

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ АКУШЕРОВ И ГИНЕКОЛОГОВ

Перевод статьи: Factors Influencing Burnout Syndrome in Obstetrics and Gynecology Physicians prepared by Magdalena Iorga, Vladimir Socolov, Diana Muraru, Catalin Dirtu, Camelia Soponaru, Ciprian Ilea and Demetra-Gabriela Socolov published in 2017

Перевод выполнен БФ «Свет в руках» в 2019 г.

АННОТАЦИЯ

Цель

Определить влияние факторов окружающей среды, личностных особенностей и алекситимии на синдром выгорания среди врачей акушеров и гинекологов.

Методы и материалы

В ходе исследования в общей сложности 116 человек (35 мужчин и 81 женщина) заполнили анкеты и социодемографические опросные листы.

Для измерения и оценки степени профессионального выгорания, особенностей личности и алекситимии были использованы Тест на профессиональное выгорание Мэслач¹, Пятифакторный личностный опросник² и Торонтская шкала алекситимии³.

В качестве дополнительных инструментов для обработки полученных статистических данных применялись t-тест⁴ и Коэффициент корреляции Пирсона.

Результаты

Из 116 опрошенных 12.9% испытывали или испытывают депрессию и 35.3% страдали или продолжают страдать от бессонницы. Мужчины меньше подвержены влиянию факторов эмоционального истощения и деперсонализации, чем женщины (показатель эмоциональное истощение 18.73 ± 13.48 против 24.14 ± 11.71 ; показатель деперсонализации 5.97 ± 5.45 против 7.70 ± 5.29). Наличие депрессии (определяемое респондентом самостоятельно на основании своих внутренних ощущений) коррелируется с более высокими показателями алекситимии (как ее общего уровня, так и в отдельности по каждой из ее шкал) и невротического состояния. В то же самое время, с повышением степени депрессии понижаются показатели экстраверсивности, добросовестности и открытости к новому опыту.

¹ Тест на профессиональное выгорание Мэслач – Maslach Burnout Inventory, 1984 г., далее также «тест МБИ» (Здесь и далее прим.переводчика).

² Пятифакторный личностный опросник или тест «Большая пятерка» — Big Five Inventory, 1983-1985 гг., далее также «тест BFI».

³ Торонтская шкала алекситимии — Toronto Alexitimia Scale, далее также «TAS-20».

⁴ t-тест — t- критерий Стьюдента.

Были обнаружены заметные различия между показателями врачей-ординаторов⁵ и врачей-консультантов⁶.

Заключение

Результаты данного исследования призваны помочь врачам акушерам и гинекологам в решении проблемы их профессионального выгорания. Принимая во внимание индивидуальные особенности, алекситимические характеристики и условия труда и жизни конкретного врача, эти результаты можно использовать при выработке способов уменьшения негативных последствий профессионального стресса.

1. ВВЕДЕНИЕ

Такая категория как гуманность имеет большое значение в медицинской практике. Забота о пациентах требует существенного трудолюбия, терпения, эмпатии, стрессоустойчивости и способности работать во вредных условиях труда. При этом все указанные аспекты оказывают далеко идущее влияние как на профессиональную, так и на личную жизнь работников здравоохранения.

Профессиональное выгорание, согласно определению Маслач, является синдромом, включающим в себя эмоциональное истощение, деперсонализацию (т.е. склонность к негативному и циничному отношению к другим людям, в том числе, к пациентам) и обесцениванию личных достижений.

При этом профессиональное выгорание отличается от депрессии, в общепринятом понимании этого слова, тем, что оно связано именно с истощением в связи с работой. Высокий уровень профессионального выгорания и деперсонализации в совокупности с низким уровнем личной производительности труда врача снижают уровень медицинской помощи, негативно влияют на общую культуру взаимодействия с пациентами и качество жизни самого медицинского работника.

Значительная часть настоящего исследования посвящена выявлению предпосылок профессионального выгорания. К их числу относятся личностные черты характера, экстраверсивность, склонность к невротическому состоянию. Сюда же вошли связанные с условиями труда факторы стресса, такие как врачебная специализация и взаимоотношения с коллегами или руководством. Кроме того, здесь же рассмотрены личные обстоятельства жизни врачей, например, отношения с членами семьи, и многие другие.

Синдром выгорания среди врачей всегда рассматривался как важная проблема, поскольку он напрямую связан с низким уровнем заботы о пациентах. Ранее проведенные исследования показывают, что в целом работники медицинской сферы чаще, чем работники других профессий, испытывают профессиональное выгорание. Прослеживается взаимосвязь между наличием данного синдрома и ростом числа совершаемых врачебных ошибок, появлением суицидальных мыслей, случаев суицида. Отмечено ухудшение личных взаимоотношений и возникновение химических зависимостей, в частности, алкоголизма. Что касается врачебной специализации, то такие категории как хирурги, врачи интенсивной терапии и анестезиологи традиционно имеют самые высокие показатели профессионального выгорания. Среди прочих категорий наибольшая предрасположенность к профессиональному выгоранию обнаружена у мужчин, врачей-ординаторов и у специалистов, чья работа связана с хирургическими методами лечения.

Помимо внешних факторов (окружение, рабочее место, применяемые способы медицинского вмешательства, продолжительность рабочего времени и пр.), внутренние факторы тесно связаны с наличием у человека предрасположенности к выгоранию. В их числе невротическое состояние и экстраверсивность.

⁵ *Врач-ординатор* – лечащий врач в стационаре.

⁶ *Врач-консультант* – врач широкого профиля, оказывающий консультационную, первичную медико-социальную медицинскую помощь при приеме пациентов вне стационара.

До настоящего времени мало исследований посвящено уровню профвыгорания именно среди врачей акушеров и гинекологов. Мало внимания было уделено и его связи с внутриличностными факторами. Поэтому в качестве задач данного исследования было поставлено выявление:

(а) влияния конкретных факторов (пол, возраст, семейное положение, количество детей, стаж работы, продолжительность рабочего времени, уровень технической оснащенности, рабочее место, количество рабочих смен в неделю, количество занимаемых должностей, наличие или отсутствие бессонницы, депрессии, хронических заболеваний и употребление антидепрессантов) на профессиональное выгорание (эмоциональное истощение, деперсонализацию и уровень личной производительности труда) и

(б) влияние факторов Большой Пятерки (экстраверсивность, невротическое состояние, открытость к опыту, добросовестность и готовность к согласию)

— на уровень профессионального выгорания.

2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Всего в исследовании были задействованы 220 акушеров и гинекологов, работающих в госпиталях, клиниках, либо ведущих частную врачебную практику. Им было предложено принять участие в выявлении у них синдрома профвыгорания и определении степени удовлетворенности своей работой. В итоге 116 исследуемых (35 мужчин и 81 женщина) заполнили специальные анкеты и социодемографические опросные листы. Опрашиваемые самостоятельно заполняли указанные документы. Иногородним медработникам документы высылались по электронной почте. Участники опроса, проживающие на территории исследовательского центра, получали опросники лично через курьера и таким же способом возвращали их после заполнения. Участники давали письменное согласие, которое было приложено к каждому пакету опросных документов. При этом они были детально проинформированы о целях исследования, условиях конфиденциальности, а также о том, что результаты опросов могут быть использованы только в целях данного исследования.

Профессиональное выгорание среди врачей выявлялось с помощью Теста профессионального выгорания Маслач (МВІ). Данный тест включает 22 пункта с проверкой на наличие наиболее распространенных признаков профессионального выгорания. МВІ тест использует 3 субшкалы для оценки каждого из основных признаков профвыгорания. К этим признакам относятся:

(1) эмоциональное истощение (характеризуется ощущением опустошения, возникающим в связи с выполнением своей работы и даже в связи с мыслями о работе, хронической усталостью, трудностями с засыпанием и проблемами с физическим здоровьем),

(2) деперсонализация (характеризуется негативным отношением и своеобразным отгораживанием от конечных потребителей оказываемых услуг, цинизмом и негативом в отношениях с пациентами или коллегами, чувством вины, избеганием социальных контактов и пренебрежением заботой о себе), и

(3) низкий уровень личных достижений/производительности труда (связан с ощущением низкого уровня своего профессионализма и слабой причастности к общественно полезному делу. Характеризуется демотивирующим отношением к любым сложностям а также часто повторяющимся ситуациям, в которых человек демонстрирует свое бессилие выполнить качественно свою рабочую задачу, несмотря на все предпринятые им усилия. Как следствие, такой работник сам начинает сомневаться в способности выполнять работу. Ответы по данному критерию респондент давал на основании собственной оценки, по своим внутренним ощущениям).

Как правило, степень профвыгорания отражается на показателях по всем трем субшкалам. Так, высокий уровень профвыгорания находит свое отражение в высоких показателях эмоционального истощения и деперсонализации и одновременно - низких показателях по субшкале личных достижений. И напротив, при низких показателях профессионального

выгорания фиксируются низкие показатели по субшкалам эмоционального истощения и деперсонализации, и высокие - по субшкале личных достижений.

Эти выводы можно подтвердить следующими данными:

показатели субшкалы эмоционального истощения:

- ≤16: низкий уровень профвыгорания;
- от 17 до 26: умеренное профвыгорание;
- ≥27: высокий уровень профвыгорания.

показатели субшкалы деперсонализации:

- ≤6: низкий уровень профвыгорания;
- от 7 до 12: умеренное профвыгорание;
- ≥13: высокий уровень профвыгорания.

показатели субшкалы личных достижений:

- ≤31: высокий уровень профвыгорания;
- от 32 до 38: умеренное профвыгорание;
- ≥39: низкий уровень профвыгорания.

Тест «Большая пятерка» (BFI) имеет дело со стойкими чертами характера человека. В данном тесте опросник состоит из 44 пунктов, соответствующих 5 измерениям личности (персональным факторам), принятым в модели Большой пятерки. Это — экстраверсивность, невротическое состояние, открытость к опыту, добросовестность и готовность к согласию. В качестве вариантов ответов используется дифференцированная шкала (шкала Лейкерта) от 1 до 5, где 1 означает категорическое несогласие, а 5 — полное согласие.

Торонтская шкала алекситимии (TAS-20) использует шкалу из 20 пунктов, заполняемых опрашиваемым на основании своих внутренних ощущений. Данный метод призван измерить степень алекситимии, под которой понимается психологическое состояние, в котором человек затрудняется в определении и описании своих эмоций, чувств и телесных ощущений, а также стремиться к минимизации любого эмоционального опыта, поскольку весь фокус его внимания сосредоточен на происходящем вовне.

Помимо вышеперечисленных составляющих, при проведении настоящего исследования нами принимались во внимание и регистрировались такие переменные как: возраст, специализация (врач-ординатор, узкоспециализированный врач или врач-консультант по оказанию первичной медико-санитарной помощи), место работы, проживание в городской или сельской местности, семейное положение, информация о супруге (является ли медицинским работником и, если да, то имеет ли ту же врачебную специализацию), информация о семье происхождения (количество братьев и сестер), количество детей, стаж работы в акушерстве или гинекологии, опыт научной деятельности, категория места работы (больница, частная клиника или осуществление частной врачебной практики), количество текущих мест работы, продолжительность рабочего времени (рабочей недели) и количество рабочих смен в месяц. Дополнительно выявлялось наличие у интервьюируемых бессонницы, использование ими медикаментов в целях снижения последствий стресса, наличие депрессивных состояний (как в текущий момент, так и в прошлом) и наличие хронических заболеваний.

Анализ собранной статистической информации производился с помощью IBM SPSS (статистическая версия 23). Для сравнительного анализа были применены t-тест и one-way ANOVA. Статистическое значение было определено как $p < 0,05$. На стадии корреляции применялись коэффициенты корреляции Пирсона и Спирмана. Кроме того, для выявления влияния персональных факторов и факторов алекситимии на уровень профессионального выгорания был применен метод множественной линейной регрессии.

3. РЕЗУЛЬТАТЫ

3.1. Описательный анализ

3.1.1. Инструменты

По итогам теста МВІ коэффициент надежности («альфа Кронбаха») по 3м шкалам составил: 0.911, 0.630 и 0.816, соответственно. По итогам теста ВFI были получены следующие результаты: экстраверсивность (8 пунктов, коэффициент альфа Кронбаха 0.802), готовность к согласию (9 пунктов, коэффициент альфа Кронбаха 0.467), добросовестность (9 пунктов, коэффициент альфа Кронбаха 0.772), невротическое состояние (8 пунктов, коэффициент альфа Кронбаха 0.769) и открытость опыту (10 пунктов, коэффициент альфа Кронбаха 0.743).

Несмотря на невысокую достоверность итоговых данных по пунктам о готовности к согласию (коэффициент альфа Кронбаха составил 0.467), эти данные были приняты во внимание для целей нашего исследования. По нашему мнению, одной из причин столь низкого уровня достоверности является тот факт, что большинство вариантов не имеет нормального статистического распределения. В целях компенсации данной низкой достоверности нами была применена корреляционная матрица (при этом для части результатов были получены более низкие показатели, а для остальной части — более высокие, что объясняет средние данные коэффициента альфа Кронбаха). Второе использованное нами решение данной проблемы, для той ситуации, когда конкретный показатель был удален, заключалось в его проверке с помощью таблицы статистики набора данных, графы коэффициента альфа Кронбаха. Это еще один статистический инструмент, который был применен (при удалении одного пункта, показатель коэффициента альфа Кронбаха становится 0.650, что является приемлемым). Отметим при этом, что некоторые авторы научных исследований полагают, что имеет смысл сохранить для целей исследования раздел, статистическая надежность которого невысока, в том случае, если информация этого раздела имеет существенную значимость для целей исследования. В конечном итоге, нами был принят именно такой подход.

Для измерения алекситимии мы применяли 3 инструмента, а именно: 3 субшкалы Торонтской шкалы алекситимии (TAS-20): сложность в определении чувств и эмоций (коэффициент альфа Кронбаха 0.749), затруднения в описании чувств и эмоций (коэффициент альфа Кронбаха 0.659) и сфокусированный исключительно на внешних обстоятельствах способ мышления человека (коэффициент альфа Кронбаха 0.597). Помимо этого, учитывался общий уровень алекситимии (коэффициент альфа Кронбаха 0.871).

3.1.2 Социодемографическая и психологическая информация.

В исследовании принимали участие представители 10 стран. При этом медицинские факультеты научных центров 5ти из них, располагаются в Румынии. Всего в нашей стране в 2016 году зарегистрировано 1724 врачей, работающих в публичных и частных медицинских учреждениях, и 693 врача, работающих в частных клиниках. Таким образом, число принявших участие в исследовании акушеров и гинекологов составило, число 6.72% от общего количества врачей, зарегистрированных в Румынии. При этом количество женщин в данной специальности традиционно превышает количество мужчин.

Для целей исследования были проанализированы следующие показатели: возраст, пол, врачебная специализация (врач-ординатор, узкоспециализированный врач и врач-консультант по оказанию первичной медико-санитарной помощи), место работы (город/сельская местность), количество братьев и сестер и количество детей. Кроме того, исследуемые медицинские работники сравнивались по параметру семейного положения и рода занятий супруга. Данные критерии применялись с целью выяснения, влияют ли эти обстоятельства на профессиональное выгорание и на степень удовлетворенности от выполняемой работы. При этом учитывалось, что понимание со стороны членов семьи того, какие трудности связаны с работой врача гинеколога/акушера, может значительно повысить стрессоустойчивость исследуемого.

Что касается специализации, среди респондентов были 42 врача-ординатора, 11 врачей узкого профиля и 63 доктора-консультанта. Их возраст варьировался от 25 до 68 лет. Они являлись представителями 10 департаментов (что в среднем соответствует одной четвертой национальной территории).

91 человек из опрашиваемых сообщил о том, что состоит либо состоял в прошлом в супружеских отношениях (женат/замужем, гражданский брак или разведен). При этом, супруги 45-ти из них (почти половина) также являются или являлись врачами. Более того, супруги 15-ти из этих 45-ти респондентов имеют ту же врачебную специализацию.

Мы также уделили внимание различиям, связанным с профессиональной деятельностью, такими как: стаж работы, недельная продолжительность рабочего времени, количество смен в месяце, преподавательская деятельность (если интервьюируемый является научным сотрудником) и наличие совместительства (количество мест работы). В дополнение к вышеперечисленному, тесты содержали вопросы относительно факта применения медикаментов для борьбы со стрессом. Были также вопросы о том страдает ли/страдал ли в прошлом респондент от бессонницы или депрессии, имеет ли хронические заболевания. Полученная информация представлена в *Таблице 1*. Все вышеуказанные критерии анализа рассматривались с точки зрения возможности и существенности их влияния на уровень профессионального выгорания, деперсонализации и личной производительности труда.

Таблица 1.

Социодемографические характеристики

Критерий	Количество (%)
Пол	
Мужской	35 (30.17)
Женский	81 (69.83)
Возраст	
До 30	40 (34.5)
31- 40	21 (26.7)
41-50	31 (26.7)
Старше 51	24 (20.7)
Специализация	
Врач-ординатор	42(36.21)
Врач узкого профиля	11 (9.48)
Врач-консультант	63 (54.31)
Место работы	
Город	112 (96.55)
Сельская местность	4 (3.45)
Семейное положение	
Гражданский брак (в отношениях)	22(54.31)
Женат /замужем	63 (54.31)
Разведен	8 (6.90)
Одинок	23 (19.83)

Супруг является врачом	
да	45 (39.47)
нет	59 (51.75)
Супруг имеет аналогичную врачебную специализацию	
да	15 (13.64)
нет	83 (75.45)
Количество детей в семье происхождения	
1	38(32.76)
2	61 (53.59)
3	9 (7.76)
свыше 3	8 (5.89)
Наличие детей	
да	76 (65.22)
нет	40 (34.78)
Опыт в качестве врача акушера/гинеколога	12.94 ± 10.94
Продолжительность рабочей недели	56±21
Количество смен в месяц	4.5±2.2
Наличие преподавательской нагрузки	
да	24 (20.69)
нет	92 (73.91)
Работа по совместительству (количество позиций)	
1	83 (71.6)
2	25 (21.6)
3	8 (6.8)
Наличие хронических заболеваний	
да	46 (39.7)
нет	70 (60.3)

На вопрос об употреблении медикаментов в качестве помощи для борьбы со стрессом, получаемым на работе, 12 врачей (10.3%) ответили утвердительно. Более того, 3 пункта были посвящены бессоннице и депрессии. 15 респондентов (12.9%) ответили, что страдали или страдают от депрессии, и 41 (35.3%) – сталкиваются либо сталкивались с проблемами бессонницы. Таким образом, более трети врачей страдают от нарушения сна.

Около 40 % интервьюируемых подтвердили, что у них имеются хронические заболевания. При этом, наиболее часто отмечались гипертония, мигрень, межпозвоночная грыжа и люмбоишалгия. Мы полагаем, что указанные хронические заболевания в основном связаны с постуральным (ограниченным) положением тела во время проведения исследований, лечения и хирургических вмешательств, а также вызваны длительными нарушениями сна.

Общие итоги согласно тестам MBI, BFI и итоги TAS-20 в отношении респондентов мужчин и женщин представлены в *Таблице 2*.

Таблица 2.

Результаты тестов MBI, BFI и TAS-20

Показатель		Общий итог	Мужчины	Женщины
MBI	Эмоциональное истощение	22.50±12.40	18.73±13.48	24.14±11.71
	Деперсонализация	7.18±5.35	5.97±5.45	7.70±5.29
	Личные достижения	36.73±7.82	37.76±8.37	36.33±7.63
BFI	Экстраверсивность	3.71±0.71	3.73±0.72	3.69±0.71
	Невротическое состояние	2.79±0.71	2.67±0.69	2.84±0.73
	Открытость к опыту	3.60±0.57	3.60±0.61	3.61±0.56
	Добросовестность	3.99±0.59	4.05±0.50	3.97±0.63
	Готовность к согласию	3.85±0.83	3.80±0.55	3.87±0.93
TAS-20	Сложность в определении чувств	15.84±6.23	15.11±6.44	16.17±6.19
	Сложность в описании чувств	12.11±4.05	12.32±3.42	12.06±4.32
	Внешне ориентированное мышление	17.84±4.64	18.35±5.40	17.62±4.33
	Общий результат по алекситимии	45.80±11.91	45.79±11.26	45.86±12.31

Общие итоги по алекситимии отображают ее низкий уровень как у мужчин, так и у женщин врачей. В системе TAS-20 принято обобщение итогов пройденного теста до следующих результатов: показатель менее 51 означает отсутствие алекситимии; показатель свыше 61 является индикатором алекситимии. Значения от 52 до 60 находятся в пределах нормально допустимого уровня алекситимии.

3.2 Сравнительный анализ

3.2.1 Социодемографическая и социологическая информация

Для того чтобы выявить, существенно ли влияет на профессиональное выгорание пол респондента, к итогам BFI и TAS-20 мы применили t-тест. И действительно, в зависимости от пола врача была обнаружена различная степень эмоционального истощения ($t(113) = -2.149$, $p = 0.034$, M женщины = 24.14, и M мужчины = 18.76). Следует подчеркнуть, что столь большая статистическая разница не встречается более ни по одному показателю сравнительного анализа в рамках нашего исследования

Мы также применяли в ходе обработки собранной информации one-way ANOVA. По показателю специализации существенные различия выявлены в степени деперсонализации между врачами-ординаторами и врачами-консультантами ($F(2/113) = 3.512$, $p = 0.033$ с $Md = 2.730$, $p = .030$). Данные результаты означают, что врачи-ординаторы гораздо более подвержены деперсонализации, чем врачи-консультанты.

Не менее существенная разница этих двух категорий была обнаружена и по показателю личных достижений ($F(2/113) = 7.879$, $p = .001$ с $Md = -5.72$, $p = .001$). Это, в свою очередь, означает, что более высокий уровень личных достижений отмечается среди врачей работа-

ющих вне стационара. Результаты по всем 3 параметрам теста МВІ относительно специализации представлены в Таблице 3.

Таблица 3.

Результаты теста МВІ в отношении специализации врачей

Категория	Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Личное развитие
Врачи-ординаторы	23.41 ± 10.80	8.76 ± 5.45	33.11 ± 7.32
Врачи узкого профиля	19.09 ± 12.19	7.81 ± 4.72	38.45 ± 8.95
Врачи -консультанты	22.49 ± 13.48	6.03 ± 5.16	38.84 ± 7.15

По итогам сравнения параметров теста FВІ, только показатель готовности к согласию идентифицировал существенную разницу между врачами-узкими специалистами и врачами консультантами. Согласно данной части опроса первая категория врачей имеет более высокие показатели в сравнении с врачами-консультантами. ($F(2.113)=3.195$, $p=.045$ с $Md=.669$, $p=.041$).

Целью нашего исследования также было установить, влияет ли на уровень профессионального выгорания и уровень личных достижений тот факт, что супруг или супруга респондента также занимаются врачебной практикой. Интерес к данному параметру связан в том числе и с тем, что супруги почти 40 % опрошиваемых врачей имели ту же профессию. В итоге нами не было обнаружено сколько-нибудь существенной разницы между теми респондентами, чьи супруги работают врачами, и остальными, супруги которых работают в сфере, не связанной со здравоохранением.

Не было выявлено также и заметного влияния на уровень профессионального выгорания и алекситимии семейного положения респондентов и наличия у них преподавательской деятельности.

3.2.2 Бессонница, депрессия, прием медикаментов и хронические заболевания.

С помощью примененных статистических инструментов (t-тест независимых вариантов) удалось подчеркнуть влияние бессонницы на уровень эмоционального истощения ($t(114)=4.265$, $p=.000$, M наличие=28.70, M отсутствие=19.12) и деперсонализации ($t(114)=3.176$, $p=.002$, M наличие=9.24, M отсутствие = 6.06). Таким образом, нам удалось установить, что врачи, страдающие от бессонницы, имеют более высокие показатели эмоционального истощения и деперсонализации в сравнении с их коллегами, не имеющими нарушений сна. Кроме того, была обнаружена четкая взаимосвязь между отсутствием у другой части респондентов бессонницы и высоким уровнем их личных достижений ($t(114)= - 2.813$, $p=.006$, M наличие=34.04, M отсутствие= 38.20).

Анализ результатов опроса позволил также установить влияние бессонницы на 2 фактора алекситимии, Во-первых, на наличие сложностей в описании чувств ($t(113)=3.545$, $p=.001$, M наличие=13.82, M отсутствие=11.16) и, во вторых – на трудности с определением чувств ($t(113)= 5.482$, $p=.000$, M наличие=19.63 и M отсутствие=13.74)). Существенное влияние просматривается и в итоговых показателях алекситимии ($t(113)=4.222$, $p=.000$, M наличие=51.68 и M отсутствие=42.54).

Мы также пытались выяснить, существует ли зависимость между наличием у врача бессонницы и чертами его характера, определяемыми в терминах теста ВFІ. И действительно, нам удалось установить значительную разницу между интервьюируемыми, подтверждающими у себя проблемы со сном, и остальной частью, не сталкивавшихся с подобным недугом. Такая разница была обнаружена в отношении: экстраверсивности опрошиваемых

($t(114) = -3.806$, $p = .000$, M наличие=3.39, M отсутствие=3.89), их невротического состояния ($t(114) = 5.202$, $p = .000$, M наличие=3.22 и M отсутствие=2.56), готовности к согласию ($t(114) = -1.944$, $p = .054$, M наличие=3.64 и M отсутствие=3.96) и добросовестности ($t(114) = -2.193$, $p = .030$, M наличие=3.38 и M отсутствие=4.08). Данные результаты доказывают, что у врачей, страдающих бессонницей, наблюдаются наиболее высокие показатели невротического состояния и более низкие – экстраверсивности, готовности к согласию и добросовестности.

Более того, удалось выявить статистически значимую разницу между уровнем эмоционального истощения врачей, в зависимости от наличия у них депрессии ($t(113) = 3.180$, $p = .002$, M наличие=31.60, M отсутствие=21.06). В отношении показателя деперсонализации также отмечается существенная разница ($t(113) = 2.160$, $p = .033$, M наличие=9.93, M отсутствие=6.76). Данный параметр оказывает влияние и на значения личных достижений ($t(113) = -2.681$, $p = .015$, M наличие=31.86, M отсутствие= 37.47). Соответственно, мы можем заключить, что акушеры и гинекологи, отмечающие у себя депрессивные состояния, достигают более высокого уровня эмоционального истощения и деперсонализации, при этом демонстрируют более низкие показатели личных достижений.

Относительно алекситимии следует отметить, что присутствие само-диагностированной депрессии обуславливает высокие показатели по всем 3м критериям и по общему показателю алекситимии: $t(112) = 2.949$, $p = .004$, M наличие=14.93, M отсутствие=11.72 – сложность в описании чувств; $t(112) = 3.524$, $p = .001$, M наличие=20.93 и M отсутствие=15.13 – сложность в определении чувств; $t(112) = 2.944$, $p = .004$, M наличие=21.06, M отсутствие=17.39 – внешне-ориентированное мышление.. Относительно итогового значения алекситимии, люди, отмечающие у себя депрессию, показывают ее более высокие общие значения ($t(112) = 4.109$, $p = .000$, M наличие=56.93 и M отсутствие=44.25).

Было проведено сравнение субъектов исследования с наличием и отсутствием депрессии относительно критериев теста BFI. В результате мы обнаружили, что депрессия обуславливает статистически значимые различия в следующих параметрах BFI: экстраверсивность ($t(113) = -4.190$, $p = .000$, M наличие=3.03, M отсутствие= 3.81); добросовестность ($t(113) = -3.055$, $p = .005$, M наличие=3.69, M отсутствие=4.03); невротическое состояние ($t(113) = 2.615$, $p = .010$, M наличие=3.23, M отсутствие= 2.72) и открытость к опыту ($t(113) = -1.982$, $p = .050$, M наличие=3.32 и M отсутствие=3.64). Таким образом, респонденты с само-диагностируемой депрессией имеют более высокую степень невротического состояния и более низкую – экстраверсивности, добросовестности и открытости к опыту.

Итоги исследования также показали, что медикаментозное лечение стресса и хронические заболевания у врача никак не влияют на его профвыгорание и алекситимические характеристики. Врачи, принимающие медикаменты в целях повышения своей стрессоустойчивости имеют меньшие показатели экстраверсивности ($t(113) = -3.362$, $p = .001$, M наличие=3.09, M отсутствие= 3.79). Что означает лишь то, что интроверты более склонны использовать фармацевтические методы для борьбы с повседневным рабочим стрессом.

3.3 Корреляционный анализ

В целях проведения корреляционного анализа и для того, чтобы определиться, какой тест будет использоваться для статистического анализа, мы, прежде всего, должны были выяснить соответствие распределения собранной информации установленным в статистике нормам. Для этого ко всем результатам исследования был применен тест Колмогорова-Смирнова. Итоговые показатели Торонской шкалы алекситимии составили $K-S z = 0.076$, $p = .100$, и поскольку $p > 0$, показатель был признан нормально распределенным. Показатели TAS-20 составили: для сложностей в описании чувств $K-S z = 0.100$, $p = .006$; сложностей в определении чувств $K-S z = 0.079$, $p = .074$; и внешне-ориентированного мышления $K-S z = 0.069$, $p = .200$. Таким образом, можно принять, что в целом по факторам TAS-20, распределение показателей является нормальным. За исключением показателя сложности в определении чувств, поскольку в этом случае $p < .05$.

МВІ результаты были следующими: эмоциональное истощение K-S $z = 0.077, p = .091$, деперсонализация K-S $z = 0.114, p = .001$, и уровень личных достижений K-S $z = 0.102, p = .005$. В связи с чем, нормально распределенным можно считать только показатель по критерию эмоциональное истощение ($p > .05$). Что же касается деперсонализации и личных достижений, итоговые показатели не являются нормально распределенными ($p < .005$).

По ВФІ итогам наблюдалась следующая картина: экстраверсивность K-S $z = 0.068, p = .200$; готовность к согласию K-S $z = 0.140, p = 0.000$; добросовестность K-S $z = 0.101, p = .005$; невротическое состояние K-S $z = 0.078, p = .081$ и открытость к опыту K-S $z = 0.090, p = .022$. Данные результаты говорят о том, что данные по невротическим состояниям и экстраверсивности нормально распределены, а вот данные по готовности к согласию, добросовестности и открытости к опыту – нет.

Что касается иных социодемографических характеристик в данном корреляционном анализе, были получены следующие результаты. Возраст K-S $z = .145, p = .000$. Количество детей K-S $z = .237, p = .000$. Стаж работы K-S $z = .159, p = .000$. Продолжительность рабочей недели K-S $z = .100, p = .009$. Количество смен в месяц K-S $z = .146, p = .000$. Информация по данным критериям не является нормально распределенной, следовательно, для корреляционного анализа была использована Корреляция Спирмана, непараметрический тест.

Для нормально распределенных итогов был применен коэффициент корреляции Пирсона. Для остальных показателей, в свою очередь, использовали Корреляцию Спирмана. Соотношение между личностными и внешними факторами в процессе формирования отдельных критериев профессионального выгорания представлено в *Таблице 4*.

Таблица 4.

Соотношение влияния личностных, внешних факторов и алекситимии на профессиональное выгорание

Критерий	Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Личная удовлетворенность
Экстраверсивность	R = $-.330^{**}$, p = .000	R = $-.221^*$, p = .017	R = $.388^{**}$, p = .000
Готовность к согласию	R = $-.158$, p = .091	R = $-.313^{**}$, p = .001	R = $.368^{**}$, p = .000
Добросовестность	R = $-.162$, p = .082	R = $-.239^{**}$, p = .010	R = $.315^{**}$, p = .001
Невротическое состояние	R = $.475^{**}$, p = .000	R = $.231^*$, p = .012	R = $-.456^{**}$, p = .000
Открытость к опыту	R = $-.148$, p = .112	R = $-.218^*$, p = .019	R = $.363^{**}$, p = .000
Сложность в описании чувств	R = $.205^*$, p = .028	R = $.238^*$, p = .010	R = $-.370^{**}$, p = .000
Сложность в определении чувств	R = $.391^{**}$, p = .000	R = $.321^{**}$, p = .000	R = $-.440^{**}$, p = .000
Внешне-ориентированное мышление	R = $.081$, p = .391	R = $.165$, p = .078	R = $-.206^*$, p = .027
Общий показатель алекситимии	R = $.314^{**}$, p = .001	R = $.278^{**}$, p = .003	R = $-.408^{**}$, p = .000
Возраст	R = $.073$, p = .438	R = $-.155$, p = .096	R = $.358^{**}$, p = .000
Количество детей	R = $-.103$, p = .274	R = $-.274^{**}$, p = .003	R = $.216^*$, p = .020
Стаж работы	R = $-.043$, p = .645	R = $-.124$, p = .187	R = $.352^{**}$, p = .000
Продолжительность рабочей недели	R = $.305^{**}$, p = .001	R = $.262^{**}$, p = .006	R = $-.060$, p = .536
Количество смен в месяц	R = $-.012$, p = .897	R = $.156$, p = .095	R = $-.186^*$, p = .045

* $p < .01$ и ** $p > .05$

Из результатов, представленных в *Таблице 4*, становится очевидно, что все 3 критерия профессионального выгорания тесно взаимосвязаны с большинством личностных факторов, а также с некоторыми социодемографическими характеристиками, которые ранее уже были определены нами как существенные для данного исследования. Помимо этого, мы наблюдаем корреляцию профессионального выгорания как с отдельными показателями алекситимии, так и с ее итоговой величиной.

Эмоциональное истощение, проявляющееся в ощущении напряжения до предела и изнуренности от собственной работы, прямо пропорционально таким личностным факторам, как невротическое состояние, отдельным критериям алекситимии (проблемы с описанием и определением чувств), равно как и с ее общим уровнем. Аналогичная взаимосвязь эмоционального истощения наблюдается и с продолжительностью рабочей недели. Все это означает, что, чем выше показатель по каждому из указанных критериев, тем более эмоционально истощенным будет ощущать себя человек.

С другой стороны, прослеживается обратно-пропорциональная взаимосвязь между эмоциональным истощением и экстраверсивностью. Из чего следует, что чем более экстраверсивен человек, тем меньше ему угрожает истощение от его практической деятельности.

Деперсонализация (холодность и эмоциональная отстраненность от конечно потребителя медицинских услуг) прямо пропорциональна силе невротических состояний, величине двух факторов алекситимии (проблемы с описанием и определением чувств), общему показателю шкалы алекситимии, и продолжительности рабочей недели. Из чего следует, что людям со структурой личности, характеризующейся большей подверженности невротическим состояниям, наиболее свойственны яркие проявления 2х критериев алекситимии (проблемы с описанием и определением чувств) и более высокий общий показатель алекситимии. Чем больше врач проводит времени на работе в течение недели, тем выше его уровень деперсонализации. Вместе с тем, деперсонализация находится в обратно-пропорциональной зависимости от всех других личностных факторов, таких как: экстраверсивность, готовность к согласию, добросовестность и открытость к опыту, а также с количеством детей. Отсюда можно сделать заключение о том, что чем более характерны структуре личности человека черты, указанные в системе BFI, и чем больше у человека детей, тем меньше риск возникновения признаков деперсонализации в его поведении.

Личная удовлетворенность характеризуется ощущением своего профессионализма и успешного личного вклада в общее с другими людьми дело. Данный критерий профессионального выгорания прямо пропорционален таким персональным факторам как экстраверсивность, готовность к согласию, добросовестность и открытость к опыту. Отсюда следует, что экстраверты, более толерантные, добросовестные и открытые к новому опыту врачи имеют больше шансов испытывать удовлетворение от работы. Прямая взаимосвязь личной удовлетворенности была выявлена также в отношении роста таких социодемографических характеристик как: возраст, количество детей, стаж работы, Это означает, что с возрастом и с увеличением количества детей уровень удовлетворенности человека от своей профессиональной деятельности будет возрастать. С другой стороны, статистически значимая обратно-пропорциональная взаимосвязь была установлена между уровнем личной удовлетворенности и BFI факторами: невротическое состояние и алекситимия, а также с количеством рабочих смен в месяц. Следовательно, чем выше степень невротического состояния человека, тем выше его/ее показатели алекситимии; и чем больше смен в месяц отрабатывает врач, тем меньше его чувство удовлетворенности от своей работы, не говоря уже о его внепрофессиональном развитии. Такие показатели как склонность к невротическим состояниям и экстраверсивность принято считать врожденными чертами личности. Связь между склонностью к депрессии и степенью экстраверсивности в человеческом поведении ранее уже была предметом оценок многочисленных исследований.

Чувство истощения наиболее свойственно людям в различных невротических состояниях. Невротическое состояние является показателем низкой стрессоустойчивости человека.

Люди с высоким уровнем добросовестности, в большинстве своем, уважительно относятся к правилам, склонны к перфекционизму и подвержены разочарованиям. Даже когда дело касается обычных задач, добросовестность часто приводит к разочарованию от результатов их выполнения. Профессиональное выгорание таких людей, помимо прочего, является прямым следствием высокого уровня их добросовестности. Они придают большое значение не только самой рабочей задаче, но и тому способу, которым эта задача должна быть выполнена. Наши результаты убедительно демонстрируют высокую зависимость такой добросовестности с уровнем деперсонализации врача (прямая зависимость), а также с уровнем его личных достижений (обратная зависимость).

В дополнение к сказанному, отметим, что по итогам исследования было установлено, что существует тенденция повышения чувства личной удовлетворенности от выполняемой работы по мере увеличения возраста респондента.

Важно подчеркнуть, что данное исследование⁷ показало, что женщины более подвержены профвыгоранию, чем мужчины. Следует при этом заметить, что в ранее опубликованных исследованиях на тему профвыгорания в среде врачей, отсутствовали убедительные доказательства различия того, что его риск варьируется в зависимости от пола врача. Поэтому, с учетом того, что настоящее исследование охватывает довольно узкий круг респондентов, и исследует вопрос профессионального выгорания только среди акушеров и гинекологов, мы полагаем, что данный вывод является особенно значимым именно для этой врачебной специализации.

3.4 Регрессионный анализ

Корреляционный анализ выявил воздействие конкретных персональных факторов и факторов алекситимии на уровень профессионального выгорания медработников. Для того, чтобы выбрать наиболее эффективную модель для оценки критериев профвыгорания, мы воспользовались множественной линейной регрессией и иерархическим методом. Отталкиваясь от этого, стало возможным создать прогнозную модель эмоционального истощения, деперсонализации и персональной удовлетворенности.

Результаты анализа с применением линейной регрессии (Таблица 5), демонстрируют, что для критериев эмоционального истощения все прогнозные модели являются показательными. Самая убедительная модель – модель 7. С учетом количества критериев эмоционального истощения эта модель объясняет 27.5% их вариантов. Из 7 составных частей модели, только части, соответствующие невротическим состояниям ($p=.000$, $b=6.547$, $\beta=0.377$) и сложностям в определении чувств ($p=.003$, $b=0.645$, $\beta=0.323$) обнаруживают значительное влияние на эмоциональное истощение (прямо пропорциональная зависимость). Эти результаты доказывают, что чем выше интенсивность невротических состояний и чем больше у человека проблем с определением своих чувств, тем более высоки будут показатели его эмоционального истощения.

Таблица 5.

Регрессионный анализ

Модель		Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Личная удовлетворенность	
Шаг 1	Экстарверсивность	R^2 скорректированный	0.100	0.029	0.152

⁷ Из текста следует, что данный вывод идет в разрез с общей картиной профвыгорания в среде врачей, в которой мужчины показывали более высокие результаты, чем женщины.

Модель		Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Личная удовлетворенность	
Экстраверсивность		ΔR^2	0.108	0.037	0.160
		F	13.621**	4.371*	21.450**
Шаг 2	Экстраверсивность, готовность к согласию	R^2 скорректированный	0.099	0.047	0.183
		ΔR^2	0.007	0.027	0.038
		F	7.271**	3.825*	13.748**
Шаг 3	Экстраверсивность, готовность к согласию, добросовестность	R^2 скорректированный	0.094	0.066	0.204
		ΔR^2	0.003	0.027	0.028
		F	4.958**	3.690*	10.761**
Шаг 4	Экстраверсивность, готовность к согласию, добросовестность, невротическое состояние	R^2 скорректированный	0.226	0.064	0.236
		ΔR^2	0.135	0.006	0.037
		F	9.309**	2.933*	9.793**
Шаг 5	Экстраверсивность, готовность к согласию, добросовестность, невротическое состояние, открытость к опыту	R^2 скорректированный	0.221	0.060	0.261
		ΔR^2	0.002	0.005	0.031
		F	7.642**	2.451*	9.073**
Шаг 6	Экстраверсивность, готовность к согласию, добросовестность, невротическое состояние, открытость к опыту. Сложность в описании чувств.	R^2 скорректированный	0.218	0.073	0.281
		ΔR^2	0.004	0.021	0.025
		F	6.305**	2.506*	8.436**
Шаг 7	Экстраверсивность, готовность к согласию, добросовестность, невротическое состояние, открытость к опыту. Сложность в описании чувств, сложность в определении чувств.	R^2 скорректированный	0.275	0.102	0.294
		ΔR^2	0.060	0.035	0.018
		F	7.183**	2.847**	7.785**
Шаг 8	Экстраверсивность, готовность к согласию, добросовестность, невротическое состояние, открытость к опыту. Сложность в описании чувств, сложность в определении чувств. Внешне-ориентированное мышление.	R^2 скорректированный	0.268	0.096	0.288
		ΔR^2	0.000	0.003	0.001
		F	6.229**	2.519*	6.764**

Относительно деперсонализации все прогнозные модели являются статистически значимыми. Однако максимально точной моделью является модель 7. Касательно критериев деперсонализации модель 7 объясняет 10.2% их вариантов. Среди 7 составных частей мо-

дели только проблемы с определением чувств ($p=.038$, $b=0.210$, $\beta=0.245$) имеют существенное прямое влияние на эмоциональное истощение. Этот результат говорит о том, что чем больше сложностей человек испытывает с определением своих чувств, тем выше будет присущий ему уровень деперсонализации.

Относительно личной удовлетворенности все прогнозные модели являются статистически значимыми. Однако максимально точной моделью является модель 7. Касательно критериев персональной удовлетворенности модель 7 объясняет 29.4% их вариантов. Среди 7 частей этой модели ни одна не имеет статистически значимого влияния на ощущение личной удовлетворенности у респондентов.

4. ДИСКУССИИ

Настоящее исследование посвящено взаимосвязи между факторами внешней среды (относящихся к семье и рабочему контексту) и индивидуальными характеристиками (относящихся к личности и к сведениям, определяемым по внутренним ощущениям респондента), с одной стороны, и синдромом профессионального выгорания среди акушеров и гинекологов — с другой.

Проведенный анализ идентифицировал большое число врачей, страдающих от хронических заболеваний, связанных с длительными нарушениями сна (таких как мигрень, например), а также обусловленных ограниченным положением тела врача во время проведения медицинских манипуляций. Большая продолжительность рабочего времени и чрезмерное количество рабочих смен, проведенных в больнице в процессе оказания помощи пациентам, оказывают мощное негативное воздействие на благополучие врачей.

Значительные различия показателей личных достижений и деперсонализации между врачами-молодыми специалистами и более опытными врачами убедительно подтверждают, что стаж работы и возраст являются наиболее значимыми факторами, влияющими на уровень профессионального выгорания. С большим опытом работы увеличивается степень удовлетворенности врача от своей профессии. Следует заметить, что аналогичные выводы были сделаны и по итогам нескольких других исследований, выявлявших различия в профессиональном удовлетворении между молодыми специалистами и врачами с большим стажем. Хотя большая продолжительность рабочего времени, сложности в установлении рабочего графика и высокий уровень стресса в самих условиях работы оставляют свой отпечаток на качестве жизни врачей вне зависимости от уровня их профессионализма, однако наше исследование доказывает, что более опытные врачи реже страдают от профессионального выгорания и менее подвержены деперсонализации. При этом именно эта категория врачей имеет более высокие показатели личных достижений.

Хотя ранее многочисленными исследованиями было установлено, что чрезмерно продолжительное рабочее время является важной причиной профессионального выгорания, отсутствия удовлетворенности работой и деперсонализации, данное исследование доказывает, что значимость перечисленных факторов (в том числе большое количество работы по совместительству) может оказаться сильно преувеличенной. Объяснением может послужить тот факт, что многие из интервьюируемых являлись научными сотрудниками, совмещали практическую работу врача с научной деятельностью в области различных исследований. Заметим кстати, что такая «сверхнагрузка» вполне может быть причиной высоких профессиональных достижений. Иными словами, публикация статей и преподавательская деятельность, которые требуют затрат большего количества рабочего времени, чем у врачей без подобной нагрузки, не становятся сами по себе усугубляющими факторами, а лишь приводят к росту чувства профессионального удовлетворения.

В отличие от врачей других специализаций, работа акушеров и гинекологов предполагает незамедлительную реакцию на запросы пациентов. Хирургические вмешательства в данной сфере требуют более сложной подготовки и организации, в том числе из-за участия в них других специалистов-хирургов. Присутствие врача акушера-гинеколога может потре-

боваться в любое время суток (например, когда у пациента, начнутся родовые схватки). Такие обстоятельства как затяжные роды пациента, затягивающиеся рабочие смены, длительные хирургические операции могут значительно увеличить недостаток сна у врачей. Информация, собранная в ходе нашего исследования доказывает, что важным фактором, ассоциированным с профессиональным выгоранием, является бессонница. Она также заметно влияет на показатели деперсонализации и удовлетворенности. Недостаток сна и его последствия для физического и ментального здоровья врачей напрямую связаны с их профессиональным выгоранием.

Чрезмерная продолжительность рабочего времени приводит к увеличению числа врачебных ошибок. Однако, некоторые ранее проведенные исследования подчеркивают, что это касается только молодых специалистов. Так например, в работе Грантчарова, помимо прочего, выявлено, что врачи-ординаторы, осуществляющие хирургические вмешательства, вдвое увеличивают число совершаемых технических ошибок после ночной смены, в сравнении с количеством аналогичных ошибок после ночи отдыха. Наши исследования доказали, что бессонница оказывает весьма значительное влияние на профессиональное выгорание среди врачей акушеров и гинекологов. И вместе с тем, согласно данным исследования, продолжительность их рабочего времени никак не коррелируется с профвыгоранием, деперсонализацией или личным развитием. Поэтому мы полагаем, что эти результаты ставят вопрос перед будущими исследованиями о том, служат ли нарушения сна и чрезмерная продолжительность рабочей недели факторами ограниченного воздействия, приводящими к профвыгоранию только у врачей с непродолжительным стажем работы по своей специальности.

Высокая значимость данного исследования определяется тем, что предыдущие работы не занимались вопросом профвыгорания относительно такого узкого круга объектов (акушеры и гинекологи). Наше исследование заполнило информационный вакуум в вопросе влияния на синдром профвыгорания врача внешних факторов (семейных и иных характеристик условий жизни и работы респондента) и персональных (например, черты характера).

4.1 Ограничения

Не смотря на пользу результатов исследования для врачей, существует ряд ограничений для их применения. Во-первых, врачи, участвовавшие в данном исследовании, работают в городской местности, в больницах при университете либо в головных больницах в крупных городах. Весьма вероятно, что доступность медицинской помощи и относительная простота для пациентов в удовлетворении их потребностей, влияют на общую ситуацию и, как следствие, снижают уровень профессиональной неудовлетворенности у медперсонала. Во-вторых, в связи с небольшим количеством врачей, участвовавших в исследовании, его результаты могут обобщаться лишь до ограниченной степени. И хотя больницы, персонал которых прошел опрос, располагаются на одной четвертой от общей площади страны, сделанные выводы не могут однозначно распространяться на всех врачей акушеров и гинекологов. В-третьих, это предварительное исследование, оно не покрывает всех причин возникновения профессионального выгорания. В-четвертых, исследование было сфокусировано на конкретных причинах профессионального выгорания (таких как взаимоотношения врач-пациент и взаимодействия между врачами и их коллегами и руководством). И все эти направления были связаны только с деятельностью врачей и не затрагивали работу больше никаких других категорий медицинского персонала.

И последнее ограничение связано с природой самого исследования. Одним из основных недостатков подобных исследований является то, что они ограничены фактами, которые существуют на текущий момент времени. При этом они не имеют возможности включить в свой анализ будущие последствия, к которым могут привести данные факты. Отсюда вытекает невозможность делать выводы о причинных связях. Даже если значительное количество информации может быть собрано в результате подобного междисциплинарного исследования, такое исследование в некоторой степени всегда будет оставаться ограниченным.

Такая работа имеет дело лишь с одномоментной выкопировкой из реальной ситуации, не позволяющей увидеть ее развитие в динамике. При этом нельзя не учитывать, что результаты анализа конкретной ситуации могут оказаться иными нежели в аналогичной ситуации, разворачивающейся в другом отрезке времени.

5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Женщины акушеры и гинекологи более подвержены эмоциональному истощению, чем их коллеги мужчины. Бессонница и депрессия оказывают решающее влияние на развитие всех признаков профессионального выгорания. Это касается эмоционального истощения, деперсонализации, а также всех факторов алекситимии и ее общего уровня.

Хотя многие причины могут приводить к профвыгоранию у врачей акушеров и гинекологов, наше исследование показывает, что с увеличением возраста у врачей, продолжительности периода их профессиональной деятельности, с появлением у них своих детей и с уменьшением количества их рабочих смен в течение месяца возрастает чувство удовлетворенности от своей работы. Это объясняется тем, что увеличивается разнообразие и количество возможностей получать удовольствие от иных, не связанных с работой, аспектов их жизни.

Личностные факторы и синдром профессионального выгорания во многом обусловлены факторами алекситимии и ее общим уровнем. Чем более человек склонен к невротическим состояниям и болезненным реакциям на стрессовые ситуации, тем больше проблем у него возникает с идентификацией его чувств и эмоций и тем большее эмоциональное истощение ему приходится испытывать. Более того, уровень деперсонализации в поведении человека возрастает по мере роста у него сложности в определении своих собственных чувств.

Вышеуказанные результаты могут иметь важное значение для понимания причин профессионального выгорания у врачей акушеров и гинекологов. Принимая во внимание черты характера, показатели алекситимии и условия труда и жизни конкретного врача, эти результаты можно использовать при выработке способов уменьшения для них последствий профессионального стресса и снижения риска их профессионального выгорания.