

**РАЗДЕЛ III. ЭФФЕКТИВНОЕ РАЗВИТИЕ И САМОРЕАЛИЗАЦИЯ
СУБЪЕКТА ТРУДА И ЖИЗНЕННОЙ СТРАТЕГИИ****SECTION III. EFFECTIVE DEVELOPMENT AND SELF-REALIZATION
OF THE SUBJECT OF LABOR AND LIFE STRATEGY**

УДК 159.9.072.432

DOI: 10.25629/НС.2023.07.20

**ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ВЫГОРАНИЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО РЕАГИРОВАНИЯ ВРАЧЕЙ-ГИНЕКОЛОГОВ****Гарданова Ж.Р.¹, Кирилова Н.В.^{1,2}**¹Институт клинической психологии и социальной работы Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова²Национальный Медицинский Исследовательский Центр Акушерства, Гинекологии и Перинатологии им. В.И. Кулакова**АННОТАЦИЯ**

Специфика работы врача-гинеколога связана с постоянной необходимостью налаживания и поддержания эмоциональных контактов с большим количеством людей, пребывающих в негативных эмоциональных состояниях. В связи с этим специалисты данной сферы подвержены высокому риску развития синдрома профессионального выгорания. Изучение особенностей эмоционального реагирования, которые приводят к неадаптивному реагированию и, как следствие, снижению эффективности труда и качества жизни врачей-гинекологов, является важной задачей, которая позволит предпринимать своевременные превентивные меры. Цель исследования – выявление особенностей эмоционального реагирования врачей гинекологического профиля, работающих в условиях стационара. Задачи исследования: 1) провести теоретико-методологический анализ научных концепций эмоционального реагирования врачей гинекологического профиля; 2) определить особенности эмоционального реагирования врачей гинекологического профиля, в том числе уровень депрессии, уровень личностной и уровень ситуативной тревожности, а также выраженность эмоционального истощения; 3) выявить значимые различия и корреляции между изучаемыми параметрами. В качестве методов эмпирического исследования выступили опрос и тестирование. В связи с задачами исследования для его реализации были использованы следующие методики: Шкала депрессии А. Бека, Методика диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина (Оценка ситуативной и личностной тревожности), Опросник «Профессиональное выгорание» К. Маслач (ПВ) (для медработников). Для статистической обработки данных были применены такие методы математической статистики как U-критерий Манна-Уитни, критерий Хи-квадрат Пирсона (χ^2), R_s – коэффициент корреляции Спирмена. В настоящем исследовании было показано, что профессиональное выгорание врачей, работающих в реанимации, связано с проявлением высоких показателей тревожности (как личностной, так и ситуативной) и депрессивной симптоматикой. Повышенной склонности к проявлениям деперсонализации способствует проявление такой черты личности как эмотивность. Педантичность и тревожность оказались связаны с низкой оценкой врачами своей профессиональной успешности. Таким образом, можно утверждать, что мониторинг данных особенностей среди персонала отделений гинекологического профиля

позволит своевременно выявлять врачей, попадающих в группу риска развития профессионального выгорания, и, таким образом, принять соответствующие меры по профилактике данного деструктивного процесса.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

врачи гинекологического профиля, профессиональное выгорание, эмоциональное реагирование, ситуативная тревожность, личностная тревожность, депрессивные состояния.

ВВЕДЕНИЕ

Профессиональные обязанности врача в первую очередь определяются спецификой, которая определяется необходимостью регулярного установления межличностных контактов с пациентами, что подразумевает взаимодействие между двумя субъектами, воздействующими друг на друга в процессе общения. Одним из основополагающих параметров такого общения является эмоциональный контакт, способность к продуктивному установлению которого определяется эмоциональным интеллектом и эмоциональной компетентностью врача. «Эмоциональная компетентность» определяется в научных источниках как способность к осознанию и признанию собственных эмоций и чувств и чувств других людей, и, как следствие, к управлению эмоциями и чувствами как в пространстве собственной психики, так и в процессе коммуникации с другими людьми [3]. То есть, для осуществления своей профессиональной деятельности врач должен обладать высоким уровнем эмоционального интеллекта, быть эмоционально компетентным для того, чтобы его контакт с пациентом стал продуктивным и эффективным, способствовал успешному лечению.

Важной проблемой, возникающей ввиду данной особенности медицинских специальностей, является тот факт, что врачи, в частности врачи гинекологического профиля, часто сталкиваются с негативными аффектами пациентов, что требует от специалистов особенной выдержки и самоконтроля с одной стороны, но и развитой эмпатии с другой стороны. Такое противоречие между предъявляемыми внешней средой требованиями может стать причиной индуцированного общением с пациентами стресса, который при его хроническом воздействии может привести к эмоциональному и профессиональному выгоранию [9]

Е.П. Ильин, ссылаясь на работы ряда других авторов (Ореховский В. И. и др., 1889г; Василькова А. П., 1999), указывал на то, что среди противоречивых требований к эмоциональному реагированию медицинских сотрудников можно отметить следующие: врач (либо медсестра, или иной представитель медицинской специальности) должен быть эмпатичным, отзывчивым, сочувствующим и эмоционально лабильным – при этом сохранять эмоциональную устойчивость, стабильность. При этом как чрезмерная лабильность, так и ригидность аффективной сферы могут стать проблемой для эффективности деятельности врача. Необходимость постоянного переключения между способами реагирования на происходящие события (к примеру, чуткость в отношении меняющегося состояния пациента и необходимость сохранять стабильность отношения к его заболеванию в целом, чтобы не ошибиться в прогнозах) становится дополнительным источником стресса для врачей [3].

Исходя из вышесказанного, можно утверждать, что для профилактики развития симптомов эмоционального выгорания путём развития эмоциональной компетентности и, как следствие, повышения продуктивности профессиональной деятельности врачей гинекологического профиля, необходимо изучить особенности их эмоционального реагирования.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

– выявление особенностей эмоционального реагирования врачей гинекологического профиля, работающих в условиях стационара.

ГИПОТЕЗА ИССЛЕДОВАНИЯ

Существуют различия в выраженности компонентов профессионального выгорания между врачами гинекологического профиля и врачами-реаниматологами.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Провести теоретико-методологический анализ научных концепций эмоционального реагирования врачей гинекологического профиля;
2. Определить особенности эмоционального реагирования врачей гинекологического профиля, в том числе уровень депрессии, уровень личностной и уровень ситуативной тревожности, а также выраженность эмоционального истощения;
3. Выявить значимые различия и корреляции между изучаемыми параметрами.

МЕТОДЫ И МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для достижения целей настоящей работы были использованы следующие методы:

Теоретические: проблемный анализ теоретических источников; синтез; обобщение.

Практические: опрос; тестирование.

Методы математической статистики: U-критерий Манна-Уитни; критерий Хи-квадрат; корреляционный анализ с применением коэффициента корреляции Rs Спирмена.

Для описания результатов методик применялось среднее значение и стандартное отклонение.

В соответствии с задачами эмпирического исследования нами были использованы следующие методики: Шкала депрессии Бека; Методика диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина (Оценка ситуативной и личностной тревожности); Опросник «Профессиональное выгорание» (ПВ) (для медработников).

Статистический анализ проводился на базе программы SPSS Statistics 23 версии.

Исследование проводилось на базе женской консультации НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова.

ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

Первый этап эмпирического исследования эмоционального реагирования врачей гинекологического профиля заключался в формировании выборки исследования на основании следующих критериев включения: 1) опыт работы более 5 лет по врачебной специальности; 2) возраст в рамках молодого по классификации ВОЗ (18–44 года). В качестве группы сравнения в данном исследовании выступили врачи анестезиологи-реаниматологи, к которым были предъявлены те же требования, что и для экспериментальной группы.

На втором этапе эмпирического исследования было проведено непосредственное изучение особенностей эмоционального реагирования врачей гинекологического профиля с применением указанных выше методик.

На третьем этапе исследования была произведена количественная обработка результатов эмпирического исследования, анализ полученных результатов с применением методов математической статистики, а также качественная интерпретация итоговых данных.

КРАТКИЙ ОБЗОР ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В НАУЧНЫХ ИСТОЧНИКАХ

В настоящей работе под профессиональным стрессом подразумевается комплексная реакция субъекта на проблемную профессиональную ситуацию, включающая в себя физиологический и психологический компоненты. Основной причиной такого стресса мы, основываясь на результатах литературного обзора, считаем наличие актуальных противоречий между ценностно-ресурсными резервами психики профессионала и теми ожиданиями, которые предъявляются ему со стороны коллектива и среды в процессе выполнения трудовых обязанностей [9].

Наиболее распространённой общей теорией стресса можно назвать модель неспецифического реагирования Ганса Селье (Selye, 1976). Этот исследователь определял стресс как неспецифическую реакцию организма на внешнее или внутреннее требование, которое становится причиной вполне определённой и универсальной физиологической реакции, которая развивается через последовательное прохождение трёх фаз стресса [4]:

- фаза тревоги. фаза реакции тревоги; на данном этапе сопротивляемость организма к негативным факторам среды постепенно снижается;

- фаза мобилизации ресурсов, в результате которой способность сопротивления негативному воздействию среды повышается,
- фаза истощения, когда ресурс сопротивления организма и психики оказывается исчерпан, адаптивные возможности снижаются, возникает риск возникновения заболеваний различной этиологии [2].

Согласно данному представлению влияние стрессора, которое выражается в конфликте между интересами и потребностями субъекта с ограничениями из внешней среды, приводит к возникновению в организме таких импульсов, которые способствуют сопротивлению среде или приспособлению к ней. С равной вероятностью выбор обоих вариантов взаимодействия со средой может привести к позитивному или негативному исходу, поскольку и сопротивление, и приспособление приводят к расходованию ресурсов организма субъекта. [13].

Стресс по Г. Селье можно разделить на положительный (эустресс) и отрицательный (дистресс). Принципиальной разницей между этими видами является отношение к возможности положительного исхода проблемной ситуации. При эустрессе возможный исход ситуации воспринимается как положительный, и организм человека приобретает жизненный тонус, который помогает действовать продуктивно; при этом негативное воздействие стрессора на организм минимально. Таким образом достигается адаптация субъекта к изменившимся условиям среды. После исчезновения ситуации, в которой возник эустресс, личность получает возможность самореализации [1].

В противоположность положительному стрессу дистресс приводит к нарушениям психологического и физиологического гомеостаза, и характеризуется как реакция, возникающая в ответ на ситуацию, когда стресс чрезмерен и ситуация не представляется субъекту как потенциально разрешимая, либо этот стресс является хроническим, повторяющимся.

Если говорить о генезе эмоций с точки зрения физиологии, то необходимо упомянуть структурную теорию эмоций Дж. Пейпеца. В рамках этой теории основным положением является утверждение о том, что электробиохимическая деятельность корковых структур головного мозга является процессом, в результате которого возникают субъективные эмоциональные переживания и их проявления на уровне простых реакций и сложных действий. Эти корковые структуры объединены в единую систему, в утробцу Дж. Пейпец включил поясную извилину, гипоталамус, передневентральное ядро таламуса, мамиллярные ядра гипоталамуса и гиппокамп. Данная структурная система первоначально получила название круга Пейпеца, а в 1952 году была проименована как лимбическая система [4]. Критика данной теории основывалась в первую очередь на данных экспериментальной проверки: стимуляция гиппокампа электрическим током вызывала у испытуемых не конкретные переживания, а только состояние спутанного сознания. Несмотря на это, теория не была опровергнута [4].

Переходить к обсуждению психологических теорий аффекта, на наш взгляд, логичнее всего с описания фрустрационной теории эмоций Дж. Дьюи (Dewey, 1895). Эта теория стала началом множества других предположений, общей основой которых является положение о том, что отрицательные эмоциональные реакции имеют в первую очередь приспособительное значение, поскольку сигнализируют о том, что удовлетворение актуальных потребностей не было достигнуто. То есть, отрицательная эмоция является стартом процесса адаптации к изменившимся жизненным обстоятельствам, поскольку она помогает человеку отследить и оценить результативность того образа достижения удовлетворения потребности тем или иным путём, в последствии выбрав оптимальный [5].

На деятельность в целом оценочную функцию отрицательных эмоций распространил Э. Клапаред (1928). С его точки зрения злость, гнев, досада и т.д. являются результатом анализа и оценки деятельности как неуспешной, неудовлетворительной. Так же, как и Дьюи, Клапаред придавал эмоциям значение оценки адаптивности в тех или иных жизненных обстоятельствах [4]. Оценка при этом производится путём сличения образа результата деятельности с реально достигнутым результатом, что помогает приспособиться к аналогичным ситуациям

в процессе дальнейшей жизнедеятельности. Таким образом, с данной точки зрения, эмоцию можно назвать базой процесса научения человека.

Когнитивный компонент процесса оценки подчеркивается в теории когнитивного диссонанса Л. Фестингера. Он окончательно утверждает, что и отрицательные, и положительные эмоции являются результатом когнитивной оценки ситуации, а не продуктом ощущений, отражающих внешние события. Позиция Фестингера по поводу функции самой оценки аналогична позиции предыдущих авторов: положительные и отрицательные эмоции служат маркером достижения представленного в процессе формирования программы действий результата при его сравнении с реально достигнутым [12].

П. Бардом в своих научных работах подчеркивал одновременность возникновения эмоционального переживания и телесной реакции – следовательно, эмоция не может являться следствием физиологической реакции на периферии нервной системы, а является продуктом деятельности лимбической системы как образования центральной нервной системы [4].

В качестве противоположной точки зрения можно привести сосудистую теорию выражения эмоций И. Уэйнбаума, которая основывается на обратном положении о том, что интенсивность и качество переживаний субъекта является результатом притока или оттока крови в головной мозг в результате деятельности мимических мышц. Аналогичную точку зрения высказывал Р. Заянц, считавший, что именно мимические мышцы лица при помощи своих движений способны вызывать эмоциональные переживания [4].

Одной из теорий, придерживающейся точки зрения главенства центральной нервной системы в процессе возникновения эмоций, стала активационная теория эмоций Линдсея-Хебба. В результате изучения головного мозга с применением электрофизиологических методов исследователями было установлено, что огромное значение в процессе возникновения эмоций имеет активность ретикулярной формации ствола. Основными положениями данной теории являются следующие:

1. Эмоциональные реакции человека являются результатом физиологической работы головного мозга человека и, в первую очередь, ретикулярной формации ствола головного мозга;
2. Ретикулярная формация ствола головного мозга определяет такие параметры эмоциональных реакций, как интенсивность, продолжительность, устойчивость и пр. динамических характеристик.

В отечественной школе схожие идеи в первую очередь представлены в биологической теории П.К. Анохина. Анохин полагал, что эмоции с были сформированы в процессе эволюции как адаптационный механизм, способствующий такому изменению поведения, которое позволит выжить в конкретной ситуации; их возникновение обусловлено биологическими и физиологическими потребностями индивида [3]. Разработанная П.В. Симоновым на базе этих идей информационная теория эмоций в целом приводит к заключению о том, что качество эмоции следует из эффективности поведения, связанного с данной эмоцией.

Точка зрения Ю.И. Александрова объясняет эмоции в терминах концепции единства сознания и эмоций, объясняя его системной физиологией. В данной трактовке эмоции характеризуют системные образования, формирующиеся на первых этапах развития субъекта, функцией которых служит обеспечение базовой дифференциации позитивного и негативного воздействия среды, что в конечном итоге приводит к развитию у субъекта представления о том, что организм и среда отличны друг от друга, что в конечном итоге приводит к адаптивному поведению [4].

Подводя итоги вышесказанного, можно утверждать, что наиболее обоснованным и доказанным в научных трудах является представление об эмоции как об инструменте адаптации к изменяющимся внешним условиям, возникшем в результате эволюции человеческого вида. Эмоция становится условием адекватной оценки реальности и собственной приспособительной деятельности, что обеспечивает выживание человека. С точки зрения генеза эмоции является продуктом работы физиологических систем организма, что подтверждено экспериментальными данными, представленными в работах биологов, физиологов, врачей и психологов.

Появившиеся позже теории возникновения эмоций, однако, предполагают их первичное влияние на состояние психики и поведения субъекта.

Согласно современным исследованиям проблемы эмоционального реагирования особенности реакций на стрессовые ситуации обусловлены в первую очередь индивидуально-психологическими особенностями индивида, отличительными характеристиками его личности и индивидуальным опытом [1]. То есть, восприятие ситуации как стрессовой может объясняться не только объективной характеристикой текущей ситуации как проблемной для субъекта с точки зрения удовлетворения потребностей, но и внутренними характеристиками субъекта (набором качеств характера, особенностями темперамента и иными ресурсами организма), которые, варьируясь от индивида к индивиду, могут таким образом изменять восприятие ситуации, что один и те же её обстоятельства будут восприняты одним субъектом как стрессовые, другим же – нет [4].

На данный момент, несмотря на опыт многочисленных экспериментальных исследований, единого объяснения причин, механизмов возникновения и представления о структурных компонентах и динамике синдрома эмоционального выгорания, не существует. В трудах исследователей, посвященных данной проблеме, встречаются различные описания этого феномена. Г. Фройденберг [10] объяснял эмоциональное выгорание как состояние психического и физического истощения, являющееся результатом профессиональной деятельности. К. Маслач [7] большее значение в процессе генеза данного психологического синдрома придавала именно эмоциональному и межличностному стрессу, переживаемому субъектом на рабочем месте.

Двумя основными подходами к пониманию феномена эмоционального выгорания в современной науке результативный и процессуальный.

Результативный подход представляет эмоциональное выгорание как такое специфическое состояние, которое состоит из нескольких структурных элементов или факторов, составляющих определенную систему.

Однофакторная модель эмоционального выгорания, предложенная А.М. Пайнсом и И. Аронсоном, представляет эмоциональное выгорание как результат длительного пребывания человека в ситуации эмоциональных перегрузок, результатом чего являются физическое, эмоциональное и когнитивное истощение.

Двухфакторная модель выгорания Д. Дирендонка, В. Шауфели и Х. Сиксмы предполагает, что феномен эмоционального выгорания состоит из двух компонентов: деперсонализации, проявляющейся в деформации отношения к себе и окружающим (пациентам и коллегам) и эмоциональном истощении, симптомами которого являются нервное напряжение и снижение ощущения физического здоровья.

Трёхфакторная модель эмоционального выгорания К. Маслач и С. Джексон представляет данный процесс как реакцию организма и психики на длительные и крайне интенсивные профессиональные стрессы. В качестве трёх компонентов выгорания выделяются редукция профессиональных достижений, деперсонализация и эмоциональное истощение [6].

Хотя трёхфакторная модель выгорания является структурной и не подразумевает процессуальности, его компоненты в большинстве исследований представляются в определённой очередности. Первым симптомом, который развивается в результате хронического профессионального стресса, становится редукция личных достижений, что выражается в тенденции к обесцениванию специалистом результатов своей профессиональной деятельности. В дальнейшем к данному проявлению присоединяется деперсонализация, которая в контексте дискурса об эмоциональном выгорании характеризуется постепенно усугубляющимся эмоциональным дистанцированием от субъектов профессиональной деятельности, отрицательным и циничным отношением к рабочим обязанностям, неадекватной интенсивностью и качеством возникающих эмоциональных реакций на профессиональные события. Результирующее данный процесс эмоциональное истощение является результатом истощения эмоциональных ресурсов. Наступающее в его результате психическое состояние характеризуется ощущениями постоян-

ного эмоционального перенапряжения, усталости, переутомления и внутренней опустошенности. Эмоциональное истощение в конечном итоге приводит к утрате субъектом возможности проявлять адекватную эмоциональную реакцию в ситуациях эмоционального напряжения; характерно общее состояние дезадаптации относительно рабочей среды.

В конечном итоге представление о трёхфакторной структуре эмоционального выгорания привело к становлению процессуального подхода, чередование фаз в котором описано выше; кроме того, следует отметить, что симптомы фаз, развивающихся раньше по времени, не редуцируются при наступлении новой фазы, а проявляются параллельно, со временем усугубляясь.

Хотя в научных источниках представлено множество теоретических и экспериментальных исследований феномена выгорания, единый подход к пониманию данного феномена так и не был до сих пор сформулирован. В современной понимании наиболее полноценной и совершенной представляется концепция эмоционального выгорания, предложенная К. Маслач и С. Джексоном, согласно которой, «выгорание» рассматривается как синдром, возникающий вследствие хронических стрессов на рабочем месте и включающий в себя три компонента: эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию личностных достижений. Синдром эмоционального выгорания с точки зрения этого подхода можно рассматривать как постепенную усугубляющуюся личностную деформацию, возникающую в результате эмоционально напряженных профессиональных отношений. С другой точки зрения компоненты этого синдрома принято в ряде случаев понимать как формы защитной реакции психики на чрезмерные эмоциональные нагрузки, в контексте чего полная или частичная эмоциональная отстранённость является способом сохранить остатки ресурсов организма.

Тревога и тревожность, связанные с процессом реализации профессиональных обязанностей как ответ на повышенную ответственность врача за жизнь пациента, являются ещё одной проблемой, которая может приводить к негативным последствиям для врача как для профессионала и как для индивида, личности. Такими учеными как З. Фрейд, Дж. Тейлор, К. Хорни, Р. Мэй и др. тревога определялась как состояние беспокойства, возникающее в ответ на серьёзную физическую или психическую угрозу, тревожность же понималась как индивидуально-типологическая характеристика личности, которая становится причиной несоизмеримо интенсивного переживания тревоги в ответ на малые стимулы.

Ч.Д. Спилбергер В рамках представлений Ч.Д. Спилбергера тревога определяется как «ситуативная тревожность», т.е. по определению она возникает в ответ на условия конкретной ситуации, носит временный характер. Личностная тревожность понимается им как характеристика личности, проявляющаяся перманентно, и зависящая в первую очередь от внешних, а не от внутренних причин.

ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ-ГИНЕКОЛОГОВ СТАЦИОНАРНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ

Выборка исследования была сформирована на базе ФГБУ НМИЦ АГП им. академика В.И. Кулакова. Суммарно в итоговую выборку вошли 80 врачей. Средний возраст испытуемых составил $35,7 \pm 4,2$ лет. Одним из критериев включения испытуемых в итоговую выборку стал стаж работы от 5 лет и выше. В контрольную группу вошли 40 врачей анестезиологов-реаниматологов, в экспериментальную группу – 40 врачей-гинекологов, являющихся сотрудниками стационара.

Результаты методики «Шкала депрессии А. Бека» позволили установить, что у врачей гинекологического профиля достоверно чаще встречается уровень депрессии, не достигающий субклинических значений ($p < 0,001$), тогда как у анестезиологов-реаниматологов в среднем уровень депрессии был выражен на субклиническом уровне (см. рис. 1). Врачи гинекологи стационарных отделений обладают позитивным эмоциональным настроением и менее подвержены проявлениям пониженного настроения, а также соматическим проявлениям депрессивных расстройств, таким как изменения циркадного ритма, бессонница, повышенная утомляемость, снижение аппетита и прочих витальных влечений. То есть, врачи-гинекологи стацио-

нара продемонстрировали благополучное самочувствие и меньшую подверженность гипотимии, что может быть связано с тем, что условия их работы, которые подразумевают с меньшие риски в отношении здоровья пациентов, меньшую персональную и большую коллективную ответственность, а также наличие (чаще всего) достаточного времени для принятия важных решений, делают их менее подверженными реактивным депрессивным состояниям.

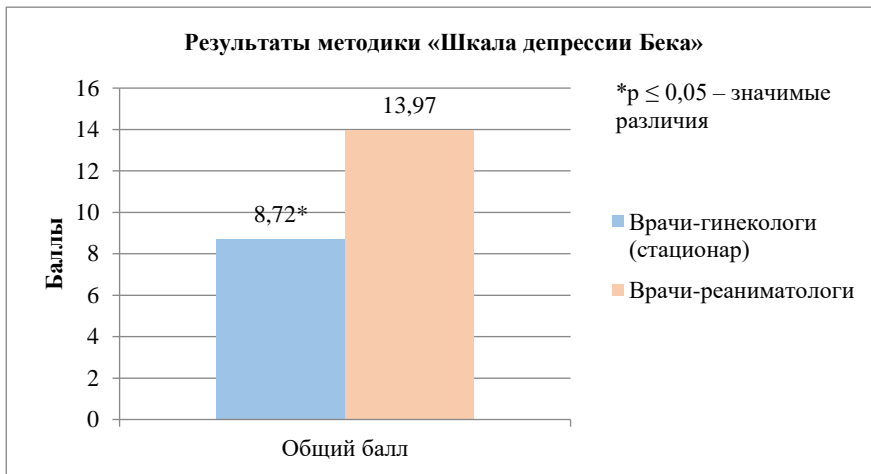


Рисунок 1 – Гистограмма средних значений показателей выраженности депрессивных состояний у врачей гинекологического профиля

Результаты исследования особенностей тревожности врачей гинекологического профиля с применением шкалы тревоги Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина по итогам сравнительного анализа показали, что значимые статистические различия в распределении уровней личностной тревожности между исследуемыми группами отсутствуют. ($\chi^2=1,432$; $p=0,237$). Исходя из полученного результата можно сделать вывод, что личностная тревожность у обеих групп чаще выражена на высоком уровне (70,9% и 55,3%). Ситуативная тревожность оказалась значимо выше у врачей анестезиологов-реаниматологов ($\chi^2=12,270$; $p=0,001$). Высокий уровень ситуативной тревожности чаще всего встречался у врачей из группы сравнения, тогда как низкий уровень не был выявлен ни у одного из испытуемых. Среди врачей гинекологического профиля наиболее часто встречались испытуемые со средним уровнем ситуативной тревоги, были выявлены испытуемые с низким уровнем.

Сравнительный анализ с применением методов математической статистики показал, что между экспериментальной и контрольной группами существуют достоверные различия по показателям ситуативной тревоги ($U=669,0$; $p=0,001$), а уровень личностной тревожности различается исключительно на уровне статистической тенденции ($U=590,0$; $p=0,038$). Врачи реанимационного отделения проявляют высокий уровень как личностной, так и ситуативной тревожности.

На рисунке 2 представлены результаты сравнительного анализа показателей личностной и ситуативной тревожности у врачей-гинекологов стационарных отделений и врачей-реаниматологов. По его результатам мы можем констатировать, что значимых различий в распределении уровней личностной тревожности между сравниваемыми группами выявлено не было ($p=0,229$), у обеих групп она выражена на высоком уровне. При этом достоверные различия были выявлены по показателю ситуативной тревожности ($p=0,001$). Можно отметить, что в группе врачей анестезиологов-реаниматологов испытуемые с высокими показателями личностной тревожности обладают и высокой ситуативной тревогой, что может говорить о переходе ситуативной тревоги, вызванной сложными условиями работы, на личностный уровень, закрепляясь как устойчивый поведенческий паттерн, в целом провоцируя ухудшение психоэмоционального состояния индивида.

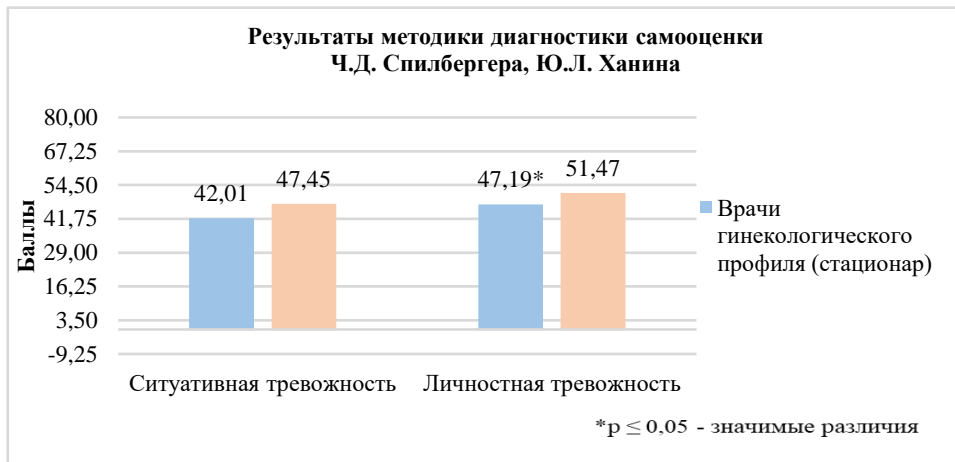


Рисунок 2 – Средние значения выраженности уровней личностной и ситуативной тревожности у врачей стационарного отделения и врачей-реаниматологов

Преобладающим уровнем личностной тревожности у врачей обеих групп оказался высокий уровень (средние показатели выше 45 баллов). В группе врачей-гинекологов, работников стационара, более, чем у половины выявлен высокий уровень, низкого уровня не было выявлено, у оставшейся части – средний уровень. Такие результаты можно интерпретировать следующим образом: хотя тревожность является вариантом естественного реагирования личности на обстоятельства, её высокий уровень указывает на наличие невротического конфликта, что может при его усугублении и хронизации приводить к эмоциональным срывам и развитию психосоматических заболеваний.

Стоит отметить, что высокий уровень личностной тревожности оказался связан с проявлениями депрессивной симптоматики, а также оказывает негативное влияние на общее ощущение психологического благополучия.

Результаты сравнительного анализа выраженности структурных компонентов профессионального выгорания при помощи методики К. Маслач было установлено, что выраженность и редукции профессиональных достижений, и деперсонализации, и эмоционального истощения достоверно ниже у врачей-гинекологов (уровень значимости во всех случаях показал значения меньше, чем 0,001). Таким образом, мы можем достоверно утверждать, что врачи-реаниматологи, показывают более высокий уровень эмоционального истощения, сильнее подвержены деперсонализации и склонны оценивать свою профессиональную успешность как более низкую.

Результаты сравнительного анализа распределения уровней профессионального выгорания показали, что в самой структуре синдрома выгорания существуют значимые различия между экспериментальной группой и группой сравнения (таблица 1). Высокий уровень эмоционального истощения встречался у говорят о том, что 46% врачей, работающих в реанимации, ($\chi^2=67,89$; $p=0,003$), тогда как в выборке врачей-гинекологов стационара испытуемых с высоким уровнем истощения выявлено всего 21,5%, т.е. большая часть врачей стационара имеет средний уровень эмоционального истощения.

Между группами были выявлены достоверные различия по показателям деперсонализации ($\chi^2=88,334$; $p<0,005$). 93,2% врачей анестезиологов-реаниматологов имеют высокий уровень выраженности деперсонализации, тогда как среди врачей гинекологического профиля высоким уровнем деперсонализации обладают только 28,8% врачей.

По показателю «Профессиональная успешность» между группами так же были выявлены достоверные различия ($\chi^2=06,967$; $p=0,004$). Эти данные говорят о том, что 89,4% врачей ане-

стезиологов-реаниматологов ощущают не достигшими успеха в профессиональной деятельности, тогда как в свою очередь среди работников стационара низкий уровень профессиональной успешности встречался у 11,1% врачей.

Также был проведен сравнительный анализ уровней профессионального выгорания гинекологов и врачей-реаниматологов (рисунок 3.1, 3.2).

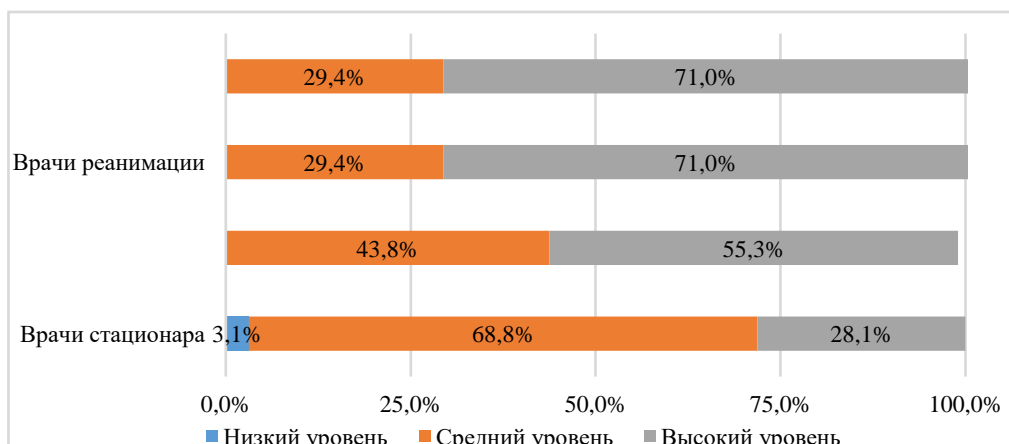


Рисунок 3.1 – Распределение уровней тревожности среди врачей-реаниматологов, работающих в стационаре и реанимации

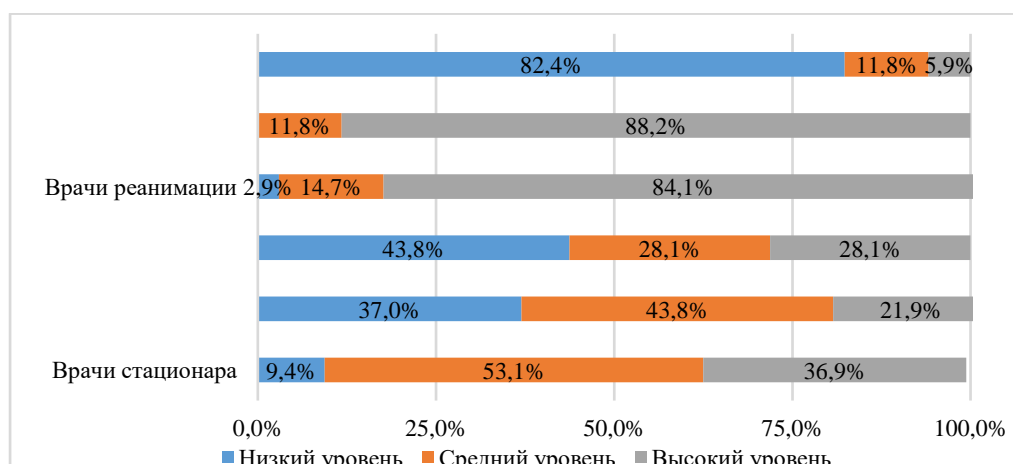


Рисунок 3.2 – Уровни выраженности компонентов профессионального выгорания врачей-гинекологов, работающих в стационаре и реанимации

По результатам сравнительного анализа выраженности различных структурных компонентов эмоционального выгорания было установлено существование значимых различий по распределению показателей эмоционального истощения ($p=0,001$). Так, высокий уровень профессионального выгорания был зафиксирован у 84,1% врачей-реаниматологов, а в выборке врачей стационара с высоким уровнем истощения выявлено всего 36,9% респондентов. Очевидно, что большая часть врачей гинекологического профиля имеет средний уровень эмоционального истощения. То есть, врачи гинекологического профиля в меньшей степени склонны к низкому эмоциональному и физическому состоянию благополучия, проявляют больший интерес к своей профессиональной деятельности и в целом в большей степени удовлетворены своей жизнью, что позитивно влияет на их жизнь в целом.

Таблица 1 – Результаты сравнительного анализа компонентов профессионального выгорания у гинекологов стационарных отделений

	Врачи гинекологического профиля (стационар)		Врачи-реаниматологи		U	p
	M	SD	M	SD		
Эмоциональное истощение	23,72	7,57	33,71	8,02	209,000	<,001
Деперсонализация	7,91	4,73	14,29	3,46	152,000	<,001
Профессиональная успешность	32,19	6,45	26,35	4,86	251,000	<,001

Показатели деперсонализации у исследуемых групп так же выражены на достоверно различаются ($p < 0,001$). Высокий уровень деперсонализации был выявлен у 88,7% врачей анестезиологов-реаниматологов, тогда как среди врачей гинекологического профиля высоким уровнем деперсонализации обладают только 23,9% врачей. Исходя из полученных данных, мы можем констатировать, что врачи гинекологического профиля в меньшей степени склонны к эмоциональному отстранению от своих профессиональных обязанностей и задач, чем группа сравнения. С другой стороны, выраженность данного компонента выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов может говорить о том, что деперсонализация у них носит характер защитного механизма, препятствующего развитию эмоционального истощения ввиду чрезмерной эмоциональной вовлеченности в рабочий процесс. С другой стороны, чрезмерное эмоциональное отстранение негативно сказывается на результатах рабочей деятельности ввиду постепенной утраты врачом мотивации.

Достоверные различия были выявлены по показателю профессиональной успешности ($p = 0,004$), 85,4% врачей анестезиологов-реаниматологов ощущают себя не состоявшимися в профессиональной деятельности, тогда как в свою очередь среди работников стационара низким уровнем профессиональной успешности обладают 7,4% врачей. Эти результаты объясняются следующим образом: врачи анестезиологи-реаниматологи обладают сниженной мотивацией к профессиональной деятельности и чрезмерно критичны при оценке собственных профессиональных компетенций.

Корреляционный анализ полученных данных позволил установить, что выраженность деперсонализации связана прямой значимой взаимосвязью с ситуативной тревожностью и с выраженностью депрессивной симптоматики. То есть, чем выше показатели депрессии и ситуативной тревожности, тем более выражен такой компонент эмоционального выгорания как деперсонализация. Проявления депрессивной симптоматики у врачей гинекологического профиля оказались ассоциированы с выраженностью тревожности как черты характера. То есть, можно утверждать, что врачи-гинекологи, особенностью характера которых является высокая личностная тревожность, подвержены переживанию депрессивных состояний.

Оценки профессиональной успешности показали обратные взаимосвязи с уровнями ситуативной и личностной тревожности. Следовательно, тревожность как черта личности и ситуативно обусловленная повышенная тревожность являются факторами, которые связаны с низкой оценкой своей профессиональной успешности врачами данной специальности. Помимо этого, была выявлена прямая связь профессиональной успешности и показателя самочувствия.

Согласно полученным результатам можно утверждать, что профессиональное выгорание врачей, работающих в реанимации, связано с проявлением высоких показателей тревожности (как личностной, так и ситуативной) и депрессивной симптоматикой.

Повышенной склонности к проявлениям деперсонализации способствует проявление такой черты личности как эмотивность. Педантичность и тревожность оказались связаны с низкой оценкой врачами своей профессиональной успешности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ трудов отечественных и зарубежных ученых (К. Маслач, В.В. Бойко, Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой и др.), посвящённых проблеме эмоционального выгорания, позволяет сделать следующее умозаключение: эмоциональное выгорание является следствием хронических стрессов на рабочем месте, и его структура включает в себя три компонента: эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию личностных достижений. Многочисленные исследования доказали, что вероятность возникновения синдрома эмоционального выгорания у врачей гинекологического профиля, работающих в стационаре, связана, в первую очередь, с условиями их деятельности: общение с большим количеством людей, испытывающих тревогу за свое здоровье и нуждающихся во внимании и заботе.

У врачей гинекологов, работающих в стационаре, профессиональное выгорание связано с проявлениями депрессивных состояний и ситуативной тревожностью. Уровень депрессии у врачей гинекологического профиля стационарного отделения выявились в пределах субклинических значений, что указывает на их в целом благополучное психическое состояние. Ситуативная тревожность определялась на умеренном уровне и у группы врачей-гинекологов, и у группы сравнения, в то время, как выраженное эмоциональное истощение реже встречалось у врачей-гинекологов стационара, чем у врачей анестезиологов-реаниматологов. Неадаптивное эмоциональное реагирование, выражающееся в депрессивных состояниях, личностной и ситуативной тревожности и проявлениях эмоционального истощения менее характерно для врачей гинекологического профиля, чем для врачей анестезиологов-реаниматологов.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Гарданова Ж.Р., Есаулов В.И., Кектеева Ю.И. Особенности эмоционально-личностной сферы при развитии синдрома эмоционального выгорания у врачей акушеров-гинекологов. //Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 6. Условия доступа: (сетевое издание) (science-education.ru).
2. Гарданова Ж.Р., Кектеева Ю.И. Эмоциональный интеллект в профилактике профессионального выгорания врача акушера- гинеколога. //Успехи современной науки и образования. – 2017. – Т9, № 4.
3. Ильин, Е.П. Эмоции и чувства. – СПб: Питер, 2018 – 784 с.
4. Немов, Р.С. Общие основы психологии / Р.С. Немов // Психология. Кн. 1. – М.: ВЛАДОС. – 2020 – 687 с.
5. Etheridge J.C., Evans D., Zhao L., Ibrahim N., Wick E.C., Freischlag J.A., Brownstein M.R. Trends in Surgeon Burnout in the US and Canada: Systematic Review and Meta-Regression Analysis. – J. Am. Coll. Surg. – 2023. – Jan 1. – Vol. 236(1). – p. 253-265.
6. Folkman S., Stein N.L. Adaptive goals processes instressful events/ In Stein, N.L. et al. (Eds.) – Memory for everyday and emotional events? – 1997. – p. 113-137.
7. Hughes F., Francis A.P., Sciscione A.C. Physician Burnout among Members of the Society for Maternal-Fetal Medicine /Am. J. Perinatol. – 2020 – Vol. 37(11).
8. Rao S., Ferris T.G., Hidrue M.K., Lehrhoff S.R., Lenz S., Heffernan J., McKee K.E., Del Carmen M.G. Physician Burnout, Engagement and Career Satisfaction in a Large Academic Medical Practice / Clin Med Res.- 2020. – Vol. 18(1). – p. 3-10.
9. Rodrigues H., Cobucci R., Oliveira A., Cabral J.V., Medeiros L., Gurgel K., Souza T., Goncalves A.K. Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. – PLoS One. – 2018. –Vol. 13(11).
10. Schmeusser B., Gauthier Z., Nagy K. Assessment of Resident Burnout After Formalization of Wellness Program/ Mil Med. – 2022. – Vol.1. – p.19.

11. Stephens E.H., Heisler C.A., Temkin S.M., Miller P. The Current Status of Women in Surgery: How to Affect the Future/ JAMA Surg. – 2020 Vol. 155(9). – p. 876-885.
12. Veiga M.G., Felizi R.T., Trevisan G.D., Cubero D.I.G., Fernandes C.E., Oliveira E. Message applications in the doctor-patient relationship as a stressor. /Rev Assoc Med Bras (1992). – 2022. – Vol. 68(9).
13. Walther D.M., Kraus M.E., Beeken K.E., Pier B.D. An Assessment of Physician Well-Being and Burnout Among Army Obstetricians and Gynecologists / Mil Med. – 2023 – Vol. 188(5-6).

PECULIARITIES OF OCCUPATIONAL BURNOUT SYNDROME AND EMOTIONAL RESPONSE OF GYNECOLOGISTS

Gardanova Zh.R.¹, Kirilova N.V.^{1,2}

¹Institute of Clinical Psychology and Social Work, Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov

²National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after V.I. Kulakova

ABSTRACT

The specifics of the work of a gynecologist is associated with the constant need to establish and maintain emotional contacts with a large number of people who are in negative emotional states. In this regard, specialists in this field are at high risk of developing burnout syndrome. The study of the features of emotional response, which lead to a non-adaptive response and, as a result, a decrease in the efficiency of work and quality of life of gynecologists, is an important task that will allow timely preventive measures to be taken. The purpose of the study is to identify the features of the emotional response of gynecological doctors working in a hospital. Research objectives: 1) to conduct a theoretical and methodological analysis of scientific concepts of emotional response of gynecological doctors; 2) to determine the features of the emotional response of gynecological doctors, including the level of depression, the level of personal and situational anxiety, as well as the severity of emotional exhaustion; 3) identify significant differences and correlations between the studied parameters. Polling and testing were used as methods of empirical research. In connection with the objectives of the study, the following methods were used for its implementation: A. Beck Depression Scale, Methods for diagnosing self-esteem Ch.D. Spielberger, Yu.L. Khanina (Assessment of situational and personal anxiety), Questionnaire "Professional burnout" K. Maslach (PV) (for health workers). For statistical data processing, such methods of mathematical statistics as the Mann-Whitney U-test, Pearson's Chi-square test (χ^2), Rs – Spearman's correlation coefficient were used. In the present study, it was shown that the professional burnout of doctors working in intensive care units is associated with the manifestation of high levels of anxiety (both personal and situational) and depressive symptoms. An increased tendency to manifestations of depersonalization is facilitated by the manifestation of such a personality trait as emotivity. Pedantry and anxiety turned out to be associated with a low assessment by doctors of their professional success. Thus, it can be argued that monitoring these features among the staff of gynecological departments will allow timely identification of doctors who fall into the risk group for developing professional burnout, and thus take appropriate measures to prevent this destructive process.

KEYWORDS

gynecological doctors, professional burnout, emotional response, situational anxiety, personal anxiety, depressive states.