

Профессиональное выгорание, особенности качества жизни и психологические проблемы у врачей — анестезиологов-реаниматологов в современных условиях после пандемии COVID-19: результаты интернет-опроса

Т.П. Никитина^{✉*}, С.М. Ефремов[✉], Т.И. Ионова[✉]

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия

Реферат

АКТУАЛЬНОСТЬ: Крайне уязвимой группой медицинских специалистов, в большей степени подверженных профессиональному стрессу в условиях пандемии COVID-19, являются врачи — анестезиологи-реаниматологи. **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** Изучение степени выраженности синдрома профессионального выгорания (ПВ), особенностей качества жизни и психологических проблем у врачей — анестезиологов-реаниматологов, работающих в условиях современного стационара, а также определение факторов риска ПВ этих специалистов. **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:** В рамках интернет-опроса врачи заполняли опросный лист, включающий анкету с вопросами, а также опросник оценки профессионального выгорания MBI, опросник оценки качества жизни WHOQOL-BREF и Госпитальную шкалу тревоги и депрессии HADS. В рамках анализа проводили парные или множественные сравнения, а также корреляционный и регрессионный анализ. **РЕЗУЛЬТАТЫ:** В онлайн-опросе участвовал 101 врач (средний возраст 38,3 ± 9,8 года, 54,5 % — женщины). Во время пандемии в «красной зоне» работали 68,3 % специалистов. В результате исследования установлено, что сформированный синдром ПВ или его признаки наблюдались через 2 года после начала пандемии у 75 % опрошенных специалистов: у 27 % он был сформирован, а у 48 % отмечались его признаки. Низкие показатели основных аспектов качества жизни — физического, психологического и социального благополучия — выявлены у 1/3 врачей, около трети специалистов имели пограничный или повышенный уровень тревоги/депрессии. Работа в «красной

Professional burnout, quality of life issues and psychological burden in anesthesiologists and intensive care specialists in contemporary conditions after COVID-19 pandemic: results of an internet-based survey

T.P. Nikitina^{✉*}, S.M. Efremov[✉], T.I. Ionova[✉]

Saint Petersburg State University Hospital, St. Petersburg, Russia

Abstract

INTRODUCTION: Anesthesiologists and intensive care specialists are considered to be an extremely vulnerable group of medical specialists, more susceptible to professional stress in the context of the COVID-19 pandemic. **OBJECTIVE:** We aimed to study the severity of professional burnout syndrome (PB), quality of life (QoL) issues and psychological burden in anesthesiologists and intensive care specialists working in a multi-field hospital, as well as to determine the risk factors for PB in these specialists. **MATERIALS AND METHODS:** Physicians completed the online survey questionnaire including MBI, WHOQOL-BREF and HADS for assessment of PB, QoL and anxiety and depression, respectively, as well as the checklist with general questions related to COVID-19. Pairwise or multiple comparisons as well as correlation and regression analyses were performed within the statistical analysis. **RESULTS:** The online survey involved 101 physicians (mean age 38.3 ± 9.8 years, 54.5 % — females). During the pandemic, 68.3 % of specialists worked in the red zone. It was demonstrated that the PB syndrome or its signs were observed 2 years after the start of the pandemic in 75 % of specialists — in 27 % it was formed, and in 48 % its signs were revealed. Decreased levels of the main QoL domains, physical, psychological and social well-being, were observed in 1/3 of physicians. About one third of specialists had borderline or increased levels of anxiety/depression. Working in the red zone during pandemic and elevated levels of depression increase the probability of PB, and a high level of social well-being decreases it. **CONCLUSIONS:** For the prevention of the PB development of screening examinations

зоне» и повышенный уровень депрессии увеличивают вероятность ПВ, а хороший уровень социального благополучия ее понижает. **ВЫВОДЫ:** Полученные результаты могут быть использованы в дальнейшем для разработки научно обоснованных практических рекомендаций по профилактике синдрома ПВ и нарушений в психосоциальной сфере у врачей — анестезиологов-реаниматологов. Для профилактики развития синдрома ПВ у специалистов этого профиля и своевременного выявления специалистов, относящихся к группе риска по формированию ПВ, рекомендовано проведение периодических скрининговых обследований.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: профессиональное выгорание, качество жизни, тревога, депрессия, анестезиологи-реаниматологи, пандемия, COVID-19, опрос

* *Для корреспонденции:* Никитина Татьяна Павловна — канд. мед. наук, врач-методист отдела мониторинга качества жизни Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия; e-mail: tnikitina_74@mail.ru

☒ *Для цитирования:* Никитина Т.П., Ефремов С.М., Ионова Т.И. Профессиональное выгорание, особенности качества жизни и психологические проблемы у врачей — анестезиологов-реаниматологов в современных условиях после пандемии COVID-19: результаты интернет-опроса. Вестник интенсивной терапии им. А.И. Салтанова. 2023;2:102–116. <https://doi.org/10.21320/1818-474X-2023-2-102-116>

✉ *Поступила:* 28.12.2022

📄 *Принята к печати:* 28.02.2023

are recommended on the regular basis to reveal those specialists who are at high risk of PB. The results obtained may be used to develop evidence-based practical recommendations for the prevention of PB syndrome and psychosocial disorders in anesthesiologists and intensive care specialists.

KEYWORDS: burnout professional, quality of life, anxiety, depression, anesthesiologists, COVID-19, pandemics, surveys and questionnaires

* *For correspondence:* Tatiana P. Nikitina — MD, PhD, Public health specialist, Saint Petersburg State University Hospital, St. Petersburg, Russia; e-mail: tnikitina_74@mail.ru

☒ *For citation:* Nikitina T.P., Efremov S.M., Ionova T.I. Professional burnout, quality of life issues and psychological burden in anesthesiologists and intensive care specialists in contemporary conditions after COVID-19 pandemic: results of an internet-based survey. Annals of Critical Care. 2023;2:102–116. <https://doi.org/10.21320/1818-474X-2023-2-102-116>

✉ *Received:* 28.12.2022

📄 *Accepted:* 28.02.2023

DOI: 10.21320/1818-474X-2023-2-102-116

Введение

Профессиональная деятельность врача — анестезиолога-реаниматолога характеризуется очень высокой эмоциональной напряженностью и предусматривает наличие у него значительной стрессоустойчивости. Она связана с необходимостью быстрого принятия ответственных решений, от которых зависит жизнь пациента, с напряженностью работы в условиях перегрузки и неопределенности, исключительной тяжестью состояния пациентов, в ряде случаев недостаточностью диагностических и терапевтических возможностей, необходимостью принимать сложные этические решения, связанные с ответственностью в отношении доставленного

больному «блага» или «вреда», зачастую неустроенностью быта [1, 2]. Эти факторы приводят к снижению адаптационных личностных способностей, психическим и соматическим нарушениям и в итоге к формированию синдрома профессионального выгорания (ПВ) [3, 4]. По данным разных исследований, признаки ПВ наблюдаются у 15–65% врачей этой специальности [4, 5]. Согласно имеющимся данным, распространенность выгорания среди специалистов данного профиля высока на всех этапах карьеры [5–8]. Заслуживает внимания факт того, что до пенсионного возраста дорабатывает только 37–41% анестезиологов и 19% реаниматологов [9]. В сравнении с врачами других специальностей эмоциональное истощение у данных специалистов

встречается в 7 раз чаще [10]. У врачей, имеющих синдром ПВ, часто отмечаются признаки депрессии, высокий уровень личностной и ситуативной тревожности, повышенный уровень враждебности [11, 12].

Во время глобальной пандемии коронавирусной инфекции 2019 г. — COronaVIrus Disease 2019 (COVID-19) распространенность профессионального выгорания у врачей — анестезиологов-реаниматологов достигла критических показателей [13]. Именно на врачей этой специальности легла крайне высокая физическая и эмоциональная нагрузка, и условия их труда во время пандемии относятся к экстремальным. При этом стоит отметить, что во время пандемии COVID-19 во всем мире увеличилось количество сообщений о проблемах психического здоровья у медицинских работников, возросшем риске эмоционального истощения, дистресса, посттравматических стрессовых расстройств и долгосрочных психологических последствиях [11, 14]. Необходимость длительно находиться в стрессовых условиях во время пандемии COVID-19, в случае дефицита личностных и внешних ресурсов, с высокой вероятностью может приводить у медицинских работников к истощению запасов функциональных возможностей и нарушениям не только эмоционального состояния, но и физического здоровья, снижению их качества жизни, несмотря на поддержку государства в виде финансовых выплат [15, 16]. Имеются отечественные и зарубежные исследования, посвященные изучению эмоционального состояния врачей в период пандемии и распространенности синдрома ПВ у данной категории специалистов [6, 17, 18], однако публикаций, описывающих особенности их эмоционального состояния и качества жизни в разные периоды пандемии, достаточно мало [6, 19, 20]. Не изучены факторы риска ПВ среди врачей этого профиля в разные этапы пандемии COVID-19.

Цель исследования — изучить степень выраженности синдрома ПВ, особенности качества жизни и психологические проблемы у врачей — анестезиологов-реаниматологов, работающих в условиях современного стационара, а также определить факторы риска профессионального выгорания.

Материалы и методы

Исследование проводили в период с июля по сентябрь 2022 г. в форме одномоментного интернет-опроса врачей — анестезиологов-реаниматологов, работающих в многопрофильных стационарах Российской Федерации. Исследование одобрено Комитетом по биомедицинской этике Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова СПбГУ (выписка из протокола №07/22 от 07.07.2022). Для анкетирования использовали опросный лист на основе интернет-

ресурса, ссылку на прохождение анкетирования рассылали специалистам централизованно по электронной почте, а также с помощью мессенджеров (Telegram, WhatsApp). Анонимное анкетирование специалистов проводили после подтверждения о добровольном согласии на участие в исследовании. Опросный лист состоял из вопросов анкеты и трех опросников — опросника профессионального выгорания, Краткого опросника Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) для оценки качества жизни и Госпитальной шкалы тревоги и депрессии. Вопросы анкеты имели отношение к факторам, которые могут быть связаны с формированием синдрома ПВ, нарушением качества жизни, а также повышенным уровнем тревоги/депрессии: общим факторам (пол, возраст, семейный статус, характер проживания, наличие хронических заболеваний, удовлетворенность материальным положением), профессиональным факторам (стаж работы, источник профессионального стресса по мнению специалистов, работа в «красной зоне» во время пандемии, график работы во время пандемии по сравнению с графиком работы до пандемии), а также сопутствующим факторам (вопросы содержательного характера отношения к пандемии COVID-19 и связанных с ней проблем в повседневной жизни — потеря близких из-за COVID-19, степень удовлетворенности уровнем использования мер индивидуальной защиты в отделении и другие вопросы).

Опросник профессионального выгорания Maslach Burnout Inventory (MBI) разработан Maslach & Jackson для изучения выгорания [21] и адаптирован Н.Е. Водопьяновой [22]. Опросник содержит 22 утверждения, касающихся чувств и переживаний, связанных с профессиональной деятельностью, отношениями с коллегами и пациентами. Оценка каждого пункта опросника проводится с помощью 7-балльной шкалы от 0 (никогда) до 6 (ежедневно). Оцениваются три основных компонента выгорания: эмоциональное истощение (ЭИ), деперсонализация (ДП) и редукция персональных достижений или потеря мотивации (РПД). Шкале ЭИ соответствует 9 вопросов, шкале ДП — 5, шкале РПД — 8 вопросов. Максимальное число баллов по шкале ЭИ — 45 баллов, по шкале ДП — 25, по шкале РПД — 40 баллов. По шкале ЭИ имеются следующие градации степени выраженности проблемы: высокая степень — 25 баллов и больше, средняя степень — 16–24 балла, низкая степень — 0–15 баллов; по шкале ДП: высокая степень — 11 баллов и больше, средняя степень — 6–10 баллов, низкая степень — 0–5 баллов; по шкале РПД: высокая степень — 30 баллов и меньше, средняя степень — 31–36 баллов, низкая степень — 37 баллов и больше.

Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни World Health Organization's Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF) разработан на основе опросника ВОЗ для оценки качества жизни (WHOQOL-100), предназначенного для оценки качества жизни людей на ос-

нове их субъективных ощущений вне зависимости от культурных, демографических, политических и социальных различий [23, 24]. Опросник WHOQOL-BREF состоит из 26 пунктов, из которых первые два пункта представляют собой отдельные вопросы для оценки респондентом качества жизни и удовлетворенности состоянием здоровья. Остальные 24 вопроса группируются в 4 домена: физического благополучия (включает вопросы относительно физической боли, дискомфорта, жизненной активности, энергии, усталости, мобильности, сна и отдыха), психологического благополучия (вопросы о положительных и отрицательных эмоциях, мышлении, обучаемости, памяти, самооценке, внешнем виде), социального благополучия (вопросы о личных отношениях, социальной поддержке, сексуальной активности) и окружающей среды (финансовые ресурсы, физическая безопасность и защищенность, медицинская и социальная помощь, семейные отношения, возможность приобретения новой информации и навыков, окружающая среда вокруг, транспорт). Варианты ответов представлены в виде 5-балльной шкалы от 1 до 5 баллов, где 1 соответствует низкой, а 5 — высокой оценке того или иного показателя. Шкалирование данных предполагает расчет показателей согласно шкале от 0 до 100 баллов — чем выше балл, тем лучше качество жизни. Уровень качества жизни для каждого домена опросника и двух отдельных вопросов определяли на основании значения полученного балла согласно соответствующему квартилю: 0–25 баллов (Q1) — плохое качество жизни, 26–49 баллов (Q2) — относительно плохое, 50–75 баллов (Q3) — относительно хорошее и 76–100 баллов (Q4) — хорошее качество жизни.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) разработана Zigmond A.S. и Snaith R.P. для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики [25]. Опросник содержит 14 пунктов; каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность). При интерпретации результатов учитывается суммарный показатель по каждой из двух субшкал, при этом выделяются 3 области его значений: 0–7 — норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии), 8–10 — пограничный уровень тревоги/депрессии, 11 и выше — повышенный уровень тревоги/депрессии.

Статистический анализ

Данные описательной статистики представляли в виде количества наблюдений, процентных долей, средних арифметических значений, стандартных отклонений, медиан, диапазонов. Проверку на нормальность распределения проводили с использованием статистического критерия Шапиро—Уилка. Сравнение показате-

лей в группах проводили с использованием критерия Стьюдента или *U*-критерия Манна—Уитни для парных сравнений и критерия Краскела—Уоллиса для множественных сравнений. Для изучения взаимосвязей между признаками применяли корреляционный и логистический регрессионный анализ. Различия считали статистически значимыми при уровне $p < 0,05$. Статистический анализ проведен с использованием программного обеспечения SPSS 23.0.

Результаты исследования

Характеристика выборки

В электронном опросе принял участие 101 врач из Северо-Западного, Центрального, Южного, Дальневосточного, Уральского и Приволжского регионов. Общая характеристика выборки представлена в табл. 1.

Большинство специалистов были в возрасте от 25 до 49 лет (86,1%). Распределение по полу являлось примерно равным. У 40,6% опрошенных имелись хронические заболевания. Среди хронических заболеваний наиболее часто указаны заболевания органов дыхания (31,7%) и заболевания сердечно-сосудистой системы (26,8%).

Медиана [Me (Q1–Q3)] общего профессионального стажа составила 12,5 (6–21,3) года. У большинства специалистов (62,4%) длительность стажа составила ≥ 10 лет. Подавляющее большинство (97%) опрошенных работали в режиме полного рабочего дня, при этом 40,8% врачей — на 1,5 ставки; средняя продолжительность рабочей смены [M (SD)] составила 14 (7,2) ч; от 6 до 24 ч. Также 89,1% участвующих в исследовании врачей имели ночные дежурства, среднее количество дежурств [M (SD)] составило 7 (3), от 1 до 15 ночных смен в месяц. Большинство врачей были в отпуске на протяжении последнего года; 14,9% врачей имели отпуск более года назад.

Во время пандемии в «красной зоне» работали 68,3% специалистов. График работы во время пандемии по сравнению с графиком работы до пандемии у 43,6% специалистов существенно увеличился; у 20,8% — незначительно увеличился; у остальных остался без изменения (35,6%). Время на отдых во время пандемии уменьшилось у 69,3% специалистов. Удовлетворены уровнем использования мер индивидуальной защиты в отделении 65,3% опрошенных, остальные — не удовлетворены.

Среди опрошенных специалистов большинство (78,2%) переболели COVID-19; остальные (21,8%) не болели или не уверены, что перенесли коронавирусную инфекцию; 22,8% потеряли близких из-за COVID-19.

Таблица 1. Характеристика врачей, принявших участие в опросе

Table 1. Characteristics of physicians who participated in the survey

| Характеристика | Значение |
|---|------------|
| Возраст, количество полных лет | |
| М (SD) | 38,3 (9,8) |
| диапазон | 25–63 |
| Распределение согласно возрасту, n (%) | |
| 25–29 лет | 24 (23,8) |
| 30–39 лет | 35 (34,7) |
| 40–49 лет | 28 (27,7) |
| 50–59 лет | 10 (9,9) |
| 60–69 лет | 4 (3,9) |
| Пол, n (%) | |
| мужчины | 46 (45,5) |
| Семейное положение, n (%) | |
| женат/замужем | 63 (62,4) |
| холост/не замужем | 24 (23,8) |
| разведен(-а) | 11 (10,9) |
| вдовец/вдова | 3 (2,9) |
| Характер проживания, n (%) | |
| с членами семьи | 82 (81,2) |
| один (одна) | 19 (18,8) |

| Характеристика | Значение |
|---|---------------|
| Наличие хронических заболеваний, n (%) | |
| Есть | 41 (40,6) |
| Нет | 60 (59,4) |
| Общий профессиональный стаж, лет | |
| М (SD) | 14,2 (9,8) |
| Ме (Q1–Q3) | 12,5 (6–21,3) |
| диапазон | 1–38 |
| Распределение по длительности стажа, n (%) | |
| менее 5 лет | 19 (18,8) |
| 5–9 лет | 19 (18,8) |
| 10–15 лет | 23 (22,8) |
| более 15 лет | 40 (39,6) |
| Длительность работы в данном учреждении, лет | |
| М (SD) | 8,0 (8,5) |
| Ме (Q1–Q3) | 5 (2–11) |
| диапазон | 0–39,0 |
| Режим работы, n (%) | |
| полный рабочий день | 98 (97) |
| неполный рабочий день | 3 (3) |
| Работа в красной зоне, n (%) | |
| да | 69 (68,3) |
| нет | 32 (31,7) |
| Ме (Q1–Q3) — медиана (межквартильный диапазон); М (SD) — среднее значение (стандартное отклонение). | |

Характеристика профессионального выгорания врачей

В табл. 2 дано распределение специалистов согласно выраженности проблем, связанных с ПВ — ЭИ, ДП и РПД, а также средние показатели по шкалам опросника MBI.

Согласно данным табл. 2, у большинства (56,4%) специалистов имелась высокая степень ЭИ, у 28,7% — средняя степень и только у 14,9% — низкая степень ЭИ. Также у большинства (63,3%) врачей отмечался высокий уровень ДП, у 22,8% — средний уровень и у 13,9% — низкий уровень ДП. Что касается РПД, его высокий уровень наблюдали у 40,6% врачей, средний уровень — у 35,6% и низкий уровень — почти у четверти врачей (23,8%).

При сравнительном анализе средних значений компонентов ПВ в подгруппах специалистов согласно факторам, которые могут влиять на его выраженность,

определены подгруппы, в которых установлены значимые различия по показателям ПВ (рис. 1).

Как видно из рис. 1, у врачей, работавших в «красной зоне», наблюдалась большая степень выраженности всех компонентов ПВ, чем у врачей, не работавших в «красной зоне». При этом уровень ДП у специалистов, работавших в «красной зоне», был значимо выше, чем у не работавших «красной зоне» (13,3 vs 10,3, $p = 0,021$). У врачей, имеющих хронические заболевания, также имелась большая степень выраженности всех компонентов ПВ, чем у врачей, не имеющих хронических заболеваний. Уровень ЭИ у специалистов, имеющих хронические заболевания, был значимо выше, чем у тех, кто не имел хронических заболеваний (29,0 vs 24,4, $p = 0,028$). Кроме того, у врачей, имеющих недостаточную удовлетворенность материальным положением, показатели ЭИ и ДП хуже, чем у врачей, полностью удовлетворенных своим материальным положением (28,0 vs 22,3, $p = 0,012$; 13,3 vs 10,2, $p = 0,016$).