

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ ПРИ РАЗВИТИИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ

Гарданова Ж.Р.¹, Есаулов В.И.^{1,2,3}, Кектеева Ю.И.¹

¹ГБОУ ВПО Российский научный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва;

²НОУ Институт психотерапии и клинической психологии, Москва;

³Центр современных психотехнологий, Москва, e-mail: v-esaulov@yandex.ru

Феномен «эмоционального выгорания» наблюдается у врачей и других специалистов, работающих в системе профессиональных коммуникаций «человек-человек» в условиях хронической стрессовой нагрузки. Проявления синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) выражаются в нарастании общего истощения, снижении уровня энергии, угасании интереса к профессиональной деятельности, снижении удовлетворенности и обесценивании профессиональной деятельности. Проведено исследование 30 врачей акушеров-гинекологов (6 мужчин и 24 женщины), работающих в московских клиниках. Сравнение специфики врачебной деятельности группы акушеров-гинекологов проводилось с данными группы из 30 врачей лабораторной диагностики, не работающие с пациентами. В исследовании использовались: клиническое интервью, опросник МБИ, шкала депрессии Бека, шкала тревожности Спилберга – Ханина. Исследование проводилось в феврале – марте 2016 года. Отмечено, что специфика рабочей нагрузки врачей акушеров-гинекологов может способствовать развитию СЭВ. По данным исследования, для акушеров-гинекологов характерен высокий уровень профессионального стресса. Психологические реакции у акушеров-гинекологов, подверженных СЭВ, проявлялись в виде повышенного уровня реактивной тревожности, доминирования астенических эмоций, с нарастанием степени выраженности всех выявленных изменений соответственно увеличению профессионального стажа. Полученные данные могут быть использованы для профилактики и коррекции СЭВ у акушеров-гинекологов.

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, эмоционально-личностная сфера, депрессия, тревожность, врачи акушеры-гинекологи, врачи лабораторной диагностики, профессиональный стресс.

SPECIFICS OF AN EMOTIONAL-PERSONAL SPHERE WITHIN THE GROWING BURNOUT SYNDROME AMONG OBSTETRICIAN-GYNECOLOGISTS

Gardanova Z.R.¹, Esaulov V.I.^{1,2,3}, Kekteeva Yu.I.¹

¹Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow;

²Institute of Psychotherapy and Clinical Psychology, Moscow;

³Modern Psychotechnology Center, Moscow, e-mail: v-esaulov@yandex.ru

A phenomenon of a burnout can be seen among doctors of various specialties that require a "human-to-human" communication system meanwhile staying in a chronic stress. A burnout syndrome manifests itself in a growing exhaustion, lowered energy, fading interest in a professional area, lowered satisfaction and a major devaluation of professional activity. The study of 30 obstetrician-gynecologists (6 men and 24 woman) that are working in Moscow clinics has been made. A comparison of specifics of a medical activity of obstetrician-gynecologists was made with an equal group of 30 laboratory diagnosis doctors that don't work with patients. The study used: clinical interview, MBI questioner, Beck's depression inventory, Spielberger – Hanin anxiety scale. Study took place in February-March of 2016. It was noted that the specifics of obstetrician-gynecologists professional activity can be conducive for a progression of a burnout syndrome. Obstetrics and gynecology doctors that had a burnout syndrome showed higher level of reactive anxiety, dominance of asthenic emotions – the amount of all noted changes would grow proportionally to the professional experience. Data that has been collected during the study can now be used to prevent and correct a burnout syndrome among obstetrician-gynecologists.

Keywords: emotional burn out, emotional-personal sphere, depression, anxiety, obstetrician-gynecologists, doctors of laboratory diagnostics, professional stress.

Термин «эмоциональное сгорание, выгорание» впервые использовал Н.И. Фреуденбергер в 1974 году для описания эмоциональной опустошенности, разочарования,

усталости, которые он наблюдал у врачей и младшего медицинского персонала психиатрических учреждений [12].

В последующих исследованиях было отмечено, что риск развития «выгорания» существенно выше среди лиц «помогающих профессий» [1,2,6,9,14,15]. Акцент в прояснении причин возникновения, описании специфики течения «эмоционального выгорания» был перенесен на область последствия занятия определенными видами профессиональной деятельности (включая медицинскую сферу), при которых требуется работать в высокозатратном ритме и условиях повышенной эмоциональной нагрузки, контактируя с трудными, проблемными в общении людьми [5,6,11,15,16]. Такая работа сопровождается зачастую невысоким материальным и психологическим вознаграждением и может привести к постепенно возникающему ощущению малой ценности и неэффективности этого вида деятельности [4].

S. Kahill (1988) выделил 5 основных групп симптомов, характерных для синдрома выгорания: физические симптомы; эмоциональные симптомы; поведенческие симптомы; проблемы, проявляющиеся в интеллектуальной сфере; социальные симптомы [13].

М.М. Скугаревская (2002) отметила, что люди с синдромом эмоционального выгорания обычно имеют сочетание психопатологических, психосоматических, соматических симптомов и признаков социальной дисфункции [10].

В.В. Бойко (2004) предположил, что эмоциональное выгорание является выработанным личностью механизмом психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций, со снижением уровня энергии эмоций, в ответ на избранные психотравмирующие воздействия [3].

Г.А. Макарова (2005) описала синдром эмоционального выгорания (СЭВ) как процесс постепенной утраты эмоциональной, физической и когнитивной энергии, проявляющийся в симптомах общего истощения и утомления, равнодушия и снижения удовлетворения исполнением работы [7].

Хетагурова А.К., Касимовская Н.А. (2007) отнесли эмоциональное выгорание к форме «профессиональной деформации личности», которое отрицательно сказывается на выполнении профессиональных задач, состоянии психического и соматического здоровья и коммуникативными нарушениями [11].

На сегодняшний день «эмоциональное выгорание» трактуется как долговременная стрессовая ситуация, возникающая вследствие продолжительных профессиональных стрессов высокой интенсивности [2,4].

На практике можно отметить, что профессиональная деятельность врачей может включать в себя разнообразные и частые интенсивные стрессогенные воздействия [5,9,10].

При этом, несмотря на значительное количество работ, посвященных СЭВ, недостаточно полно изучена специфика отдельных проявлений СЭВ у различных категорий врачей-медиков, в частности – у врачей-гинекологов.

В связи с этим **целью** исследования явилось выявление особенностей течения эмоционального (профессионального) выгорания и его психоэмоциональной составляющей у врачей акушеров-гинекологов.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось в феврале – марте 2016 года.

В исследовании приняли участие врачи акушеры-гинекологи Московских клиник. В основную группу вошли 30 человек данной профессии, из них 6 мужчин и 24 женщины. Возраст исследованных от 24 до 62 лет.

Вторую группу (группа контроля) составили 30 врачей лабораторной диагностики, не работающие с пациентами. Из них – 11 мужчин и 19 женщин. Возраст обследованных в этой группе составлял от 27 до 65 лет.

С исследуемыми обеих групп проводились диагностические беседы, анкетирование и психологическое тестирование.

В качестве психодиагностических методик использовались: опросник (шкала) депрессии А.Т. Бека, шкала реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина, опросник на выгорание МВІ (К. Маслач, С. Джексон; в адаптации Н.Е. Водопьяновой).

Результаты исследования и их обсуждение

Перед началом тестирования в беседах в основной и контрольной группе выяснялось наличие 3 ключевых признаков СЭВ – истощения, отстраненность от больных и работы, и ощущение потери собственной эффективности или снижение самооценки. Отмечено, что эти явления встречались существенно чаще у обследованных врачей акушеров-гинекологов, в отличие от врачей лабораторной диагностики (у 21 чел. против 9 чел.).

Из 5 групп основных проявлений (физических, эмоциональных, поведенческих, интеллектуальных и социальных), характерных для СЭВ, нас в проведенном исследовании в наибольшей степени интересовали наличие и специфика эмоциональных проявлений выгорания.

В работах, посвященных отдельным компонентам эмоционального выгорания, отмечено, что в эмоциональной сфере выгорание часто проявляется в виде снижения удовлетворения от работы, скуки, обиды, разочарования, отвращения от работы, нарастающего безразличия и усталости, ощущения одиночества, депрессивных проявлений с подавленным настроением, безнадежностью и чувством напрасности усилий, потерей

идеалов, надежд, профессиональных перспектив, чувством невостребованности, появлением иррационального беспокойства, тревоги, чувства вины, пессимизма, черствости и цинизма на работе и вне ее, раздражительности и легко возникающих вспышек гнева [2, 13, 15].

Ниже приведены данные, полученные при первичном опросе и анкетировании в основной и контрольной группе, показывающие частоту некоторых эмоциональных составляющих выгорания (таблица 1).

Таблица 1.

Частота встречаемости основных эмоциональных проявлений синдрома выгорания у врачей акушеров-гинекологов и врачей лабораторной диагностики

Эмоциональные проявления синдрома выгорания	Врачи акушеры-гинекологи (n=30)		Врачи лабораторной диагностики (n=30)	
	Число чел.	%	Число чел.	%
снижение удовлетворения от работы	17	56,7	2	6,7
безразличие и усталость на работе	15	50	2	6,7
потеря идеалов, профессиональных перспектив	8	26,7	4	13,3
черствость на работе и вне ее	6	20	1	3,3
Скука	8	26,7	6	20
чувство невостребованности	5	16,7	3	10
ощущение одиночества	12	40	3	10
подавленное настроение	14	46,7	3	10
пессимизм, ощущение безнадежности усилий	9	30	2	6,7
Тревога	17	60	6	20
раздражительность	14	46,7	5	16,7

Представленные данные показывают преобладание по всем параметрам эмоциональных явлений, типичных для СЭВ, в группе врачей акушеров-гинекологов. Среди них наиболее часто встречались снижение удовлетворения от работы (у 17 чел.), безразличие и усталость на работе (у 15 чел.), подавленное настроение (у 14 чел.), тревога (у 17 чел.) и раздражительность (у 14 чел.).

Следует отметить, что эмоциональные проявления, типичные для СЭВ, практически не встречались у обследованных, имеющих небольшой по продолжительности рабочий стаж. Данные проявления начинали появляться спустя три и более лет с момента выполнения профессиональных обязанностей как в основной, так и в контрольной группах. Наибольшая

частота эмоциональных проявлений СЭВ, по данным опроса, наблюдалась среди лиц, работающих более 10 лет по специальности.

С помощью «опросника профессионального выгорания» (МВІ), имеющего шкалы «эмоционального истощения», «деперсонализации» и «редукции личных достижений», у обследуемых измерялась степень «выгорания». В проведенном нами исследовании основной акцент делался на исследование уровня «эмоционального истощения» (с максимальной суммой баллов=54), проявляющегося в чувстве эмоциональной опустошенности и усталости, вызванного работой. В таблице 2 приведены данные об уровне шкалы эмоционального истощения в основной и контрольной группах.

Таблица 2

Показатели уровня шкалы «эмоционального истощения» у врачей акушеров-гинекологов и врачей лабораторной диагностики при тестировании опросником МВІ

Баллы	Врачи акушеры-гинекологи (n=30)		Врачи лабораторной диагностики (n=30)	
	Число чел.	%	Число чел.	%
Крайне низкие 0–9 баллов	5	16,7	9	30
Низкие 10–20 баллов	7	23,3	7	23,3
Средние 21–39 баллов	10	33,3	12	40
Высокие 40–49 баллов	6	20	2	6,7
Крайне высокие выше 50	2	6,7	0	0

Приведенные в таблице 2 данные показывают явное преобладание явлений эмоционального истощения в группе врачей-акушеров-гинекологов. При тестировании опросником МВІ, так же как и при опросе и анкетировании, отмечен рост показателей по мере повышения стажа работы. Максимальные показатели «эмоционального истощения» (более 2/3 от числа обследованных) приходились на врачей, имеющих рабочий стаж 3–10 лет.

Помимо оценки степени и частоты выраженности эмоциональной составляющей СЭВ в двух группах обследованных, наше внимание направлялось на исследование особенностей функционирования эмоционально-личностной сферы при выполнении специфических профессиональных обязанностей, и выявление специфики профессиональных стрессов, характерных для работы врачом акушером-гинекологом. Вследствие того, что хронические

стрессовые воздействия могут существенно нарушить привычный ритм жизни человека и его здоровье, вызвать сильное нервное перенапряжение, важно было отметить и проанализировать, какие конкретно последствия этого перенапряжения можно наблюдать у выбранной категории врачей.

При первичной беседе и анкетировании врачи акушеры-гинекологи отмечали, что выполнение их профессиональных обязанностей связано с работой с интенсивным обслуживанием большого потока пациенток в строго ограниченных временных рамках на прием.

При этом предъявляются высочайшие требования к коммуникативно-информационным качествам врачей при работе с беременными женщинами и пациентками гинекологического профиля. С учетом высокой эмоциональной лабильности значительной части беременных женщин, а также женщин с гинекологическими проблемами, обращающимися за врачебной помощью, врачу акушеру-гинекологу необходимо постоянно проявлять внешнюю доброжелательность, отличаться стабильной терпеливостью, поддерживать, утешать, внушать надежду, развенчивать тревожные опасения и не показывать вовне усталость, сомнения, личные негативные эмоциональные реакции на трудных пациентов.

В то же время обследованные врачи акушеры-гинекологи отмечали повышение интенсивности работы за счет введения рабочих контрактов, большого количества платных услуг, при котором уже сами пациенты делают выбор специалистов. Интенсификация работы приводила к стремлению быть востребованным специалистом на фоне нарастания профессиональной конкуренции, страху совершить ошибку, опасениям потери зарплаты или даже рабочего места. Это, в свою очередь, способствовало созданию атмосферы более напряженных межличностных конкурентных профессиональных отношений, и могло способствовать возникновению эмоциональных срывов, в сочетании с чувством неудовлетворенности своей профессией, внутренними конфликтами. Вследствие этого у длительно работающих врачей наблюдалось снижение способности к релаксации даже в нерабочее, свободное время, и появление различного рода психосоматических реакций.

В отличие от акушеров-гинекологов, у врачей лабораторной диагностики в этом плане имеется более уравновешенный график работы и четко определены требования, при которых нет необходимости непосредственного общения с пациентами.

Из предварительных бесед с испытуемыми основной группы, как уже отмечалось выше, можно было отметить значительное количество жалоб на периодическую подавленность, тоскливый фон настроения, в сочетании с тревожным компонентом,

ощущением упадка сил и истощением, снижением интересов, падением работоспособности, раздражительностью и субъективным снижением качества жизни.

Для выявления уровня депрессии использовался опросник А. Бека из 21 утверждений, позволяющий оценить состояние испытуемых по двум субшкалам (когнитивно-аффективным и соматическим проявлениям депрессии). В нашем исследовании использовался метод подсчета общего количества баллов, показывающий суммарный общий уровень депрессии у испытуемых. Показатели менее 10 баллов свидетельствовали об отсутствии депрессии, 10–15 баллов – о низком уровне, 16–19 баллов – об относительно-умеренном уровне, а 20–29 баллов – о выраженном уровне депрессии (депрессия средней тяжести), среднем. Уровень выше 30 баллов характерен для тяжелой депрессии. Полученные при тестировании опросником А. Бека данные отражены в таблице 3.

Таблица 3

Показатели уровня депрессии при тестировании опросником А.Бека у врачей акушеров-гинекологов и врачей лабораторной диагностики

Баллы	Врачи акушеры-гинекологи (n=30)		Врачи лабораторной диагностики (n=30)	
	Число чел.	%	Число чел.	%
0–9 баллов	12	40	19	63,3
10–15 баллов	8	26,7	9	30
16–19 баллов	6	20	2	6,67
20–29 баллов	4	13,3	0	0
30–63 балла	0	0	0	0

У врачей акушеров-гинекологов, по данным опросника А. Бека, депрессивные проявления отсутствовали у 12 человек из 30-ти (40 %), в то время как у врачей лабораторной диагностики депрессия отсутствовала у 19 из 30-ти (63,3 %). Субдепрессия в основной и контрольной группах отмечалась примерно у одинакового количества испытуемых. Можно отметить, что число акушеров-гинекологов, имеющих умеренные показатели депрессии (16–19 баллов), втрое превышало число врачей лабораторной диагностики с таким же уровнем депрессии. Показатели выраженной депрессии (выше 20 баллов) были характерны только для представителей основной группы, и были отмечены у 4 врачей акушеров-гинекологов. Тяжелая депрессия не была диагностирована ни в основной, ни в контрольной группе исследуемых врачей.

Анализируя полученные отдельные показатели опросника А. Бека, можно отметить также наличие более высоких баллов по шкале соматических проявлений депрессии у врачей акушеров-гинекологов по сравнению с врачами лабораторной диагностики.

По нашим наблюдениям, при выявлении склонности к депрессивным реакциям не следует ограничиваться только фиксацией повышенного уровня депрессии. Для полноценного понимания причин появления депрессивных расстройств у врачей акушеров-гинекологов и врачей лабораторной диагностики целесообразно учитывать специфику стресса и утомляемости при конкретном виде профессиональной деятельности. В этих случаях стоит проанализировать не только особенности труда, но и состояние их физического здоровья, а также характерологические особенности, особенности коммуникации, психологическую совместимость работающих совместно сотрудников.

При проведении исследования уровня тревожности с помощью опросника Спилбергера – Ханина анализировались текущие показатели тревожности в данный момент (реактивная тревожность) и устойчивые характерологические показатели тревожности (личностная тревожность). По данному тесту показатели ниже 30 баллов свидетельствуют о низком уровне тревожности; 31–45 баллов – об умеренной тревожности; а выше 46 баллов – высоком уровне тревожности. Повышенные показатели реактивной тревожности могут сопровождаться беспокойством, напряжением, неуверенностью, преобладанием астенических эмоций. При повышенных показателях личностной тревожности имеется склонность восприятия значительного числа разных жизненных ситуаций как опасных, угрожающих.

В таблице 4 приведены сравнения уровней тревожности врачей акушеров-гинекологов и врачей лабораторной диагностики, полученные при тестировании опросником Спилбергера – Ханина.

Таблица 4

Показатели уровней реактивной и личностной тревожности при тестировании опросником Спилбергера – Ханина у врачей акушеров-гинекологов и врачей лабораторной диагностики

Баллы	Реактивная тревога				Личностная тревога			
	Врачи акушеры-гинекологи		Врачи лаборат. диагностики		Врачи акушеры-гинекологи		Врачи лаборат. диагностики	
	чел	%	чел	%	чел	%	чел.	%
0 до 30	4	13,3	7	23,3	2	6,7	13	43,3
31–45	17	56,7	21	70	18	60	14	46,7
46 и более	9	30	2	6,7	10	33,3	3	10

Анализируя полученные данные, можно отметить существенные различия в показателях диагностики тревожности у врачей основной и контрольной групп.

Показатели уровня личностной тревожности заметно выше у врачей акушеров-гинекологов, что может указывать на склонность к восприятию в качестве угрожающих самооценке, жизнедеятельности и профессиональной деятельности обширного диапазона ситуаций, и реагировать выраженным состоянием тревожности. Высокий показатель личностной тревожности отмечен у 10 врачей акушеров-гинекологов и 3 врачей лабораторной диагностики. Это дает основание предполагать гораздо более выраженную склонность акушеров-гинекологов испытывать беспокойство и тревогу в разнообразных ситуациях, в том числе тогда, когда они касаются оценки их компетенции в профессиональной деятельности и престижа.

Эти данные подтверждаются и данными опроса, сделанными в основной и контрольной группах, при котором, как уже отмечалось, была заметна разница в условиях труда и профессиональной нагрузки. Вероятно, что вследствие более уравновешенного графика работы, отсутствия прямого контакта с пациентами показатели личностной тревоги у врачей лабораторной диагностики встречаются в три раза реже, чем у акушеров-гинекологов.

Состояние повышенной реактивной тревоги отмечено у 10 врачей акушеров-гинекологов и у 2 врачей лабораторной диагностики. Такая тревожность возникает при попадании человека в стрессовую ситуацию и характеризуется субъективным дискомфортом, напряженностью, неосознаваемым беспокойством и вегетативными расстройствами. Значительное число выявленных случаев в основной группе (1/3 от всех обследованных), имеющих повышенные показатели реактивной тревоги, позволяет предположить, что врачи акушеры-гинекологи чаще попадают в стрессовые ситуации, вызывающие внутренний дискомфорт, ситуативное беспокойство, и другие негативные реакции тревожного спектра.

Заключение

Профессиональная деятельность врача акушера-гинеколога, так же как и других медицинских работников, потенциально способствует возможности развития синдрома профессионального выгорания. Специфика работы непосредственно акушеров-гинекологов отличается большим количеством эмоционально насыщенных и когнитивно-сложных межличностных контактов, требующих от врача этой специальности значительного субъективного вклада в ежедневную профессиональную деятельность. Такая профессиональная деятельность врачей предполагает повышенную эмоциональную насыщенность контактов и высокий процент факторов, вызывающих стресс. Специфика СЭВ у акушеров-гинекологов проявляется в виде повышенного уровня тревожности, астенических эмоциях, снижении показателей качества жизни, с нарастанием степени

выраженности всех выявленных изменений соответственно увеличению длительности профессионального стажа. Полученные экспериментальные данные позволяют сделать вывод о необходимости популяризации знаний о проявлениях эмоционального выгорания у врачей акушеров-гинекологов с целью профилактики и выявления СЭВ, и при необходимости – коррекции возникших в эмоционально-личностной сфере расстройств.

Список литературы

1. Арутюнов А.В. Изучение синдрома эмоционального выгорания у врачей-стоматологов и методы его профилактики: дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004. – 165 с.
2. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2011. – 223 с.
3. Бойко В.В. Энергия эмоций. – СПб., 2004. – 474 с.
4. Ермакова Е.В. Изучение синдрома эмоционального выгорания как нарушения ценностно-смысловой сферы личности (теоретический аспект) // Культурно-историческая психология. – 2010. – № 1. – С. 27–39.
5. Кайбышев В.Т. Профессионально детерминированный образ жизни и здоровье врачей в условиях современной России // Медицина труда и пром. экология. – 2006. – № 12. – С. 21–26.
6. Кмить К.В., Попов Ю.В. Эмоциональное выгорание, не связанное с профессиональным стрессом // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2013. – № 3. – С.3-8.
7. Макарова Г.А. Синдром эмоционального выгорания // Вопросы социального обеспечения. – 2005. – № 8. – С.11–21.
8. Робертс Г.А. Профилактика выгорания // Обзор современной психиатрии. – 1998. – № 1. – С.39-46..
9. Ронгинская Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях // Психологический журнал. – 2002. – Т. 23, № 3. – С.85-95.
10. Скугаревская М.М. Синдром эмоционального выгорания // Медицинские новости.– 2002. – № 7. – С.3-9.
11. Хетагурова А.К., Касимовская Н.А. Социально-демографические и психологические факторы, влияющие на уход из профессии медицинских сестер на современном этапе // Экономика здравоохранения. – 2007. – № 2–3 (112). – С. 25-29.
12. Freudenberger H.J. Stuffburn-out // Journal of Social Issues 1974. – Vol. 30, N. 1. – P. 159-165.

13. Kahill S. Interventions for burnout in the helping professions: A review of the empirical evidence. // *Canadian Journal of counseling review*. – 1988. – V.22 (3), pp.310-342.
14. Kondo K. Burnout syndrome // *Asian medical*. – 2001. – No. 34. – P. 34–42.
15. Maslach C. Burnout: a social psychological analysis // *The burnout syndrome: current research, theory, interventions* / Ed. J. W. Jones. London, 1982. – Vol. 11. – No. 78. – P. 78–85.
16. Vierick P. Burnout and work organization in hospital wards: A cross-validation study // *Work and Stress*. – 1996. – Vol. 10. – No. 3. – P. 257–265.