



Артюхова И. Ю., Бойко Е. В., Румянцева А. В.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ
по психологической профилактике и коррекции
синдрома эмоционального выгорания
у специалистов медицинских организаций

Об авторах

АРТЮХОВА Ирина Юрьевна —

психолог, арт-терапевт, телесно-ориентированный терапевт, оргконсультант, заместитель председателя правления, руководитель направления социальных проектов РОО «Служба спасения» (г. СПб.). Психологический стаж — с 1999 года: психологическое консультирование, психотерапия (психологическая модель) взрослых, семей, детей; ведение психотерапевтических групп и арт-терапевтических тренингов; работа с различными категориями граждан в т.ч. в кризисных и предкризисных состояниях, с переживающими посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР); с различными соматическими заболеваниями; работа по подготовке и психологическому сопровождению медицинских волонтеров. Автор собственных арт-терапевтических и телесно-ориентированных техник по работе с людьми, переживающими трагические события, кризисные состояния, ПТСР и нуждающихся в реабилитации; работа по профилактике и коррекции синдрома эмоционального выгорания и пр.

БОЙКО Екатерина Вячеславовна —

клинический психолог, гештальт-терапевт (европейский сертификат), директор АНО «Семейный центр «Вереск» (г. Петрозаводск). Психологический стаж с 2003 года: психологическое консультирование, психотерапия (психологическая модель) взрослых, семей, детей, имеющих различные соматические (в т.ч. incurable) заболевания; ведение психотерапевтических групп; работа с кризисными и предкризисными состояниями; работа с пограничными и психосоматическими расстройствами; эмоциональными нарушениями; работа по подготовке и психологическому сопровождению медицинских волонтеров; оргконсультирование; работа по профилактике и коррекции синдрома эмоционального выгорания и пр.

Авторы работают в модели ко-терапии с 2014 года.

РУМЯНЦЕВА Анита Владиславовна —

кандидат психологических наук, доцент Института педагогики и психологии Петрозаводского государственного университета. Работа в рамках проекта «Вдохновение работать» — проведение и анализ психодиагностических процедур, автор экспресс-методики диагностики эмоционального выгорания.

О ПРОЕКТЕ

Методическое пособие разработано на основании итогов проекта «Вдохновение жить», реализованного АНО «Семейный центр «Вереск» на средства Фонда Президентских грантов в 2018–2019 гг., и аккумулирует опыт, практические материалы, полученные авторами, а также теоретические положения, ставшие предпосылками и результатами реализации проекта.

Проект «Вдохновение работать» был поддержан Министерством здравоохранения Республики Карелия.

Цели проекта:

- разработка и апробация, для внедрения в практику работы медицинских организаций Республики Карелия, программы профилактики и психологической коррекции эмоционального выгорания медперсонала учреждений, в том числе оказывающих паллиативную помощь;
- привлечение внимания к необходимости комплексной психологической поддержки медицинского персонала, в том числе оказывающего паллиативную помощь;
- расширение форм сотрудничества некоммерческих организаций и учреждений здравоохранения Республики Карелия.

Реализация проекта осуществлялась на базе пилотного учреждения – ГБУЗ «Центр паллиативной медицинской помощи». В проекте дополнительно приняли участие сотрудники ГБУЗ РК «Республиканский онкологический диспансер», ГБУЗ РК «Центр СПИД», детских и взрослых поликлиник г. Петрозаводска.

Общее описание деятельности в рамках проекта:

- проведение специально разработанного комплекса групповых просветительско-информационных, диагностических, психокоррекционных, обучающих мероприятий и индивидуальных психологических консультаций, направленных на выявление и коррекцию симптомов эмоционального выгорания врачей и среднего медицинского персонала пилотного учреждения и дополнительных учреждений, выявление и снижение влияния факторов эмоционально-профессионального выгорания;
- проведение организационно-психологической диагностики пилотного учреждения, разработка рекомендаций для организации по формированию системы профилактики и коррекции синдрома эмоци-

онального выгорания, проведение совместной с администрацией деятельности по составлению плана мероприятий, направленных на снижение организационно-профессиональных факторов риска развития эмоционального выгорания сотрудников;

– создание методических рекомендаций для руководителей учреждений здравоохранения Республики Карелия по профилактике синдрома эмоционального выгорания медперсонала, в том числе с возможным участием в процессе профилактики НКО.

ВСТУПЛЕНИЕ

Актуальность темы, связанной с синдромом эмоционального выгорания (далее – СЭВ) в профессиональной деятельности и в том числе среди медицинских работников, не вызывает сомнения. По некоторым данным, до 90% медицинского персонала проявляют симптомы СЭВ. О масштабах и влиянии синдрома эмоционального профессионального выгорания говорит факт, что 28 мая 2019 г. в 11-й пересмотренный вариант Международной классификации болезней (МКБ 11) включен профессиональный синдром эмоционального выгорания. Данный синдром не классифицируется как медицинское состояние. Он отнесен к классу «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения», который включает в себя причинно обращения населения в учреждения здравоохранения, не классифицированные как заболевания или медицинские состояния. МКБ-11 содержит следующее определение эмоционального выгорания:

«Эмоциональное выгорание — это синдром, признаваемый результатом хронического стресса на рабочем месте, который не был успешно преодолен. Он характеризуется тремя признаками:

- ощущение мотивационного или физического истощения
- нарастающее психическое дистанцирование от профессиональных обязанностей или чувство негативизма или цинизма к профессиональным обязанностям
- снижение работоспособности

Эмоциональное выгорание касается непосредственно профессионального контекста и не должно применяться к опыту из других сфер жизни».

На сегодняшний день существует большое число моделей, описывающих синдром эмоционального выгорания и более сотни симптомов, причисляемых к процессу развития СЭВ. При создании про-

граммы профилактики и коррекции авторы методического пособия опирались на две наиболее известные и разработанные теории, имеющие диагностический инструментарий, – В.В. Бойко и К. Маслач.

В первой части рассмотрены факторы, симптомы развития синдрома эмоционального выгорания в первую очередь специалистов государственной системы здравоохранения, а также специфические факторы СЭВ, появившиеся в современном мире, в том числе связанные с развитием информационно-коммуникативных технологий. При рассмотрении факторов эмоционального выгорания меньшее внимание уделено личностным факторам, акцент сделан на описание организационных психотравмирующих влияний и факторов, присущих непосредственно сфере медицинской деятельности.

Вторая часть методического пособия освещает вопросы профилактики и коррекции СЭВ и возможности использования ресурса некоммерческих организаций в сфере профилактики СЭВ.

В Приложениях размещены результаты и анализ психологической диагностики, проведенной в процессе реализации проекта «Вдохновение работать» и экспресс-методика определения СЭВ, разработанная специалистом проекта А.В. Румянцевой.

1. СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ (СЭВ). СТАДИИ, СИМПТОМЫ, ФАКТОРЫ

Сначала все сжигается, потом человек и себя
сжигает до состояния холодного пепла.

А. Ленгле

О синдроме эмоционального выгорания

Под синдромом эмоционального выгорания в данном методическом пособии понимается приобретенный стереотип эмоционального поведения, проистекающий из особенностей профессиональной деятельности и на первых этапах проявляющийся в рамках профессионального поведения, но постепенно, с развитием синдрома, распространяющийся на поведение за пределами работы и деформирующий всю личность носителя. Синдром развивается медленно, постепенно в процессе выполнения повседневных профессиональных обязанностей как реакция на длительное воздействие психотравмирующих факторов профессиональной деятельности и стрессогенных факторов на рабочем месте. Авторы придерживаются взгляда В. В. Бойко, определяющего СЭВ как **выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия (стресс)**. Сложный феномен психики человека – психологическая защита, характеризуется двойственной природой своего процесса. С одной стороны, защита служит целям сохранения «Я» как «система адаптивных реакций личности, направленная на защитное изменение значимости дезадаптивных компонентов отношений – когнитивных, эмоциональных, поведенческих – с целью ослабления их психотравмирующего воздействия на Я-концепцию личности» (Б.Д. Карвасарский), то есть психологическая защита выполняет некоторым образом стабилизирующую функцию для личности. С другой стороны, психологическая защита мешает процессу развития личности, процессу активной творческой адаптации личности к изменяющейся внутренней и внешней реальности, процессу проживания и смыслообразования.

Таким образом, профессиональное эмоциональное выгорание на первых порах выполняет функцию сохранения личности, но с течением времени, с расширением механизма исключения эмоций, затрагивает важные сферы жизни человека и, выходя за рамки профессио-

нальной сферы, ведет к дезорганизации практически всех сторон жизнедеятельности специалиста.

Таким образом, можно подчеркнуть, что в большинстве случаев развития СЭВ не «паталогическая личность» служит основой для развития синдрома, а напротив, в процессе реализации психологической защиты в форме выбора определенного типа эмоционального поведения запускается «паталогический процесс» разворачивающегося синдрома.

Разрушающая природа синдрома эмоционального выгорания проявляется через нарушение и изменение всех **функций эмоций**: **сигнальной** функции, которая влечет за собой невозможность опознавать происходящее в аспекте потребностной значимости – отчуждение от собственных потребностей, снижает возможность оценивать смысл происходящего; **регулятивной** – снижение возможности актуально влиять на свое поведение, поведение других; **стимулирующей и оценочной** – адекватно выбирать направление деятельности, оценивать результат деятельности; **коммуникативной** функции – нарушение понимания других, неадекватная оценка специалиста другими. Понимание характера и структуры поражения функций эмоций в процессе развития СЭВ в том числе лежит в основе коррекции синдрома.

Принятие определения СЭВ как психологической защиты, проявляющейся в определенном типе эмоционального поведения, позволяет объяснить «заразность» синдрома профессионального выгорания, через процесс копирования элементов специфического эмоционального, профессионального поведения (копирование стереотипов эмоциональных и поведенческих реакций у более опытных коллег; принятие норм поведения, присущих сложившейся организационной культуре в конкретном учреждении, сотрудником в процессе социально-психологической адаптации; слепое подражание эталонным или идеальным образцам и внешним стереотипам образа профессионала).

Также при диагностике и рассмотрении вопросов СЭВ следует отличать синдром эмоционального выгорания от астено-невротического синдрома, имеющего ряд схожих симптомов, в том числе поведенческих признаков. Астено-невротический синдром возникает при сочетании факторов, связанных с значительными физическими нагрузками, интенсивной работой и психологической травмой, болезнью. Астено-невротический синдром является не результатом приспособления специалиста к воздействию психотравмирующих факторов, связанных с профессиональной деятельностью, а результатом, ответом организма на внезапный, имеющий высокое личностное значение, стресс и длительные нагрузки.

Стадии СЭВ по В.В. Бойко

Описание динамического процесса развития СЭВ как психологической защиты, выражающейся в определенном эмоциональном поведении, по концепции В.В. Бойко, включает три стадии. Первая и вторая стадия могут развиваться практически параллельно. Третья стадия характеризуется хроническими проявлениями симптомов, их включенностью в структуру личности.

1. Нервное (тревожное) напряжение – вызванное влиянием психотравмирующих факторов, связанных с профессиональной деятельностью.

2. Резистенция, то есть сопротивление, – человек пытается более или менее успешно оградить себя от неприятных впечатлений, иногда эту стадию можно охарактеризовать как «держаться зубами».

3. Истощение – оскудение психических ресурсов, снижение эмоционального тонуса, которое наступает вследствие того, что проявленное сопротивление оказалось неэффективным.

Симптомы СЭВ

Симптомы характерны для всех стадий синдрома, в зависимости от стадии растет степень проявления симптомов и их включенность в структуру личности.

К. Маслач так описывает триаду симптомов:

1. Эмоциональное истощение. Хроническая усталость, сниженный фон настроения, связанный с работой, ее содержанием и субъектами. Наблюдаются психосоматические и психовегетативные нарушения. При высокой степени развития симптома сниженный фон настроения распространяется на непрофессиональные сферы.

2. Деперсонализация (дегуманизация, цинизм, личностная отстраненность, в классификации симптомов по В.В. Бойко). Негативное, часто циничное отношение к субъектам профессиональной деятельности (коллегам, пациентам, родственникам пациентов). Автоматическое функционирование и избегание профессиональных нагрузок. Страдает вся система профессиональных ценностей и установок личности, при высокой степени проявления симптома, затрагивается в том числе система жизненных ценностей, цинизм распространяется на близкое окружение, людей и социум вообще, вплоть до животных. Одновременно может развиваться ощущение собственной могущественности, права власти над волей и жизнью пациентов и других людей.

3. Редукция профессиональных достижений. Переживание собственной профессиональной нерезультативности, неуспеха, непризнания, несостоятельности перед лицом чрезмерности предъявляемых к специалисту требований. При высокой степени проявления симптома страдает вся структура самооценки и ценности специалиста как человека вообще.

К отдельным симптомам, связанным с эмоциональными поведением, по мнению В.В.Бойко, следует указать **«неадекватное избирательное эмоциональное реагирования»** (проявление эмоций, как положительных, так и отрицательных независимо от актуальной ситуации, «по желанию», «с этим пациентом буду корректен, на этого могу повысить голос»), **«эмоциональный дефицит»** (переживание своей эмоциональной неспособности помогать пациентам: «у меня нет эмоциональных сил лечить», при высокой выраженности симптома может распространиться до состояния: «у меня нет сил и желания жить», с элементами фантомной смерти), **«эмоциональная отстраненность»** (исчезновение, исключение эмоций из профессиональной деятельности, при развитии симптома возможно распространение исключения эмоций на внерабочие сферы).

Более подробно о сочетании стадий и симптомов, на примере данных психологического тестирования участников проекта, можно ознакомиться в *Приложении 1, 2*, содержащих результаты диагностики и комментарии к ним.

Факторы СЭВ медицинских работников

Традиционно выделяют несколько групп факторов (психотравмирующих воздействий, стрессогенных факторов):

1. Личностный – связан с особенностями личности специалиста, сформировавшимися до прихода в профессию, в том числе с врожденными психофизиологическими особенностями. Сюда же можно включить несоответствие личных представлений, ожиданий от реальной профессиональной действительности. Требуется внимания также сфера личного опыта специалиста, в частности пережитые ранее психотравмирующие события, потери, в том числе не связанные с профессиональной деятельностью. Это связано с возможной актуализацией под воздействием других факторов личного травматического опыта и риском повторной травматизации.

2. Организационный – связан с особенностями организации профессиональной деятельности и неблагоприятной социально-психоло-

гической атмосферой на рабочем месте. Нарушения в организации и планировании труда, включая выполнение неспецифических функций, совмещение должностей, подразумевающих разнонаправленную деятельность, обучение без отрыва от трудовой деятельности (дистанционное обучение в рабочее время, параллельно с выполнением своих прямых профессиональных обязанностей), неоправданно высокая интенсивность труда и увеличение рабочего времени более 45 часов в неделю.

Нарушения и недостатки материально-финансового обеспечения, включая недостаточность необходимых средств, в том числе материалов, препаратов, технического оборудования, необходимого для качественного оказания медицинской помощи; недостаточное финансовое вознаграждение или достаточное финансовое вознаграждение, которое может быть достигнуто критическим повышением интенсивности и времени труда (например, работа на 1.5 ставки медицинской сестрой в СМП при 10–11 сменах ежемесячно, что составляет 240–264 часа в месяц); отсутствие специально организованных помещений для переодевания, приема пищи, отдыха.

Наличие острых или хронических организационных и личностных конфликтов, как по горизонтали (среди равных), так и по вертикали (работник-руководитель); наличие синдрома эмоционального выгорания у руководителей ведущее, в том числе, к низведению восприятия подчиненных, как без эмоциональной операционной функции.

Можно выделить специфические психотравмирующие влияния и факторы, присущие медицинской деятельности вообще, а также отдельным ее сферам, и специфические факторы, появившиеся в современном мире, в том числе связанные с развитием информационно-коммуникативных технологий.

К первым можно отнести следующие:

1. Столкновение в процессе профессиональной деятельности со смертью: реальной (реальный факт смерти пациента в результате течения болезни, неэффективности лечения, врачебной ошибки и т.д.; реальный факт смерти коллеги, связанный с воздействием стрессогенных факторов, например ранний инфаркт, инсульт или суицид), **потенциальной** (возможная смерть пациента в процессе или как результат лечебно-диагностического процесса; неизбежная смерть пациента независимо от предпринимаемых действий, например паллиатив) и **фантомной** (смерть как угасание интереса, желания жить, отказ от продолжения жизни у пациентов и коллег, в том числе в результате финальных стадий эмоционального выгорания; к фантомной смерти можно отнести состояние пациентов неврологического паллиатива,

когда физические функции сохранены, тело ест, пьет, чувствует боль, но сознание и/или осознанность и коммуникация с внешним миром у пациента практически отсутствуют).

2. Столкновение в процессе профессиональной деятельности с болью и страданием пациентов, как телесными, так и психическими, психологическими. Невозможность в полной мере отреагировать, а часто и осознать, медицинским работником собственные эмоции и чувства, возникающие в процессе соприкосновения с болью и страданием, часто приводит к актуализации внутриличностных конфликтов и отчуждению собственной и чужой эмоциональной сферы.

3. Особый характер телесного контакта с другими. Прикосновения врача или медицинской сестры во время проведения лечебно-диагностических процедур и медицинских манипуляций сопряжены с неприятными, болезненными ощущениями у пациента, часто наполнены отрицательными эмоциями пациента. Для преодоления этого фактора медицинский работник часто «включает» механизм исключения восприятия эмоциональных реакций пациента, цельное восприятие пациента как человека, низводится к восприятию пациента как тела – без чувств, эмоций, гендерной принадлежности. При развитии такого типа психологической защиты часто происходит перенос отношения к пациенту только как к телу на аналогичное отношение к себе и близким – только как к телу. Также может произойти отрицание собственной телесности, отчуждение от собственных телесных потребностей.

4. Столкновение с ограничениями актуального развития теоретической и практической сфер медицинской науки. Фактор невозможности помочь пациенту в связи отсутствием методов лечения, неизлечимость заболевания. Этот фактор может как побуждать к поиску методов, так и вызывать чувство бессилия, разочарования в профессии.

5. Фактор эмоционально-социальной отчуждаемости, социальной стигматизации активизируется, например, вокруг специалистов, да и целых организаций, осуществляющих свою деятельность в онкологии, паллиативе, патологической анатомии, в области лечения инфекционных заболеваний. Выражается в эмоциональной реакции страха, ужаса, отвращения при сообщении окружающим о сфере своей медицинской деятельности. Часто ведет к ситуации, когда даже самые близкие не хотят или не могут воспринимать информацию о профессиональной деятельности специалиста, вследствие чего происходит эмоциональная и событийная изоляция медицинского работника, сужение круга эмоционального общения до узкого круга коллег. Часто целые медицинские учреждения опоясаны зоной отчуждения.

6. Конфликт профессиональных целей. Например, у сотрудников паллиативной медицины выражается в столкновении целей медицинской помощи – вылечить (как противоположность состоянию умереть), вернуть максимально возможное здоровье – и целей паллиативной помощи – достижение возможного наилучшего качества жизни пациентов без достижения цели предотвратить смерть. Влияние этого фактора особенно сильно сейчас, когда в паллиативную помощь пришли специалисты, получившие образование и имеющие опыт деятельности только в области медицинской, но не паллиативной помощи. Такой конфликт конечных целей помощи влечет за собой нарушения в смыслообразующей сфере личности медицинского работника и выражается в усилении чувств бессилия, тщетности, бессмысленности своей деятельности.

Также конфликт может проявляться в противоречии целей лечебно-диагностического процесса, долга врача, как реализации личных смысловых целей медицинской деятельности с одной стороны, и с другой – с экономической эффективностью, с целями руководителей медицинской организации, выражающимися в требовании повышать экономическую составляющую, в том числе при оказании платных услуг.

7. Фактор «частичного исполнения» связан со спецификой вида медицинской деятельности как деятельности на ограниченном этапе лечебно-диагностического процесса. Например, в деятельности сотрудника скорой медицинской помощи выражается в ситуации неизвестности дальнейшей судьбы пациента при передаче его в приемное отделение стационара; в деятельности медицинской сестры химиотерапевтического отделения также проявляется неизвестность дальнейшего хода лечения, в том числе неизвестность факта выздоровления пациента, осложняющаяся тем, что в процессе химиотерапии актуальное состояние пациента ухудшается под воздействием препаратов («я причиняю только боль, я не лечу, я не видела пациента в ремиссии»). Психотравмирующее влияние выражается в росте тревоги, связанной с неизвестностью о конечных результатах деятельности, напряжением, снижением ценности выполняемой работы.

8. Фактор алкоголизации и приема психоактивных препаратов, в том числе на рабочем месте. Может выступать и как отдельный фактор, приводящий к развитию синдрома (например, редукция профессиональных обязанностей, связанная с формированием зависимости; дополнительное эмоциональное напряжение, связанное с пониманием социального неодобрения такой формы поведения; проживание стыда, страха, вины, связанных с возможностью быть раскрытым или с возможностью совершить врачебную ошибку) и как результат развития

синдрома как самостоятельная стратегия копинг-поведения, вызванная желанием снизить напряжение. Этот тип эмоционального профессионального поведения является одним из наиболее легко передающихся.

9. Фактор «специфики» контингента. Выражается в особенностях пациентов различных групп (пожилые, дети и подростки, пациенты с нарушениями когнитивных функций, паллиативные пациенты, родственники пациентов и т.д.). Влияние фактора связано как с специфическими требованиями, в том числе эмоциональными, коммуникативными, предъявляемыми при осуществлении медицинского взаимодействия с различными категориями пациента, так и часто с отсутствием у медицинского работника специальных знаний и навыков, необходимых для такого взаимодействия. Также к специфике контингента, с психологической точки зрения, можно отнести ситуацию пациента, особенно при тяжелых заболеваниях, как ситуацию проживания ненормативного кризиса, связанную с актуализацией отношения со всеми экзистенциональными данностями.

Если первая группа факторов в той или иной мере достаточно полно описана в литературе, то вторая группа факторов требует еще длительного исследования и более полного описания. Наименование факторов второй группы пока носит условный характер. Наличие факторов было выявлено в ходе проведения диагностических мероприятий, психологических тренингов, личных бесед специалистов проекта с медицинскими работниками и анализа информационного поля.

1. Замена понятия «лечить» на понятие «оказывать медицинские услуги». Такая замена понятий в корне изменила не только экзистенциональное, семантическое, философское профессиональное поле медицинской деятельности, но поменяло отношение к оценке ее результатов, критериям такой оценки, да и к конфликту между понятиями «качество лечения» и «качество оказания услуги». Между понятием этих двух качеств часто пролегает непреодолимая пропасть. Более того, введение понятия «оказание медицинских услуг» изменило качество и количество требований пациентов, неким образом превратив их в клиентов, тем самым изменяя ранее существовавшие традиционные отношения в диаде врач-пациент.

Более того, преследуя цели реализации одноканального финансирования, экономического просчета стоимости и финансирования отдельных видов услуг, в рамках достижения нового набора целей, лежащих за понятием «оказание медицинских услуг», произошла сегментация ранее единого в сознании и практике специалиста понятия «процесс

лечения» на набор, перечень отдельных видов медицинских услуг, часто недостаточный для реализации целей «лечения».

Переживание психотравмирующего влияние этого фактора медицинскими работниками окрашено резко отрицательными эмоциями и наполнено реакциями протеста.

2. Снижение социально-профессионального статуса медицинского работника, связанное со спецификой и содержанием информационного поля вокруг профессии, в том числе в сети Интернет. Фактор выражается в большом количестве негативно окрашенных субъективных, часто анонимных и однобоких сообщений, в написании комментариев, нередко носящих оскорбительный и угрожающий характер в сторону медицинских работников, в проявлениях «пациентского экстремизма» (уже само появление данного термина говорит о достаточно большом масштабе данного явления).

Психотравмирующее влияние фактора проявляется в процессах обособления медицинского сообщества, в антагонистических тенденциях между врачом и пациентом. Такие тенденции разрушают саму суть медицинской профессии, нацеленную на альянс с пациентом для достижения целей лечения.

3. Фактор как тенденция к сведению всех неблагоприятных исходов лечения, включая врачебную ошибку (добросовестное заблуждение врача в диагнозе, методах лечения, проведении операций и т.д.), и **несчастные случаи** (причиной которых является невозможность со 100%-ной гарантией предвидеть исход медицинского вмешательства и предотвратить из-за объективно складывающихся обстоятельств неблагоприятный исход) **к наказуемым упущениям, за которые следует уголовное наказание.** Влияние этого фактора влечет за собой нивелирование признания факта, что медицина до сих пор является рискованной сферой деятельности. Фактор порождает профессиональный страх и тревогу у медицинского работника, апатию, нежелание применять различные методы лечения, формализацию и редукцию профессиональной деятельности, то есть заставляет специалиста проявлять поведение характерное сразу для третьей стадии эмоционального выгорания.

Описывая «новые» факторы эмоционального выгорания, следует выделить предположение, заключающееся в том, что если более традиционные факторы воздействуют на специалиста постепенно, пошагово, лишь к третьей стадии эмоционального выгорания приводя к дезадаптации и нарушениям в смысловом, экзистенциальном поле профессионала, то новые факторы воздействуют напрямую на смысловое поле

медицинской деятельности, изменяя и разрушая его связи. Отдельно можно отметить высокую скорость появления и неизбежность этих факторов. Такая скорость изменений не позволяет ни отдельному медицинскому работнику, ни всему медицинскому сообществу столь же быстро выработать адаптационные механизмы, позволяющие сколько-либо значительно снизить психотравмирующее влияние этих факторов.

Для понимания психологических защит, возникающих на месте адаптационных механизмов под воздействием «новых» и традиционных факторов, можно обратиться к уровневой модели строения защиты, предложенной Захаровой Ю.Б., которая включает:

- внутреннюю защиту – применение защитных механизмов при угрозе «Я-образу» (личностной идентичности) со стороны собственного опыта;

- межличностную защиту – применение защитных механизмов при угрозе личностной идентичности субъекта со стороны другого;

- защиту, направленную на сохранение «Мы-образа» – применение защитных механизмов при угрозе социальной идентичности индивида во взаимодействии его как члена определенной социальной группы с членами других групп.

Таким образом, при анализе структуры синдрома эмоционального выгорания перед или в процессе создания и реализации программ профилактики и коррекции СЭВ, на наш взгляд, следует обратить внимание на стадию эмоционального выгорания, особенности проявления симптомов, их глубину, определить набор актуальных в данном конкретном случае факторов, набор и степень воздействия психотравмирующих влияний и уровень психологической защиты, выраженной в специфическом эмоциональном поведении группы профессионалов или отдельного специалиста. При анализе психотравмирующих влияний, следует обратить внимание, на то какие факторы являются преодолимыми, а какие нет. То есть определить, какие факторы можно «убрать», в том числе путем смены направления медицинской деятельности, а иногда и путем смены профессии.

КЛЮЧЕВЫЕ ПОНЯТИЯ

СЭВ; эмоциональное, профессиональное поведение; профессиональные психотравмирующие факторы; профессиональный стресс; психологическая защита; функции эмоций; стадии развития СЭВ; симптомы СЭВ; факторы СЭВ, специфические и «новые» факторы СЭВ, уровень психологической защиты.

2. ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ. ВОЗМОЖНОСТИ НКО

Вопросы диагностики СЭВ

К традиционным и апробированным методам психологической диагностики стадий и симптомов СЭВ относятся: методика К. Маслач, адаптирована Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой, и методика диагностики уровня эмоционального выгорания, разработанная В.В. Бойко. В *Приложениях 1, 2, 3* приведены примеры использования данных методик на этапах первичной психодиагностики, диагностики с целью исследования динамики выраженности синдрома эмоционального выгорания, анализ специфики эмоционального выгорания. *Приложение 4* содержит экспресс-диагностику СЭВ, разработанную специалистом проекта Румянцевой А.В.

Дополнительно, при необходимости, можно исследовать психофизиологические особенности, индивидуально-психологические особенности, эмоциональную и мотивационную сферы личности, то есть исследование влияния личностных факторов эмоционального выгорания.

Мы не приводим рекомендуемых методов диагностики личностных особенностей в силу того, что акцент в данном методическом пособии авторы делают на влиянии организационных и специфических факторов, а также с учетом того, что корректное исследование личностных факторов в процессе развернутой картины СЭВ не всегда возможно (невозможно более или менее точно утверждать – являются ли диагностируемые особенности личности причиной или результатом развития синдрома). Проведение диагностики личностных особенностей и исследование личного опыта, в потенциале способных стать факторами эмоционального выгорания, важно проводить на этапах профилактики синдрома, в том числе на этапе выбора направления медицинской деятельности и на этапе первичной адаптации специалиста в медицинском учреждении. Именно на этих этапах диагностические результаты будут наиболее полезны для специалиста и послужат реализации целей профилактики СЭВ.

Но тем не менее, в процессе диагностики СЭВ важно определить актуальное состояние профессиональной мотивационной сферы, используя метод интервью или консультационной беседы. Необходимо выявить субъективную оценку специалиста изменений профессиональной мотивации до проявления и после проявления симптомов

СЭВ. Это позволит повысить уровень рефлексии диагностируемого и актуализировать воспоминания о мотивационной сфере, не пораженной синдромом. Ведь именно в мотивационной сфере лежит мощный пласт профессиональных смыслов и личных профессиональных целей, являющихся внутренним ресурсом для преодоления синдрома.

Организационные факторы СЭВ могут быть выявлены методом экспертных оценок организационной культуры и структуры, содержания и структуры личностных и профессиональных конфликтов и противоречий в организации.

Отдельно следует рассматривать диагностику, проводимую во время коррекционной работы, в процессе проведения групповой или индивидуальной работы. Такая диагностика может выявить индивидуальные или групповые стратегии копинг-поведения. Проведение диагностики во время коррекционной работы требует большого практического опыта от специалиста-психолога и основывается на умении выделить, сопоставить значимые, повторяющиеся феномены поведения и эмоционального реагирования, проявляющиеся во время психокоррекционной работы.

Диагностике СЭВ, ее задачам посвящено огромное количество литературы, поэтому авторы решили привести специфическую задачу, решаемую диагностикой СЭВ именно среди медицинских работников. Задача связана с особенностями мышления медицинских работников и схожести восприятия результатов диагностики с результатами медицинских анализов. Такое восприятие помогает признать наличие симптомов СЭВ специалистами. Для более адекватного принятия наличия симптомов, повышения мотивации к коррекционной работе необходимо провести работу, направленную на нормализацию эмоционального опыта, связанного с СЭВ. То есть параллельно с диагностикой проводится информирование о СЭВ как о способе эмоциональной защиты от психотравмирующих влияний факторов эмоционального выгорания, а не личном дефекте сотрудника. В процессе информирования важно мягко преодолеть психологическое сопротивление медицинских работников, основанное на существующем стереотипе, что наличие СЭВ равно профессиональной непригодности, что эмоциональное выгорание – однозначно «Вон из профессии!». Важно пояснить, что наличие синдрома – скорее, правило в современных условиях, нежели исключение.

Также с целью облегчения принятия результатов диагностики, в случае проведения групповых диагностических процедур, можно сообщить общие результаты диагностики публично, в группе, в то время, как индивидуальные результаты, анализ особенностей СЭВ отдельного

специалиста, озвучить во время индивидуальной психологической консультации. Если диагностика изначально проводится в индивидуальном порядке, то для нормализации опыта можно привести обобщенные данные исследования других медицинских работников. Нормализация эмоционального опыта (как признание нормальности проявляемых реакций при воздействии ненормальных факторов), получаемого в процессе развития синдрома, снимает тревогу, связанную с принятием и осознанием наличия симптомов, облегчает проживание чувств стыда и вины, вызванных фактом признания симптомов. Таким образом, диагностика сама по себе может выступать методом коррекционного воздействия.

Важно упомянуть, что авторы придерживаются мнения, что проводить процедуры диагностики и информирования должны специалисты, не входящие в штат медицинской организации. Это обеспечивает соблюдение принципа конфиденциальности, отвечает требованиям этики психологической работы, требованиям уважения к личности диагностируемых и исключает возможность манипуляции полученными данными в личных интересах сотрудниками организации. Следствием этого является мнение, что результаты диагностики предоставляются для руководителей в обобщенном виде, на диагностическую группу, в целом избегая информирования о конкретных показателях отдельного работника. Вопрос информирования руководства организации при получении данных, свидетельствующих об опасности продолжения профессиональной деятельности медицинским работником для себя и пациентов, должен быть рассмотрен в индивидуальном порядке. Важно помнить, что невозможно дать точную оценку касательно опасности, связанной с продолжением медицинской деятельности, опираясь только на результаты диагностической процедуры, основанной на субъективных ответах на вопросы.

Вопросы профилактики и коррекции СЭВ

Тема профилактики эмоционального выгорания, пожалуй, наиболее полно освещена в специальной литературе. Существуют достаточное полные описания методов тайм- и стресс-менеджмента, методов коучинга и консалтинга, техник сохранения баланса между рабочим и личным пространством, техник саморегуляции и т. д. Часто эти же методы рекомендуют как методы коррекции симптомов СЭВ. Увы, большинство таких техник и методов чаще всего направлены на повышение эффективности профессиональной деятельности, улучшение качества оказа-

ния медицинской помощи и соответственно на пациента, на удовлетворение потребностей организации, а не на медицинского работника как отдельного субъекта жизнедеятельности и только в частности субъекта лечебно-диагностического процесса. В то время, как коррекция синдрома, на наш взгляд, связана с постановкой в центр внимания личности медицинского работника, его психического и психологического здоровья и через помощь медицинскому работнику через сохранение его здоровья решаются задачи повышения эффективности.

Методы и техники консалтинга по-настоящему действенны и полезны на этапе профилактики СЭВ, эффективны для решения задач повышения мотиваций, в том числе к развитию профессиональному росту. Но их применение связано с дополнительным напряжением, необходимостью аккумуляции внутренних сил и ресурсов, что часто невозможно для личности медицинского работника с развернутой картиной синдрома, и так испытывающего на стадиях «эмоционального напряжения» и «резистенции» колоссальные эмоциональные нагрузки и напряжение всех душевных сил. Применение техник стресс- и тайм-менеджмента в целях коррекции напоминает лозунги: «Давай напряжемся, чтобы меньше напрягаться», «Если вы напряжены, давайте напряжемся еще сильнее, но, например, в другой сфере».

Но, конечно, не все так грустно, и на ранних стадиях эмоционального выгорания применение, например, методов регуляции и баланса работы и отдыха может оказать кратковременное положительное влияние. Но если не происходит кардинального изменения в личности специалиста, если воздействие психотравмирующих влияний не ослабевает, то многие усилия тщетны.

На наш взгляд, большой ресурс профилактики эмоционального выгорания лежит в области неукоснительного соблюдения **психогигиены и гигиены труда** медицинского работника, основанных на научных принципах организации трудовой деятельности, а также в сфере **повышения уровня психологической грамотности и психологической культуры** отдельных медицинских работников и медицинского сообщества в целом. Именно низкий уровень развития психологической культуры часто служит препятствием на пути своевременного обращения медицинского работника за психологической и медицинской психотерапевтической помощью, в том числе в случае проявления симптомов СЭВ.

Отдельно можно выделить мероприятия, связанные с профилактикой эмоционального выгорания, проводимые на стадии формирования медицинского работника как профессионала, на стадии обучения.

1. Информирование о симптомах, стадиях и факторах СЭВ. Пояснение различий между эффективной и неэффективной психологической защитой, пояснение задач и трудностей адаптации к профессиональной деятельности.

2. Проведение психологической диагностики с целью выявления личностных факторов, потенциально приводящих к развитию синдрома, проведение психокоррекции, помощь в выработке индивидуальных механизмов адаптации.

3. Дополнительная профориентация, связанная с выбором направления медицинской деятельности.

4. Содействие формированию коммуникативных навыков и компетенций.

5. Формирование высокого уровня психологической грамотности, в том числе формирование навыков психологической поддержки пациента, практически наравне с формированием навыков осуществления медицинских манипуляций. Формирование компетенций в области медицинской психологии.

6. Формирование психологической культуры среди будущих медицинских работников.

Многие из этих мероприятий, в том числе мероприятия, связанные с формированием компетенций и психологической культуры, возможно реализовать, используя ресурс медицинского добровольчества, в котором, например, отдельно существует направление «Психологическая поддержка пациентов». Опыт авторов проведения дополнительных курсов в медицинских СУЗах по теме «Эмоциональное выгорание и психологическая поддержка пациентов» показывает значительное снижение у участников курсов тревоги перед началом трудовой деятельности и исчезновение страхов, связанных с необходимостью обращения за психологической помощью.

Приобретение необходимого личного опыта и дополнительных психологических компетенций возможно и в других направлениях медицинского добровольчества, таких, например, как оказание помощи медицинскому персоналу в уходе за пациентом, где благополучатель – сотрудник медицинского учреждения – является еще и наставником добровольца. В этом случае профилактика эмоционального выгорания направлена не только на будущего, но и на действующего медицинского работника. Осуществляется через повышение уровня значимости действующего медицинского работника, через облегчение и снижение уровня профессиональной нагрузки, что расширяет профилактику СЭВ, до коррекции симптомов, связанных с высоким уровнем нагрузок.

На данном этапе еще мало используется ресурс медицинского добровольчества как инструмент повышения уровня открытости медицинских учреждений. Хотя потенциал добровольчества сопоставим по своим возможным влияниям с такими методами, как открытые финансовые отчеты медицинских учреждений.

Создание программ психологической коррекции СЭВ, апробация методов и техник психологической коррекции, изучение опыта и практики коллег в области психологической коррекции подтвердили мнение о необходимости использования мультимодального подхода и выявили следующие вопросы, решение которых содействует коррекции СЭВ.

1. Преодоление сопротивления психологической диагностике и коррекции. Связан с устоявшимся пренебрежительным отношением к методам научной психологии в среде медицинских работников; страхом перед психологическим вмешательством, в том числе с непониманием различия между психологической и психиатрической помощью; стереотипами, отражающими мнение, что за психологической помощью обращаются только слабые; страх и опасение, что обращение за психологической помощью негативно скажется на имидже и репутации медицинского работника, что повлечет санкции и изменение отношения руководства; в свою очередь руководители испытывают страх потери авторитета. Вопрос решается путем проведения информирования о психологической коррекции, ее целях, задачах, возможном эффекте, уже достигнутых результатах, опыте специалистов-психологов; информирования о понимании процессов СЭВ, факторах, его вызывающих, немаловажную роль играет «эффект узнавания» в описаниях психологов симптомов, присутствующих у участников группы; провозглашением и соблюдением принципа конфиденциальности, корректное введение в состав психологической группы руководителей, при необходимости корректное исключение руководителей из группы и перевод их на индивидуальные консультации.

2. Формирование из медицинских работников групп с целью психологической коррекции, соблюдение стабильности состава психологической группы. Практика показала, что наиболее эффективно групповая психологическая коррекция проходит, если состав группы включает в себя медицинских работников из различных организаций (состав работников, представляющих одну организацию не более 50%). Трудностью при решении такого вопроса становится совмещение графиков медицинских работников разных организаций, что требует гибкости при составлении графика встреч, повторения

одинаковых по содержанию коррекционных тренингов, в случае невозможности посещения тренинга частью группы.

3. Сочетание групповых и индивидуальных методов психологической работы. Решение данного вопроса не вызвало затруднений у авторов методического пособия, так как есть большой опыт ко-терапии, в том числе опыт перераспределения между собой функций ведущего групп и ведущего индивидуальное консультирование. Совместный опыт позволил сохранить единство психологического подхода и сохранение индивидуальных коррекционных линий участников. В других случаях потребуются достаточно полное предварительное согласование взглядов, применяемых методик и стиля психологической коррекции.

4. Обеспечение мультимодальности психологической коррекции. Опыт показал, что наибольший эффект оказывает применение и сочетание различных видов и направлений психологической работы. Например, сочетание методов экзистенциальной терапии, гештальт-подхода, арт-терапии, КПТ, телесно-ориентированной терапии, музыкальной терапии. Вопрос решается либо высоким уровнем и разнонаправленностью профессиональной подготовки психологов, либо путем подбора специалистов в различных направлениях, что также потребует предварительного согласования взглядов и представлений психологов.

Направления психологической коррекции

Процесс психологической коррекции синдрома эмоционального выгорания не быстрый. Синдром развивается и усложняется на протяжении не одного года, нередко на протяжении десятка лет, а формирование новых адаптационных механизмов личности, стратегий копинг-поведения, новых форм эмоционального реагирования и поведения занимает немало времени. Чем сильнее психологическая защита в форме специфического эмоционального профессионального поведения вплетена в структуру личности, чем сильнее выражены симптомы СЭВ, тем дольше по времени займет процесс психологической коррекции. Но тем не менее, даже небольшие изменения, даже просто возможность осознавать симптом или психотравмирующее влияние приносят значительное облегчение.

Можно выделить два основных стратегических направления.

1. Снижение значения и психотравмирующего влияния факторов СЭВ. На первом этапе следует совместно с медицинским работником разделить факторы по принципу возможности изменить или уда-

лить их влияние (от могу полностью сам или с помощью других, до не могу сам, не могут другие). Уже сам факт сортировки повышает уровень рефлексии, усиливает различительные способности и вносит осознание в ранее единый монолит эмоционального опустошения. Появление теоретической и практической возможности изменить факторы СЭВ снижает чувство беспомощности и бессилия, но одновременно повышает и активизирует чувство тревоги, злости, связанные с факторами, на которые медицинский работник повлиять не может. Такая сортировка и процесс осознания служит толчком к эмоциональному отреагированию, как правило, существовавших и ранее ненеосознаваемых эмоций и мощным стимулом к проговариванию мыслей, чувств, состояний и переживаний, связанных с факторами СЭВ, ранее активно не предъявляемых. В процессе групповой работы у некоторых участников это занимало практически все время встречи.

Следующий этап заключается в поиске и принятии ресурсов, как внутренних, так и внешних, для хотя бы частичного изменения влияния факторов и претворении в жизнь таких изменений. Не следует путать в данном контексте ресурсное положительное состояние и ресурс. Ресурс — это обязательно что-то сугубо положительное, например, страх пред соматическим заболеванием, страх потерять семейные отношения, тоже являются ресурсом, так как обладают мощной эмоциональной нагрузкой и личностным значением, за ними стоят актуально признаваемые потребности. Например, принятия решения об отмене совмещения двух должностей при признании своего состояния близким к «помешательству» (ресурс — страх, потребность — в сохранении психического здоровья, в безопасности).

При работе с факторами, изменение которых невозможно, также следует искать ресурсы. Только они чаще всего лежат в области личных либо общечеловеческих смыслов (переосмысление) и личных отношений, опознавания и осознание своих эмоциональных реакций, признания границ собственного могущества, а иногда и принятия личной ответственности за влияние фактора. Отдельно следует упомянуть, что при работе с факторами, связанными со смертью, от психолога требуется личная и профессиональная возможность работать с этой тематикой, потому что от отношения, эмоционального реагирования, возможности прямого взаимодействия с фактором специалиста-психолога прямым образом зависит возможность наиболее полного осмысления и определения отношения с экзистенцией конечности участника программы коррекции.

2. Снижение и коррекция симптомов СЭВ

Пожалуй, самое творческое, с точки зрения работы психолога, направление. Возможно применение огромного спектра методов и техник. Однако авторы рекомендуют применять стратегию от легкого к сложному, тяжёлому и от актуального к тому, что еще может подождать. То есть признание и коррекция симптомов начинаются от наиболее легких для признания-принятия, постепенно переходя к симптомам нагруженными при признании сильным отрицательным эмоциональным фоном (например, от симптома экономии эмоций к симптому исключения эмоций уже из внепрофессиональной сферы; от снижения профессиональной эффективности к редукции профессиональной деятельности; от легких симптомов дегуманизации к признанию проявлений цинизма). Одновременно первичной коррекции подлежат наиболее актуальные симптомы, приносящие непосредственное страдание в данный момент или наиболее сильно угрожающие соматическому и психическому здоровью. Именно в рамках направления коррекции симптомов наиболее полно можно работать с восстановлением функций эмоций, в том числе за счет постепенного повышения толерантности, переносимости собственных и чужих эмоций.

Если такая возможность существует, то авторы рекомендовали бы работать одновременно по двум направлениям, пересекая коррекционное воздействие. Так как при работе только с симптомом, не снижая нагрузки влияния факторов, есть опасность новой манифестации симптома под продолжающимся воздействием. А при работе только с факторами, игнорируя симптомы, есть риск распространения аналогичного симптоматического реагирования при воздействии других факторов.

В рамках мультимодального подхода, на взгляд авторов, наибольшую эффективность показали методы и техники гештальт-терапии, как имеющие большие возможности работать с эмоционально-чувственной сферой и симптомами отчуждения от потребностей, эмоций; элементы экзистенциональной терапии, как ресурс работы со смысловой сферой; методы и техники арт-терапии, позволяющие диссоциировано работать с симптомами, включая работу с образами, личными и общечеловеческими символами, метафорами состояний, ситуаций и элементов поведения и стратегиями копинг-поведения; методы и техники телесно-ориентированной терапии имеющие возможность непосредственно снижать физические и эмоциональные симптомы напряжения, повышать энергетический тонус и корректировать телесные симптомы эмоционального отчуждения.

Возможности некоммерческих организаций (НКО) в профилактике и коррекции СЭВ

Авторам методического пособия возможности некоммерческих организаций в профилактике и коррекции СЭВ представляются довольно обширными.

1. Создание, согласование с учреждениями здравоохранения и реализация программ и проектов, направленных на информирование о симптомах, факторах СЭВ, влиянии СЭВ на личность и профессиональную деятельность.

2. Содействие формированию психологической культуры, через создание и реализацию просветительских, информационных программ.

3. Содействие ранней профилактике СЭВ, уже на этапе обучения будущих медицинских работников, путем активизации ресурса медицинского добровольчества, через создание, реализацию программ подготовки и сопровождения деятельности добровольцев, на основе компетентностного подхода.

4. Создание и курирование пациентских сообществ, настроенных на поиск альянса и взаимодействия с медицинским сообществом.

5. Реализация на своей базе программ психологической коррекции и профилактики СЭВ, в том числе в роли исполнителя государственного заказа или поставщика социальных услуг.

6. Привлечение внимания общественности к синдрому эмоционального выгорания медицинских работников, к их нуждам и потребностям.

Большинство направлений использования ресурса НКО авторы методического пособия уже довольно успешно реализуют в своих некоммерческих организациях.

КЛЮЧЕВЫЕ ПОНЯТИЯ

Диагностическая методика; метод интервью; метод экспертных оценок; задачи диагностики; нормализация эмоционального опыта; бережное отношение к специалисту во время диагностики; выбор методов профилактики СЭВ; психологическая грамотность; психологическая культура медицинского сообщества; ресурс медицинского добровольчества; мультимодальный подход в психологической коррекции СЭВ; вопросы, решаемые при проведении коррекции; направления психологической коррекции; методы психологической коррекции; возможности некоммерческих организаций.

Краткий список рекомендуемой литературы

1. Безносов С.П. Профессиональная деформация личности. – СПб.: Речь, 2004. – 272 с.
2. Бойко В.В. Энергия эмоций. – СПб.: Питер, 2004.
3. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. – СПб., 1999.
4. Биктина Н.Н. Особенности проявления эмоционального выгорания у персонала отделения паллиативной медицинской помощи ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный университет».
5. Бодров В.А. Психология профессиональной деятельности. – М.: Институт психологии РАН, 2006.
6. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания. Диагностика и профилактика. 2-е изд. – СПб.: Питер, 2008.
7. Долгова В.И., Кондратьева О.А. Психологическая защита /монография. – М.: Издательство Перо. 2014. – 160 с.
8. Котова Е.В. Профилактика синдрома эмоционального выгорания: учебное пособие [Электронный ресурс]. Электрон. дан. / Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2013.
9. Лэнгле А. Экзистенциальный анализ синдрома эмоционального выгорания.
10. Котова Е.В. Профилактика синдрома эмоционального выгорания: учебное пособие [Электронный ресурс]. Электрон. дан. / Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2013.
11. Лэнгле А. Введение в экзистенциально-аналитическую теорию эмоций: прикосновение к ценности // Вопросы психологии. 2004. № 4. С. 3–21.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Результаты психодиагностического исследования синдрома эмоционального выгорания у сотрудников Центра паллиативной помощи

В исследовании приняло участие 34 сотрудника пилотной организации.

С помощью методик «Профессиональное (эмоциональное) выгорание» К. Маслач и С. Джексона (MBI) в адаптации Н. Водопьяновой, Е. Старченковой (вариант для медицинских работников (врачей); «Диагностика эмоционального выгорания личности» В.В. Бойко; «Экспресс-оценка выгорания» В. Каппони, Т. Новак и специально разработанной для целей исследования методики выявления организационных и личностных факторов, способствующих эмоциональному выгоранию было выявлено, что:

Степень выраженности эмоционального выгорания

Интегральный показатель выгорания соответствует диапазону средней степени (5–6 баллов по методике К. Маслач и С. Джексона и 96 баллов по опроснику «Диагностика эмоционального выгорания личности» В.В. Бойко.) У 97% сотрудников был обнаружен хотя бы один из симптомов выгорания.

Таблица 1

**Количество сотрудников с разным уровнем эмоционального выгорания
(по методике В.В. Бойко, на основе интегрального показателя
выгорания, %)**

Уровень выгорания	% сотрудников
Синдром эмоционального выгорания сформировался	6,25
Синдром эмоционального выгорания активно формируется	28,1
Выявлены признаки эмоционального выгорания	65,6

Диагностика ведущих симптомов эмоционального выгорания и определение того, к какой фазе развития стресса они относятся.

У большинства из медицинских работников преобладают симптомы фазы резистенции. У 18 % она сложилась, у 33% складывается. Доминирующие симптомы – редукция профессиональных обязанностей, расширение сферы экономики эмоции и неадекватное избирательное эмоциональное реагирование.

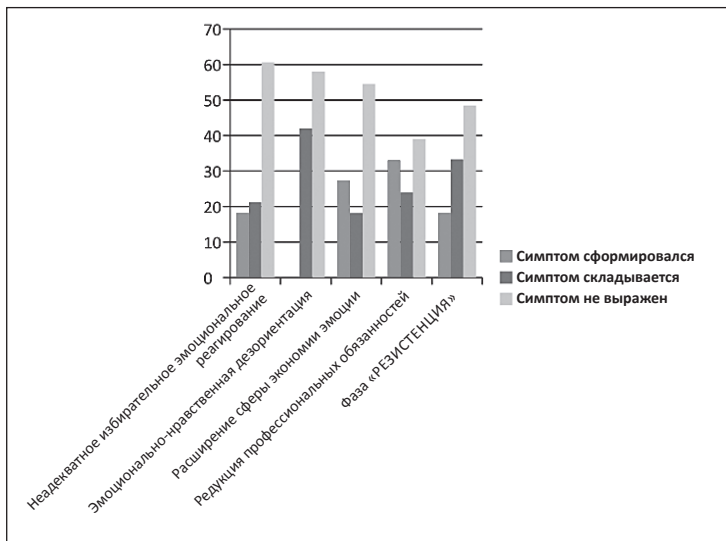


Рис. 1. Количество сотрудников с разной выраженностью симптомов «выгорания» фазы «Резистенция» по методике Бойко (%).

У 9 % сотрудников установлено наличие сформировавшейся фазы «Истощение», что свидетельствует о явных признаках выраженной психической дезадаптации в виде синдрома эмоционального выгорания. Еще у 24 % фаза в стадии формирования. Доминирующий симптом – эмоциональная отстраненность. (По данным методики «Диагностика эмоционального выгорания личности» В.В. Бойко.)

Полученные данные подтверждаются результатами по методике «Профессиональное (эмоциональное) выгорание» К. Маслач и С. Джек-сон (вариант для медицинских работников (врачей)). У сотрудников пилотной организации выявлены деперсонализация (цинизм) и редукция персональных достижений в диапазоне средней степени выраженности (2 б. и 2 б.). Что предполагает циничное отношение к труду и объектам своего труда, развитие негативных или безразличных установок по отношению к людям, обезличивание отношений с людьми и сни-

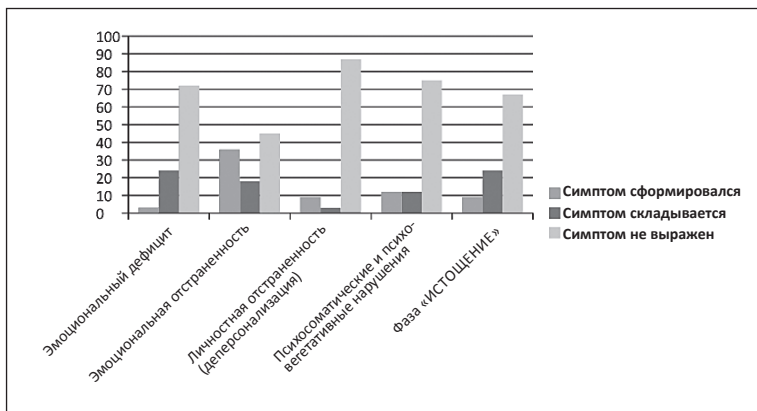


Рис. 2. Количество сотрудников с разной выраженностью симптомов «выгорания» фазы «Истощение» по методике Бойко (%).

женную самооценку значимости действительно достигнутых результатов при вторичном снижении продуктивности из-за изменения отношения к работе.

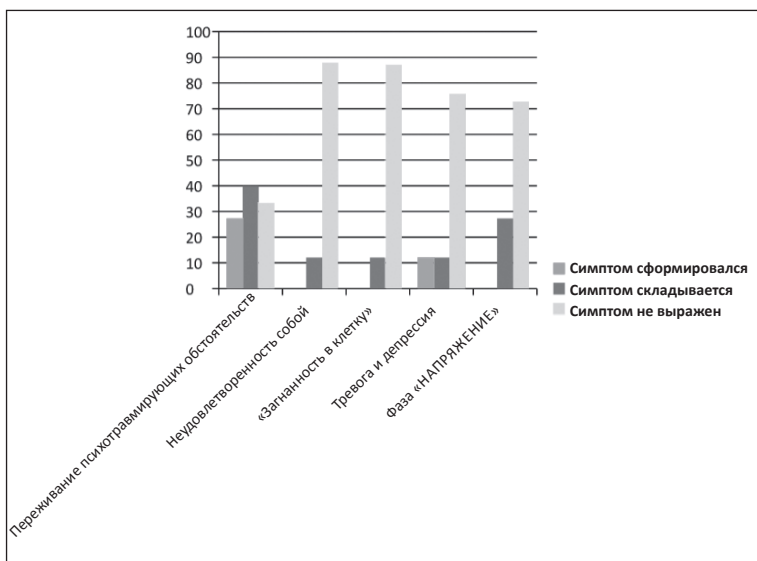


Рис. 3. Количество сотрудников с разной выраженностью симптомов «выгорания» фазы «Напряжение» по методике Бойко (%).

Изучение степени выраженности отдельных показателей выгорания показало, что максимально выражены переживание психотравмирующих обстоятельств, расширение сферы экономии эмоции (не хочется общаться даже с близкими и членами семьи), редукция профессиональных обязанностей (стремление облегчить или сократить обязанности, которые требуют эмоциональных затрат) и эмоциональная отстраненность (человек приучается работать как бездушный автомат).

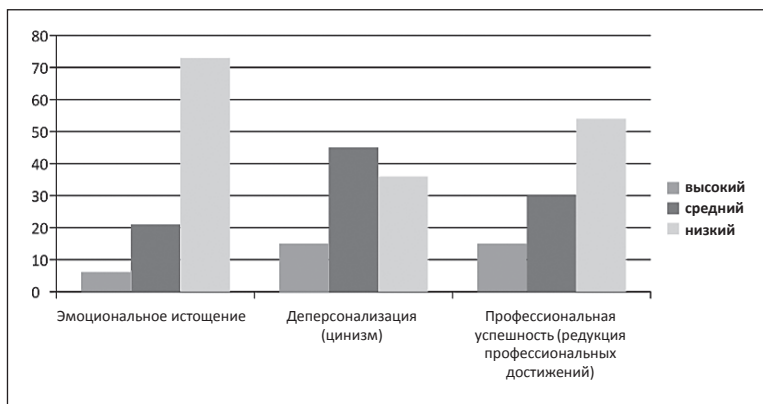


Рис. 4. Количество сотрудников с разным уровнем развития симптомов эмоционального выгорания по методике Маслач (%)

О глубине происходящих изменений свидетельствуют начавшиеся изменения в состоянии здоровья: психосоматические и психовегетативные нарушения (неприятные ощущения в области сердца, сосудистые реакции, обострения хронических заболеваний, ВСД и т.п.).

Полученные данные сопоставлялись с экспертными оценками 4-х специалистов: 2-х врачей и 2-х психологов. Статистический анализ показал согласованность экспертных оценок; оценки психологов характеризуются большей когнитивной сложностью и глубиной. В целом, экспертные оценки подтверждают данные психодиагностических методик.

Таблица 2

**Выраженность показателей эмоционального выгорания
(средние значения)**

	Среднее значение
<i>Симптомы фазы напряжения</i>	26,45
1.Переживание психотравмирующих обстоятельств	12,18
2. Неудовлетворенность собой вследствие неудач или неспособности повлиять на психотравмирующие обстоятельства	3,7
3. «Загнанность в клетку», чувство беспомощности	3,61
4. Тревога и депрессия	6,97
<i>Симптомы фазы резистенции</i>	39,2
1. Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование (человек неадекватно «экономит» на эмоциях, ограничивает эмоциональную отдачу за счет выборочного реагирования на ситуации по принципу «хочу или не хочу»)	8,06
2. Эмоционально-нравственная дезориентация (человек осознает, что не проявляет должного эмоционального отношения к людям и находит себе оправдание: «почему я должен за всех волноваться?»; делит подопечных на «хороших» и «плохих» и т.п.)	8,7
3. Расширение сферы экономии эмоции (не хочется общаться даже с близкими и членами семьи)	10,1
4. Редукция профессиональных обязанностей (стремление облегчить или сократить обязанности, которые требуют эмоциональных затрат)	12
<i>Симптомы фазы истощения</i>	30,3
1. Эмоциональный дефицит (ощущение, что эмоционально не можешь помогать пациентам; не в состоянии войти в их положение, сопереживать; появляются раздражительность, обиды, резкость, грубость)	5,3

2. Эмоциональная отстраненность (человек приучается работать как бездушный автомат; в демонстративной форме пациентам и их родственникам всем своим видом транслируется: «вы мне безразличны»)	11
3. Личностная отстраненность или деперсонализация (появляется антигуманистический настрой, цинизм; работа с людьми становится неинтересна, не доставляет удовлетворения; некоторые люди склонны к мыслям: «ненавижу...», «презираю...», «взять бы автомат и всех перестрелять»)	6,12
4. Психосоматические и психовегетативные нарушения (часто это неприятные ощущения в области сердца, сосудистые реакции, обострения хронических заболеваний, ВСД и т.п.)	7,3

Среди организационных факторов максимальный вес имеют необходимость работать с неизлечимыми болезнями и смертью пациентов, взаимоотношения с коллегами в коллективе, поддержка со стороны руководства и людей, стоящих выше по своему профессиональному положению, большая физическая и психологическая нагрузка, редкие поощрения, недостаточные возможности повышения квалификации и невыполнимость в сложившихся условиях медико-экономических стандартов и требований к объему медицинской помощи. Факторы перечислены в соответствии с рангами их значимости.

Таблица 3

Выраженность организационных и личностных факторов, влияющих на эмоциональное выгорание (средние значения)

2. У нас на работе огромная физическая и психологическая нагрузка	1
3. Я и мои коллеги имеем дело с неизлечимыми болезнями и смертью пациентов	2
13. На нашей работе поощрение встречается редко и недостаточно	0,94
18. Я повышал квалификацию систематически	0,84
20. Медико-экономические стандарты, требования к объему медицинской помощи, которую я должен оказать по отношению к пациенту, в сложившейся ситуации невыполнимы из-за недостаточного финансирования здравоохранения	0,84

21. Взаимоотношения с коллегами в нашем коллективе можно назвать хорошими	1,2
22. В учреждении, где я работаю, руководство и люди, стоящие выше по своему профессиональному положению, оказывают поддержку работникам	1
24. Я получаю поддержку от семьи и друзей	1,5
27. Работать с безнадежно больными и умирающими людьми тяжело	1,4
28. Часто я думаю, что ошибся в выборе профессии и места работы. Мои личностные особенности не соответствуют специфике выбранной профессии.	-2
32. Я переживаю чужую беду как собственную	-1
33. Мне приходится эмоционально отдаляться от смерти пациента	0,8

Недостаточно задействованы пока 2 ресурса: помощь в адаптации новым сотрудникам и сотрудникам, находящимся в личном кризисе, и обучение психологической специфике работы именно в паллиативной помощи.

Среди личных и индивидуальных факторов наиболее значимы возможность получить поддержку от семьи и друзей, уверенность в выборе профессии и места труда и представление о ценности и значимости своей работы и эмоциональное отдаление от смерти пациента.

Статистический анализ взаимосвязей показателей эмоционального выгорания и степени выраженности организационных и личностных факторов показал, что прослеживаются множественные значимые взаимосвязи.

Таблица 4

**Максимальные значения корреляций СЭВ
с организационными факторами**

Показатель	r=
1. Мне приходится выполнять такой большой объем работы, который невозможно делать качественно	0,53
2. У нас на работе огромная физическая и психологическая нагрузка	0,45

3. Я и мои коллеги имеем дело с неизлечимыми болезнями и смертью пациентов	0,3
4. У меня невысокая заработная плата	-
5. Условия труда, в которых я работаю, можно назвать неудовлетворительными	0,39
6. Я чувствую социальную незащищенность	0,53
7. Требования к моей работе неоднозначны	0,48
8. Я сталкиваюсь с давлением пациентов и их родственников	0,43
9. Я сталкиваюсь с давлением со стороны руководства	0,59
10. За выходные мне не удастся полноценно отдохнуть	0,6
11. В сложившейся ситуации часто случаются переработки	0,41
12. Меня беспокоит риск выговоров и лишения премии	0,38
13. На нашей работе поощрение встречается редко и недостаточно	-
14. Моя работа очень однообразна	-
15. Мои пациенты и их родственники не готовы выполнять данные им рекомендации	0,33
16. Работать по сменам, с дежурствами очень тяжело	0,31
17. Я проходил специальное обучение работы в паллиативном учреждении, включающей подготовку по работе с пациентами и их родственниками	-
18. Я повышал квалификацию систематически	-
19. У меня ненормированный рабочий день, сверхурочная работа, связанная с совмещением должностей или дополнительной профессиональной нагрузкой	0,32
20. Медико-экономические стандарты, требования к объему медицинской помощи, которую я должен оказать по отношению к пациенту, в сложившейся ситуации невыполнимы из-за недостаточного финансирования здравоохранения	0,36
21. Взаимоотношения с коллегами в нашем коллективе можно назвать хорошими	-

22. В учреждении, где я работаю, руководство и люди, стоящие выше по своему профессиональному положению, оказывают поддержку работникам	-0,31
23. В нашем учреждении коллеги оказывают помощь в адаптации вновь пришедшим на работу и тем, кому требуется поддержка в данный момент	-
24. Я получаю поддержку от семьи и друзей	-
25. Я постоянно жду осложнений или ухудшения в состоянии больных	0,54
26. Я не вижу положительных результатов своих усилий	0,55
27. Работать с безнадежно больными и умирающими людьми тяжело	0,35
28. Часто я думаю, что ошибся в выборе профессии и места работы. Мои личностные особенности не соответствуют специфике выбранной профессии.	-0,6
29. Я сильно переживаю смерть пациентов	0,51
30. Я сильно переживаю от осознания бесполезности лечения, тщетности усилий по спасению жизни	0,49
31. Я постоянно сталкиваюсь со страхом смерти у пациента и его родственников	0,36
32. Я переживаю чужую беду как собственную	-
33. Мне приходится эмоционально отдаляться от смерти пациента.	0,36
34. Мое отношение к смерти можно охарактеризовать как личное	-

Примечание: все указанные корреляции статистически значимы. Больше 0,4 – сильная связь, с минусом – отрицательная связь (чем больше один показатель, тем меньше другой).

Анализ взаимосвязей степени выраженности синдрома эмоционального выгорания и организационных факторов показывает, что максимально тесно эмоциональное выгорание связано с такими факторами, как давление со стороны руководства, большой объем работы, невозможность отдохнуть за выходные и социальная незащищенность.

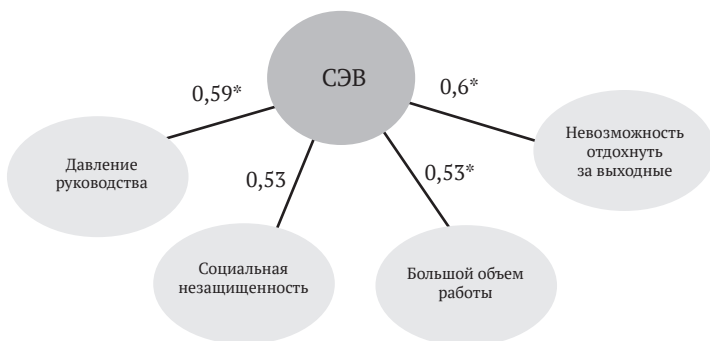


Рис. 5. Корреляционная плеяда зависимости эмоционального выгорания и организационных факторов

(Примечание: взаимосвязи значимы при $p=0,05$)

Среди личностных факторов максимально значимы постоянное ожидание ухудшения в состоянии пациента, осознание бесполезности лечения, ощущение того, что работа не приносит результата и сильное переживание смерти пациентов.

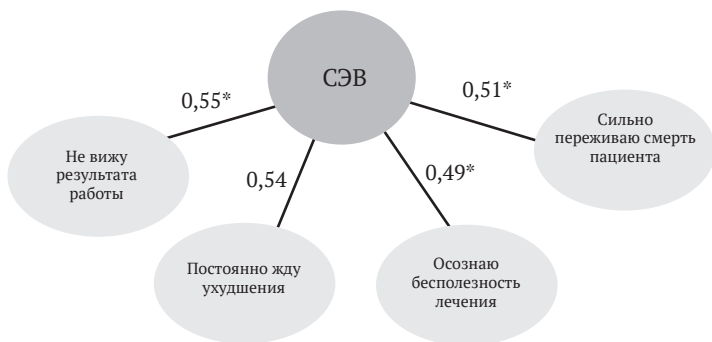


Рис. 6. Корреляционная плеяда зависимости эмоционального выгорания и личностных факторов

(Примечание: взаимосвязи значимы при $p=0,05$)

Анализ специфики эмоционального выгорания

На втором этапе проводился анализ специфики синдрома эмоционального выгорания у сотрудников Центра паллиативной помощи, для чего дополнительно было проведено исследование синдрома эмоционального выгорания у работников Онкологического диспансера, Центра СПИД и детской городской поликлиники №1 (всего дополнительно проведена психодиагностика у 29 человек).

Таблица 5

Выраженность симптомов, фаз и общего показателя выгорания в разных организациях (по методике В.В. Бойко, ср. знач.)

	Организации			
	№1	№2	№3	№4
<i>Симптомы фазы напряжения</i>	<i>29,4</i>	<i>24</i>	<i>55,7</i>	<i>32</i>
1.Переживание психотравмирующих обстоятельств	12,8	11,7	18,9	15
2. Неудовлетворенность собой вследствие неудач или неспособности повлиять на психотравмирующие обстоятельства	4,27	3,22	10,3	2
3. «Загнанность в клетку», чувство беспомощности	4,33	3	10,2	4
4. Тревога и депрессия	8	6,1	16,3	14
<i>Симптомы фазы резистенции</i>	<i>40,6</i>	<i>38,1</i>	<i>63,8</i>	<i>70</i>
1. Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование (человек неадекватно «экономит» на эмоциях, ограничивает эмоциональную отдачу за счет выборочного реагирования на ситуации по принципу «хочу – не хочу»)	7,6	8,4	13	21
2. Эмоционально-нравственная дезориентация (человек осознает, что не проявляет должного эмоционального отношения к людям, но находит себе оправдание: «почему я должен за всех волноваться?»; делит подопечных на «хороших» и «плохих» и т.п.)	9,3	8,2	14	4

3. Расширение сферы экономии эмоций (не хочется общаться даже с близкими и членами семьи)	12,2	8,2	16,6	30
4. Редукция профессиональных обязанностей (стремление облегчить или сократить обязанности, которые требуют эмоциональных затрат)	11	13	20	15
Симптомы фазы истощения	34,1	27	55,8	54
1. Эмоциональный дефицит (ощущение, что эмоционально не можешь помочь пациентам; не в состоянии войти в их положение, сопереживать; появляются раздражительность, обиды, резкость, грубость)	5,9	4,8	12,3	14
2. Эмоциональная отстраненность (человек приучается работать как бездушный автомат; при демонстративной форме пациентам и их родственникам всем своим видом транслируется: «вы мне безразличны»)	13	10	16	3
3. Личностная отстраненность или деперсонализация (появляется антигуманистический настрой, цинизм; работа с людьми становится неинтересна, не доставляет удовлетворения; некоторые люди склонны к мыслям: «ненавижу...», «презираю...», «взять бы автомат и всех перестрелять»)	6,1	6,2	14,7	11
4. Психосоматические и психовегетативные нарушения (часто это неприятные ощущения в области сердца, сосудистые реакции, обострения хронических заболеваний, ВСД и т.п.)	9,4	5,7	12,8	26
Интегративный	104	89	175	156

Результаты показывают, что особенностью эмоционального выгорания у сотрудников Центра паллиативной помощи является низкая осознанность проявлений синдрома, несмотря на их наличие. Полученные данные свидетельствуют о том, что фиксируются симптомы не только фазы напряжения, но и следующих позже фаз резистенции и истощения. Что, возможно, объясняется личностными особенностями и особенностями эмоциональной саморегуляции людей, оказываю-

щих паллиативную помощь. Следовательно, одной из первоначальных задач является повышение уровня осознанности своего состояния и его поведенческих проявлений.

Таблица 6

**Оценка сотрудниками выраженности организационных
и личностных факторов в разных организациях
(средние значения по шкале от 2 до -2)**

	Организации			
	№1	№2	№3	№4
1. Мне приходится выполнять такой большой объем работы, который невозможно делать качественно	-1	-1	1,4	0
2. У нас на работе огромная физическая и психологическая нагрузка	0,8	1,2	1,6	1
3. Я и мои коллеги имеем дело с неизлечимыми болезнями и смертью пациентов	1,7	1,8	2	1,5
4. У меня невысокая заработная плата	0,2	-0,1	1	0
5. Условия труда, в которых я работаю, можно назвать неудовлетворительными	-0,4	-1,3	0,3	0
6. Я чувствую социальную незащищенность	0,6	-0,9	0,9	1
7. Требования к моей работе неоднозначны	0,2	-0,4	0,7	0
8. Я сталкиваюсь с давлением пациентов и их родственников	0,5	0,2	0,3	-1
9. Я сталкиваюсь с давлением со стороны руководства	-0,2	-1,2	0,9	0,5
10. За выходные мне не удастся полноценно отдохнуть	-0,3	-0,3	1	1,5
11. В сложившейся ситуации часто случаются переработки	-0,2	-0,1	1,5	0,5
12. Меня беспокоит риск выговоров и лишения премии	0,4	-0,5	0,3	1,5

13. На нашей работе поощрение встречается редко и недостаточно	0,8	1,1	1,4	1
14. Моя работа очень однообразна	-0,4	-0,6	0,2	-1,5
15. Мои пациенты и их родственники не готовы выполнять данные им рекомендации	0,5	-0,5	-0,7	-1
16. Работать по сменам, с дежурствами очень тяжело	0,1	0,3	-0,4	1
17. Я проходил специальное обучение по работе в паллиативном учреждении, включающую подготовку по работе с пациентами и их родственниками	0,5	0,3	-2	-2
18. Я повышал квалификацию систематически	0,9	0,78	1	1,5
19. У меня ненормированный рабочий день, сверхурочная работа, связанная с совмещением должностей или дополнительной профессиональной нагрузкой	0	-0,5	0,2	0,5
20. Медико-экономические стандарты, требования к объему медицинской помощи, которую я должен оказать по отношению к пациенту, в сложившейся ситуации невыполнимы из-за недостаточного финансирования здравоохранения	1,2	0,6	0,8	-,05
21. Взаимоотношения с коллегами в нашем коллективе можно назвать хорошими	0,9	1,4	1,4	1,5
22. В учреждении, где я работаю, руководство и люди, стоящие выше по своему профессиональному положению, оказывают поддержку работникам	0,2	1,6	0,3	0
23. В нашем учреждении коллеги оказывают помощь в адаптации вновь пришедшим на работу и тем, кому требуется поддержка в данный момент	0,5	0,9	0,4	1
24. Я получаю поддержку от семьи и друзей	1,4	1,5	1,4	1
25. Я постоянно жду осложнений или ухудшения в состоянии больных	0,2	0,1	0,9	0

26. Я не вижу положительных результатов своих усилий	-0,6	-1	0	-1,5
27. Работать с безнадежно больными и умирающими людьми тяжело	1,2	1,5	1,3	1,5
28. Часто я думаю, что ошибся в выборе профессии и места работы. Мои личностные особенности не соответствуют специфике выбранной профессии	-2	-2	-1	-2
29. Я сильно переживаю смерть пациентов	-0,1	0,1	0	1
30. Я сильно переживаю от осознания бесполезности лечения, тщетности усилий по спасению жизни	-0,2	-0,2	0	1
31. Я постоянно сталкиваюсь со страхом смерти у пациента и его родственников	-0,2	0,9	1,3	0
32. Я переживаю чужую беду как собственную	-0,8	-0,3	-1	1
33. Мне приходится эмоционально отдаляться от смерти пациента.	0,8	0,8	-1,8	1
34. Мое отношение к смерти можно охарактеризовать как личное	-0,8	-0,6	-0,2	1,5

Исследование специфики организационных и личностных факторов, влияющих на эмоциональное выгорание, показало, что у в Центре паллиативной помощи среди организационных факторов недостаточно задействовано обучение работе именно в формате паллиативной помощи, в то время как ресурсом является сотрудничество и оказание друг другу этой помощи.

Из личностных факторов – переживание тяжести работы с умирающими людьми и эмоциональное отдаление от смерти пациента. А из результатов первого этапа работы известно, что именно постоянное ожидание ухудшения в состоянии пациента, осознание бесполезности лечения, ощущение того, что работа не приносит результата, и сильное переживание смерти пациентов максимально значимо связаны с выраженностью синдрома эмоционального выгорания.

Исследование динамики выраженности синдрома эмоционального выгорания

После проведения шести встреч по программе «Вдохновение работать» был проведен повторный срез с использованием методики диагностики эмоционального выгорания личности В.В.Бойко, в котором приняло участие 24 человека.

Результаты исследования показывают, что у сотрудников, принимавших участие в программе «Вдохновение работать», среднее значение интегративного показателя эмоционального выгорания на 16 меньше, чем по выборке медицинских работников, не принимавших участия в программе (125 и 109 соответственно).

У сотрудников Центра паллиативной помощи также отмечается снижение средних показателей с 97 до 92. Разница в выраженности динамики, вероятно, связана с тем, что первоочередной задачей при работе с сотрудниками Центра паллиативной помощи являлось повышение степени осознанности своего состояния и особенностей поведения. Можно полагать, что осознание закономерно приводит к тому, что сперва показатели эмоционального выгорания, оцениваемые с помощью опросника, должны повышаться. Сотрудники начинают обращать внимание на свои переживания, телесные реакции и взаимодействие с другими людьми. И только через некоторое время при продолжении психотерапевтической работы и проживании тяжелых чувств происходит снижение. В итоге после шести встреч обнаруживается снижение по сравнению с первоначальными показателями. Но оно не настолько велико, как у сотрудников организаций группы сравнения.

Сравнение степени выраженности показателей отдельно для каждой из 3-х фаз у сотрудников, посещавших и не посещавших занятия, показало, что максимально выражены различия в показателях фазы резистентности (49,9 и 42,3 соответственно).

Сравнение отдельных показателей эмоционального выгорания показало, что у посещавших занятия ниже показатели по шкалам «Тревога и депрессия» (9,53 и 7,67), «Расширение сферы экономии эмоций» (13,4 и 10,4), «Редукция профессиональных обязанностей» (15 и 12) и «Личностная отстраненность или деперсонализация» (9,6 и 6,1).

То есть сотрудники, посещавшие занятия, реже избегают общения даже с близкими и членами семьи; в меньшей степени стремятся облегчить или сократить обязанности, которые требуют эмоциональ-

ных затрат и менее склонны к проявлениям антигуманного настроения и цинизма.

Также заметны несколько более низкие показатели по шкалам «Неадекватное избирательное реагирование» (11,5 и 10,9), «Эмоционально-нравственная дезориентация» (10 и 8,6), «Эмоциональная отстраненность» (12 и 11) и «Психосоматические и психовегетативные нарушения» (10,27 и 9,3).

Качественный анализ показателей по отдельным участникам проекта свидетельствует о том, что максимально позитивные изменения в состоянии фиксируются у тех сотрудников, которые изначально находились на стадии резистентности и имели высокие, но не близкие к максимальным значения по интегративному показателю эмоционального выгорания. У участников с максимальными для выборки показателями динамика прослеживается в меньшей степени.

Приложение 4

Выделение преобладающих проявлений синдрома эмоционального выгорания и создание экспресс-методики диагностики

Использованный для целей исследования инструментарий показал свою эффективность для выявления степени сформированности и особенностей эмоционального выгорания у медицинских работников. В то же время процедура проведения психодиагностики на основе этих методик требует около получаса времени для каждого сотрудника и применения достаточно сложных процедур обработки. Обработка предполагает начисление по ключу разных баллов в пользу каждой из шкал методик по каждому из предлагаемых участникам исследования вопросу. Что существенно ограничивает возможность их использования для массовых опросов с целью скрининга.

В связи с чем была проведена работа по созданию методики экспресс-диагностики, которая позволяет из большой выборки достаточно надежно выделить сотрудников с высокими показателями эмоционального выгорания и при необходимости проводить качественный анализ ответов на предмет наличия основных признаков выгорания.

Для чего был проведен корреляционный анализ, целью которого стало выявление вопросов, ответы на которые максимально связаны с интегративным показателем выгорания и, следовательно, могут высту-

пать своеобразными маркерами (*Приложение 4*). Затем был проведен качественный анализ того, к каким фазам эмоционального выгорания эти вопросы относятся, после чего вопросы создаваемой методики были уравновешены по группам на основе модели В.В. Бойко. Для чего были добавлены несколько вопросов из тех, которые позволяют максимально дифференцировать эмоциональное выгорание именно у сотрудников медицинских организаций г. Петрозаводска с учетом выявленной специфики, и вопросы, которые были максимально информативными из предложенной анкеты по выявлению организационных факторов, связанных с эмоциональным выгоранием.

Проведенный анализ позволил составить методику из 24 вопросов, которые были предложены вниманию экспертов. После оценки экспертами была проведена апробация разработанной методики.

По времени заполнение методики одним сотрудником занимает от 5 до 10 минут, что позволяет предлагать ее для заполнения во время традиционных для медицинских организаций «пятиминуток», конференций и т.п. Обработка проводится быстро и просто: путем подсчета общего количества ответов «да»; подсчитать результат при необходимости может сам участник исследования.

Полученные при помощи методики экспресс-диагностики результаты были сопоставлены с результатами по интегративному показателю эмоционального выгорания методики В.В. Бойко. В апробации анкеты приняли участие 26 испытуемых.

Подсчитывался коэффициент корреляции, который оказался равен $r=0,85$ ($p \leq 0,01$). Это позволяет сделать вывод о том, что эти шкалы измеряют схожие психологические реальности. Следовательно, разработанная методика экспресс-диагностики может быть использована для выявления признаков и уровня эмоционального выгорания.

Проведенный срез показал, что среднее значение по выборке 9,7, что сопоставимо со средним по выборке на основе методики В.В. Бойко 10,9. Статистический анализ результатов, полученных при помощи экспресс-методики, позволяет говорить о том, что итоговые показатели 10 и выше могут выступать индикаторами средней степени выраженности синдрома эмоционального выгорания, 15 и выше – высокой.

При обнаружении сотрудников с высокими показателями им может быть предложено прохождение полной процедуры диагностики синдрома эмоционального выгорания.

Методика экспресс-диагностики эмоционального выгорания

Инструкция: На предлагаемый опрос ответьте: «да» или «нет»

1.	Моя работа притупляет эмоции	да	нет
2.	Работа с людьми приносит все меньше удовлетворения	да	нет
3.	Иногда самые обычные ситуации общения на работе вызывают раздражение	да	нет
4.	Обстановка на работе мне кажется настолько сложной, что я сменил бы место работы, будь такая возможность	да	нет
5.	Если пациент мне неприятен, я стараюсь ограничить время общения с ним или меньше уделять ему внимания	да	нет
6.	Некоторые стороны моей работы вызывают глубокое разочарование	да	нет
7.	Обычно я прихожу на работу отдохнувшим, в хорошем настроении	да	нет
8.	Я иногда ловлю себя на том, что работаю с пациентами автоматически, без души	да	нет
9.	На работе я испытываю постоянные физические или психологические перегрузки	да	нет
10.	Ситуация на работе, в которой я оказался, кажется почти безысходной	да	нет
11.	Я часто с работы приношу домой отрицательные эмоции	да	нет
12.	Я часто работаю через силу	да	нет
13.	Иногда я иду на работу с тяжелым чувством — так все надоело, что никого бы не видеть и не слышать	да	нет
14.	После напряженного рабочего дня я чувствую недомогание	да	нет
15.	Иногда мне кажется, что результаты моей работы не стоят тех усилий, которые я затрачиваю	да	нет
16.	Иногда я поступаю со своими пациентами так, как не хотел бы, чтобы поступали со мной	да	нет
17.	Чаще всего после рабочего дня у меня нет сил заниматься домашними делами	да	нет

18.	Чтобы восстановить силы, я принимаю лекарства	да	нет
19.	Как правило, мой рабочий день проходит беспокойно и довольно тяжело	да	нет
20.	Я очень нервничаю из-за всего, что связано с работой	да	нет
21.	Работа с людьми плохо повлияла на меня как профессионала — обозлила, сделала нервным, притупила эмоции	да	нет
22.	Бывают дни, когда мое эмоциональное состояние плохо сказывается на результатах работы (меньше делаю, снижается качество, случаются конфликты)	да	нет
23.	Меня не очень огорчает, если что-то не ладится в отношениях с пациентами или коллегами	да	нет
24.	Мне удастся беречь нервы благодаря тому, что многое из происходящего с пациентами я не принимаю близко к сердцу	да	нет

Сопоставление вопросов методики экспресс-диагностики эмоционального выгорания и групп показателей на основе модели В.В.Бойко

Для понимания обозначений 3-го столбца см. *Табл. 2.* «Выраженность показателей эмоционального выгорания (средние значения)».

1.	Моя работа притупляет эмоции	ЭО
2.	Работа с людьми приносит все меньше удовлетворения	НС
3.	Иногда самые обычные ситуации общения на работе вызывают раздражение	ЭД
4.	Обстановка на работе мне кажется настолько сложной, что я сменил бы место работы, будь такая возможность	ЗвК
5.	Если пациент мне неприятен, я стараюсь ограничить время общения с ним или меньше уделять ему внимания	НИЭР
6.	Некоторые стороны моей работы вызывают глубокое разочарование, повергают в уныние	ТиД
7.	Обычно я прихожу на работу отдохнувшим, со свежими силами, в хорошем настроении	ЭД

8.	Я иногда ловлю себя на том, что работаю с пациентами автоматически, без души	ЭО
9.	На работе я испытываю постоянные физические или психологические перегрузки	ППО
10.	Ситуация на работе, в которой я оказался, кажется безысходной (или почти безысходной)	ЗвК
11.	Я часто с работы приношу домой отрицательные эмоции	РСЭЭ
12.	Я часто работаю через силу	РПО
13.	Иногда иду на работу с тяжелым чувством — как все надоело, никого бы не видеть и не слышать	ЛО
14.	После напряженного рабочего дня я чувствую недомогание	ППН
15.	Иногда мне кажется, что результаты моей работы не стоят тех усилий, которые я затрачиваю	НС
16.	Иногда я поступаю со своими пациентами так, как не хотел бы, чтобы поступали со мной	НИЭР
17.	Чаще всего после рабочего дня у меня нет сил заниматься домашними делами	РСЭЭ
18.	Чтобы восстановить силы, я часто принимаю лекарства	ППН
19.	Как правило, мой рабочий день проходит беспокойно и довольно тяжело	ППО
20.	Я очень нервничаю из-за всего, что связано с работой	Тид
21.	Работа с людьми плохо повлияла на меня как профессионала — обозлила, сделала нервным, притупила эмоции	ЛО
22.	Бывают дни, когда мое эмоциональное состояние плохо сказывается на результатах работы (меньше делаю, снижается качество, случаются конфликты)	РПО
23.	Меня не очень огорчает, если что-то не ладится в отношениях с пациентами или коллегами	ЭНД
24.	Мне удастся беречь нервы благодаря тому, что многое из происходящего с пациентами я не принимаю близко к сердцу	ЭНД

Ирина Юрьевна Артюхова
г. Санкт-Петербург
arunacenter@gmail.com

Екатерина Вячеславовна Бойко
Республика Карелия, г. Петрозаводск
boikatia@mail.ru

Анита Владиславовна Румянцева
Республика Карелия, г. Петрозаводск
anitarum@mail.ru

Артюхова И. Ю., Бойко Е. В., Румянцева А. В.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ
ПО ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ
И КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ
У СПЕЦИАЛИСТОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

Методическое пособие

Формат 60×84¹/₁₆. Печать офсетная. Усл. печ. л. 2,79.

Тираж 200 экз. Зак. № 286.

Отпечатано в ООО «Версо».

185031, г. Петрозаводск, наб. Варкауса, 1 а.