

Karvacka N.S., Pachkovski V.M., Obezyuk V.S., Stasyshena O.V.
Bukovinian State Medical University

THE LEVEL OF BURNOUT AMONG PHYSICIANS OF DIFFERENT SPECIALTIES

Summary

The article is devoted the study of manifestations of the syndrome professional burnout among physicians of different specialties such as ophthalmologists, TB specialists, pulmonologists, otolaryngologists, traumatologists, neurosurgeons, anesthesiologists, surgeons, dentists, urologists. Study found what are the prevailing emotional states in physician. Received data showed motivational orientation of the physician as well as the approaches to the prevention of burnout.

Keywords: professional «burnout» emotional state, psychological and emotional exhaustion, psychological training.

УДК 614.23

СЕМЕЙНАЯ ТРЕВОГА КАК ФАКТОР, СПОСОБСТВУЮЩИЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ ВЫГОРАНИЮ ВРАЧА

Карпова С.В., Марусенко И.М.
Петрозаводский государственный университет

Васьков А.А.
ОНМК ГБУЗ «Республиканская больница имени В.А. Баранова»

В статье анализируются факторы риска, сопутствующие синдрому профессионального выгорания врача. Отдельно рассматриваются личностные факторы эмоционального выгорания и возможность влияния на них феномена «семейной тревоги» пациентов. Дается характеристика семьи – носителя семейной тревоги, описываются проявления данного феномена во взаимодействии врача и родственников больного и возможности профилактики связанного с ним профессионального выгорания.

Ключевые слова: эмоциональное истощение, синдром профессионального выгорания, семейная тревога, взаимодействие врач-больной, инсульт, индивидуация, личное пространство.

Профессия врача входит в группу высокого риска в отношении возникновения синдрома выгорания (или, правильнее, синдрома профессионального выгорания). Работа врача по определению требует значительных эмоциональных вложений, так как связана с общением с людьми и со всеми трудностями, которые из этого проистекают (негативные эмоции, перенос, переживания, конфликты).

От работников помогающих профессий требуются такие качества как коммуникабельность, эмпатия (проникновение во внутренний мир другого человека за счет сопричастности его переживаниям), принятие индивидуальных особенностей пациентов, гуманизм и милосердие. Труд врача сопровождается достаточно интенсивным и длительным общением (коллеги, пациенты, их родственники). Все это требует больших психологических и физиологических затрат, а следовательно, рано или поздно врачи начинают испытывать большое напряжение, а в последствии из-за больших перегрузок эмоциональное, физическое и умственное истощение. Все это постепенно приводит к возникновению синдрома эмоционального выгорания.

Синдром эмоционального выгорания (синдром профессионального выгорания, синдром психического выгорания и т.д.) – термин, характеризующий состояние нарастающего эмоционального истощения, приводящее к нарушениям в сфере общения и способное повлечь за собой глубокие личностные изменения.

По мнению отечественных и зарубежных исследователей (В.В. Бойко, Н.Е. Водопьянова, К. Маслач, В.Е. Орел, Е.Л. Старченкова, Х.Дж. Фрейденбергер, Е. Хартман и др.), выгорание – динамический процесс. Возникновение профессионального выгорания происходит постепенно и имеет ряд этапов. Поэтапно

проявляются основные его составляющие: эмоциональная истощенность, деперсонализация (цинизм) и редукция профессиональных достижений. Под эмоциональным истощением понимается чувство эмоциональной опустошенности и усталости, вызванное собственной работой. Деперсонализация предполагает циничное отношение к труду и объектам своего труда. В частности, деперсонализация у врача предполагает бесчувственное, негуманное отношение к пациентам. Они воспринимаются не как живые люди, а все их проблемы и беды с которыми они приходят к профессионалу, с его точки зрения, есть благо для них. Редукция профессиональных достижений представляет собой возникновение у специалиста чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере, осознание неуспеха в ней.

Факторы, предрасполагающие к синдрому выгорания условно можно разделить на две группы: социально-психологические и личностные.

К первой группе относятся следующие факторы: плотный рабочий график (более 45 часов в неделю); низкая поддержка среди коллег и начальства; зарплата, не соответствующая вложенным усилиям; высокая неопределенность в оценке работы (один и тот же результат может быть оценен по-разному в зависимости от ситуации); невозможность влиять на результат работы; двусмысленные и противоречивые требования на работе; работа под постоянной угрозой штрафов, санкций и пр.; однообразная монотонная, бесперспективная работа; необходимость внешнего проявления эмоций, которые не соответствуют внутреннему состоянию; недостаток личного времени и необходимость заниматься профессиональной деятельностью и интересами в свободное от работы время; постоянная негативная оценка труда; хаотическая организация рабочего времени;

существование нездоровой конкуренции на рабочем месте.

Личностные факторы включают в себя следующие особенности личности врача:

- высокая эмоциональность и отзывчивость;
- высокий самоконтроль;
- высокая личностная ответственность и высокие личностные стандарты;
- гуманистическая жизненная установка;
- подавление отрицательных эмоций и рационализация собственного поведения;
- склонность к тревожным реакциям, особенно если что-то идет не так, какие-то ситуации не соответствуют личностным стандартам и запросам окружающих;
- склонные отождествляться с другими.

Таким образом, личностные характеристики, провоцирующие выгорание, являются «катализаторами» процесса выгорания [9]. Наиболее ярко проявляется влияние этих факторов в тех видах профессиональной деятельности, где острота проблем клиентов сочетается с минимизацией успеха в эффективности их решения. Это работа с хронически больными людьми, людьми, страдающими неизлечимыми заболеваниями (СПИД, рак и некоторые др.), работа с умирающими людьми и т.д. Так, например, инсульт – жизнеугрожающее событие, искажающее жизнь не только пациента, но и его семьи и других заботящих о нем лиц. Перенесенный инсульт часто приводит к инвалидизации больных и в значительной степени ухудшает качество жизни: примерно у половины больных отмечается гемипарез, четверть не может нормально передвигаться, а у шестой части выявляется афазия. Это налагает серьезную нагрузку на семью заболевшего.

Принимая во внимание специфику заболевания и оценивая опыт общения с родственниками больных, хотелось бы обратить внимание на следующий феномен, который, на наш взгляд способен ускорять процесс профессионального выгорания врача с описанными выше личностными особенностями. Это феномен семейной тревоги.

Семейная тревога понимается как состояние тревоги у членов семьи, нередко плохо осознаваемые и трудно локализуемые. Характерным признаком семейной тревоги является наличие сомнений, страхов, опасений за членов семьи: их здоровье, безопасность, конфликтность.

Одним из первых серьезно обратил внимание на этот феномен создатель теории семейных систем М. Боуэн [13]. На современном этапе в психологической науке его представление о семье как живой системе стало общепризнанным. Каждый член семейной системы занимает в ней свое уникальное место. Кроме того, каждый имеет свою эмоциональную сферу. Эмоционально заряженное функционирование членов семьи создает специфическую для каждой семьи в каждый период ее существования эмоциональную атмосферу, или «поле», которое, в свою очередь, влияет на функционирование каждого из них. Соответственно этому, люди занимают разные функциональные позиции в семье. Функциональная позиция человека оказывает существенное влияние на его ценности, чувства, убеждения, отношения и поведение. Так возникает, например, различие между старшими и младшими детьми в семье с одним и тем же типом воспитания.

Другой важный аспект функциональных позиций – то, что они находятся в реципроктом взаимодействии. Например, старший ребенок в семье формирует поведение младшего, а тот, в свою очередь, формирует его поведение.

Таким образом, важнейшие аспекты, касающиеся эмоциональной системы таковы. Эмоциональная система «раздает» ее членам функциональные позиции, которые находятся во взаимовлияющих друг с другом. Сама же эмоциональная система управляется двумя противоположными тенденциями, или, как пишет М. Боуэн, «жизненными силами», тенденцией к индивидуации (отделению) и тенденцией к совместности (слиянию). Задача каждого члена системы найти свое уникальное, максимально комфортное место так, чтобы чувствовать тепло и любовь близких, свою общность с ними, с одной стороны, и быть отдельной, автономной личностью, с другой. Таким образом, одна из задач, решаемых личностью на пути созревания, – поиск баланса между отделением и слиянием.

К сожалению, немало семей существует исключительно на полюсе слияния. Члены такой семьи словно бы эмоционально «слипаются», не могут дифференцировать свое «Я». И чем выше уровень недифференцированности членов семьи, тем больше в ней хаотичности, неорганизованности и тем выше уровень ее тревоги. Такая семья более реактивна и непоследовательна. Она может резко поменять свои планы и даже свой жизненный курс. И происходить это может каждый раз, когда появляется тревога. Как правило, это не самые адаптивные способы изменения жизнедеятельности семьи, вплоть до физического отдаления от «нежелательных», вызывающих тревогу, объектов и приближения «желательных», пусть и не конструктивных, вредных, но снижающих тревогу. В качестве нежелательных объектов могут оказаться, например, врач (он строгий, он требовательный и пр.), тяжело больной родственник (ответственность, неприятное зрелище, усиление страха собственной смерти и пр.). А «желательными» могут стать врач, такой «знающий, всесильный» и т.п., алкоголь (обладает выраженным эффектом снижения тревоги), успокаивающе-убаюкивающие «специалисты» – шарлатаны и пр.

Чаще всего «ядром» семейной тревоги является женщина, бабушка, мать, а то и обе, индуцирующие друг друга и всю семью. Плохо дифференцированная в своей родительской семье, женщина, имеющая слабое представление о своем «Я», сама создает семью. И теперь и собственная семья, и родительская, являются носителями ее «Я». Соответственно, чтобы не утратить себя, женщина должна контролировать всех членов семьи, знать о них все, внедряться по все сферы их существования. В такой семье отсутствуют границы. Понятия «личное пространство», «личное время», «личные интересы» и пр. для этой семьи чистая абстракция. Они не несут для них никакой конкретной смысловой нагрузки. Внешне – это некая спаянность, единство, внутри которого, тем не менее, можно увидеть немалую долю агрессии и, на этой основе, чувства вины. Общение семьи фиксировано на негативных аспектах жизни, обсуждаются темы несчастий, болезней и пр. Все суетливы, напряжены, у кого-либо, а то и у всех есть какие-либо психосоматические симптомы или заболевания. Если по каким-то причинам начнет отделяться хоть один член семьи, появляется угроза утраты «Я», растет тревога, захватывающая всю семью. Серьезное заболевание члена семьи, его длительная госпитализация, угроза его утраты – все это значительно повышает тревогу такой семьи. Семья становится особенно хаотичной, неуправляемой.

Когда в отделении появляется пациент с подобной семейной спецификой, его врача, обладающе-

го личностными чертами, предрасполагающими к профессиональному выгоранию, подстерегает ряд «ловушек».

1. Высокая эмоциональность и отзывчивость. Отличная человеческая черта, крайне необходимая в системе контактов «человек-человек». Чем больше отношения родственников больного опираются на высокую эмоциональность врача, его мессианские качества, обещания, успокаивающие беседы, тем более значительный и быстрый возникает эффект успокоения семьи и настройки ее на сотрудничество. Однако, он так же удивительно кратковременен. Через короткое время семейная тревога вновь растет, и родственники уже требуют от врача той же эмоциональности, той же насыщенности коммуникации, чем невероятно истощают специалиста. Семья чувствует себя обманутой, что рождает объективно не обоснованную агрессию против врача.

2. Как упоминалось выше, члены семьи с семейной тревогой не понимают и не чувствуют свои и чужие личностные границы. Такая семья вторгается в пространство врача в любое, удобное ей, время, и пытается занимать его столько, сколько нужно членам семьи. Они не соблюдают договоренностей, пытаются встречаться с врачом не в официально обозначенные часы, а когда придется и длительность беседы сложно определить. Беседа дает ощущение вязкости, выходит за рамки предмета обсуждения. При этом создается впечатление, что родственники словно бы оттягивают внимание от пациента на себя. Попытка врача структурировать общение вызывает у членов семьи взрыв раздражения, а у специалиста вызывает чувство вины.

3. Так как семья привыкла, что в ней всегда есть кто-то значимый, контролирующий и отвечающий за все, она бессознательно начинает искать такую фигуру в пространстве больницы. Врач, лечащий их родственника, подходит для этой роли. Если врач обладает склонностью отождествляться с другими, высокой собственной тревожностью, высокой степенью ответственности, он легко попадает в подобную семейную динамику. Семейный «эмоциональный клубок» втягивает врача. Он заражается теми же переживаниями, начинает ощущать особую ответственность именно за этого больного. Вместе с семьей он переживает, суетится, привлекает дополнительные средства поддержки. Родственники

больного при этом вдруг отстраняются. Сами они оказываются не готовы к настоящей помощи и поддержке своего близкого. Бессознательно понимая свою недостаточность, они находят того, кто отзывается на их запрос, врача с перечисленными выше чертами, и снижают тем самым свое чувство вины. Получается, что они сделали все, на что способны, а все остальное – лечение, уход, эмоциональная поддержка – должен осуществлять лечащий врач. Врач, в свою очередь, чувствует себя обманутым, очень быстро истощается, становится агрессивным либо равнодушным.

Чтобы предупредить подобные ситуации, со стороны врача более верным был бы вариант спокойного, уравновешенного, средней эмоциональности общения. Врач должен сразу задать рамки взаимодействия. Необходимо транслировать родственникам пациента свою готовность общаться с ними, давать некоторую поддержку, но только в рамках обозначенного времени и только по сути проблемы. Общаться следует мягко, но твердо. Спокойная уверенность снижает семейную тревогу семьи пациента и дает почувствовать границы, которые переходить не следует. При особенно сложных случаях не нужно стесняться и можно попросить помощи у коллег. Еще более удачный вариант – если в учреждении есть специалисты – психологи.

В сущности, синдром профессионального выгорания скорее является результатом сложного взаимодействия личностных особенностей человека, ситуации его межличностных отношений с его профессиональной и рабочей ситуацией, в которой он находится. При этом учет феномена семейной тревоги поможет избежать чрезмерной эмоциональной перегрузки специалиста. Чертами же личности, сохраняющими психологическое здоровье специалиста, защищающими от профессионального выгорания являются: оптимизм, высокая самооценка, интернальный локус контроля, устойчивая Я-концепция, конфликтоустойчивость, увлеченность своим делом, проницательность, целеустремленность и чувство юмора.

Наблюдение за пациентами и членами семей проводилось в отделении острых нарушений мозгового кровообращения ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А.Баранова».

Список литературы:

1. Бойко, В.В. Правила эмоционального поведения: Методическое пособие / В.В. Бойко. – СПб.: Питер, 1997. – 172 с.
2. Бойко, В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других / В.В. Бойко. – М.: Издательский дом «Филинъ», 1996. – 154 с.
3. Бусовикова О. П. Исследование формирования синдрома эмоционального выгорания в профессиональной деятельности социальных работников / О.П. Бусовикова, Т.Н. Мартынова // Сибирская психология сегодня: Сборник научных трудов». – Вып. 2. – Кемерово: Кузбассвузиздат, 2003 – 410 с.
4. Водопьянова, Н.Е. Синдром выгорания. Диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – СПб.: Питер: Питер-принт, 2005. – 336 с.
5. Гришина, Н.В. Помогаящие отношения: профессиональные и экзистенциальные проблемы // Психологические проблемы самореализации личности. СПб.: Изд-во Спб. ун-та, 1997 – С. 143-156.
6. Елдышова О.А. Профессиональное выгорание в помогающих профессиях. // Роль служб экстренной психологической помощи по телефону в решении проблемы сиротства в России: I Международная конференция детских телефонов доверия 17–18 ноября 2006 г.: Сборник статей выступлений. – Москва, 2006. – С. 38–41
7. Лэнгле, А. Эмоциональное выгорание с позиций экзистенциального анализа: теоретическое исследование / А. Лэнгле // Вопросы психологии. – 2008. – № 2. – С. 3-16.
8. Нартова-Бочавер С.К. Человек суверенный: психологическое исследование субъекта в его бытии. – СПб.: Питер, 2008.
9. Орёл В.Е. Феномен «психического выгорания»: теория, проблемы диагностика // Орел, В. Е. Структурно-функциональная организация и генезис психического выгорания: Автореф. ...д-ра пс. н. / В. Е. Орел. – Ярославль, 2005. – 51 с.
10. Орел В. Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии. Эмпирические исследования / В.Е. Орел // Психологический журнал. – 2001. – № 1. – С. 16-21.
11. Пашук, Н.С. Личностные черты как детерминанты возникновения и развития феномена «психического выгорания» у преподавателей вузов / Н.С. Пашук // Психологический журнал. – 2008. – № 1. – С. 19-24.

12. Райкова Е. Ю. Терапия и профилактика профессионального выгорания у представителей помогающих профессий / Е. Ю. Райкова // Молодой ученый. – 2011. – № 5. Т.2. – С. 92-97.
13. Ронгинская, Т. И. Синдром выгорания в социальных профессиях / Т. И. Ронгинская // Психологический журнал, 2002. – том 23. – № 3. – С. 19-24.
14. Теория семейных систем Мюррея Боуэна: Основные понятия, методы и клиническая практика / Пер. с англ.- М.: Когнито-Центр, 2012. – 496 с.

Karpova S.V., Marusenko I.M.
Petrozavodsk State University

Vaskov A.A.

CVA GBUZ «Republican Hospital named after V.A. Baranova»

FAMILY ANXIETY AS FACTORS CONTRIBUTING TO PROFESSIONAL BURNOUT PHYSICIAN

Summary

In article the risk factors accompanying a syndrome of professional burning out of the doctor are analyzed. Personal factors of emotional burning out and possibility of influence on them of a phenomenon of «family alarm» patients are separately considered. The family characteristic – the carrier of family alarm is given, displays of the given phenomenon in interaction of the doctor and relatives of the patient and possibility of preventive maintenance of the professional burning out connected with it are described.

Keywords: an emotional exhaustion, a syndrome of professional burning out, family alarm, interaction the doctor-patient, a stroke, personal space.

УДК 616.314-084-053.2:612.392.69:546.15

АНАЛІЗ ЯКОСТІ КОНТРОЛЮ ЗА ІНДИВІДУАЛЬНОЮ ГІГІЄНОЮ ПОРОЖНИНИ РОТА ШКОЛЯРІВ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ В УМОВАХ МІКРОЕЛЕМЕНТОЗІВ ФТОРУ ТА ЙОДУ

Клітинська О.В., Васько А.А.

Ужгородський національний університет

Досліджено якість гігієнічного догляду за порожниною рота серед школярів Ужгородської загальноосвітньої школи № 20, Закарпатської області. Представлений віковий та гендерний розподіл показників якості гігієнічного догляду за ротовою порожниною у обстежених. Встановлено участь батьків у гігієнічному догляді за порожниною рота власних дітей.
Ключові слова: профілактика стоматологічних захворювань, школярі, гігієна порожнини рота, участь батьків.

Актуальність теми. Дитяча стоматологія за останні кілька років отримала значний поштовх до позитивної динаміки та вийшла на новий виток еволюції надання високоякісної стоматологічної допомоги дітям. Зросла кількість заходів, що направлені на профілактику захворювань зубо-щелепового апарату у дітей та зниження захворюваності на карієс. Запроваджені програми з навчання гігієнічного догляду за порожниною рота. Впроваджені уроки гігієни у навчальних закладах міста та області [1, 5, 8].

Слід зауважити, що місто Ужгород та Закарпатська область розміщуються в ендемічній зоні з значним дефіцитом мікро- та макроелементів в питній воді, ґрунті, продуктах харчування [2, 4, 6, 10].

Численні дослідження свідчать, що ряд чинників (екологічні, геохімічні, кліматичні тощо) значною мірою впливають на загальний стан організму, в тому числі і на стан зубо-щелепової та кісткової систем, стан слизової оболонки порожнини рота. Як наслідок – мешканці ендемічних зон більш схильні до, карієсу, захворювань тканин пародонта та зубо-щелепових аномалій і деформацій. [3, 7, 9, 10]

Важливим залишається також систематичний контроль стану зубо-щелепового апарату дітей їх батьками, чи особами, що їх замінюють, адже най-

більш ефективним та економічно виправданим, з точки зору профілактики стоматологічних захворювань, є раціональна гігієна порожнини рота [2, 9, 10].

Мета дослідження: встановити участь батьків у гігієнічному догляді за порожниною рота власних дітей та визначити ефективність даної участі.

Методи і матеріали. Було проведено епідеміологічний стоматологічний огляд 430 учнів Ужгородської загальноосвітньої школи № 20, Закарпатської області, віком від 6 до 17 років. Серед них 223 (52%) дівчини і 209 (48%) хлопчиків. При опитуванні школярів з'ясували чи приймають участь у гігієнічному догляді за порожниною рота батьки та в якій мірі, чи контролюють стан порожнини рота.

Результати дослідження та їх обговорення. Усіх обстежених було розділено на вікові групи (див. рис. 1).

Школярів 5-6 років було 42 особи, серед яких 21 хлопчик і 21 дівчинка; віком 7-9 років було 54 дитини, а саме: 26 хлопчиків та 28 дівчат, у віці 10-12 років обстежено 102 осіб, зокрема, 49 хлопчиків та 52 дівчинки, 133 підлітка віком 13-15 років, серед яких 70 хлопчиків та 47 дівчаток, а у віці 16-17 років було обстежено 99 пацієнтів, зокрема, 50 хлопчиків та 49 дівчат.