

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО НАПРУЖЕННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ З УРАХУВАННЯМ ГЕНДЕРНИХ ФАКТОРІВ ТА МЕДИЧНОГО СТАЖУ РОБОТИ

PECULIARITIES OF PSYCHO-EMOTIONAL STRESS OF MEDICAL WORKERS, TAKING INTO ACCOUNT GENDER FACTORS AND MEDICAL EXPERIENCE OF WORK

У статті розглядаються особливості психоемоційного напруження у медичних працівників з урахуванням гендерних факторів та медичного стажу роботи.

Успішність лікарської діяльності багато в чому визначається здатністю лікаря вступати в ефективні міжособистісні контакти з усіма учасниками лікувального процесу – колегами, пацієнтами та їх родичами. Робота в медичній сфері проходить в умовах підвищених соціально-психологічних вимог і пов'язана з високою розумовою та психоемоційною напругою. Інтенсивні міжособистісні контакти та стрес можуть викликати значні емоційні навантаження, які спричиняють стан професійного вигорання. У статті подано теоретичні аспекти, що розкривають тему психоемоційного напруження в контексті вибірки. Також представлено результати емпіричного дослідження, спрямованого на виявлення механізмів захисту, професійного вигорання, САН, спрямованості емоційної реакції та структурних компонентів емоційного інтелекту у медсестер та лікарів вторинної ланки з урахуванням гендерних факторів та медичного стажу роботи. Дослідження проводилося протягом 2017–2021 рр. на базі комунального некомерційного підприємства «Одеський обласний госпіталь інвалідів та ветеранів війни» ООР», санаторію «Орізон» ДП «Південь-Курорт-Сервіс» м. Білгород-Дністровський, смт. Сергіївка та комунального некомерційного підприємства «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» Одеської обласної ради».

У дослідженні взяло участь 219 медичних працівників, з них – 104 лікарі (фахівці терапевтичного профілю – 26,6%, хірургічного профілю – 35,5%, фахівці-психіатри – 20,4%, лікарі загальної практики – сімейної медицини – 17,5%) та 115 медичних сестер віком від 20 до 70 років.

У рамках дослідження виявлено своєрідність прояву факторів, що викликають психоемоційне напруження медичного персоналу на особистісному та міжособистісному рівні у групах лікарів та медсестер, виділено статеві та рольові особливості психоемоційної сфери медиків, продемонстровано особливості впливу трудового стажу на досліджувані зміни.

Ключові слова: психоемоційна сфера, емоційна експресія, емоційний інтелект, професійне вигорання, депресія, емоційна реакція.

The article deals with the problem of psycho-emotional tension of medical workers, taking into consideration gender factors and medical work experience.

The success of medical activities is largely determined by the ability of the doctor to enter into effective interpersonal contacts with all participants in the treatment process: colleagues, patients and their relatives. Work in the medical field takes place in conditions of high socio-psychological requirements and is associated with high mental and psycho-emotional stress. Intense interpersonal contact and stress can cause significant emotional strain, leading to burnout.

The article presents theoretical aspects, revealing the topic of psycho-emotional tension, in the context of the sample. It also presents the results of an empirical study aimed at identifying defense mechanisms, professional burnout, ASD, orientation of emotional response and structural components of emotional intelligence in nurses and secondary care doctors, taking into account gender factors and medical work experience. The study was conducted during 2017–2021 on the basis of communal non-commercial enterprise "Odessa Regional Hospital for Invalids and War Veterans" OOR", sanatorium "Orizont" SE "Yug-Kurort-Service" Bilgorod-Dnistrovsky, Serheevka settlement and communal non-commercial enterprise "Odessa Regional Medical Center of Mental Health" of Odessa Regional Council".

The research involved 219 health workers, including 104 physicians (general practitioners – 26.6%, surgeons – 35.5%, psychiatrists – 20.4%, general practitioners – family doctors – 17.5%) and 115 nurses aged from 20 to 70 years.

The study revealed the originality of the manifestation of the variables of emotional expression at the personal and interpersonal level in the groups of doctors and nurses. The peculiarities of gender-specific features of the psycho-emotional sphere of physicians were identified and the peculiarities of the impact of length of service on the variables under study were demonstrated. **Key words:** Psycho-emotional sphere, emotional expression, emotional intelligence, professional burnout, depression, emotional response.

УДК 159.942:33 (31)

DOI <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.32.29>

Толмачевська В.О.

аспірант кафедри практичної та клінічної психології

Одеський національний університет імені І.І. Мечникова

Медицина є тією сферою діяльності, де переважають відносини у системі «людина – людина». На медиків покладаються великі очікування з боку хворих та їхніх сімей не тільки як на спеціалістів, котрі вирішують їхні проблеми, але й як на людей, від яких вони очікують співчуття, емпатії та розуміння. О.П. Василькова вважає, що в медицину, як і в інші соціономічні професії, повинні йти люди, які вміють працю-

вати в системі «людина – людина» [1, с. 180]. Тобто їм необхідно розуміти ситуацію, в якій перебуває суб'єкт взаємодії, та проявляти співчуття.

Спіраючись на такі положення, ми розуміємо, що робота медика належить до найбільш складних професій. Про це у своїх працях писали такі автори: А. Агаркова, Т. Еллігер, Р. Кайзер, Р. Траппл, К. Шпіль. Розвитку емо-

ційної сфери особистості присвячено безліч робіт зарубіжних та вітчизняних дослідників. Це такі відомі вчені: Н.Є. Водоп'янова, Є.С. Старченкова, П. Блонський, Д. Гоулман, В. Запорожець, Д. Карузо, Дж. Маєр, Я. Невірович, С. Рубінштейн, П. Саловей, В. Сухомлинський, К. Ушинський та ін. Існує велика кількість специфічних вимог до людей, які бажають працювати у медичній сфері.

Н.Є. Водоп'янова та Є.С. Старченкова говорили про те, що професійна діяльність згубно впливає на сприйняття власної значимості та задоволення від праці. Внаслідок цього професійна діяльність зазнає істотних змін. Зокрема, медики починають уникати виконання обов'язків, спілкування з усіма учасниками лікувального процесу. У них формується високий рівень психоемоційної напруги [2, с. 56].

Кваліфікація, досвід і мистецтво в роботі лікаря і медичної сестри мають велике значення і є передумовами виникнення позитивних психологічних відносин між медичними працівниками та пацієнтами.

У психологічних дослідженнях феномен психоемоційного напруження медичних працівників з урахуванням гендерних факторів та медичного стажу роботи розглянутий опосередковано та загалом залишається маловивченим.

Отже, досліджуючи різницю в проявах механізмів захисту, професійного вигорання, самопочуття, активності, настрою та спрямованості емоційної реакції у групах жінок та чоловіків, ми використовували непараметричний критерій Манна – Уїтні. На думку А.Г. Кочетова і співавторів [6, с. 14], непараметричний критерій Манна – Уїтні дозволяє при розподілах, відмінних від нормального закону, визначити суттєві відмінності, коли параметричні критерії їх не розкривають.

Критерій Манна – Уїтні призначений для оцінки відмінностей між двома незалежними вибірками за рівнем будь-якої ознаки.

У таблиці 1 представлені для інтерпритації тільки ті відмінності, коли значення критерію Манна – Уїтні були статистично значущими на рівні $p < 0,05$.

Встановлено, що не за всіма показниками психоемоційної сфери особистості лікаря існують відмінності за статевими групами. Показники механізмів захисту витіснення ($U = 2463,00$; $p = 0,030$) і реактивного утворення ($U = 2687,0$; $p = 0,033$) є значно вищими в групі жінок ($M = 90,95$ порівняно з $M = 73,46$, а також $M = 90,84$ порівняно з $M = 75,5$). Також у жінок-лікарів, на відміну від чоловіків-лікарів, значно вищими є показники самопочуття ($U = 808,5$; $p = 0,004$), настрою ($U = 607,5$; $p = 0,000$) й імпульсивної спрямованості (M) ($U = 854,0$; $p = 0,001$).

Лікарі-чоловіки демонструють значно вищі показники за шкалою депресивності і емоційного вигорання. На відміну від жінок, чоловіки мають більш високі рівні деперсоналізації ($U = 1858,0$; $p = 0,000$), депресії ($U = 1152,0$; $p = 0,025$), а також більш високі показники за когнітивно-афективною субшкалою депресії ($U = 678,0$; $p = 0,000$).

Для вивчення гендерно-рольових відмінностей в емоційному інтелекті було проведено порівняння показників чоловіків і жінок (t-критерій Стьюдента). Результати аналізу показали вагомі відмінності за загальним рівнем емоційного інтелекту між чоловіками та жінкам ($p < 0,1$), а також за окремими шкалами EI (див. табл. 2).

Грунтуючись на даних, представлених в таблиці, можна зазначити, що загальний показник емоційного інтелекту у жінок значно є вищим, ніж у чоловіків ($p < 0,027$), що свідчить про те, що вони мають когнітивну обізнаність, розуміння емоцій і почуттів іншої людини. Чутливість до внутрішніх станів інших людей у них виражена більше, ніж у чоловіків.

Ми припускали, що існують відмінності рівнів емоційного інтелекту медиків з різ-

Таблиця 1

Статистичні розбіжності у шкалах механізмів захисту, професійного вигорання, САН та спрямованості емоційної реакції у групах жінок та чоловіків

Шкали	Середній ранг		U-критерій Манна – Уїтні	Рівень стат. значим. (P)
	жінки	чоловіки		
Витіснення	90,95	73,46	2463,0	0,030
реактивне утворення	90,84	74,5	2687,0	0,033
Деперсоналізація	74,9	108,8	1858,0	0,000
редукція особистих досягнень	75,2	106,3	1905,0	0,000
Депресія	44,8	57,9	1152,0	0,025
когнітивно-афективна субшкала депресії	40,8	63,3	678,0	0,000
Самопочуття	57,8	40,7	808,5	0,004
Настрій	61,4	36,3	607,5	0,000
імпульсивна спрямованість (M)	61,3	48,5	854,0	0,001

ним стажем роботи в медустановах: медсестри та лікарі зі стажем роботи понад десять років мають вищі показники розвитку міжособистісного EQ, внутрішньоособистісного EQ та загального EQ, ніж лікарі та медсестри з невеликим стажем роботи (до п'яти років). Усю вибірку ми поділили з огляду на стаж роботи співробітників на 4 підгрупи. Підгрупу 1 склали медичні працівники із стажем роботи до п'яти років, підгрупу 2 – від 6 до 10 років, підгрупу 3 – від 11 до 20 років, а підгрупу 4 – понад 20 років.

Як видно на рисунку 1, респонденти підгрупи 2 (з досвідом роботи від шести до 10 років) здебільшого демонструють найнижчий рівень розуміння емоцій, що свідчить про труднощі у розпізнаванні емоцій, тобто 75% респондентів підгрупи 2 не можуть розпізнати наявність емоційного переживання у себе чи в іншій людині, що підтверджується низькими показниками за субшкалами «емоційна поінформованість», «емпатія» та «розуміння емоцій інших людей». Респонденти цієї групи можуть відчувати труднощі у контролі вираження емоцій через міміку, тобто всі емоції і почуття, які їх викликають, в більшості респондентів цієї групи, можна сказати, написані на обличчі. Також респонденти з трудовим стажем від шести до десяти років зазнають

труднощів у допомозі пацієнтові впоратися з тією чи іншою емоцією.

Респонденти підгруп 3 та 4 (з досвідом роботи від 11 до 20 років і понад 20 років), навпаки, показали високі результати за даними шкалами, що свідчить про вміння ідентифікувати не лише свої емоції, а й емоції пацієнта. Респонденти цих підгруп можуть зрозуміти, коли варто словесно підтримати пацієнта, а коли краще проігнорувати його емоційні прояви. Ці лікарі краще розуміють причини, що викликали той чи інший спектр емоцій, і можуть передбачити наслідки, до яких спричинить емоційний сплеск пацієнта.

Результати за критерієм Краскела – Уолліса показали наявність статистично достовірних відмінностей за такими шкалами: «емпатія» ($\alpha = 0,015$), «самотивація» ($\alpha = 0,017$), «емоційна поінформованість» ($\alpha = 0,038$), а також за та інтегративним показником EQ ($\alpha = 0,021$). Найнижчі значення ці шкали мають у групах медиків із трудовим стажем до 5 і від 6 до 10 років.

Результати порівняльного аналізу інших показників психоемоційних особливостей представлені на рисунках 2–4, де показана також наявність достовірних відмінностей у медичних працівників з різним трудовим стажем в медичній сфері.

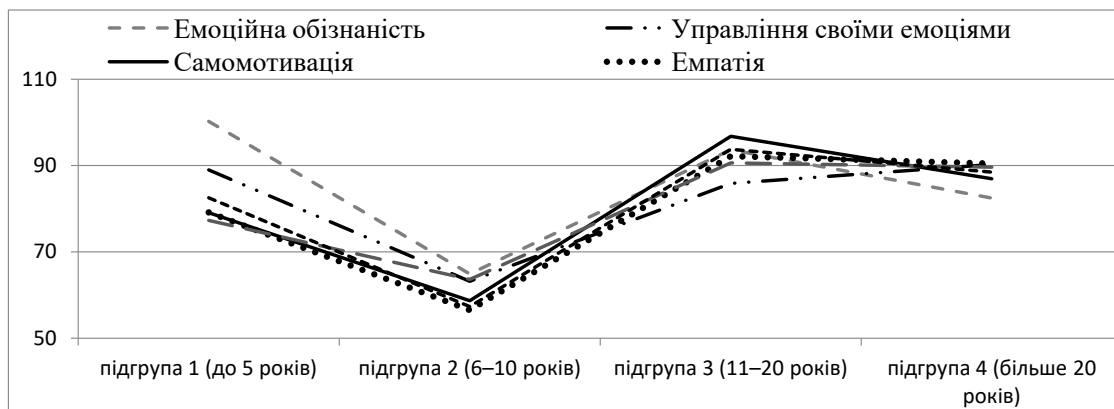


Рис. 1. Результати порівняльного аналізу особливостей емоційного інтелекту у медичних працівників з різним стажем роботи

Таблиця 2

Вагомі відмінності в шкалах емоційного інтелекту в групах чоловіків та жінок

Шкали EI	Середні і стандартні відхилення		t-критерій Стьюдента	p ≤
	Жінки, M±m	Чоловіки, M±m		
емоційна обізнаність	27,45±7,05	24,1 ±6,08	3,95	0,001
самотивація	27,05±5,81	24,38±4,45	2,33	0,011
управління своїми емоціями	23,15±6,09	24,09±5,16	0,75	0,416
емпатія	28,65±8,67	26,46±5,32	2,976	0,052
розпізнавання емоцій інших людей	26,14±7,38	26,52±5,05	0,78	0,362
інтегративний рівень емоційного інтелекту	131,15±33,8	128,32±25,6	2,74	0,027

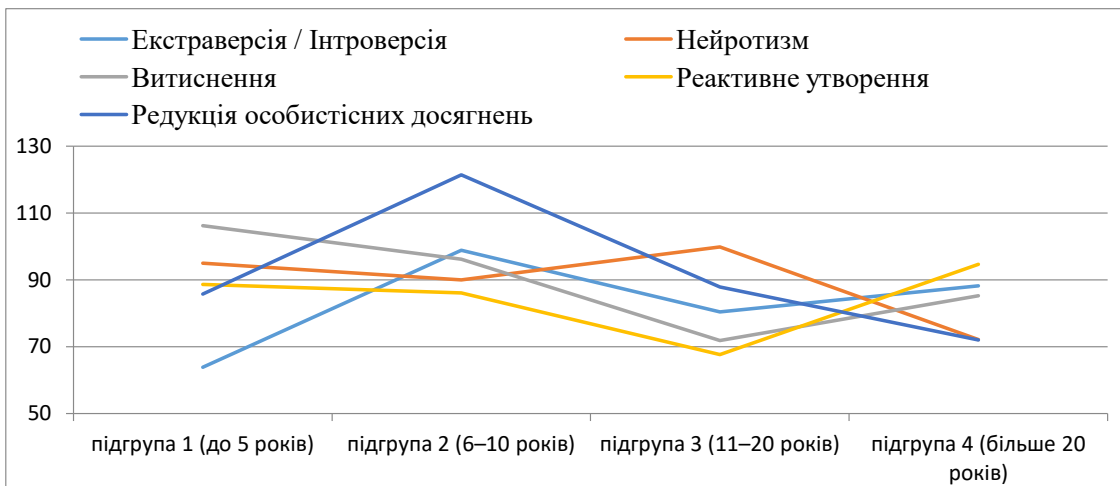


Рис. 2. Результати порівняльного аналізу досліджуваних змін у медичних працівників з різним стажем медичної практики

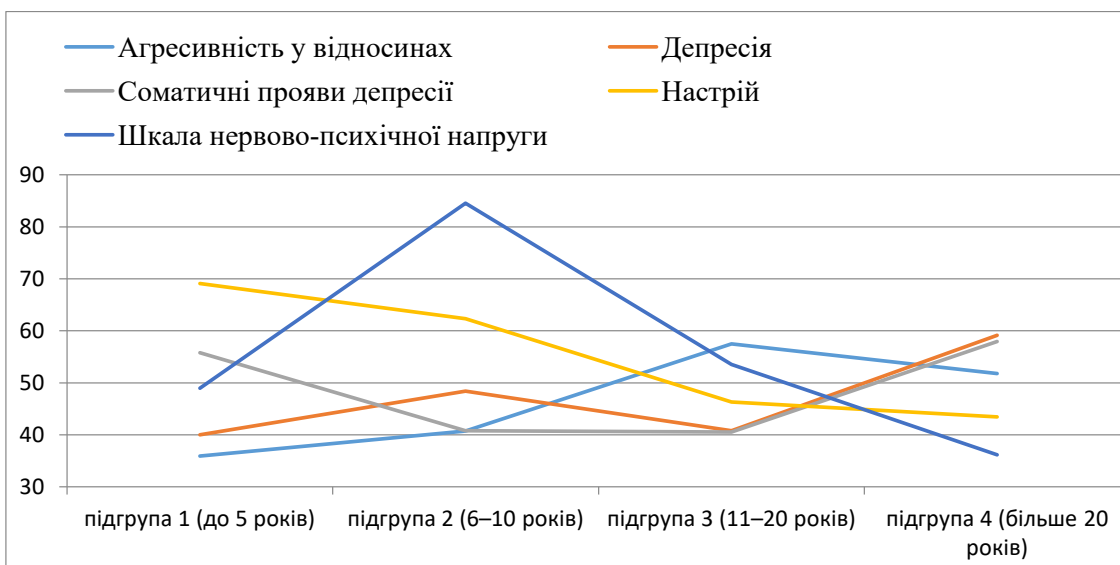


Рис. 3. Результати порівняльного аналізу показників депресії, агресивності та психічного напруження у медиків з різним досвідом медичної практики

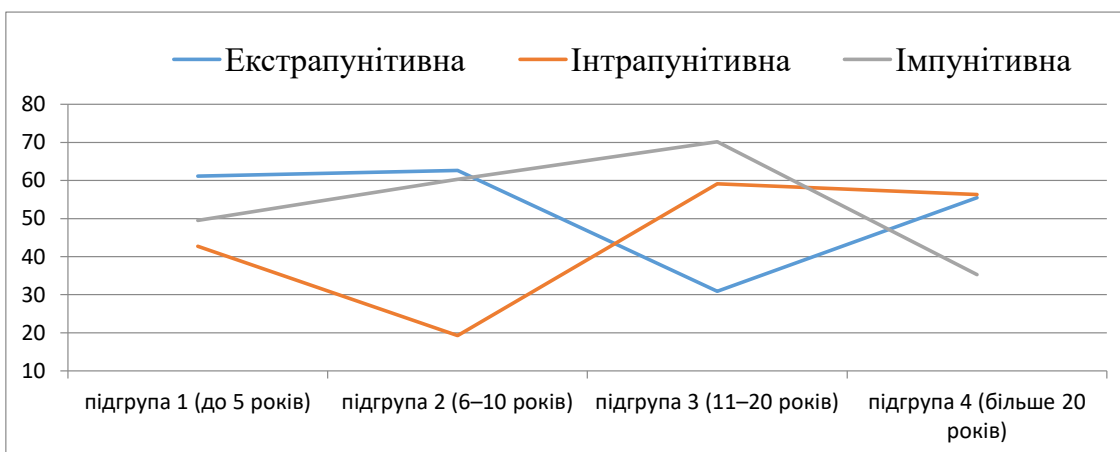


Рис. 4. Результати порівняльного аналізу спрямованості емоційної реакції у лікарів з різним досвідом медичної практики

Виявлено достовірні відмінності в індивідуально-психологічних рисах особистості у досліджуваних з різним професійним досвідом. Найвищі бали за шкалою «екстраверсія – інтроверсія» (від 13 до 24 балів) були визначені в підгрупі медиків з досвідом роботи від 6 до 10 років ($\alpha = 0,038$), що відповідає екстравертному типу особистості. Найнижчі оцінки за шкалою «екстраверсія – інтроверсія» (від 0 до 10 балів) були набрані респондентами підгрупи 1 (досвід менше 5 років), що відповідає інтровертному типу особистості.

Як показують дані на рисунку 2, значення змінної «нейротизм», яка є континуумом від нормальної афективної стабільності до її вираженої лабільності, є статистично вищим в підгрупі медиків з трудовим стажем від 11 до 20 років ($\alpha = 0,012$), а в підгрупі 4 рівень емоційної нестабільності різко знижується.

Деяку іншу динаміку демонструють механізми захисту психіки. Порівняльний аналіз показав, що підгрупа медичних працівників з трудовим стажем роботи менше 5 років має найвищі показники механізму витіснення ($\alpha = 0,023$), а найнижчі показники були виявлені в підгрупі лікарів з трудовим стажем від 11 до 20 років.

Підгрупи 3 і 4 істотно відрізняються за вираженістю механізму реактивного утворення ($\alpha = 0,020$). Реактивне утворення є вищим у групі медиків з понад 20-річним стажем, а найнижчі показники має підгрупа з досвідом роботи від 11 до 20 років. Отриманий результат вказує на те, що лікарі з понад 20-річним досвідом, як правило, запобігають вираженню неприємних або неприйнятних думок, почуттів або дій через гіпертрофований розвиток протилежних прагнень. Відбувається модифікація внутрішніх імпульсів в їх суб'єктивно зрозумілу протилежність. Наприклад, жаль або турботливість діють як реактивні утворення щодо несвідомої черствості, жорстокості або емоційної байдужості. Цей результат також свідчить про те, що лікарям з багаторічним досвідом медичної практики важливо відчувати контроль над іншими людьми.

Слід також зазначити, що показники редукції особистих досягнень є значно вищими в групі лікарів з понад 20-річним стажем, а найнижчі показники цієї стадії були зафіксовані в підгрупі 2 (досвід від 6 до 10 років) ($\alpha = 0,000$). Отримані достовірні відмінності підтверджуються результатами багатьох попередніх досліджень синдрому професійного вигорання медичних працівників.

У дослідженнях, проведених В.А. Мазурок [5, с. 76], виявлено, що ступінь вираженості редукції особистих досягнень є вищим в групі анестезіологів-реаніматологів зі стажем професійної діяльності понад 13 років. У дослідженні А.Ю. Ловчева та співавторів [3, с. 7]

наявність синдрому професійного вигорання у лікарів зі стажем роботи понад 10 років спостерігається в 77,5% випадків. Отже, більшість лікарів зі стажем роботи понад 10 років перебуває на стадії дезадаптації та потребує психологічної допомоги. У дослідженні Н.Г. Петрової та співавторів [4, с. 4] також зазначений високий зв'язок частоти проявлення редукції особистих досягнень зі стажем роботи середнього медичного персоналу. У 7,2% медиків з досвідом роботи від 5 до 20 років спостерігався високий ступінь вигорання, а з досвідом понад 20 років – дуже високий ступінь (50%).

Дані, представлені на рисунку 3, показують наявність статистично значущих відмінностей в підгрупах медичних працівників з точки зору агресивності у відносинах ($\alpha = 0,040$), депресії ($\alpha = 0,008$) і її соматичних проявів ($\alpha = 0,034$), шкали нервово-психічного напруження ($\alpha = 0,000$) і вираженості настрою ($\alpha = 0,015$).

Прояв агресивності у медичних працівників у відносинах з оточуючими має тенденцію до збільшення зі збільшенням трудового стажу. У підгрупі 1 рівень агресивності у відносинах є найнижчим, а в підгрупі 3, де стаж роботи становить від 11 до 20 років, агресивність досягає свого піку вираженості. Після 20 років роботи прояв агресивності у відносинах знову знижується.

По-іншому проявляється депресія і її соматичні ознаки. Найнижчий рівень депресії відзначається в підгрупі 1 (мінімальний стаж роботи), а в підгрупі 4 (досвід роботи понад 20 років) депресія отримує максимальний рівень вираженості. Цей результат підтверджує виявлену тенденцію професійного вигорання і показує, що депресія і професійне вигорання визначаються досвідом роботи. На рисунку 3 видно, що настрої зі збільшенням багаторічної професійної практики в галузі медицини має тенденцію до зниження.

Результати порівняльного аналізу, представлені на рис. 4, показують наявність відмінностей між співробітниками з малим і великим досвідом роботи. Таким чином, екстрапунітивна зовнішньоспрямована емоційна реакція має найвищий рівень в підгрупах 1 і 2, тобто у лікарів і медсестер, які мають досвід роботи до 10 років ($\alpha = 0,000$). У підгрупі 3 (досвід роботи від 10 до 20 років) екстрапунітивна спрямованість знижується до мінімуму.

Варто зазначити, що лікарі та медсестри на старті своєї професійної діяльності частіше спрямовують негативні реакції на живе та неживе оточення, засуджують зовнішні причини фрустрації, емоційно звинувачують в дискомфорті інших.

Інтропунітивна спрямованість реакції показує найвищі показники в підгрупах 3 і 4 (досвід роботи від 10 до 20 років і більше), а в підгрупі 2 (6–10 років) ця спрямованість має найнижчі

показники ($a = 0,000$). Інтропунітивна реакція спрямована на саму особистість (на себе), з прийняттям провини або відповідальності за виправлення ситуації, фруструюча ситуація не підлягає засудженню.

Імпунітивна реакція, за якої фруструюча ситуація розглядається як щось незначне або неминуче, з часом, коли звинувачення інших або себе зменшуються, має найвищі показники у медичних працівників зі стажем від 10 до 20 років ($a = 0,000$). Досліджувані з підгрупи 3 в ситуації високої психологічної напруги або стресу намагаються вирішити ситуацію за допомогою уникнення прямих звинувачень як у бік інших, так і в свій.

Висновки з проведеного дослідження.

Лікарі і медсестри з досвідом роботи понад 10 років частіше приймають фруструючу ситуацію як сприятливу для себе, реагують з підвищеною самокритичністю, звинувачуючи себе в створеній неприємній ситуації, відчувають провину, яка перетворюється на стан зневіри.

Таким чином, у медсестер більше, ніж у лікарів, проявляється екстраверсія, нерво-психічне напруження, у ситуації стресогенного впливу вони частіше виявляють екстрапунітивну спрямованість емоційної експресії. При цьому у них кращий рівень самопочуття. У лікарів порівняно з медичними сестрами частіше виявляються симптоми вираженої депресії, яка супроводжується когнітивно-афективними та соматичними проявами.

Окреслюючи результати порівняльного аналізу, можна зробити висновок, що стаття і трудовий медичний досвід впливають на психоемоційні складники емоційної експресії.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Василькова А.П. Взаимосвязь эмпатии с личностными свойствами будущих специалистов-медиков. *Ананьевские чтения – 99* : тезисы научно-практической конференции. Санкт-Петербург, 1999. С. 180–181.
2. Водопьянова Н.Е., Страченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика : 2-е изд. Санкт-Петербург : Питер, 2008. 336 с.
3. Ловчев А.Ю., Корячкин В.А. Синдром профессиональной дезадаптации у врачей анестезиологов-реаниматологов. *Анестезиология и реаниматология*. 2009. № 54 (6). С. 35.
4. Петрова Н.Г., Брацлавский В.Б., Погосян С.Г. Синдром эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала. *Здоровье и образование в XXI веке*. 2014. № 18 (2). С. 452–464.
5. Диагностика «психического выгорания» врачей анестезиологов-реаниматологов / О.Ю. Щелкова, О.А. Кузнецова, В.А. Мазурок, М.В. Решетов. *Вестник психотерапии*. 2008 № 25. С. 75–83.
6. Методы статистической обработки медицинских данных: методические рекомендации для ординаторов и аспирантов медицинских учебных заведений, научных работников / сост. : А.Г. Кочетов, О.В. Лянг, В.П. Масенко, И.В. Жиров, С.Н. Наконечников, С.Н. Терещенко. Москва : РКНПК, 2012. 42 с.