

ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ НА РАННИХ ЭТАПАХ ФОРМИРОВАНИЯ

Великанова Л.П.¹, Костина Л.А.¹, Потапова Н.В.²

¹ ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, Астрахань, Россия (414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121), e-mail: agma@astranet.ru

² ГБУЗ АО «Александро-Маршинская областная клиническая больница», Астрахань, Россия (414056, г. Астрахань, ул. Татищева, 2), e-mail: lazer@astranet.ru

В статье представлены результаты выявления синдрома эмоционального выгорания в стресс-нагруженных социэкономических профессиях на ранних этапах его формирования на модели работы среднего медицинского персонала хирургического отделения. Обследовано 52 медицинские сестры. Исследование проводилось на принципе добровольности и конфиденциальности. Использован психодиагностический скрининг в двух группах с разным стажем работы с помощью методик Бойко, Тейлор, шкалы Холмса и Раге. Вся выборка разделена на две группы в зависимости от стажа работы: I гр. – 5-10 лет (24 чел.); II гр. – 10-20 лет (28 чел.). Обнаружены достоверные признаки начинающейся дезадаптации донозологического уровня, наиболее чувствительные к психокоррекционной работе. Полученные данные дают представление о динамике развития синдрома эмоционального выгорания и мишенях психопрофилактической и психокоррекционной работы и позволяют решать первично-профилактические задачи.

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, диагностика, профилактика.

DIAGNOSTICS AND PROPHYLAXIS OF EMOTIONAL BURNOUT SYNDROME AT EARLY STAGE OF ITS FORMATION

Velikanova L.P.¹, Kostina L.A.¹, Potapova N.P.²

¹ State Budget Educational Institution of Higher Professional Education "Astrakhan State Medical Academy" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Astrakhan, Russia (414000, Astrakhan, Bakinskaya Street, 121), e-mail: agma@astranet.ru

² State Budget Institution of Health Service of Astrakhan Region «Alexandro-Mariinskaya Regional Hospital» Astrakhan, Russia (414056, Astrakhan, Tatishcheva Street, 2), e-mail: lazer@astranet.ru

The article presents the results of identifying of emotional burnout syndrome in the stress-loaded socioeconomic professions at early stages of its formation on the model of work of paramedical personnel of the surgical department. 52 nurses were examined. The study was done on the principle of voluntariness and confidence. We used psychodiagnostic screening in two groups with different length of work by means of Boyko, Taylor methods and the Holmes and Rahe Scale. The sampling is divided into two groups depending on the length of work: I group – 5-10 years (24 persons); II group – 10-20 years (28 persons). We found reliable signs of incipient disadaptation in prenosological level, which is most sensitive to psycho-correctional work. The obtained data give an idea of the dynamics of development of emotional burnout syndrome and the targets for psycho-prophylactic and psycho-correctional work and allow to solve the primary preventive tasks.

Keywords: emotional burnout, diagnostic, prophylaxis.

Введение

Термин «синдром выгорания» введен в психологическую и медицинскую практику американским психиатром Х. Дж. Фрейденбергом в 1974 г. [9]. Он характеризует психологическое состояние людей, находящихся в интенсивном и тесном общении в эмоционально нагруженной атмосфере. Последующее его изучение связано с именами С. Maslach и S.E. Jackson [10].

В настоящее время «синдром выгорания» признан проблемой, требующей медицинского вмешательства, и внесен в Лексиконы психиатрии Всемирной организации здравоохранения (2001). В МКБ-10 «синдром выгорания» выделен в отдельный диагностический таксон – Z73

(проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью).

За последние годы усилилось внимание исследователей к проблеме профессионального стресса и его последствий, которые существенно влияют на эффективность производительности труда и профессиональную сферу медицинского персонала [2; 3; 7].

Профессиональный стресс у представителей медицинских профессий имеет некоторые особенности, связанные со спецификой данной деятельности. Они включают большое количество ситуаций с высокой эмоциональной насыщенностью, необходимостью проявления толерантности, эмпатии, безоценочности, преодоления индивидуальных стереотипов в когнитивной и поведенческой сферах, сложностью межличностного общения. От специалиста требуется значительный личностный вклад в установление продуктивного терапевтического контакта, достижение комплайенса; умение управлять эмоциональной напряженностью делового общения [3; 5; 8].

Наиболее частой формой проявления стресса у медицинских специалистов является синдром профессионального и эмоционального выгорания, который встречается у 30-40% медицинских работников на уровне, существенно влияющем на их личную и профессиональную адаптацию [2], профессиональную эффективность. Кроме того, эмоциональное выгорание может лежать в основе девиантного поведения (агрессивного, аутоагрессивного, аддиктивного), а также и расстройств здоровья, как психического, так и соматического (психосоматические заболевания).

Следует отметить специфические профессиональные причины стресса у медицинских работников:

- 1) ответственность за жизнь и здоровье пациентов;
- 2) динамичность ситуации и необходимость оперативного принятия решений (особенно в отделениях экстренной помощи, реанимации);
- 3) длительность нахождения в поле отрицательных эмоций: страдание, боль, отчаяние и др.;
- 4) необходимость поддерживать высокую концентрацию внимания и контролировать свою деятельность независимо от ситуации и физиологического состояния;
- 5) неравномерный режим работы с ночными и суточными дежурствами;
- 6) непосредственная опасность, исходящая от некоторых пациентов (преступников, наркоманов, агрессивно настроенных).

Их дополняют и неблагоприятные физические условия работы:

- 1) длительное пребывание (от 2 до 12 часов и более) в условиях закрытого пространства (например, операционной);
- 2) длительное пребывание в статическом состоянии, в вынужденной позе;

3) необходимость взаимодействия с психоактивными веществами (в условиях психиатрического отделения), средствами для наркоза;

4) риск заражения инфекционными заболеваниями больных;

5) работа с медицинской аппаратурой, инструментарием.

К внешним факторам стресса у медицинских работников организационного характера можно отнести не всегда рациональную организацию труда и рабочего места, недостаточное вознаграждение за труд, как моральное, так и материальное.

Максимальное количество приведенных факторов наблюдается в тех видах профессиональной деятельности, где острота проблем клиентов сочетается с минимизацией успеха в эффективности их решения. Это работа с хроническими больными людьми, страдающими неизлечимыми заболеваниями (СПИД, рак и др.), работа с умирающими людьми.

Специфика профессиональной деятельности среднего медицинского персонала заключается не только в выполнении четкого алгоритма лечебных процедур, но и в создании саногенной атмосферы в соответствующем подразделении ЛПУ при взаимоотношениях с коллегами, пациентами и их родственниками.

От медицинских сестер требуются профессиональные знания, умения, навыки и психологическая готовность к эмоциональным нагрузкам, которые связаны с необходимостью оказания неотложной помощи, быстрой переключаемостью с одного вида деятельности на другой. Сам факт пребывания среди пациентов, переживающих напряжение, тревогу и страх, является также значимым и стрессогенным фактором. Следует отметить также необходимость постоянного самоконтроля при работе в бригаде (неотложной медицинской помощи, хирургической, реанимационной), требующей согласованности действий и такта профессионального общения.

К внутренним эмоциогенным факторам относят индивидуально-личностные характеристики нервной деятельности, темперамента, уровня тревожности, адаптивности, определяющие, как правило, уровень реакции на стресс и фрустрацию. Кроме этого, особенностью представителей медицинской профессии является отрицание ими проблем, связанных с их личным здоровьем. Способность медработников блокировать, подавлять свои отрицательные негативные эмоции во время рабочей смены, в конечном итоге приводит к их накоплению и «синдрому эмоционального выгорания».

Как следует из литературных источников [5; 7], из всех социально-демографических характеристик наиболее тесную связь с выгоранием имеет возраст и стаж работы. В исследованиях, касающихся среднего медицинского персонала, отмечается, что наиболее чувствительными к выгоранию являются лица молодого (19-25 лет) и более старшего (40-50 лет) возраста [3; 8].

Целью настоящего исследования явилось выявление ранних признаков эмоционального выгорания в стресс-нагруженной профессии на модели работы среднего медицинского персонала в условиях хирургического отделения.

Исследование проводилось с соблюдением принципов добровольности, информированного согласия респондентов и конфиденциальности. В нем приняли участие 52 человека – операционные медицинские сестры. Возраст испытуемых составил от 25 до 59 лет (средний возраст – $41,9 \pm 11,0$ г.). Вся выборка была разделена на две группы в зависимости от стажа работы: I гр. – стаж 5-10 лет (24 чел.), средний возраст – $31,9 \pm 4,9$ года; II гр. – стаж 10-20 лет и более (28 чел.), средний возраст $50,4 \pm 6,6$ года.

Использовался комплекс психодиагностических методик. Тест САН [6], позволяющий по данным самооценки дифференцированно охарактеризовать функциональное состояние по трем параметрам (самочувствие, активность, настроение).

Методика «Диагностика уровня эмоционального выгорания» В.В. Бойко [6], позволяющая 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, В. Раге [6]. Уровень тревожности определялся методикой Дж. Тейлор, адаптированной Т. Немчиновым и В. Норакидзе [6].

Математические методы включали t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение

Анализ результатов исследования функционального состояния медицинских сестер в обеих группах выявил статистически достоверные более высокие значения показателя активности в I гр. (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение показателей у операционных сестер по методике «САН»

Группы Показатели	I выборка (стаж от 5 до 10 лет), n=24 чел.	II выборка (стаж от 10 до 20 и более лет), n= 28 чел.	Уровень значимости (t-критерий Стьюдента)
«Самочувствие»	5,8 — 83,3%, (20 чел.)	5,8 — 85, 7% (24 чел.)	$T_{эмп}=0.1;$ при $p > 0,05$
	5,4 — 16,7%, (4 чел.)	5,2 — 14,3 % (4 чел.)	
«Активность»	5,5 — 79.2%, (19 чел.)	5,5 — 60,7%, (18 чел.)*	$T_{эмп}= 2.2;$ при $p < 0.01,$
	5,8 — 20,8 %, (5 чел.)	6,0 - 7,1 %, (2 чел.)	
		4,9 — 17,9 %, (5 чел.)	
		4,2 - 10,7 %, (3 чел.)	
«Настроение»	5,6 — 87,5% (21 чел.)	5,7 — 85,7 %, (24 чел.)	$T_{эмп}= 0;$ при $p > 0,05$
	5,8 — 12,5 % (3 чел.)	5,6 - 14,3 %, (4 чел.)	

При анализе данных в I группе – 79,2% имели средний показатель в пределах нормы. Во II группе средний уровень отмечался у 60,7% респондентов. Кроме того, уровень ниже среднего – 4,2 балла был констатирован у 10,7% (3 чел.). Исходя из того что средний возраст испытуемых этой группы составляет 50,4±6,6 года (в I гр. средний возраст 31,9±4,9 года), несомненно участие в формировании показателя активности не только последствий 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 уровня стрессоустойчивости по методике Т. Холмса и Р. Раге, то анализ результатов проведенного тестирования показал, что значительная часть респондентов (от 60 до 80% в обеих выборках) попадала в диапазон средних значений уровня стрессонаполненности, а восприятие событий не является стрессогенным (табл. 2)

Таблица 2.

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

Показатели	I гр. (стаж от 5 до 10 лет), n = 24 чел.	II гр. (стаж от 10 до 20 и более лет), n=28 чел.	Уровень значимости (критерий Стьюдента)
Средние показатели стрессогенности в баллах	142,8±33,1	158,2±54,6	
До 150 баллов — не являются стрессогенными	79,1% (19 чел.)	67,8% (19 чел.)	$T_{эмп} = 0,9$ $k = 52$ $p > 0,05$
Высокая степень сопротивления стрессу	12,5% (3 чел.)	21,4 % (6 чел.)*	$T_{эмп} = 4,9$ $k = 49$ $p < 0,001,$
Пороговая степень сопротивления	8,3% (2 чел.)	10,7 % (3 чел.)	$T_{эмп} = 0,3$ $k = 51$ $p > 0,05,$

Следует отметить, что во второй 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, что в I группе (возраст от 25 до 35 лет) стрессонаполненными событиями испытуемые чаще называли карьерный рост (изменение места работы, учеба); изменения в личной жизни (замужество, рождение детей).

Во II группе (возраст от 45 до 55 лет) стресс-значимые 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

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

Таблица 3.

Сравнительные показатели уровня тревожности в группах в зависимости от стажа работы

Группы / Показатели уровня тревожности	I группа (стаж от 5 до 10 лет), n=24 чел.	II группа (стаж от 10 до 20 и более лет), n=28 чел.	Уровень Значимости (критерий Стьюдента)
Очень высокий уровень (40 — 50 баллов)	не выявлен	не выявлен	
Высокий уровень (25-39 баллов)	не выявлен	не выявлен	
Средний, с тенденцией к высокому уровню (15-24 балла)	4,2% (1 чел.)	28,6% (8 чел.)*	$T_{эмп}=2,5$; при $k=45$ $p<0,01$,
Средний, с тенденцией к низкому уровню (5-14 баллов)	83,3% (20 чел.)	71,4% (20 чел.)	$T_{эмп}=1,0$; при $k=52$ $p>0,05$
Низкий уровень (0-4 балла)	16,6% (4 чел.)	не выявлен	

Заслуживают внимания 28,6% респонденток во II группе, имеющие средний уровень тревожности с тенденцией к высокому, достоверно превышающий число респонденток с таким уровнем тревожности в I 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 [1; 4]. Известно, что высокий уровень тревожности является фактором риска развития различных форм дезадаптации как на соматическом, так и на поведенческом (девиантное поведение, в том числе аддиктивное) и психопатологическом уровне (неврозы, реактивные состояния).

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

Таблица 4.

Качественный анализ признаков тревожности (методика Дж. Тейлор)

Вопросы	I гр., n=24, (% , кол-во респондентов)	II гр., n=28 (% , кол-во респондентов)	Уровень значимости (критерий Стьюдента)
Я думаю, что я не более нервный, чем другие	100% (24)	89.3% (25)	$t=1.7$ $p>0.05$
Я не могу уснуть, если меня что-то тревожит	45,8% (11)	75% (21)*	$t=2,18$ $p<0.05$

Я хотел так же быть доволен своей жизнью, как, вероятно, довольны другие	29,1% (7)	39,3% (11)	t=0,75 p>0.05
Я предпочитаю уклоняться от конфликтных затруднительных положений	62,5% (15)	75% (21)	t=0,7 p>0.05
Меня беспокоят возможные неудачи	33,3% (8)	75% (21)*	t=3,2 p<0,005

Как показывают данные, приведенные в таблице 4, признаки тревожности достоверно чаще проявляются во II группе на когнитивном уровне в виде тревожных переживаний, которые, в свою очередь, влекут за собой нарушения сна. Выявленные симптомы на субклиническом уровне свидетельствуют о снижении уровня стрессоустойчивости. Их диагностическая ценность состоит в потенциальной обратимости, так как они, как правило, возникают задолго до явных проявлений дезадаптации, на донозологическом этапе ее развития, и более доступны психокоррекционным воздействиям.

Результаты, полученные при обследовании по методике диагностики уровня эмоционального выгорания (В.В. Бойко), представлены в таблице 5.

Таблица 5.

Сравнительная характеристика показателей уровня эмоционального выгорания у медицинских сестер в зависимости от стажа работы

Фазы (в баллах)	I группа (стаж от 5 до 10 лет), n=24 чел.	II группа (стаж от 10 до 20 и более лет), n=28 чел.	Сформированность/ несформированность фаз, процесс формирования	Уровень значимости (критерий Стьюдента)
Напряжение (до 35 баллов)	29,1% (7 чел.)	39,3% (11 чел.)	Фаза не сформирована	$T_{эмп}=0,86$; при $k=48$; $p>0,05$,
Резистенция (до 40 баллов)	45,8% (11 чел.)	21,4% (6 чел.)	Фаза в стадии формирования	$T_{эмп}=1,9$; при $k=47$; $p>0,05$
Истощение (до 60 баллов)	25% (6 чел.)	39,3% (11 чел.)	Фаза в стадии формирования	$T_{эмп}=1,1$; при $k=47$; $p>0,05$

Как следует из приведенных данных, несмотря на то что в целом стадия «напряжения» не сформирована, во II группе она встречается чаще (у 39,3%) и свидетельствует о мобилизации компенсаторных механизмов в большей степени, чем в I группе.

Формирующаяся фаза «резистенция» в I группе более чем вдвое превышает (у 45,8%) частоту таковой во II группе, что отражает большую устойчивость к стрессовым воздействиям за счет имеющихся ресурсов индивида. Учитывая относительную идентичность производственной ситуации, среди прочих это, вероятно, стаж и возраст, имеющие иные

физиологические, психологические и мотивационные характеристики.

Во II группе отмечается также более высокий показатель распространенности стадии «истощение» (у 39,3%), которая характеризуется падением общего энергетического тонуса различной степени выраженности, ослаблением нервной системы, потребностью в дополнительных ресурсах для продуктивного функционирования.

В приведенных характеристиках отражаются субклинические признаки истощения компенсаторных механизмов, что говорит и о донологических проявлениях синдрома эмоционального выгорания.

Об этом свидетельствует и качественный анализ симптомов – показателей стресса по частоте встречаемости в I и II группах. Так, для I группы характерными являются выборы вопросов (с частотой от 50 до 70%), отражающие переживания за организационную недостаточность в работе, препятствующую профессиональной реализации, а для II группы – вопросы, отражающие психосоматическое состояние (с частотой от 40 до 70%).

Ответы на вопросы методики, отражающие свертывание эмоциональной деятельности, расширение сферы экономии эмоций (снижение уровня эмоциональной отдачи в общении с родными, приятелями, знакомыми, стремление к уединению) и характеризующие фазу «истощение» во II группе встречались значительно чаще (у 71,4% респонденток) по сравнению с I группой (39,2%).

Анализ полученных данных показывает, что в условиях профессионального стресса формирование «эмоционального выгорания» возможно как в I группе (с меньшим профессиональным стажем), так и во II группе (с ббльшим профессиональным стажем). Этап (фаза) развития эмоционального выгорания положительно коррелирует со стажем работы: для I группы характерно начало формирования фазы «резистенция», а для II группы – фазы «истощение». Своевременное обнаружение и коррекция складывающихся симптомов той или иной фазы позволят предотвратить формирование их развернутых форм.

Таким образом, полученные данные дают представление о динамике его развития синдрома эмоционального выгорания и мишенях психопрофилактической и психокоррекционной работы. Проведенное исследование подтверждает литературные данные о его зависимости от стажа работы в стресс-нагруженной профессии. 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.

Выявить специфическую микросимптоматику, соответствующую напряжению адаптационного барьера или начальным формам дезадаптации, возможно в рамках целенаправленного и углубленного клинического интервью, занимающего около 1,5 часов при условии достаточной квалификации специалиста (психиатра, психотерапевта) в сочетании с обширным клиническим опытом. При существующей системе организации общемедицинской практики, дефиците кадров специалистов, в частности психотерапевтов, такое обследование практически не осуществимо. К тому же посещение соматолога или психиатра – безусловное свидетельство манифестации расстройств адаптации, выход их на клинический уровень. Психодиагностический мониторинг дает возможности для выявления латентных стадий заболеваний в формах и реализации первично-профилактических мероприятий.

Список литературы

1. Ананьев В.А. Особенности этиопатогенеза и психотерапия психосоматических расстройств // Материалы III Всероссийского съезда психологов. – 2003. – Т. 1. – С. 111-116.
2. Винокур В.А. Профессиональный стресс у медицинских работников и его предупреждение // Медицинское обозрение. – 2004. – № 11. – С. 28-29.
3. Кошкина О.П. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональной деятельности медицинской сестры // Главная медицинская сестра. – 2008. – № 6. – С. 34-40.
4. Крылов В.И. Предболезненные невротические и соматоформные расстройства в общей медицинской практике // XIII съезд психиатр. России. – М., 2000. – С. 84.
5. Никишина В.Б. Состояние выгорания медицинских работников в контексте внутрипрофессиональной / В.Б. Никишина, Л.Н. Молчанова // Известия ПГПУ им. В.Г. Белинского. – 2011. – № 24. – С. 21, 986-992.
6. Райгородский Д.Я. (редактор-составитель) Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учебное пособие. – Самара : Издательский дом «БАХРАХ», 1998. – 672 с.
7. Ронгинская Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях // Психологический журнал. - 2002. - № 3. - С. 85-89.
8. Тарасова И.В. Профессиональный стресс // Сестринское дело. – 2005. – № 2. - С. 22-24.
9. Freudenberger H.J. Staff burn-out // J. Soc. Issues. - 1974; 30: 159–166.
10. Maslach C., Jackson S.E. The role of sex and family variables in burnout // Sex Roles. – 1985. – Vol. 12. – P. 23-28.

Рецензенты:

Сердюков А.Г., д.м.н., профессор, зав. кафедрой общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением с курсом последипломного образования, ГБОУ ВПО

«Астраханская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ, г. Астрахань.

Андреев М.К., д.м.н., доцент, профессор кафедры психиатрии, ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ, г. Астрахань.