

Изучение синдрома эмоционального выгорания у врачей – стоматологов

Л.И., Ларенцова

*Кафедра факультетской
терапевтической стоматологии МГМСУ
(зав. – проф. Ю.М. Максимовский)*

Еще в 70-ые годы некоторые исследователи обратили внимание на довольно часто встречающееся состояние эмоционального истощения у лиц, занимающихся в различных сферах коммуникативной деятельности (врачей, психологов, педагогов, работников социальных служб, менеджеров). Как правило, такие специалисты на определенном этапе своей профессиональной деятельности неожиданно начинали терять к ней интерес, формально относиться к своим обязанностям, конфликтовать с коллегами по не принципиальным вопросам, злоупотреблять алкоголем. В дальнейшем у них обычно развивались соматические заболевания и невротические расстройства. Наблюдавшиеся изменения, как было обнаружено, вызывались длительным воздействием профессионального стресса. Появился термин "burnout" (4–7), который в русскоязычной психологической литературе переводится как "выгорание" (3).

Первые описания синдрома эмоционального выгорания включали обычно в себя следующие характеристики: отказ от карьерного роста, падение интереса к работе и жизни, бессонница, головные боли, чрезмерное употребление лекарственных средств, (4). Развитие этого синдрома было обусловлено необходимостью работать в строго нормированном и однообразно – напряженном режиме дня (5), с большой эмоциональной насыщенностью личностного взаимодействия с трудными пациентами, клиентами и т.п.(7).

Отмечалось также, что у лиц с синдромом "burnout" наблюдалось нарушение профессиональных этических принципов и трудовой дисциплины. По определению Maslach & Jackson (1981) синдром выгорания характеризуется: эмоциональным опустошением, безразличием и даже циничным отношением к пациентам и негативным отношением к себе (5–7) называют эти явления деперсонализацией, чувством неудовлетворенности от своей работы и недооценкой профессиональных достижений нарушением взаимоотношений с коллегами, в семье, ухудшением качества жизни и состояния физического и психического здоровья.

Изучение синдрома эмоционального выгорания проводилось путем клинического обследования специалистов, а также с помощью специально разработанной Maslach & Jackson (1981) методики Maslach Burnout Inventory (MBI).

Ранее мы исследовали СЭВ у практикующих врачей стоматологов по методике В.В.Бойко (1).

Цель настоящего исследования: изучение синдрома эмоционального выгорания у врачей – стоматологов по методике MBI) наиболее признанной и популярной во всем мире.

Работа проводилась с ноября 2002 по октябрь 2003 года. В исследовании приняли участие 280 врачей – стоматологов, работающих в государственных и частных стоматологических поликлиниках. Возраст обследованных врачей – от 23 до 67 лет (средний

возраст – 41 год), со стажем работы от 2 до 44 лет (в среднем – 17 лет).

Формирование СЭВ изучалось с помощью опросника MBI ("Maslach Burnout Inventory"), состоявшего из 22 вопросов, на каждый из которых опрашиваемые давали ответ по 7-балльной шкале (от 0 – "никогда", до 6 – "ежедневно"). Результаты оценивались по 3 субшкалам – эмоционального дефицита (emotional exhaustion, EE), деперсонализации (depersonalization, DP) и интереса к профессиональной деятельности (personal accomplishment, PA) – оценка по этой шкале сводится к тенденции оценивать себя негативно. Шкале EE соответствовали 9 вопросов, шкале DP – 5 вопросов, шкале PA – 8 вопросов. Примеры вопросов: по шкале EE – «В конце рабочего дня я чувствую себя опустошенным», по шкале DP: «Я чувствую, что я отношусь к некоторым пациентам, как будто они неодушевленные предметы», по шкале PA: «Я способна квалифицированно решать проблемы моего пациента». Высокие оценки по шкалам EE и DP и низкие оценки по шкале PA свидетельствуют о формировании синдрома выгорания. В зависимости от набранных баллов выделяются три степени выгорания по шкалам эмоционального дефицита («высокая» – 27 баллов и более, «средняя» – 17–26 баллов, «низкая» – 16 баллов и менее), деперсонализации («высокая» – 13 баллов и более, «средняя» – 7–12 баллов, «низкая» – 6 баллов и менее) и интереса к профессиональной деятельности («высокая» – 31 балл и менее, «средняя» – 32–38 баллов, «низкая» – 39 баллов и более).

Кроме того, социальное и психологическое состояние врача-стоматолога оценивалось по разработанной нами «Карте собеседования» и «Карте семейно-психологических факторов риска развития состояний психической дезадаптации у врачей» [2].

Было обработано 272 анкеты (8 анкет были заполнены неправильно), из них 90 анкет заполняли мужчины и 182 анкеты – женщины. Среди анкетированных врачей-стоматологов было 184 терапевта, 21 пародонтолог, 33 хирурга и 34 ортопеда. 190 врачей работали в государственных поликлиниках, 82 – в частных клиниках.

Для обработки результатов использовалась программа SPSS.

В таблице 1 показаны средние значения и стандартные отклонения для всех врачей и мужчин и женщин отдельно по всем трем шкалам. Частотные распределения для всех

| | Все врачи (N=272) | | Мужчины (N=90) | | Женщины (N=182) | |
|--|-------------------|-----------|----------------|-----------|-----------------|-----------|
| | Среднее | Ст. откл. | Среднее | Ст. откл. | Среднее | Ст. откл. |
| Эмоциональный дефицит (EE) | 20.26 | 9.9 | 21.19 | 10.5 | 19.81 | 9.6 |
| Деперсонализация (DP) | 8.36 | 6.7 | 10.79 | 7.2 | 7.16 | 6.1 |
| Интерес к профессиональной деятельности (PA) | 30.85 | 10.4 | 30.00 | 10.5 | 31.27 | 10.3 |

Таблица 1. Средние значения и стандартные отклонения для всех врачей и мужчин и женщин отдельно по всем трем шкалам

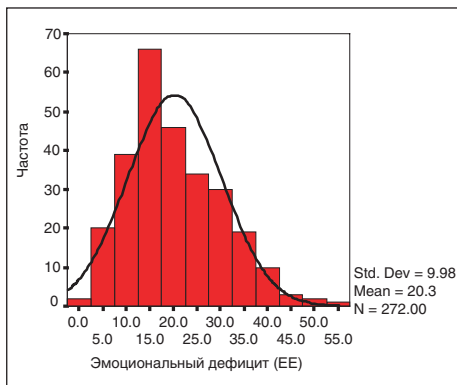


Рис. 1. Гистограмма распределения эмоционального дефицита врачей и кривая нормального распределения

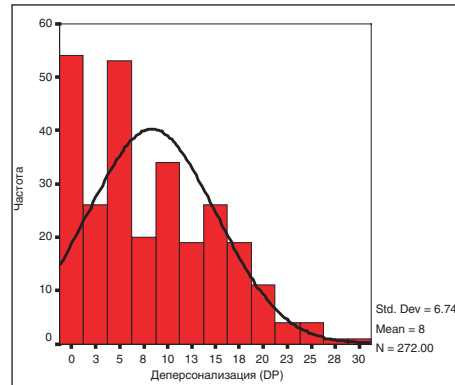


Рис. 2. Гистограмма распределения деперсонализации врачей и кривая нормального распределения

трех шкал (EE, DP и PA) показаны на рисунках 1, 2 и 3.

Статистически достоверных отличий между группами мужчин и женщин по шкалам EE и PA обнаружено не было. По шкале DP, мужчины имеют более высокие показатели, чем женщины (гипотеза проверялась с помощью t-теста, t-значение: 4.305, P<0.001).

Изучены средние значения и стандартные отклонения результатов по восьми возрастным группам – до 29 лет, 30–34 года, 35–39 лет, 40–44 года, 45–49 лет, 50–54 года, 55–59 лет, 60 лет и более. Результаты показаны в таблице 2. Анализ полученных данных с помощью теста ANOVA показал, что различия средних значений между группами по шкалам EE и DP незначительны, вместе с тем, гипотеза о равенстве средних в возрастных группах по шкале PA должна быть отброшена (F-значение: 4.419, P<0.001). Максимальное среднее значение по шкале PA у группы врачей в возрасте до 30 лет (34.88), минимальное – у группы от 40 до 44 лет (25.91), но при этом гипотеза о равенстве средних значений в этих группах не может быть отвергнута на 5% уровне значимости. В целом, гипотеза о том, что с возрастом

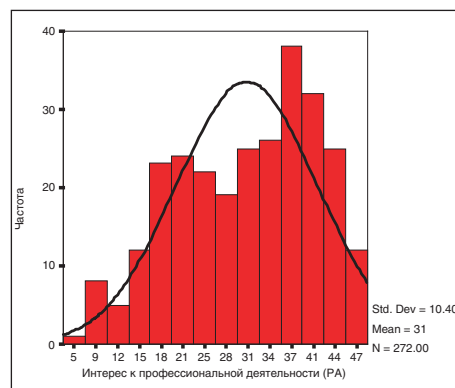


Рисунок 3. Гистограмма распределения интереса к профессиональной деятельности врачей и кривая нормального распределения

врачи-стоматологи более подвержены синдрому эмоционального выгорания, должна быть отвергнута.

Аналогичным образом изучалось влияние стажа работы на наличие синдрома выгорания. Обследуемые врачи были разбиты по стажу на 5 групп – до 9 лет, 10–19 лет, 20–29 лет, 30–39 лет, 40 лет и более. Как и при разбиении на группы по возрасту, тест ANOVA показал, что различий средних значений между группами по шкалам EE и DP нет, но гипотеза о равенстве средних в группах по стажу по шкале PA должна быть отброшена (F-значение: 7.43, P<0.001). Наи-

| Возраст | Эмоциональный дефицит (EE) | | | Деперсонализация (DP) | | | Интерес к профессиональной деятельности (PA) | | |
|------------------|----------------------------|---------|-----------|-----------------------|---------|-----------|--|---------|-----------|
| | N | Среднее | Ст. откл. | N | Среднее | Ст. откл. | N | Среднее | Ст. откл. |
| Все врачи | | | | | | | | | |
| 29 | 58 | 18.19 | 8.74 | 58 | 7.03 | 5.89 | 58 | 34.88 | 7.67 |
| 30-34 | 53 | 17.49 | 8.21 | 53 | 7.57 | 6.50 | 53 | 33.64 | 9.93 |
| 35-39 | 41 | 23.17 | 12.67 | 41 | 9.93 | 7.50 | 41 | 31.39 | 9.62 |
| 40-44 | 22 | 24.09 | 7.68 | 22 | 10.95 | 6.58 | 22 | 25.91 | 12.09 |
| 45-49 | 19 | 21.58 | 9.38 | 19 | 10.37 | 7.02 | 19 | 27.37 | 9.98 |
| 50-54 | 18 | 24.72 | 14.52 | 18 | 8.33 | 7.62 | 18 | 26.00 | 10.67 |
| 55-59 | 30 | 17.97 | 8.54 | 30 | 8.17 | 6.86 | 30 | 26.73 | 9.44 |
| 60 | 31 | 21.16 | 8.73 | 31 | 7.29 | 6.43 | 31 | 30.26 | 12.51 |
| Мужчины | | | | | | | | | |
| 29 | 15 | 17.80 | 6.24 | 15 | 8.93 | 7.48 | 15 | 34.27 | 8.80 |
| 30-34 | 18 | 15.83 | 6.84 | 18 | 9.44 | 6.86 | 18 | 31.28 | 11.98 |
| 35-39 | 21 | 24.90 | 14.27 | 21 | 12.33 | 8.42 | 21 | 30.67 | 9.87 |
| 40-44 | 9 | 22.89 | 8.52 | 9 | 10.44 | 7.04 | 9 | 30.67 | 12.82 |
| 45-49 | 15 | 22.20 | 8.98 | 15 | 12.00 | 6.91 | 15 | 26.47 | 10.08 |
| 50-54 | 3 | 36.00 | 13.23 | 3 | 17.33 | 0.58 | 3 | 20.33 | 10.02 |
| 55-59 | 8 | 21.13 | 10.19 | 8 | 8.50 | 6.30 | 8 | 28.50 | 8.12 |
| 60 | 1 | 16.00 | - | 1 | 14.00 | - | 1 | 17.00 | - |
| Женщины | | | | | | | | | |
| 29 | 43 | 18.33 | 9.53 | 43 | 6.37 | 5.17 | 43 | 35.09 | 7.34 |
| 30-34 | 35 | 18.34 | 8.79 | 35 | 6.60 | 6.18 | 35 | 34.86 | 8.63 |
| 35-39 | 20 | 21.35 | 10.81 | 20 | 7.40 | 5.56 | 20 | 32.15 | 9.54 |
| 40-44 | 13 | 24.92 | 7.29 | 13 | 11.31 | 6.51 | 13 | 22.62 | 10.84 |
| 45-49 | 4 | 19.25 | 11.95 | 4 | 4.25 | 3.10 | 4 | 30.75 | 10.24 |
| 50-54 | 15 | 22.47 | 14.08 | 15 | 6.53 | 7.04 | 15 | 27.13 | 10.76 |
| 55-59 | 22 | 16.82 | 7.80 | 22 | 8.05 | 7.19 | 22 | 26.09 | 9.97 |
| 60 | 30 | 21.33 | 8.82 | 30 | 7.07 | 6.42 | 30 | 30.70 | 12.48 |

Таблица 2. Средние значения и стандартные отклонения результатов по восьми возрастным группам

| Возраст | Эмоциональный дефицит (EE) | | | Деперсонализация (DP) | | | Интерес к профессиональной деятельности (PA) | | |
|------------------|----------------------------|---------|-----------|-----------------------|---------|-----------|--|---------|-----------|
| | N | Среднее | Ст. откл. | N | Среднее | Ст. откл. | N | Среднее | Ст. откл. |
| Все врачи | | | | | | | | | |
| 9 | 102 | 18.41 | 10.00 | 102 | 7.45 | 6.73 | 102 | 34.16 | 9.16 |
| 10-19 | 59 | 21.76 | 10.01 | 59 | 8.61 | 5.98 | 59 | 31.71 | 9.49 |
| 20-29 | 51 | 21.10 | 8.65 | 51 | 9.90 | 7.21 | 51 | 26.18 | 10.24 |
| 30-39 | 36 | 21.36 | 11.82 | 36 | 8.75 | 7.09 | 36 | 26.56 | 10.53 |
| 40 | 24 | 21.04 | 9.01 | 24 | 7.79 | 6.84 | 24 | 31.04 | 12.45 |
| Мужчины | | | | | | | | | |
| 9 | 30 | 19.27 | 11.13 | 30 | 10.47 | 8.46 | 30 | 32.07 | 11.16 |
| 10-19 | 27 | 21.48 | 10.92 | 27 | 8.70 | 6.24 | 27 | 32.70 | 9.19 |
| 20-29 | 23 | 21.43 | 7.87 | 23 | 13.78 | 6.20 | 23 | 25.35 | 10.76 |
| 30-39 | 9 | 26.67 | 13.41 | 9 | 10.11 | 7.11 | 9 | 28.33 | 7.66 |
| 40 | 1 | 16.00 | - | 1 | 14.00 | - | 1 | 17.00 | - |
| Женщины | | | | | | | | | |
| 9 | 72 | 18.06 | 9.55 | 72 | 6.19 | 5.46 | 72 | 35.03 | 8.13 |
| 10-19 | 32 | 22.00 | 9.35 | 32 | 8.53 | 5.85 | 32 | 30.88 | 9.81 |
| 20-29 | 28 | 20.82 | 9.38 | 28 | 6.71 | 6.46 | 28 | 26.86 | 9.93 |
| 30-39 | 27 | 19.59 | 10.94 | 27 | 8.30 | 7.16 | 27 | 25.96 | 11.39 |
| 40 | 23 | 21.26 | 9.15 | 23 | 7.52 | 6.86 | 23 | 31.65 | 12.35 |

Таблица 3. Средние значения и стандартные отклонения по группам стажа

большее значение по шкале РА имеет группа врачей со стажем работы менее 10 лет (34.16), наименьшее – со стажем от 20 до 29 лет (26.18), но эта разница статистически недостоверна. Как и в случае с возрастом, гипотеза о том, что врачи с большим стажем работы более подвержены синдрому выгорания, должна быть отвергнута.

Статистически достоверной разницы средних значений между возрастными группами врачей у мужчин и у женщин не обнаружено.

Кроме того, проводились тесты ANOVA о равенстве средних в группах врачей, обра-

зованных по одной из следующих переменных: семейное положение врача, место работы, специализация, наличие хобби; и по следующим семейно-психологическим особенностям врачей: взаимоотношения в семье, частота критических ситуаций в течение месяца, были ли в течение последнего года болезнь или смерть близких, есть ли материально-бытовая неустроенность, жилищные условия.

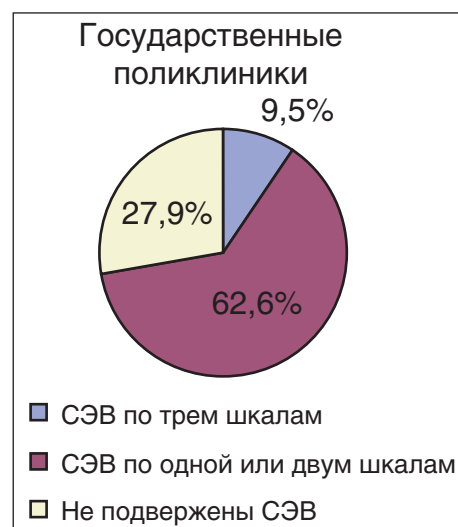
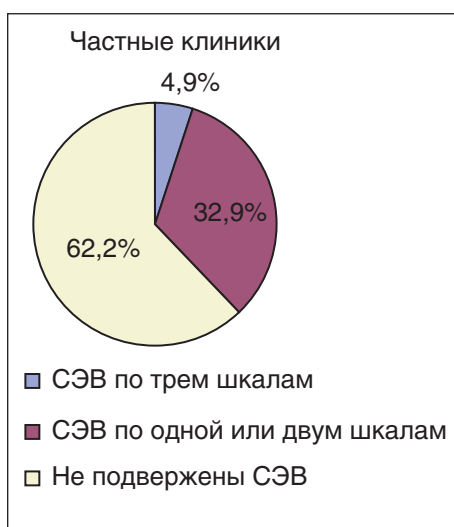
Выявлены следующие результаты:

Место работы врача влияет на результаты по всем трем шкалам. Врачи, работающие

в частных клиниках имеют более низкие значения по шкалам ЕЕ и DP и более высокие – по шкале РА, нежели стоматологи из государственных поликлиник. Результаты сравнения приведены в таблице 4.

Врачи, у которых есть хобби, имеют в среднем более низкие результаты по шкале DP и более высокие – по шкале РА, при этом различия средних в группах по шкале ЕЕ не обнаружено. Результаты сравнения приведены с таблице 5.

Тест ANOVA показал также различие средних по шкалам DP и РА в группах по



Диаграммы 1–3. Различия средних в группах, образованных по остальным вышеперечисленным признакам, не обнаружено

| Шкала | Место работы врача | Среднее по группе | Станд. отклонение | t-значение для гипотезы о равенстве средних | Уровень значимости |
|--|--------------------|-------------------|-------------------|---|--------------------|
| Эмоциональный дефицит | Гос. поликлиника | 21.75 | 10.02 | 3.822 | P<0.001 |
| | Частная клиника | 16.83 | 9.04 | | |
| Деперсонализация (DP) | Гос. поликлиника | 9.30 | 6.81 | 3.561 | P<0.001 |
| | Частная клиника | 6.20 | 6.07 | | |
| Интерес к профессиональной деятельности (РА) | Гос. поликлиника | 28.91 | 10.19 | -4.870 | P<0.001 |
| | Частная клиника | 35.34 | 9.52 | | |

Таблица 4. Результаты t-теста для гипотезы о равенстве средних значений по всем трем шкалам для врачей из государственных поликлиник и частных клиник.

| Шкала | Есть ли у врача хобби? | Среднее по группе | Станд. отклонение | t-значение для гипотезы о равенстве средних | Уровень значимости |
|--|------------------------|-------------------|-------------------|---|--------------------|
| Эмоциональный дефицит | Нет | 20.87 | 9.82 | 0.991 | P=0.323 |
| | Да | 19.67 | 10.14 | | |
| Деперсонализация (DP) | Нет | 9.85 | 6.97 | 3.666 | P<0.001 |
| | Да | 6.92 | 6.20 | | |
| Интерес к профессиональной деятельности (РА) | Нет | 28.13 | 10.33 | -4.381 | P<0.001 |
| | Да | 33.49 | 9.82 | | |

Таблица 5. Результаты t-теста для гипотезы о равенстве средних значений по всем трем шкалам по наличию/отсутствию хобби.

частоте критических ситуаций в течение месяца (врачам было предложено выбрать один из следующих ответов на этот вопрос: нет, меньше одной, одна, больше одной), однако положительная зависимость синдрома выгорания от частоты критических ситуаций не обнаружена (наиболее высокие значения по шкале DP и наиболее низкие по шкале PA имеет группа врачей, у которых происходит менее одной критической ситуации в течение месяца).

Различия средних в группах, образованных по остальным вышеперечисленным признакам, не обнаружено.

Результаты обследования показывают, что 104 врача из 272 (38.2%) не подвержены синдрому выгорания, 168 врачей (61.8%) имеют высокую степень выгорания хотя бы по одной из шкал, из них 22 врача (8.1%) – по всем трем шкалам. В частных клиниках не подвержен синдрому выгорания 51 врач из 82 (62.2%), 31 врач (37.8%) имеет высокую степень выгорания хотя бы по одной из шкал, из них 4 врача (4.9%) – по всем трем шкалам. В

государственных клиниках не подвержены синдрому выгорания 53 врача из 190 (27.9%), высокую степень выгорания хотя бы по одной шкале имеют 137 врачей (72.1%), из них по всем трем шкалам – 18 врачей (9.5%).

Таким образом, результат исследования настоящей выборки врачей – стоматологов фиксирует у них высокую степень синдрома выгорания в 8,1%.

Специфика профессиональной деятельности врача – стоматолога способствует, а зачастую просто провоцирует, формирование у него синдрома выгорания.

Проведенное исследование подтверждает, на наш взгляд, необходимость серьезного отношения и своевременной профилактики развития этого синдрома у врачей – стоматологов.

Такая помощь, как нам представляется, должна быть комплексной, психологической и организационной, направленной на коррекцию нарушений психического состояния и, при необходимости, на улучшение психологического климата в коллективе, оптимизацию труда специалиста.

Литература:

1. Ларенцова Л.И., Максимовский Ю.М., Соколова Е.Д. Синдром “эмоционального выгорания”(burnout) у врачей-стоматологов // Ж. Новая стоматология, 2002, №2, С.97–99.
2. Ларенцова Л.И. Профессиональный стресс врачей стоматологов и методы его коррекции – Дисс. докт.мед.наук. –М., 2003.
3. Enzmann,D., Berief,P., Engelkamp,C. et al. Burnout and coping will burnout. Development and evaluation of a burnout workshop. Berlin: Technische Univercitat Berlin, Institut fur Psychologie., 1992.
4. Freudenberger, H.J. Staff burn-out. Journal of Social Issues, 30, 159–165.
5. Maslach,C. Burnout: A social psychological analysis. In The Burnout syndrome ed.J.W.Jones, pp.30–53, Park Ridge, IL: London House, 1982.
6. Maslach,C. and Jachson,S.E. The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behaviour, 2, 99–113, 1981.
7. Schaufell,W.B., Enzmann,D. And Girault, N. Measurement of burnout: A review. In Professional Burnout: Recent Development in Theory and Reserch ed. W.B.Schaufell, C.Maslach and T.Marek, pp.199–215, Washington, DC: Taylor&Francis