

Н. Л. Калайтан

аспирантка кафедры психологии

Национального аэрокосмического университета им. Н. Е. Жуковского “ХАИ”

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ СКЛОННОСТЬ К ТРЕВОЖНОСТИ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Статья посвящена исследованию особенностей эмоционального реагирования у врачей скорой помощи в зависимости от индивидуальной склонности к тревожности. Рассмотрены особенности проявления синдрома выгорания у врачей скорой и неотложной медицинской помощи с разным уровнем тревожности.

Ключевые слова: синдром выгорания, тревожность, алекситимия, стрессовые факторы.

Актуальность проблемы. Изучению проблемы синдрома выгорания посвящено значительное число работ в зарубежной [4, 10, 11] и отечественной литературе [1, 2, 5, 6, 8, 9]. Феномен профессионального выгорания рассмотрен у медицинских работников различной специализации [2, 6, 9], но особенно актуальным является исследование синдрома выгорания у врачей скорой и неотложной медицинской помощи (далее — СМП), условия деятельности которых характеризуются повышенной стрессогенностью в связи с необходимостью оказания экстренной помощи в условиях дефицита времени и информации, медикаментозного и аппаратного оснащения, а также высокой ответственности за ее эффективность и своевременность [3], что является важным фактором снижения профессиональной эффективности и здоровья врачей СМП [7, 8]. Однако исследование синдрома выгорания и факторов его формирования у данной категории специалистов систематическим образом не проводилось.

Анализ проблемы. Синдром выгорания, как состояние физического, эмоционального и умственного истощения, имеет разнообразную феноменологию: ухудшение психического и физического здоровья [5], нарушение системы межличностных отношений [3], развитие негативных установок по отношению к коллегам и пациентам [6], формирование разного рода химических зависимостей [3, 9], профессиональная дезадаптация специалистов [2, 5]. Выделяют два основных блока факторов развития синдрома выгорания: индивидуальные (социально-демографические характеристики, стаж работы, личностные особенности, выносливость, копинг-стратегии, локус контроля и др.) и организационные факторы (условия работы, рабочие перегрузки, дефицит времени, содержание труда и др.) [2, 4, 5, 10].

Были рассмотрены стрессовые факторы деятельности сотрудников СМП, способствующие развитию разного рода дезадаптационных нарушений, в частности, синдрома выгорания [3, 8]. При этом остается малоизученным

вопрос об индивидуальных факторах формирования выгорания у врачей СМП.

Одним из индивидуальных факторов развития синдрома выгорания выделяют индивидуальную предрасположенность личности к тревожности [2, 4]. Показано наличие положительной связи между выгоранием и такими личностными чертами, как тревожность и алекситимия [11].

Согласно концепции Ч. Д. Спилбергера, различают ситуативную или реактивную тревожность как реакцию на грозящую опасность, реальную или воображаемую, эмоциональное состояние диффузного безобъектного страха, характеризующееся неопределенным ощущением угрозы, и личностную тревожность как индивидуальную психологическую особенность, состоящую в повышенной склонности индивида испытывать беспокойство в различных жизненных ситуациях.

Исследование особенностей эмоционального реагирования на стрессовые факторы деятельности у врачей СМП с разным уровнем личностной тревожности позволит определить роль индивидуальной предрасположенности к тревожности в формировании синдрома выгорания.

Цель исследования: выявить особенности эмоционального реагирования врачей СМП с разным уровнем личностной тревожности.

Методы исследования: методика исследования уровней реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина, шкала дифференциальных эмоций К. Э. Изарда, методика диагностики уровня эмоционального выгорания (В. В. Бойко), Торонтская алекситимическая шкала, “Опросник невротических расстройств” (ОНР). Анализ полученных данных проводился с помощью методов математико-статистической обработки.

В исследовании приняли участие 120 врачей (в возрасте 27–65 лет) подстанций Харьковской городской клинической больницы скорой и неотложной медицинской помощи им. проф. А. И. Мещанинова.

По результатам исследования уровня личностной тревожности (методика Спилбергера-Ханина) и деления полученного вариационного ряда с помощью медианы выборка была разделена на две группы:

- 1) Врачи с низким уровнем личностной тревожности (49 человека).
- 2) Врачи с высоким уровнем личностной тревожности (63 человека).

В первую группу были включены врачи, уровень тревожности которых был ниже 46 баллов (значение медианы по выборке) по шкале личностной тревожности Спилбергера-Ханина. Вторую группу составили врачи с личностной тревожностью выше 46 баллов. Врачи, уровень тревожности которых соответствовал значению медианы, были исключены из общей выборки как испытуемые со средним уровнем рассматриваемого параметра.

Результаты исследования и их обсуждение. В исследуемых группах было проведено сравнение уровня реактивной тревожности и выраженности базовых эмоций перед началом и по окончании дежурства. В обеих группах наблюдалось повышение уровня реактивной тревожности после дежурства ($T_{эмп} = 39$, $p < 0,01$ — у врачей с низкой личностной тревожностью и $T_{эмп} = 50$, $p < 0,05$ — у высокотрехотных врачей) и, следовательно, таких эмоциональных состояний как напряжение, беспокойство и нервозность, что

в большей степени обусловлено особенностями протекания рабочей смены (влиянием стрессовых факторов), чем индивидуальной склонностью к повышенному переживанию тревоги.

Результаты сравнительного анализа частоты выраженности базовых эмоций в начале и в конце дежурства в исследуемых группах представлены в таблице 1.

Таблица 1

Выраженность базовых эмоций у врачей с разным уровнем личностной тревожности

Базовые эмоции	Перед дежурством Частота выраженности, %		После дежурства Частота выраженности, %	
	врачи с низкой тревожностью	врачи с высокой тревожностью	врачи с низкой тревожностью	врачи с высокой тревожностью
Интерес	84±7,3	86±7,6	68±9,3	43±10,8
Радость	48±10	33±10,2	48±10	43±10,8
Удивление	8±5,4	5±4,6	16±7,3	5±4,6
Горе	0	5±4,6	0	14±7,6
Гнев	0	0	0	5±4,6
Отвращение	4±3,9	0	0	5±4,6
Презрение	0	0	0	0
Страх	0	0	0	0
Стыд	4±3,9	10±6,4	4±3,9	5±4,6
Вина	4±3,9	19±8,5	8±5,4	5±4,6

В обеих исследуемых группах были выражены эмоции интереса и радости, которые составляет мотивационную основу профессиональной деятельности. Значительное снижение интереса к концу дежурства наблюдалось только в группе высокотренированных врачей ($\phi = 3,04$, $p < 0,01$) как способ психологической защиты, избегания и исключения из области внимания психотравмирующих обстоятельств деятельности.

В группе врачей с высокой тревожностью чаще наблюдалось чувство вины перед дежурством, чем у низкотренированных врачей (ϕ эмп. = 1,64, $p < 0,05$), что может быть вызвано повышением эмоционального напряжения, ожиданием неудачи и снижением уверенности в себе как в профессионале.

В группе врачей с низкой тревожностью была выявлена положительная корреляция между эмоциями удивления до и после дежурства ($R = 0,67$, $p < 0,05$), что можно рассматривать как готовность к взаимодействию со стрессовыми ситуациями в течение дежурства. В данной группе наблюдалась прямая связь между эмоцией отвращения перед сменой и виной после дежурства ($R = 0,69$, $p < 0,05$), что можно рассматривать как форму адаптации к специфическим условиям деятельности в рамках службы СМП: переживание перед началом дежурства отвращения к предстоящим профессиональным обязанностям (например, необходимость работы в условиях дефицита информации и времени, медикаментозного и аппаратного оснащения, обслуживание так называемого трудного контингента населения и др.) со-

проводилось чувством вины после дежурства (например, за неполную или несвоевременно оказанную медицинскую помощь). Положительная корреляция между эмоциями интереса и радости после дежурства ($R= 0,66$, $p<0,05$) может быть проинтерпретирована как повышение мотивации и заинтересованности в профессиональной деятельности к окончанию рабочей смены в связи с удовлетворенностью результатами своей работы.

В группе врачей с высоким уровнем личностной тревожности наблюдалась отрицательная корреляция между эмоциями интереса до дежурства, гнева и вины после смены ($R= 0,55$, $p<0,05$). Снижение заинтересованности в предстоящей деятельности и оценка ряда профессиональных обязанностей как потенциально опасных у данной категории врачей может сопровождаться снижением эффективности работы когнитивных функций и критичности оценки ситуации, а, следовательно, и качества оказываемой медицинской помощи. У специалиста может развиваться ощущение своей профессиональной несостоятельности, наблюдаться самообвинительные и аутоагрессивные тенденции, что является фактором риска развития психосоматических расстройств. Также была выявлена положительная корреляция между эмоциями стыда до и после дежурства ($R= 0,69$, $p<0,05$), что может свидетельствовать о сохранении данного переживания на протяжении всей рабочей смены в связи с повышенной значимостью для врачей социальной оценки их профессиональных качеств и страхом оказаться неспособным предоставить адекватную медицинскую помощь больному или пострадавшему. В данной группе врачей наблюдалась положительная корреляция между эмоциями горя и гнева в конце смены ($R= 0,55$, $p<0,05$), что может проявляться в форме аутоагрессии и разочарования в себе как специалисте; с другой стороны, роль горя может заключаться в снижении интенсивности гнева (проявление сочувствия), поскольку проявление гнева не поощряется в социуме.

Алекситимические черты личности, представляющие собой способ ухода от эмоциональных переживаний и защитную реакцию на стрессовые факторы, были выявлены у 4 % низкотревожных врачей СМП (к группе риска относятся 16 %) и 19 % высокотревожных врачей (группу риска составляют 57 %). Врачи с высоким уровнем личностной тревожности более предрасположены к формированию алекситимических черт личности ($\phi= 3,01$, $p<0,01$), проявляющихся в затруднении точно описать собственные (и других людей) эмоциональные переживания, трудностях определения различий между чувствами и телесными ощущениями, фиксации на внешних событиях в ущерб внутренним переживаниям, бедности фантазии и воображения и являющихся фактором формирования ряда психосоматических и невротических расстройств.

Признаки синдрома эмоционального выгорания различной степени выраженности наблюдались у 40 % врачей с низкой тревожностью и 81 % высокотревожных врачей, что оценивалось по наличию формирующихся либо сформированных фаз синдрома (по методике диагностики эмоционального выгорания В. Бойко). Это свидетельствует о большей подверженности развитию данного расстройства врачей с повышенным уровнем личностной тревожности ($\phi= 2,93$, $p<0,01$).

В группе низкотревожных врачей в картине синдрома эмоционального выгорания преобладали симптомы фазы “резистенция” — 32 % (фаза “напряжение” — 8 %, “истощение” — 2 %). Это проявляется в неадекватном эмоциональном реагировании, отсутствии эмоциональной вовлеченности, утрате способности к сопереживанию пациентам, усталостью, ведущей к редукации профессиональных обязанностей и негативному влиянию работы на личную жизнь. Для данной группы врачей были характерны переживание психотравмирующих обстоятельств (20 %, фаза “напряжение”) как ощущение физических или психологических перегрузок, напряжение на работе, наличие конфликтов с начальством, коллегами, пациентами и эмоциональная отстраненность (12 %, фаза “истощение”) как исключение эмоций из профессиональной деятельности.

В группе врачей с высоким уровнем тревожности были выражены все три фазы синдрома: “напряжение” — 57 %, “резистенция” — 71 %, “истощение” — 62 %. При этом наиболее характерными симптомами эмоционального выгорания являлись переживание психотравмирующих событий (57 %), тревога и депрессия (24 %), неадекватное эмоциональное реагирование (71 %), расширение сферы экономии эмоций (43 %), редукация профессиональных обязанностей (52 %), эмоциональная (19 %) и личностная отстраненность (33 %). Таким образом, у данной категории врачей СМП синдром эмоционального выгорания проявлялся в сокращении обязанностей, требующих эмоциональных затрат и постепенном полном исключении эмоций из профессиональной деятельности; стремлении ограничить время взаимодействия с пациентами в зависимости от настроения и личных предпочтений; в ощущении физических и психологических перегрузок, напряжения на работе и постепенном разочаровании в себе как профессионале и в избранной деятельности; эмоциональное оскудение контактов вне профессиональной среды; в полной утрате интереса к пациенту, который начинает восприниматься как недушевленный объект для манипуляций.

По результатам исследования, полученного с использованием “Опросника невротических расстройств”, были составлены усредненные профили по клиническим, личностным и специальным шкалам. У врачей с низким уровнем тревожности показатели клинических шкал находятся в пределах нормативного разброса (38–55Т баллов). На верхней границе нормы находится шкала ипохондричности (25 % врачей), отражающая тенденцию испытуемых к излишней сосредоточенности на состоянии здоровья, отдельных психических и соматических функциях, тревожным опасениям в связи с риском заболевания. Для данной группы врачей характерно повышение по специальной шкале — “гипоманиакальные проявления” (54 % врачей). Это свидетельствует об активности и энергичности, повышенном фоне настроения, поверхностности и неустойчивости интересов, некотором преувеличении своих возможностей и способностей.

В группе высокотревожных врачей наблюдалось повышение по ряду клинических шкал, среди которых: “колебания интенсивности жалоб” (27 %), “нарушение общей чувствительности” (19 %), “расстройства в сфере пищеварения” (16 %) и “нарушение сна” (9 %). Для данной катего-

рии врачей характерна тенденция оценивать свое физическое состояние и самочувствие как часто меняющееся от полного благополучия до упадка сил, выражены жалобы относительно работы пищеварительной системы, наблюдались нарушения сна (сложности засыпания, беспокойный и непродолжительный сон), обострение общей чувствительности (восприимчивость к перепадам атмосферного давления, частые головные боли, повышенная чувствительность кожи и др.). Для 27 % врачей было характерно повышение по специальной шкале — “злоупотребление курением”, что свидетельствует о наличии или формировании табакозависимости, которая может являться способом снятия эмоционального напряжения, обусловленного стрессовыми факторами. Повышение по шкале ипохондричности (37 % врачей) свидетельствует о выраженной обеспокоенности испытуемыми своим состоянием здоровья, стремлении вести правильный образ жизни с целью избежать заболевания.

Выводы

Признаки эмоционального стресса обнаружены как в группе врачей с низким, так и в группе врачей с высоким уровнем личностной тревожности. В обеих группах наблюдалось повышение уровня реактивной тревожности к окончанию дежурства, что обусловлено влиянием стрессогенных факторов профессиональной деятельности. При этом у врачей с низким уровнем тревожности наблюдались более позитивные эмоциональные переживания, что свидетельствует об их высоком адаптационном потенциале и способности к конструктивному разрешению стресса.

Среди врачей с высоким уровнем тревожности более выражены алекситимические черты личности, представляющие собой способ ухода от эмоциональных переживаний и являющиеся фактором риска развития ряда психосоматических и невротических расстройств. У данной категории врачей также наблюдались жалобы относительно физического самочувствия и выраженная обеспокоенность состоянием своего здоровья.

Признаки синдрома эмоционального выгорания различной степени выраженности наблюдались в обеих группах, но значительно преобладали у высокотренированных врачей. В группе врачей с низким уровнем тревожности преобладали симптомы выгорания, характерные для фазы “резистенция”, тогда как у врачей с высоким уровнем тревожности были выражены симптомы всех трех стадий развития выгорания. Таким образом, тревожность, как личностная особенность, является одним из факторов формирования синдрома выгорания у врачей СМП.

Перспективой дальнейших исследований является изучение личностных особенностей, предрасполагающих к развитию профессионального выгорания, этапов формирования и структурных особенностей синдрома выгорания, а также особенностей копинг-стратегий и механизмов психологических защит у врачей СМП с целью дальнейшей разработки системы профилактических и психокоррекционных мероприятий по предупреждению и устранению уже сформировавшихся симптомов расстройства.

Литература

1. Большакова Т. В. Личностные детерминанты и организационные факторы возникновения психического выгорания у медицинских работников: Автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.03 // ЯГУ. — Ярославль, 2004. — 27 с.
2. Водопьянова Н. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. — СПб.: Питер, 2009. — 336 с.
3. Загуровский В. М. Деадаптационные нарушения вследствие стрессорных факторов в работе членов бригад скорой медицинской помощи // Медицина неотложных состояний. — 2005. — № 1. — С. 65.
4. Орел В. Е. Феномен “выгорания” в зарубежной психологии: эмпирические исследования // Психологический журнал. — 2001. — Т. 22, № 1. — С. 90–101.
5. Орел В. Е., Рукавишников А. А. Феномен “выгорания” как проявление воздействия профессиональной деятельности на личность // Психология субъекта профессиональной деятельности: Сборник научных трудов. — М.: Ярославль, 2001. — С. 72–81.
6. Синдром эмоционального выгорания у медработников / Абрамова Г. С., Юдчиц Ю. А. // Психология в медицине: учебное пособие. — М., 1998. — С. 231–244.
7. Федак Б. С. Диагностика синдрома профессионального выгорания у бригад сотрудников скорой и неотложной помощи / Б. Ф. Федак // Медицинская психология. — 2007. — Т. 2, № 4. — С. 25–27.
8. Федак Б. С. Феноменология синдрома выгорания у медицинского персонала скорой помощи / Б. Ф. Федак // Медицинская психология. — 2009. — Т. 4, № 1(13). — С. 19–21.
9. Юрьева Л. Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: Формирование, профилактика, коррекция. — К.: Сфера, 2004. — 271с.
10. Maslach C., Schaufeli W. B., Leiter M. P. Job Burnout // Annual Review of Psychology. — 2001. — Vol.52. — P. 397–422.
11. Naisberg F. S., Fennig S., Keinan G., Elizur A. Personality characteristics and proneness to burnout: A study among psychiatrists // Stress Medicine. 1991. V. 1.7 (4). P. 201–205.

Н. Л. Калайтан

аспірантка кафедри психології

Національний аерокосмічний університет ім. М. Є. Жуковського “ХАІ”

ИНДИВИДУАЛЬНА СХИЛЬНІСТЬ ДО ТРИВОЖНОСТІ ЯК ФАКТОР ФОРМУВАННЯ СИНДРОМУ ВИГОРЯННЯ У ЛІКАРІВ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Резюме

Стаття присвячена дослідженню особливостей емоційного реагування у лікарів швидкої допомоги в залежності від індивідуальної схильності до тривожності. Розглянуто особливості прояву синдрому вигорання у лікарів швидкої і невідкладної медичної допомоги з різним рівнем тривожності. Визначено коло проблем, які потребують подальшого емпіричного дослідження.

Ключові слова: синдром вигорання, тривожність, алексітімія, стресові фактори.

N. L. Kalaytan

postgraduate

National aerospace university named after N. E. Gukovskiy, 'KhAI'

**INDIVIDUAL PROPENSITY TO ANXIETY AS A FACTOR
OF FORMATION OF BURNOUT SYNDROME AMONG EMERGENCY
PHYSICIANS**

Summary

The article is devoted to the research of features an emotional response among emergency physicians, depending on the individual's propensity to anxiety. The characteristics symptoms of burnout among emergency physicians with different levels of anxiety were considered. The circle of problems which require further empiric research is marked.

Key words: burnout syndrome, anxiety, alexithymia, stress factors.