

ДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Л.П. Великанова, проф., Н.П. Потапова

Астраханская государственная медицинская академия,
Областная клиническая больница, Астрахань

E-mail: rufa@nm.ru

Представлены результаты выявления синдрома эмоционального выгорания в стресснагруженных профессиях на ранних этапах его формирования на модели работы 52 медсестер хирургического отделения. Использован психодиагностический скрининг в 2 группах медсестер с разным стажем работы; применены методики Бойко, Тейлор, шкалы Т. Холмса и В. Раге.

Ключевые слова: синдром выгорания, ранняя диагностика, мишени профилактики.



За последние годы усилилось внимание исследователей к проблеме профессионального стресса и его последствий в виде синдрома эмоционального выгорания, существенно влияющего на эффективность труда [4, 14]. Эмоциональное выгорание может лежать в основе девиантного поведения (агрессивного, аутоагрессивного, аддиктивного), а также расстройств сна и здоровья (психосоматические заболевания) [2, 7, 10].

По данным О.С. Булгаковой и Е.И. Николаевой [1], наиболее высокие показатели синдрома эмоционального выгорания обнаружены у медсестер, работающих в отделениях психиатрии, онкологии

и скорой помощи, а также у врачей этих профилей.

Специфика профессиональной деятельности среднего медицинского персонала заключается не только в четком выполнении лечебных процедур, но и в создании саногенной атмосферы в лечебно-профилактических учреждениях [5, 6].

Из всех социально-демографических характеристик наиболее тесную связь с эмоциональным выгоранием имеют возраст и стаж работы [3, 4, 8, 11, 12, 14, 15]. Наиболее чувствительны в этом отношении сотрудники 19–25 лет и 40–50 лет [9].

Нами изучена стрессоустойчивость среднего медицинского персонала хирургического отделения в зависимости от возраста и профессионального стажа. Исследование проводилось с соблюдением принципов добровольности, информированного согласия и конфиденциальности. В нем приняли участие 52 операционные медсестры в возрасте от 25 до 59 лет (в среднем – $41,9 \pm 11,0$ года). Вся выборка была разделена на 2 группы в зависимости от стажа работы: 1-я группа ($n=24$); стаж – 5–9 лет, средний возраст – $31,9 \pm 4,9$ года; 2-я группа ($n=28$); стаж >10 лет, средний возраст – $50,4 \pm 6,6$ года.

Использовался комплекс психодиагностических методик. Тест САН [2] позволяет, по данным самооценки, дифференцированно охарактеризовать функциональное состояние по 3 параметрам (самочувствие, активность, настроение). Методика «Диагностика уровня эмоционального выгорания» В.В. Бойко [13] дает возможность выявить одну из фаз становления синдрома эмоционального выгорания как динамического процесса: фазу тревожного напряжения, резистенции и истощения. Для определения степени индивидуальной стрессовой нагрузки и стрессоустойчивости использовалась методика Т. Холмса и В. Раге [13]. Уровень тревожности определяли по методике Дж. Тейлор, адаптированной Т. Немчиновым и В. Норакидзе [13].

Для статистической оценки результатов использовали t-критерий Стьюдента.

Таблица 1

Показатели операционных медсестер, определенные по методике САН

Показатель	1-я группа	2-я группа	Уровень значимости (t-критерий Стьюдента)
Самочувствие, баллы	5,8 – у 20 (83,3%) 5,4 – у 4 (16,7%)	5,8 – у 24 (85,7%) 5,2 – у 4 (14,3%)	$T_{эмп.} = 0,1$ при $p > 0,05$
Активность, баллы	5,5 – у 19 (79,2%) 5,8 – у 5 (20,8%)	5,5 – у 18 (60,7%)* 6,0 – у 2 (7,1%) 4,9 – у 5 (17,9%) 4,2 – у 3 (10,7%)	$T_{эмп.} = 2,2$ при $p < 0,01$
Настроение, баллы	5,6 – у 21 (87,5%) 5,8 – у 3 (12,5%)	5,7 – у 24 (85,7%) 5,6 – у 4 (14,3%)	$T_{эмп.} = 0$ при $p > 0,05$

Таблица 2

Распределение показателей стрессоустойчивости по методике Т. Холмса и Р. Раге

Показатель	1-я группа; абс. (%)	2-я группа; абс. (%)	Уровень значимости (t-критерий Стьюдента)
Средняя стрессогенность, баллы	142,8±33,1	158,2±54,6	–
До 150 баллов – отсутствие стрессогенности	19 (79,1)	19 (67,8)	$T_{эмп.} = 0,9; k = 52; p > 0,05$
Высокая степень сопротивления стрессу	3 (12,5)	6 (21,4)*	$T_{эмп.} = 4,9; k = 49; p < 0,001$
Пороговая степень сопротивления	2 (8,3)	3 (10,7)	$T_{эмп.} = 0,3; k = 51; p > 0,05$

Таблица 3

Уровень тревожности в группах в зависимости от стажа работы

Уровень тревожности	1-я группа; абс. (%)	2-я группа; абс. (%)	Уровень значимости (t-критерий Стьюдента)
Очень высокий (40–50 баллов)	Не выявлен	Не выявлен	–
Высокий (25–39 баллов)	Не выявлен	Не выявлен	–
Средний с тенденцией к высокому (15–24 балла)	1 (4,2)	8 (28,6)	$T_{эмп.} = 2,5; k = 45;$ $p < 0,01$
Средний с тенденцией к низкому (5–14 баллов)	20 (83,3)	20 (71,4)	$T_{эмп.} = 1,0; k = 52;$ $p > 0,05$
Низкий (0–4 балла)	4 (16,6)	Не выявлен	–

Анализ результатов исследования функционального состояния медсестер обеих групп выявил статистически достоверно более высокий показатель активности в 1-й группе (табл. 1).

В 1-й группе у 79,2% испытуемых средний показатель активности был в пределах нормы. Во 2-й группе он отмечен у 60,7% респондентов, а уровень активности ниже среднего (4,2 балла) – у 3 (10,7%). Исходя из того, что средний возраст испытуемых 2-й группы составлял 49,5 года (в 1-й группе – 32 года), несомненно участие в формировании показателя активности не только профессионального стресса, но и естественной динамики снижения активности и ее соматогенной составляющей. По показателям «Самочувствие» и «Настроение» различий в группах не выявлено.

Что касается диагностики стрессоустойчивости по методике Т. Холмса и Р. Раге, то анализ результатов тестирования показал, что у значительной части респонденток (от 60 до 80% в обеих группах) уровень стрессонаполненности был

средним, а восприятие событий не является стрессогенным (табл. 2).

Следует отметить, что во 2-й группе достоверно больше лиц с высокой сопротивляемостью к стрессу, что свидетельствует о напряжении механизмов адаптации и может и должно быть объектом психокоррекционных воздействий.

При анализе качественных характеристик жизненно важных для испытуемых событий и ситуаций обращает на себя внимание то, что в 1-й группе (возраст от 25 до 35 лет) стрессозначимыми событиями испытуемые чаще называли карьерный рост (изменение места работы, учеба), изменения в личной жизни (замужество, рождение детей). Во 2-й группе (возраст от 45 до 55 лет) стрессозначимые события имели возрастную модификацию и были связаны с изменениями в состоянии здоровья членов семьи, женитьбой детей, рождением внуков, уходом на пенсию.

Исследование уровня тревожности (методика Дж. Тейлор) выявило основные варианты распреде-

Таблица 4

Качественный анализ признаков тревожности (методика Дж. Тейлор)

Суждение	1-я группа; абс. (%)	2-я группа; абс. (%)	Уровень значимости (t-критерий Стьюдента)
Я думаю, что я не более нервный, чем другие	24 (100)	25 (89,3)	t=1,7 p>0,05
Я не могу уснуть, если меня что-то тревожит	11 (45,8)	21 (75,0)	t=2,18 p<0,05
Я хотел бы быть так же доволен жизнью, как, вероятно, довольны другие	7 (29,1)	11 (39,3)	t=0,75 p>0,05
Я предпочитаю уклоняться от конфликтных и затруднительных ситуаций	15 (62,5)	21 (75,0)	t=0,7 p>0,05
Меня беспокоят возможные неудачи	8 (33,3)	21 (75,0)	t=3,2 p<0,005

Таблица 5

Показатели эмоционального выгорания у медсестер в зависимости от стажа работы

Фазы, баллы	1-я группа; абс. (%)	2-я группа; абс. (%)	Сформированность/ несформированность фаз, процесс формирования	Уровень значимости t-критерий Стьюдента
Напряжение (до 35 баллов)	7 (29,1)	11 (39,3)	Фаза не сформирована	$T_{эм.} = 0,86;$ $k=48; p>0,05$
Резистенция (до 40 баллов)	11 (45,8)	6 (21,4)	Фаза в стадии формирования	$T_{эм.} = 1,9;$ $k=47; p>0,05$
Истощение (до 60 баллов)	6 (25,0)	11 (39,3)	Фаза в стадии формирования	$T_{эм.} = 1,1;$ $k=47; p>0,05$

ления в пределах среднего уровня с тенденцией к низкому значению (средний балл – от 5 до 15); табл. 3.

Заслуживают внимания 28,6% респонденток из 2-й группы, имеющих средний уровень тревожности с тенденцией к высокому; их достоверно больше, чем в 1-й группе. При относительном многообразии клинических проявлений дезадаптации безусловным ее признаком как у взрослых, так и у детей является синдром психоэмоционального напряжения или хронической тревожности, который может быть обнаружен при проведении психодиагностического обследования [2, 3, 8, 9]. Известно, что высокий уровень тревожности является фактором риска развития различных форм дезадаптации как на соматическом [10], так и на поведенческом (девиантное поведение, в том числе аддиктивное) и психопатологическом уровне (неврозы, реактивные состояния).

Качественный анализ результатов исследования позволил выделить ряд вопросов, характеризующих признаки тревожности у респондентов (табл. 4).

Как показывают данные табл. 4, признаки тревожности достоверно чаще проявляются во 2-й группе на когнитивном уровне в виде тревожных переживаний, которые, в свою очередь,

влекут за собой нарушения сна. Симптомы субклинического уровня свидетельствуют о снижении уровня стрессоустойчивости. Их диагностическая ценность состоит в том, что они, как правило, возникают задолго до явных проявлений дезадаптации, на донологическом этапе ее развития, и больше доступны для психокоррекционного воздействия.

Результаты обследования по методике диагностики уровня эмоционального выгорания (В.В. Бойко) представлены в табл. 5. Как следует из приведенных данных, несмотря на то, что в целом стадия «напряжения» не сформирована, во 2-й группе она встречается чаще (у 39,3%) и свидетельствует о большей мобилизации компенсаторных механизмов, чем в 1-й группе.

Частота формирующейся фазы «Резистенция» в 1-й группе более чем вдвое больше (у 45,8%), чем во 2-й, что отражает большую устойчивость к стрессовым воздействиям благодаря имеющимся у индивида ресурсам; учитывая относительную идентичность производственной ситуации, среди прочих – это, вероятно, стаж и возраст.

Во 2-й группе отмечается также более высокий показатель распространенности стадии «Истощение» (у 39,3% медсестер), которая характеризуется падением общего энергетического тонаса разной степени выраженности, ослаблением

нервной системы, потребностью в дополнительных ресурсах для продуктивного функционирования.

Приведенные характеристики отражают субклинические признаки истощения компенсаторных механизмов и донозологические проявления синдрома эмоционального выгорания.

Об этом свидетельствует и качественный анализ симптомов – показателей стресса. Так, для 1-й группы характерен выбор ответов на вопросы (с частотой от 50 до 70%), отражающих переживания за неудовлетворительную организацию работы, препятствующую профессиональной реализации, а для 2-й группы – ответов, отражающих психосоматическое состояние (с частотой от 40 до 70%).

Ответы на вопросы, отражающие «свертывание» эмоций, расширение сферы их экономии (снижение уровня эмоциональной отдачи в общении с родными, друзьями, знакомыми, стремление к уединению) и характеризующие фазу «Истощение», во 2-й группе встречались значительно чаще (у 71,4% респондентов), чем в 1-й (39,2%).

Анализ полученных данных показывает, что в условиях профессионального стресса формирование эмоционального выгорания возможно как в 1-й группе (с меньшим профессиональным стажем), так и во 2-й (с большим). Этап (фаза) развития эмоционального выгорания положительно коррелирует со стажем работы: для 1-й группы характерно начало формирования фазы «Резистенция», а для 2-й – фазы «Истощение». Своевременное обнаружение и коррекция этих симптомов позволяют предотвратить формирование их развернутых форм.

Проведенное исследование подтверждает данные литературы о зависимости развития синдрома эмоционального выгорания от стажа работы в стресснагруженной профессии. Полученные данные дают представление о динамике его развития и мишенях психопрофилактической и психокоррекционной работы. Психологическое сопровождение и психодиагностический мониторинг дают возможность выявить дезадаптивные тенденции на ранних, обратимых этапах, до их осознания субъектом и клинической манифестации. Своевременное использование психокоррекционных воздействий позволит сохранить здоровье медицинского персонала и его профессиональную продуктивность.

Литература

1. Булгакова О.С., Николаева Е.И. Динамика психофизиологического напряжения сотрудников «скорой помощи» в течение дежурства // *Вопр. психологии.* – 2009; 1: 133–140.

2. Вассерман Л.И., Трифонов Е.А., Щелова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике. 2-е изд. – СПб.: Речь, 2011. – С. 115–116.

3. Винокур В.А. Профессиональный стресс у медицинских работников и его предупреждение // *Медицинское обозрение.* – 2004; 11: 28–29.

4. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 336 с.

5. Голенков А.В. Удовлетворенность работой и терминальные ценности у медицинских сестер // *Главная медицинская сестра.* – 2009; 11: 137–146.

6. Голенков А.В. Что влияет на удовлетворенность медсестер работой // *Медицинская сестра.* – 2010; 3: 50–53.

7. Голенков А.В., Полуэктов М.Г., Аверин А.В. и др. Особенности нарушений сна у медицинских сестер // *Главная медицинская сестра.* – 2011.; 2: 55–63.

8. Жеглова К.Ю., Орел В.Е. Исследование некоторых аспектов динамики формирования синдрома психического выгорания в профессии оператора телекоммуникационной связи // *Ярославский психологический вестник.* – 2005; 16: 52–55.

9. Кошкина О.П. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональной деятельности медицинской сестры // *Главная медицинская сестра.* – 2008; 6: 34–40.

10. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.

11. Никишина В.Б., Молчанова Л.Н. Состояние выгорания медицинских работников в контексте внутривидеопрофессиональной // *Известия ПГПУ им. В.Г. Белинского.* – 2011; 24: 21, 986–992.

12. Орел В.Е. Феномен выгорания в зарубежной психологии. Эмпирическое исследование // *Психологический журнал.* – 2001; 20, 1: 16–21.

13. Райгородский Д.Я. (редактор-составитель) *Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие.* – Самара: БАХРАХ, 1998. – 672 с.

14. Ронгинская Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях // *Психологический журнал.* – 2002; 3: 85–89.

15. Скугаревская М.М. Синдром эмоционального выгорания // *Медицинские новости.* – 2002; 7: 3–9.

DYNAMIC CHARACTERISTICS OF BURNOUT SYNDROME IN MIDLLEVEL MEDICAL STAFF

Prof. L.P. Velikanova, N.P. Potapova

Astrakhan State Medical Academy

Regional Clinical Hospital, Astrakhan

The paper presents the results of detecting burnout syndrome in people having stressful jobs in the early stages of its development, by applying a model of the work of 52 surgical nurses. The Boiko and Taylor procedures and Holmes and Rahe scales were used for psychodiagnostic screening in two groups with different work length.

Key words: burnout syndrome, early diagnosis, targets for prevention.