

УДК 159.944

DOI <https://doi.org/10.32782/health-2024.2.14>

ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ЛІКАРІВ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЦПМСД № 5 М. ВІННИЦІ ПІД ЧАС ВОЄННИХ ДІЙ

Черепакіна Лариса Павлівна,

кандидат медичних наук,

доцент кафедри пропедевтики дитячих захворювань

та догляду за хворими дітьми

Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова

ORCID: 0009-0006-3512-4670

Кулешов Олександр Вячеславович,

доктор медичних наук, професор,

завідувач кафедри пропедевтики дитячих захворювань

та догляду за хворими дітьми

Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова

ORCID: 0000-0003-0149-3452

Медражевська Яна Афанасіївна,

кандидат медичних наук,

доцент кафедри пропедевтики дитячих захворювань

та догляду за хворими дітьми

Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова

ORCID: 0000-0002-3736-8779

Фік Леся Олександрівна,

кандидат медичних наук,

доцент кафедри пропедевтики дитячих захворювань

та догляду за хворими дітьми

Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова

ORCID: 0000-0002-8958-4844

За прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я, до 2025 року нейропсихічні розлади посядуть перше місце серед неінфекційних захворювань і паралізують економічне життя на планеті. Психосоматичне здоров'я медичного працівника, як і кожної людини, є не тільки важливою складовою особистого здоров'я, але й найважливішою умовою для якісного виконання ними своїх професійних обов'язків. Тому своєчасна діагностика нейропсихічних розладів та їх корекція на сьогодні є найактуальнішим питанням. Метою нашої роботи було визначення й аналіз емоційних розладів у медичних працівників первинної ланки медичної допомоги ЦПМСД № 5 м. Вінниці. Дослідження психоемоційного стану проводили за допомогою самоопитувальників: «Шкала самооцінки тривоги» та «Чотиривимірний опитувальник для оцінки дистресу, депресії, тривоги та соматизації» (The Four-Dimensional Symptom Questionnaire – 4DSQ). Було опитано 64 людини віком від 21 до 70 років, які працюють медичними працівниками на базі міської поліклініки м. Вінниці, що становили 4 групи. У першу ввійшли 28 респондентів (43,7%), які не мали тривожності. У другу групу ввійшли 26 осіб, що показали помірний ступінь тривожного стану; у третій групі було 7 медиків з вираженим ступенем тривожності, та 3 особи були у складі четвертої групи з важким ступенем тривожності. Отже, 56,3% (36 опитаних) мали зміни, пов'язані з тривожним станом різного ступеня важкості.

Серед респондентів, що отримали за «Шкалою самооцінки рівня тривоги» більш ніж 4 бали, нами було встановлено, що кількість осіб із помірним рівнем дистресу поступово підвищувалася паралельно зі зростанням у них кількості балів за «Шкалою самооцінки рівня тривоги», а саме: у другій групі кількість таких респондентів становила 19,2%, у третій – 28,6%, а в четвертій – 33,3%. Інакше кажучи, кількість осіб із тривогою помірного ступеня мали в 1,5 раза менше випадків дистресу, ніж у третій, і в 1,73 раза менше, ніж у четвертій.

Проведені нами дослідження виявили суттєві порушення в емоційній сфері медичних працівників первинної ланки медичної допомоги, які потребують раціональної психологічної та медикаментозної корекції. Найбільш поширеними порушеннями в емоційній сфері виявилися дистрес і соматизація, що відповідає даним доступних нам літературних джерел.

Ключові слова: генералізований тривожний розлад, дистрес, соматизація, тривога, депресія.

Larysa Cherepakhina, Oleksandr Kuleshov, Yana Medrazhevska, Lesya Fik. Features of emotional disorders in physicians of Vinnytsia Centre for primary health care No. 5 during military actions

According to forecasts of the World Health Organization, by 2025, neuropsychiatric disorders will take the first place among non-communicable diseases and paralyze economic life on the planet. Psychosomatic health of medical staff and every person is not just an important component of personal health, but also the most important part for their professional duties performance. Therefore, timely diagnosis of neuropsychiatric disorders and their correction is the most urgent issue today. The purpose of our work was to identify and analyse emotional disorders in medical staff of the primary health care unit of Central Medical Centre №5 in Vinnytsia. The study of the psycho-emotional status was carried out with the help of self-questionnaires: "Self-Assessment Scale of Anxiety" and "The Four-Dimensional Symptom Questionnaire – 4DSQ". 64 people, aged from 21 to 70 years old as medical workers at the city polyclinic of Vinnytsia, who made up 4 groups, were interviewed. The first included 28 respondents (43.7%) who did not have anxiety. The second group included 26 people who showed a moderate degree of anxiety; in the third group there were 7 doctors with a pronounced degree of anxiety, and 3 people made up the 4th group – a severe degree of anxiety. Therefore, 56.3% (36 respondents) had changes related to an anxiety state of varying degrees of severity.

Among the respondents who received more than 4 points on the "Self-Assessment Scale of Anxiety Level", we found that the number of people with a moderate level of distress gradually increased in parallel with the increase in their number of points on the "Self-Assessment Scale of Anxiety Level", namely: in the second group the number of such respondents was 19.2%, in the third – 28.6%, and in the fourth – 33.3% respectively. In other words, the number of persons with moderate anxiety had 1.5 times fewer cases of distress than in the third, and 1.73 times less than in the fourth.

Our research revealed significant disorders in the emotional sphere of primary care medical workers, which require rational psychological and drug correction. The most common disorders in the emotional sphere were distress and somatization, which corresponds to the data of the literary sources available to us.

Key words: generalized anxiety disorder, distress, somatization, anxiety, depression.

Вступ. Медичні працівники первинної ланки медичної допомоги вже достатньо тривалий час працюють в умовах підвищеної стресогенності, яка була пов'язана спочатку з пандемією COVID-19, а потім з активною фазою війни в країні. Усі ці негаразди не можуть не впливати на людей, тим паче що на них обрушується перша хвиля пацієнтів на початку своєї хвороби, і на них – сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів, накладається відповідальність за правильність встановленого діагнозу і тим самим за життя та майбутнє здоров'я пацієнта. Тому психосоматичне здоров'я медичного працівника, як і кожної людини, є не тільки важливою складовою особистого здоров'я, але й найважливішою умовою для якісного виконання ними своїх професійних обов'язків.

За прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я, до 2025 року нейропсихічні розлади посядуть перше місце серед неінфекційних захворювань і паралізують економічне життя на планеті. Тому своєчасна діагностика цих проблем та їх корекція на сьогодні є найактуальнішим питанням.

Мета та завдання – визначення й аналіз емоційних розладів у медичних працівників первинної ланки медичної допомоги ЦПМСД № 5 м. Вінниці. Для досягнення цієї мети ми проаналізували анкети, які респонденти заповнювали самостійно.

Методи дослідження. Обстеженню підлягали 64 особи віком від 21 до 70 років, які працюють медичними працівниками на базі міської поліклініки м. Вінниці. Респондентам, котрі добровільно

погодилися взяти участь у нашому дослідженні, гарантували повну анонімність і право відмовитися від співпраці.

Дослідження психоемоційного стану ми проводили за допомогою самоопитувальників: «Шкала самооцінки тривоги» (ШСТ) та «Чотиривимірний опитувальник для оцінки дистресу, депресії, тривоги та соматизації» (The Four-Dimensional Symptom Questionnaire – 4DSQ).

ШСТ містила 7 питань та давала змогу моніторингу симптомів некорисної тривоги. Кожна відповідь мала свою кількість балів: «Ніколи» – 0 балів, «Кілька днів» – 1 бал, «Більша половина часу» – 2 бали, «Майже щодня» – 3 бали. Підрахунок результатів проводився відповідно до шкали: 0–4 бали – імовірно, що труднощі з тривогою відсутні; 5–9 балів – можливі труднощі з тривогою помірного ступеня; 10–14 балів – можливі труднощі з тривогою вираженого ступеня; 15–21 бал – можливі труднощі з тривогою важкого ступеня.

Відповідно до розжалування ШСТ ми розбили всіх респондентів на 4 групи. До першої групи ввійшли респонденти, чий бал перебував у межах від 0 до 4, другу групу становили респонденти із загальною сумою від 5 до 9 балів, третю – від 10 до 14 балів, четверту – від 15 до 21 бала.

4DSQ має чотири відповідні шкали: DIS – дистрес; DEP – депресія; ANX – тривога; SOM – соматизація та містить 50 питань. Ціна відповіді становила: «Ні» – 0 балів, «Іноді» – 1 бал, «Регулярно» – 2 бали, «Часто» – 2 бали, «Дуже часто / Постійно» – 2 бали. Підсумки підводили відповідно до субшкали: дистрес 0–10 балів – норма,

11–12 балів – дистрес погіршує функціонування, потребує зниження дистресу, 11–12 балів – дистрес погіршує функціонування, потребує зниження дистресу; депресія 0–2 бали – норма; 3–5 балів – можливий депресивний розлад, моніторинг щодо клінічної депресії, 6–12 балів – високий ризик клінічної депресії; тривога 0–7 балів – фізіологічна тривога, 8–12 балів – субсиндромальна тривога, можливий тривожний розлад, моніторинг щодо клінічної тривоги), 13–24 балів – патологічна тривога, високий ризик одного з клінічно окреслених тривожних розладів; соматизація 0–10 балів – норма, 11–20 балів – можлива соматизація психічних симптомів із порушенням функціонування, обговорити з пацієнтом, 21–32 балів – наявна висока соматизація, потребує терапії.

Результати дослідження. Аналізуючи результати проведених досліджень, ми виявили, що лише в 43,7% (28 осіб) респондентів (згідно із заповненими анкетами) труднощі з тривогою були, ймовірно, відсутні, і ці опитані становили 1-шу групу. 56,3% (36 опитаних) мали зміни, пов'язані з тривожним станом різного ступеня важкості. При цьому помірний ступінь тривожного стану показали 72,2% респондентів (26 осіб) – 2-га група, виражений ступінь – 19,4% (7 людей) – 3-тя група та важкий ступінь – 8,3% (3 особи) – 4-та група.

Таким чином більшість із співробітників первинної ланки медичної допомоги ЦПМСД № 5 м. Вінниці мали той чи інший ступінь некорисної (патологічної) тривоги, під час якої симптоми з'являються за відсутності стресових факторів або якщо вони присутні, то гіпертрофованою реакцією на них [2, 3].

У подальшій роботі з анкетами нами була встановлена пряма кореляція між отриманими результатами за ШСТ та 4DSQ, що наглядно відображено на рис. 1.

Так, у респондентів, які за ШСТ набрали більш ніж 4 бали, ознаки помірного й високого

рівнів дистресу та соматизації виявлялися у 3,5 і 2,9 раза відповідно частіше, ніж у першій групі, де цей бал був нижчий за 4.

Проте слід відмітити, що виявлені нами прояви соматизації та дистресу в першій групі обстежених можна пояснити недоброчесним заповненням анкети, або ігноруванням ШСТ.

Серед респондентів, що отримали за ШСТ більше ніж 4 бали, нами було встановлено, що кількість осіб із помірним рівнем дистресу поступово підвищувалася паралельно із зростанням у них кількості балів за ШСТ, а саме: у другій групі кількість таких респондентів становила 19,2% (5 чоловік), у третій – 28,6% (2), а в четвертій – 33,3% (1). Інакше кажучи, кількість осіб із тривогою помірного ступеня мали в 1,5 раза менше випадків дистресу, чим у третій, та в 1,73 раза менше, ніж у четвертій.

Характеризуючи дистрес, слід відмітити, що він є негативним проявом стресу, з яким людина не може впоратися самостійно. Крім того, стресорні чинники викликають у різних людей і навіть в однієї людини відмінні й навіть протилежні реакції. Вплив різноманітних чинників на організм можна розподілити за силою дії на підпорогові, порогові, стресові (надзвичайні) та руйнівні. У разі виникнення стресових ситуацій в організмі людини активуються резерви адаптації. Тривала дія сильних стресорів із різко негативною емоційною оцінкою і можливими небажаними згубними наслідками для здоров'я спричиняє формування «дистресу» – прояву найбільш руйнівного стресорного ефекту [4, 6]. Дистрес – стан, за якого людина не в змозі повністю адаптуватися до стресових ситуацій і спричинених ними наслідків. Для нього характерні втому, дратівливість, втрата сексуального потягу до партнера і ряд індивідуальних особливостей. Дистрес може виявлятися у 2 формах – гострій і хронічній. У разі гострої форми надмірно сильний стресор викликає зна-

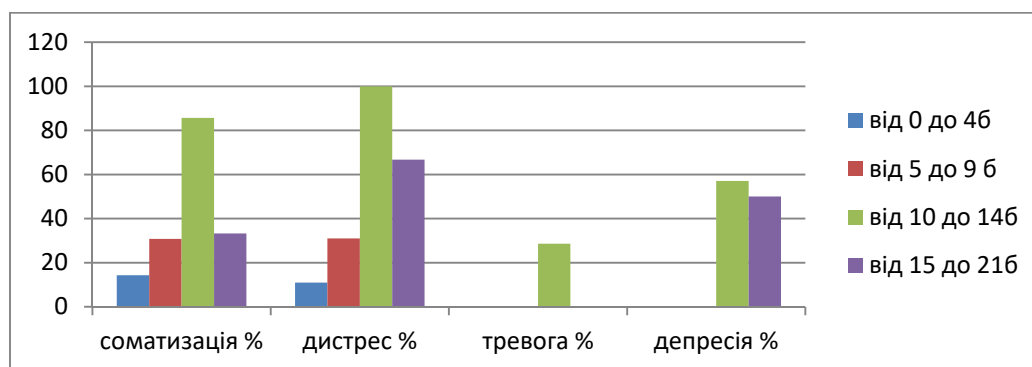


Рис. 1. Розподіл результатів за 4DSQ серед респондентів

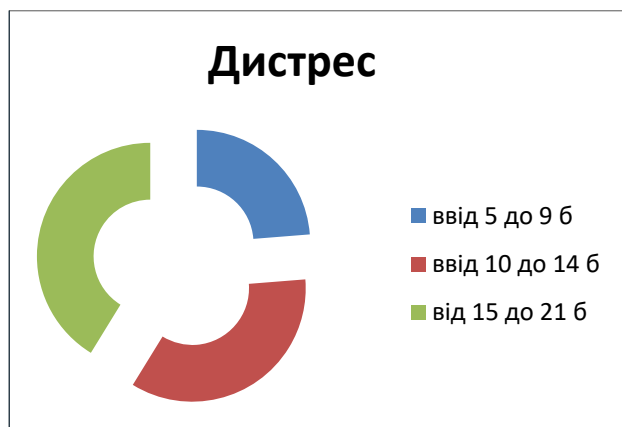


Рис. 2. Розподіл дистресу серед респондентів

чний викид катехоламінів і глюкокортикоїдів, підвищення кров'яного тиску й різке пригнічення імунітету. За хронічного дистресу сильний стресор призводить до виснаження резервів цих гормонів. Це створює тло для формування важкої депресії. Дистрес із тривалим перебігом може призводити до неврозів і психозів [4, 6].

Описуючи загальну картину психофізіологічних механізмів розвитку стресу, С. І. Лазаренко посилається на праці Китаєва-Смика, у яких виділено чотири субсиндроми стресу [6]: «Вони, прямуючи один за одним в певному порядку стають фазами розвитку стресу. Першим у гранично можливих екстремальних умовах виявляється емоційно-поведінковий субсиндром, потім іде вегетативний (субсиндром превентивно-захисної вегетативної активності). Після них переважно вираженими стають когнітивний (субсиндром зміни розумової активності при стресі) і соціально-психологічний (субсиндром зміни спілкування при стресі). Якщо перші два субсиндроми можна розглядати як прояви етапів адаптаційної активізації щодо низької (у ієрархічному плані) «функціональної системності» організму, то останні два – як обумовлені індивідуальними особистими особливостями людей, що виявляються в екстремальних умовах. Стосовно когнітивного й соціально-психологічного субсиндромів, то їх можна розглядати як компоненти, а не як фази стресової реакції. Адже формування оцінок і відносин, що визначають розвиток стресу, проходить за участю розумових процесів, а не лише емоцій [3, 4, 6].

В умовах екстремальної ситуації в діяльності функціональних підсистем організму здійснюються такі зрушення, що виходять за рамки оптимального функціонування адаптаційної системи.

Це супроводжується переживанням, відчуттям дискомфорту» [1].

Усе вищезазначене має суттєвий вплив також і на професійні здібності особи, яка перебуває у стані хронічного стресу [4, 7], як у нашому випадку. Тобто раннє виявлення й раціональна допомога сприятимуть як покращенню здоров'я медичних працівників, так і підвищенню ефективності їх роботи.

Наступним, не менш суттєвим, порушенням, за даними 4DSQ, була соматизація симптомів тривоги.

У контексті психоаналітичної діагностики і розуміння структури особистості в клінічному процесі Н. Мак-Вільямс [7] розрізняє два рівні захисних механізмів за мірою їх «примітивності», тобто залежно від того, наскільки відчутно і сильно їхнє застосування перешкоджає людині адекватно сприймати реальність: первинні та вторинні захисні механізми [3, 7].

Соматизація або конверсія – тенденція переживати соматичний дистрес у відповідь на психологічний стрес і шукати у зв'язку з такими соматичними проблемами медичної допомоги. Ця реакція належить до первинних захисних механізмів.

Соматизація визнана проблемою, яка найбільш часто зустрічається в первинній ланці охорони здоров'я, що сприяє частим зверненням за медичними послугами і призводить до розчарування пацієнта та лікаря [5].

В основі соматизованого розладу лежать порушення регуляції вираження й диференціювання власних емоцій такими, як тривога і депресія [3, 8]. Виникнення даного захворювання пов'язано також із розладами особистості [3, 7].

За результатами досліджень нами було виявлено в першій групі 14,3% (4 людини), у другій – 31% (8 осіб), у третій – 86% (6), у четвертій – 33,3% (1 медик). Під час порівняння відносної кількості осіб зі проявами соматизації тривожного стану різних груп було встановлено, що перша група суттєво відрізнялася від інших більш низьким відсотком осіб, які страждають на це порушення, – у 2,16; 6,0 і 2,3 раза відповідно.

Під час порівняння другої, третьої та четвертої груп між собою було встановлено, що кількість осіб із помірним ступенем соматизації в другій групі становила 26,9% (7 осіб), у третій – 14,3% (1), у четвертій – 33,3% (1). Важкий ступінь соматизації визначався лише в одній людині другої групи, що свідчило про високий рівень соматизації, який потребував негайної медикаментозної та психологічної терапії.

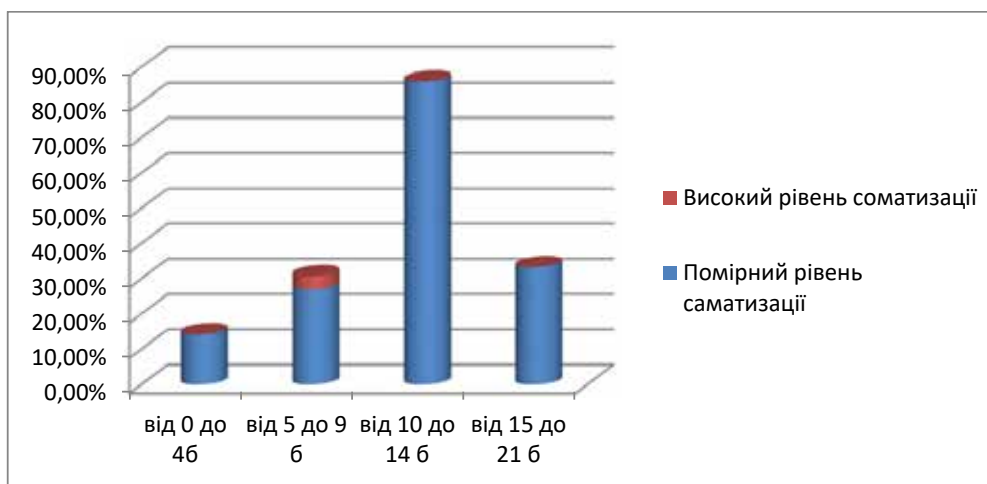


Рис. 3. Рівень соматизації серед респондентів

Професор О. Чабан у доповіді «Страх в соматології» відмічає [7], що хронічна тривога може стати сприятливим фоном для розвитку соматичної патології. Він також відмічає, що психічні розлади провокують розвиток соматичних захворювань більш, ніж навпаки. Головною відмінною особливістю пацієнтів із генералізованим тривожним розладом (ГТР), до якого належить і «соматизація», є те, що вони абсолютно не в змозі переносити невизначеність, тому намагаються трансформувати свою тривогу в інший афект. За даними цілого ряду дослідників, постійний страх, тривога та/або депресія сприяють розвитку артеріальної гіпертензії, інсульту, ішемічної хвороби серця, бронхіальної астми, виразки шлунку та дванадцятипалої кишки й багатьох інших захворювань [3].

Професор М. Орос [3] у своїй доповіді «Тривога: де межа норми?» підкреслює, що соматичні прояви тривоги, гострого та хронічного стресу, депресії частіше відмічаються в таких соціально-культурних групах, де психічні розлади сприймаються як «непристойні», а соматичні захворювання – як «нещастя», яке викликає співчуття, допомогу й підтримку оточення. На соматизацію тривоги може також впливати ряд конституційних, набутих і зовнішніх факторів – психотип особи, особливості її чутливості, тривалість стресу, алексемія (нездатність висловлювати емоції в усній формі).

Він також наголошує, що соматичні прояви високого рівня тривоги пов'язані з хронічним м'язовим напруженням, яке спричиняє головний біль, міальгію, біль у спині, м'язові посмикування і таке інше [3].

Пацієнти можуть також відчувати рухове занепокоєння, непосидючість. Щодо вегетативних

симптомів, то частіше за все відмічають тахікардію, задишку, головокружіння, підвищену пітливість і таке інше. Крім того, наявність підвищеної тривожності підвищує вірогідність фатального інфаркту міокарда в 1,9, а раптової смерті – у 4,5 рази [3].

Таким чином, проведені нами дослідження продемонстрували, наскільки поширеним серед працівників первинної ланки медичної допомоги була соматизація тривожного стану та до яких серйозних наслідків для їхнього здоров'я це може призвести, якщо цей стан вчасно не діагностувати й не лікувати.

Прояви ГТР у вигляді тривоги помірного й вираженого ступеня відмічалися лише у респондентів третьої групи та становили кожний 14,3% випадків.

Стосовно депресії слід відмітити, що серед респондентів помірно виражений депресивний стан діагностували лише в осіб третьої групи, що становило 14,3%, а виражений ступінь депресії був визначений у третій і четвертій групах, де, за даними ШСТ, вони мали від 10 до 21 бала. При цьому загальна кількість випадків в цих групах становила 40% (4 людини).

Висновки:

1. Проведені дослідження особливостей емоційних розладів у медичних працівників первинної ланки медичної допомоги ПЦМСД № 5 м. Вінниці виявили суттєві порушення в їх емоційній сфері, які потребують раціональної психологічної та медикаментозної корекції.

2. Найбільш поширеними порушеннями в емоційній сфері виявилися дистрес і соматизація, що відповідає даним доступних нам літературних джерел.

ЛІТЕРАТУРА

1. Орос М. М., Гал А. В. Стрес, дистрес, його види та корекція. *Ліки України*. 2021. № 7 (253). С. 32–35. URL: [https://doi.org/10.37987/1997-9894.2021.7\(253\).245660](https://doi.org/10.37987/1997-9894.2021.7(253).245660).
2. Кононова М. М., Кучма Т. В. Особливості прояву копінг-поведінки у подружніх пар з дітьми з психофізичними порушеннями. *Abstracts of II International Scientific and Practical Conference, "Actual trends of modern scientific research"*. 2020. Р. 140–146.
3. Наугольник Л. Б. Психологія стресу : підручник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
4. Зінич Л. В., Корпачев В. В., Ховака В. В. Дистрес при цукровому діабеті. *Ендокринологія*. 2022. Том 27, № 2. С. 124–131.
5. Ільницька Т. Як упоратися зі стресом в умовах пандемії. *Нейро NEWS*. 2020. № 3. С. 6.
6. Кононова М. М., Кучма Т. В. Сутність стресу як психологічної категорії. *Молодий вчений*. 2021. № 1 (89). С. 28–32.
7. Al Busaidi Z.Q. The Concept of Somatisation: A Cross-cultural perspective Sultan Qaboos. *Univ. Med. J.*, 2010. Vol. 10 (2). Р. 180–186.
8. Радченко О. М. Теорія стресу та філософські погляди Ганса Сельє: значення для сучасної медицини. *Здоров'я України 21 сторіччя*. 2022. № 15–16. С. 29.

REFERENCES

1. Oros, M.M., Hal, A.V. (2021). Stress, distress, its types and correction [Stress, distress, its types and correction]. *Liky Ukrainy*. 2021. 7 (253), 32–35 [in Ukrainian]. URL: [https://doi.org/10.37987/1997-9894.2021.7\(253\).245660](https://doi.org/10.37987/1997-9894.2021.7(253).245660).
2. Kononova, M.M., Kuchma, T.V. (2020). Features of the manifestation of coping behavior in married couples with children with psychophysical disorders [Features of the manifestation of coping behavior in married couples with children with psychophysical disorders]. *Abstracts of II International Scientific and Practical Conference, "Actual trends of modern scientific research"*. 140–146 [in Ukrainian].
3. Nauholnyk, L.B. (2015). *Psychology of stress: a textbook*. Lviv: Lvivskiy derzhavnyi universytet vnutrishnikh sprav, 324 [in Ukrainian].
4. Zynych, L.V., Korpachev, V.V., Khovaka, V.V. (2022). Distress in diabetes [Distress in diabetes]. *Endokrynolohiia*. 27 (2), 124-131 [in Ukrainian].
5. Ilnytska, T. (2020). How to cope with stress during a pandemic [How to cope with stress during a pandemic]. *NeiroNEWS*. 3. 6 [in Ukrainian].
6. Kononova, M.M., Kuchma, T.V. (2021). The essence of stress as a psychological category [The essence of stress as a psychological category]. *Molodyi vchenyi*. 1 (89), 28–32 [in Ukrainian].
7. Al Busaidi, Z.Q. (2010). The Concept of Somatisation: A Cross-cultural perspective Sultan Qaboos. *Univ. Med. J.*, 10 (2), 180–186.
8. Radchenko, O.M. (2022). Hans Selye's stress theory and philosophical views: implications for modern medicine [Hans Selye's stress theory and philosophical views: implications for modern medicine]. *Zdorovia Ukrainy 21 storichchia*. 15–16, 29 [in Ukrainian].