

А.Е. Кулагин<sup>1</sup>, С.И. Коптева<sup>2</sup>, А.В. Сикорский<sup>1</sup>, А.К. Автухова<sup>1</sup>

## **ПРОБЛЕМА СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ**

УО «Белорусский государственный медицинский университет<sup>1</sup>»,

УО «Белорусский государственный педагогический университет<sup>2</sup>»

Профессиональная деятельность врачей анестезиологов-реаниматологов связана с серьезными психологическими проблемами. С одной стороны, это обусловлено эмоциональным напряжением, закономерно присутствующим у пациентов и их родственников. С другой стороны, являясь обычными людьми, анестезиологи имеют право на переживание личных проблем, периодические сложности в общении с коллегами и пациентами, наконец, на успехи и неудачи в своей сложной профессиональной деятельности [1,2,3,5,8]. Вышеперечисленные факторы, несомненно, накладывают отпечаток на психологическое состояние анестезиолога и предрасполагают к частому развитию синдрома эмоционального выгорания.

Согласно современным данным, под «эмоциональным выгоранием» понимается состояние физического, эмоционального и умственного истощения, проявляющееся в профессиях социальной сферы. Этот синдром включает в себя три основные составляющие: эмоциональную истощенность, деперсонализацию (цинизм), редукцию профессиональных достижений [7,10,11,12,13,14].

Под эмоциональным истощением понимается чувство опустошенности и усталости, вызванное собственной работой. Деперсонализация означает циничное отношение к труду и объектам своего труда. В медицинской сфере деперсонализация предполагает бесчувственное отношение к пациентам, поступающим для лечения. Больные воспринимаются не как живые люди, а как диагноз («прободная язва», «инфаркт» и т.д.), а их проблемы воспринимаются с раздражением («не вовремя поступил»). Наконец, редукция профессиональных достижений – это развитие у врачей чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере, осознание неуспеха в ней [2,4,6,7].

Развитие синдрома носит стадийный характер. Сначала, вследствие экстремально высокой положительной установки, выполнение профессиональных обязанностей идет со значительными энергетическими затратами. По мере развития синдрома появляется чувство усталости, которое постепенно сменяется разочарованием, снижением интереса к своей работе [7,11,12,13,14].

Для профессиональной деятельности врача-анестезиолога-реаниматолога свойственно наличие хронической стрессовой ситуации. Её особенностями являются: экстремальность; сокращение психологического контакта с больным; наличие у пациента полиорганной недостаточности; техницизм анестезиолого-реанимационной службы; высокая инвазивность методов диагностики и лечения; проблемы ятрогении; междисциплинарность патологии, дошедшей до критического состояния; постоянные психоэмоциональные стрессы у персонала.

Сокращение психологического контакта между пациентом и анестезиологом-реаниматологом – ситуация, обусловленная неадекватностью сознания пациента, седацией и анальгезией, а также высоким уровнем техницизма в данной специальности. Это поневоле заставляет анестезиолога воспринимать больного не как личность, а как опасный для жизни синдром, который надо устранить, и притом как можно скорее.

Если врач добросовестно проводит лечебные мероприятия, но лечит не самого больного, а синдром, входящий в номенклатуру болезней – это уже является деперсонализацией больного. Она часто ведёт к забвению прав больного: когда перед врачом находится синдром, а не личность, то о каком активном участии синдрома в решении вопроса о характере и объёме интенсивной терапии может идти речь? Опаснейшее следствие деперсонализации – это преждевременное зачисление больных в разряд безнадежных.

При любой патологии, дошедшей до критического состояния, заинтересованы обычно клиницисты как минимум двух специальностей: анестезиолог-реаниматолог, ведущий больного, и специалист, от которого больной поступил в отделение интенсивной терапии (кардиолог, хирург, невролог и т.п.). Наряду

с положительными результатами коллегиальной работы врачей (уточнение диагностики, выбор оптимального комплекса терапии), возникают особые психологические, этические и юридические проблемы. Главная из них – кто ответственен за ведение больного, находящегося в критическом состоянии: анестезиолог-реаниматолог или клиницист, которому патология принадлежит в связи с её этиологией и патогенезом?

Проблемными также являются взаимоотношения в самом коллективе. Недостаточная психологическая совместимость, значительная численность штата с одновременным снижением количества межличностных контактов, возрастное дифференцирование, и особенно наличие в коллективе лиц со стресс-реакциями в стадии декомпенсации приводят к ухудшению социально-психологического климата. Коллектив становится менее сплоченным, повышается заболеваемость и текучесть кадров, снижается потребность профессионального роста. Свою лепту в развитие синдрома вносит и наличие несоответствия между собственным вкладом специалиста и полученным или ожидаемым результатом и материальным вознаграждением [1,2,6,11,13].

Целью нашего исследования являлось изучение выраженности синдрома эмоционального выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов; сравнить полученные результаты с данными 2004–2005 гг.; выявить влияние синдрома на качество работы и качество жизни анестезиологов-реаниматологов; определить основные направления профилактики.

### **Материал и методы**

С целью выявления выраженности и динамики синдрома эмоционального выгорания было произведено сравнение данных двух исследований: первое исследование проведено в 2004–2005 годах, а второе в 2010–2011 годах. В исследовании 2004–2005 года приняло участие 182 врача анестезиолога-реаниматолога; в исследовании 2010–2011 года – 140 анестезиологов-реаниматологов, работающих в лечебно-профилактических учреждениях Республики Беларусь. Возраст исследуемых составлял от 23 до 62 лет (средний

возраст  $37\pm 9$  лет). По анестезиологическому стажу все респонденты были разделены на 6 групп: 1-я группа – врачи, имеющих профессиональный стаж до 1 года; 2-я группа – врачи со стажем 2–5 лет; 3-я группа – врачи со стажем 6–10 лет; 4-я группа – врачи со стажем 11–15 лет; 5-я группа – врачи со стажем 16–20 лет и 6-я группа – врачи со стажем 21 год и более (табл. 1). Из исследования исключались врачи, имеющие хронические заболевания в стадии обострения. С целью изучения уровня эмоционального выгорания была использована методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В.Бойко, позволяющая определить приобретенный стереотип профессионального поведения [9,10].

Таблица 1

Группы исследования

Группа	Годы исследования	
	2004–2005	2010–2011
1-я – стаж работы до 1 года	28 человек, средний возраст $26\pm 0,6$ лет	22 человека, средний возраст $26\pm 0,6$ лет
2-я – стаж 2–5 лет	36 человек, средний возраст $28\pm 0,4$ лет	24 человека, средний возраст $27\pm 0,3$ лет
3-я – стаж 6–10 лет	31 человек, средний возраст $34\pm 0,6$ лет	23 человека, средний возраст $35\pm 0,9$ лет
4-я – стаж 11 – 15 лет	30 человек, средний возраст $39\pm 0,5$ лет	27 человека, средний возраст $39\pm 0,4$ лет
5-я – стаж 16 – 20 лет	29 человек, средний возраст $43\pm 0,7$ лет	20 человека, средний возраст $42\pm 0,5$ лет
6-я – стаж $\geq 21$ год	28 человек, средний возраст $51\pm 0,9$ лет	24 человека, средний возраст $50\pm 0,9$ лет

Автор используемой методики выделяет 3 фазы формирования синдрома эмоционального выгорания, каждая из которых характеризуется наличием и

степенью выраженности четырех основных симптомов: I – фаза напряжения (симптомы: 1. переживание психотравмирующих обстоятельств; 2. неудовлетворенность собой; 3. «загнанность в клетку»; 4. тревога и депрессия); II – фаза резистенции (симптомы: 1. неадекватное избирательное эмоциональное реагирование; 2. эмоционально-нравственная дезориентация; 3. расширение сферы экономии эмоций; 4. редукция профессиональных обязанностей); III – фаза истощения (симптомы: 1. эмоциональный дефицит; 2. эмоциональная отстраненность; 3. личностная отстраненность (деперсонализация); 4. психосоматические и психовегетативные нарушения). Мы анализировали наличие и степень выраженности симптомов эмоционального выгорания по всем вышеперечисленным фазам.

Полученные данные представлены в табл. 2 и 3. Интерпретация полученных результатов первоначально проводилась по отдельным симптомам. Показатель выраженности каждого симптома колеблется в пределах от 0 до 30 баллов: 9 и менее баллов – не сложившийся симптом, 10–15 баллов – складывающийся симптом, 16 и более – сложившийся. Симптомы с показателями 20 и более баллов относятся к доминирующим в фазе или во всем синдроме «эмоционального выгорания».

Дальнейший шаг в интерпретации результатов опроса – осмысление показателей фаз развития стресса – «напряжение», «резистенция» и «истощение». В каждой из них оценка возможна в пределах от 0 до 120 баллов (4 симптома от 0 до 30 баллов). Однако, сопоставление баллов, полученных для фаз, не правомерно, ибо не свидетельствует об их относительной роли или вкладе в синдром. Дело в том, что измеряемые в них явления разные – реакция на внешние и внутренние факторы, приемы психологической защиты, состояние нервной системы. По количественным показателям правомерно судить только о степени сформированности каждой из фаз и наличии доминирующей фазы: 36 и менее баллов – фаза не сформировалась; 37–60 баллов – фаза в стадии формирования; 61 и более баллов – сформировавшаяся фаза.

Оперируя смысловым содержанием и количественными показателями, подсчитанными для разных фаз формирования синдрома «выгорания», можно дать достаточно объемную характеристику личности и, что не менее важно, наметить индивидуальные меры профилактики и психокоррекции.

### **Результаты и обсуждение**

Анализ фазы напряжения показал, что симптом переживания психотравмирующих обстоятельств находился в стадии формирования в 1-й и 2-й группе первого исследования и 1-й группе второго исследования; сложился в 3–6 группах первого исследования и во 2–6 группах второго исследования. В обоих исследованиях имеет место сильная корреляционная связь ( $r = 0,94$ ,  $p < 0,05$ ) между выраженностью данного симптома и стажем работы. Симптом неудовлетворенности собой находится в стадии формирования в 3-й и 4-й группах первого исследования и 4-й и 6-й группах второго исследования. Симптом загнанности в клетку в стадии формирования в 4-й и в 6-й группе и 4-й, 5-й и 6-й группах второго исследования. Симптом тревоги и депрессии в обоих исследованиях находится в стадии формирования у всех врачей начиная со второго года работы, что можно объяснить высокой ответственностью за свои действия. Степень выраженности данного симптома возрастает в зависимости от стажа работы ( $r = 0,94$ ;  $p < 0,05$ ). Таким образом, фаза напряжения в первом исследовании находится в стадии формирования в 3–6 группах, а вот во втором исследовании во 2–6 группах, с четко тенденцией увеличения своей выраженности.

Анализ фазы резистенции продемонстрировал более высокую выраженность во всех исследованиях. Так, симптом неадекватного избирательного эмоционального реагирования в первом исследовании находится в стадии формирования в 1-й и во 2-й группах, а в 3–6-й группах сложился; во втором исследовании в стадии формирования в 1-й группе и сложился во 2–6 группах. Имеет место сильная корреляционная связь степени выраженности симптома и стажа работы ( $r = 0,94$ ;  $p < 0,05$ ). Симптом эмоционально-нравственной дезориентации в первом исследовании; находится в стадии формирования в 4–5-й группах, а во

втором – в 5–6 группах. Симптом расширения сферы экономии эмоций в первом исследовании находится в стадии формирования во 2-й группе и в 3–6 сложился; во втором исследовании получены аналогичные данные. Симптом редукции профессиональных обязанностей в первом исследовании находится в стадии формирования в 1 и 2 группах, в остальных – сложился. Таким образом, можно отметить, что в обоих исследованиях фаза резистенции в 1-й и 2-й группах находится в стадии формирования, а в остальных группах – сформировалась.

Анализ фазы истощения: симптом эмоционального дефицита в первом исследовании находился в стадии формирования во 2, 5 и 6 группах, в 3–4 – сложился; во втором исследовании получены близкие по значению данные. Симптом эмоциональной отстраненности в первом исследовании, в остальных группах находился в стадии формирования во 3–6 группах, во втором исследовании – стадия формирования отмечена во всех группах. Симптом личностной отстраненности в первом исследовании, в стадии формирования имел место в 3, 5 и 6 группах, в 4 группе сложился; во втором исследовании стадия формирования отмечена во 2, 3 и 6 группах, а сформировавшийся симптом в 4 и 5-1 группах. Симптом психосоматических и психовегетативных нарушений в стадии формирования при первом исследовании выявлен в 3 – 6 группах; во втором – во 2–6 группах. в остальных группах. Отмечается высокая корреляция степени выраженности симптома и стажа работы ( $r = 0,91$ ;  $p < 0,05$ ). Таким образом, сформировавшаяся фаза истощения при первом исследовании выявлена в 4 группе, а при втором исследовании – в 4 и 5 группах.

### **Выводы.**

Результаты исследования показывают наличие статистически достоверной связи между профессиональной деятельностью и уровнем эмоционального выгорания врачей анестезиологов-реаниматологов. Симптом эмоционального выгорания выявлен у 77,3% обследованных врачей (по данным российских авторов он выявляется в 80,3% [6]). В структуре синдрома преобладает фаза рези-

стентности – до 60% всех случаев, проявляется неадекватным избирательным реагированием и экономией эмоций, на фоне редукции профессиональных обязанностей. Фаза истощения – в среднем составляет 42,5% наблюдений, проявляется эмоциональным дефицитом и личностной отстраненностью специалиста. Фаза напряжения 26,7% и в основном проявляется переживанием психотравмирующих обстоятельств.

Необходимо отметить, что стадия формирования синдрома эмоционального выгорания составляет 37,2% от выявленных случаев, а сформировавшаяся фаза отмечается в 52,8%. В основном синдром эмоционального выгорания начинается развиваться после 5-ти лет работы по специальности и наиболее ярко выражен у врачей со стажем работы 11–20 лет. В дальнейшем имеет место недостоверное снижение показателей. Существенной динамики показателей, между двумя исследованиями – не выявлено.

Полученные данные позволяют считать необходимым введение профилактических мер для снижения уровня эмоционального выгорания и повышения качества профессиональной деятельности анестезиологов-реаниматологов. Из таких мер, по мнению авторов, следует выделить – подбор кандидатов в соответствии психологического типа претендента характеру работы анестезиолога-реаниматолога. Учесть – интроверты (внимание направлено на собственный внутренний мир) более предрасположены к профессиональному ЭВ, чем экстраверты (настроены на контакт с окружающими).

Соблюдения гибкого графика выходных и отпусков – возможность полноценного отдыха и восстановления сил (лучше без контактов с коллегами – не думать о работе). Возможность занятий спортом и поддержания здорового образа жизни не на бумаге, а на деле. Психологическое и психотерапевтическое сопровождение профессии.

Введение профилактических мер на фоне стрессогенных условий работы анестезиологов-реаниматологов позволит предупредить развитие неконструк-



тивных направлений поведения, таких как прием фармакологических препаратов, курение, алкоголь. И повысить качество оказания медицинской помощи.