<0,001$
Психологический компонент здоровья	57,12	19,63	73,47	14,20	$p<0,001$

Выводы

79% дежурящих в ночную смену врачей-психиатров отмечает в большей или меньшей степени значимое негативное влияние ночных дежурств на состояние их здоровья. При этом на конкретные нарушения указывает уже 96%

респондентов. Это может свидетельствовать о недооценке степени влияния ночных дежурств на психическое и физическое состояние, т.е. об анозогнозии.

Эмоциональная оценка физического состояния по всем шкалам психосоматического опросника дежурящими в ночное время врачами-психиатрами достоверно отличалась в худшую сторону относительно результатов респондентов подгруппы контроля, не дежурящих в ночное время. Данный результат может указывать на снижение адаптационных возможностей, высокий уровень соматизируемой тревоги и депрессивной симптоматики у дежурящих врачей относительно их недежурящих коллег.

Высокий уровень подтвержденной хронической соматической патологии в исследуемой группе врачей (47%) указывает, вероятно, на игнорирование проблем со здоровьем, отсутствие необходимой диагностики, профилактики и нежелание врачей придерживаться рекомендаций по здоровому образу жизни. Достоверно большая встречаемость хронической соматической патологии среди дежурящих респондентов может быть объяснена тем, что более половины (63%) из них имеют значительный, свыше 5 лет, стаж ночных дежурств, что с учетом более высоких показателей эмоционального неблагополучия у работающих ночью, возможно, определяет более высокий уровень соматизации.

Достоверно худшие показатели качества жизни у дежурящих врачей могут быть объяснены неудовлетворительным эмоциональным состоянием с высоким потенциалом вытесняемой тревоги, депрессивным фоном, сформированными профессионально детерминированным десинхронизмом.

Литература

1. Кайбышев, В.Т. Социально-гигиенические факторы формирования здоровья врачей / Кайбышев В.Т. // Медицина труда и промышленная экология. – 2005. – № 7. – С. 30–34.
2. Марченко-Тябут, Д.А. Качество жизни врачей – проблема человека и государства / Д.А. Марченко-Тябут // Медицина. – № 3. – 2014. – С. 62–67.
3. Почтарева, Е.С. О профессиональной заболеваемости работников здравоохранения в Российской Федерации / Е.С. Почтарева // Здоровье населения и среда обитания. – 2007. – № 1. – С. 3–7.
4. Сычев, М.А., Медико-социальное исследование заболеваемости врачей старшего трудоспособного возраста и пути ее профилактики: автореферат диссертации / М.А. Сычев. – М., 2008. – 135 с.
5. Tillett, R. The patient within – psychopathology in the helping professions / R. Tillett // Advances in Psychiatric Treatment – 2003. – Vol. 9. – P. 272–279.