

**СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ  
СЕСТЕР ОПЕРАЦИОННОГО БЛОКА**

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	3
<b>ГЛАВА 1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ, ТЕОРИИ ЕГО РАЗВИТИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)</b> .....	8
1.1. История изучения синдрома эмоционального выгорания.....	8
1.2. Теории синдрома эмоционального выгорания.....	9
1.3. Синдром эмоционального выгорания и профессиональная среда.....	13
1.4. Проявления синдрома эмоционального выгорания.....	17
<b>ГЛАВА 2. СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ОПЕРАЦИОННОГО БЛОКА: ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ, ПРОЯВЛЕНИЯ, ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ</b> .....	21
2.1. Синдром эмоционального выгорания в профессии медицинского работника.....	21
2.2. Особенности проявления синдром эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала в отделениях хирургического профиля.....	22
2.3. Психокоррекционные мероприятия, направленные на снижение уровня эмоционального выгорания среднего медицинского персонала .....	26
<b>ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ АНАЛИЗ</b> .....	32
3.1. Дизайн исследования и характеристика выборки.....	32
3.2. Оценка усталости .....	34
3.3. Оценка выгорания.....	35
3.4. Опросник MOS SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey) для оценки качества жизни.....	37
3.5. Оценка эффективности психокоррекционных мероприятий.....	38
<b>ВЫВОДЫ</b> .....	44
<b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ</b> .....	49

## ВВЕДЕНИЕ

Проблема стрессоустойчивости человека в различных профессиях с давних пор привлекает внимание учёных. Установлено, что существует ряд специальностей, работая в которых, человек начинает испытывать чувство внутренней эмоциональной опустошённости вследствие постоянных контактов с другими людьми или в силу наличия определенных производственных обстоятельств [19]. Анализ подобных проявлений выявил особый психологический феномен – синдром эмоционального выгорания.

*Синдром эмоционального выгорания* (англ. burnout) – понятие, введённое в психологию американским психиатром Гербертом Фрейденбергером в 1974 году, проявляющееся нарастающим эмоциональным истощением. Он наблюдал крайнюю усталость, раздражительность и разочарование у коллег-медработников и у пациентов, которые были сотрудниками помогающих профессий [39].

Сам термин «синдром выгорания» был введён К. Маслач в соответствии с трёхкомпонентной моделью «выгорания». «Выгорание» ею определялось как синдром и включало три компонента: эмоциональное истощение, деперсонализация («обезличивание» человека), а также редукцию личных достижений – умаление собственного достоинства [43]. Выгорание понимается, как состояние физического и психического истощения, возникшее в ответ на эмоциональное перенапряжение при работе с людьми. Ему особенно подвержены люди, чья трудовая деятельность связана с регулярным общением с другими людьми, эмоциональными сопереживаниями, большой ответственностью, трудящиеся с профессией типа «человек-человек» [6]. Синдром может влечь за собой личностные изменения в сфере общения с людьми (вплоть до развития глубоких когнитивных искажений). Выгорание также понимается как профессиональный кризис, связанный не только с межличностными отношениями, но и с работой в целом [20].

*Актуальность исследования.* Медицинские работники находятся в группе риска по развитию синдрома эмоционального выгорания [8]. К межличностным отношениям в здравоохранении относятся отношения между

лечащим врачом и родственниками пациентов, между руководителем и подчинёнными в процессе разрешения конфликтных ситуаций, между профессиональной самооценкой врача и отношения к нему коллег [53].

Одно из первых мест по риску возникновения синдрома эмоционального выгорания занимает профессия медицинской сестры. Условия деятельности среднего медперсонала нередко становятся причиной возникновения данного синдрома [37]. Рабочий день медицинской сестры – это теснейшее общение с людьми, в основном с больными, требующими неусыпной заботы и внимания [27]. Сталкиваясь с негативными эмоциями, медицинская сестра невольно и произвольно вовлекается в них, в силу чего начинает и сама испытывать повышенное эмоциональное напряжение [9]. Более важное значение отводится работе медсестры в хирургическом отделении, в операционном блоке, так как она связана с высокой степенью ответственности, неопределённости и непредсказуемости развития событий, физической нагрузкой на организм, психоэмоциональным напряжением [31]. А в результате постепенно формируется синдром эмоционального выгорания, возникают психическая и физическая усталость, безразличие к работе, снижается качество оказания медицинской помощи, иногда порождается негативное и даже циничное отношение к пациентам [8].

**Эпидемиология.** Согласно недавнему исследованию, выполненному под руководством Всемирной Организации Здравоохранения, ущерб, наносимый снижением производительности труда, связанного с депрессией и тревожными расстройствами, ежегодно обходится глобальной экономике в 1 триллион долларов США [20]. Понимая важность профилактики и борьбы с негативным социальным, экономическим эффектом от пренебрежительного отношения к психоэмоциональному состоянию работника, на 72-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения синдром выгорания был признан недугом, предполагается вхождение данного синдрома в международную классификацию болезней 11 пересмотра, он отнесен в диагностический таксон QD85 – «факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения», подкласс – факторы, влияющие на состояние

здоровья, блок – проблемы, связанные с занятостью или безработицей и шифруется как QD85 – «выгорание», что говорит об обязательном дальнейшем и углубленном изучении данного заболевания специалистами общественного и практического здравоохранения [21].

Синдром профессионального выгорания у медсестер, наступает быстрее, чем у врачей, в среднем на 5–9 лет [8]. Поэтому именно эта профессия требует постоянной интенсивной рефлексии на содержание предмета своей деятельности, что является одним из источников стрессогенности [24]. В 1997 году сотрудники Families and Work Institute выяснили, что 42 % сотрудников к концу дня чувствуют себя полностью сгоревшими, 80 % считают, что работа отбирает слишком много сил и времени, а 65 % – что темп их деятельности очень высок [13].

У медсестёр нетрудоспособность почти в половине случаев связана со стрессом. По данным английских исследователей данной проблемы, среди обследованных в этой стране врачей общей практики и среднего медицинского персонала высокий уровень тревоги был выявлен в 41 % случаев, клинически выраженная депрессия – в 26 % случаев. Треть врачей и медицинских сестёр принимает медикаментозные средства для коррекции эмоционального напряжения, количество употребляемого алкоголя превышает средний уровень [29].

Используя один из видов опросника MBI Human Services Survey (MBI- HSS), португальские исследователи провели опрос среди 368 работников городской больницы и выявили, что эмоциональному выгоранию больше всего подвержены медицинские сестры (59%) в сравнении работниками администрации (50%) и техническим персоналом (50%). Дополнительно была определена сильная взаимосвязь между профессиональной категорией и высокой степенью выгорания [28].

При изучении синдрома эмоционального выгорания английскими исследователями также отмечено, что у среднего медицинского персонала в первую очередь синдрому выгорания подвержена профессиональная

эффективность (36 %), во вторую очередь наблюдается эмоциональное истощение (22 %,) деперсонализация отмечается у 7 % медиков [30].

Опасность синдрома выгорания заключается в том, что ему свойственно изо дня в день прогрессировать. Затормозить этот процесс бывает крайне сложно [26]. Поэтому знание особенностей формирования синдрома профессионального выгорания у представителей медицинских профессий необходимо для оптимизации их работы. Однако, несмотря на актуальность проблемы и необходимость ее решения, в настоящее время в учреждениях здравоохранения практически не развита система диагностики, профилактики, снижения профессионального стресса и выгорания у персонала [1].

## **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Научно обосновать особенности синдрома эмоционального выгорания медицинских сестер операционного блока, оценить эффективность психокоррекционных мероприятий.

## **ЗАДАНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. Изучить теории синдрома эмоционального выгорания, его проявления.
2. Обозначить особенности синдрома эмоционального выгорания в медицинских сестер операционного блока: причины возникновения, проявления, профилактика, лечение.
3. Определить уровень усталости и эмоционального выгорания в медицинских сестер операционного блока, оценить качество их жизни, провести оценку эффективности психокоррекционных мероприятий.

## **ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Синдром эмоционального выгорания медицинских сестер операционного блока.

## **ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Факторы, которые определяют синдром эмоционального выгорания медицинских сестер операционного блока.

## **МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Социологический, статистический, клинический.

## **НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Результаты научного исследования углубляют знания о теориях синдрома эмоционального выгорания, его проявлениях, особенностях его развития в медицинских сестер операционного блока, проявлениях, профилактике, лечению. В ходе исследования определены уровень усталости и эмоционального выгорания в медицинских сестер операционного блока, оценено качество их жизни, проведена оценка эффективности психокоррекционных мероприятий.

**ГЛАВА 1.**

**ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО  
ВЫГОРАНИЯ, ТЕОРИИ ЕГО РАЗВИТИЯ  
И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ  
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

**1.1. История изучения синдрома эмоционального выгорания.**

Первые работы по данной проблеме появились в 70-е гг. XX веке в США. Американский психолог и психиатр Н.Ж. Freudenberger (Герберт Фрейденбергер) в 1974, году работавший в альтернативной службе медицинской помощи, описал феномен, который наблюдал у себя и своих коллег, заключающийся в истощении, потере мотивации и ответственности, и назвал его «burnout» (выгорание) [11]. Термин «эмоциональное выгорание» введён американским психиатром в 1974 г. для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в излишне интенсивном, тесном общении с клиентами, пациентами в эмоционально перенасыщенной атмосфере при оказании профессиональной помощи [16]. Эмоциональное выгорание было описано им как истощение вследствие резко завышенных требований к собственным ресурсам и силам. Позднее данное состояние он называл «болезнью сверх успеха» [22].

Поскольку феномен выгорания проявляется у каждого по-разному и имеет множество проявлений от легкого недомогания до тяжелых случаев депрессии, существует несколько определений профессионального выгорания и каждое взаимодополняет друг друга [25].

М. Кернис в 1980 г. определил синдром эмоционального выгорания как потерю мотивации к работе в ответ на чрезмерные обстоятельства, неудовлетворённость, реализующуюся в психологическом уходе и эмоциональном истощении [38].

По мнению К. Кондо синдром «эмоционального сгорания» следует определять как дезадаптированность к рабочему месту из-за неадекватных



отношений между людьми и чрезмерной рабочей нагрузки. Отсюда наблюдаются психосоматическая усталость и эмоциональное истощение, которые в свою очередь, находят выражение в пониженной самооценке, в тревоге, раздражении, гневе, нарушении сна, семейных проблемах [39].

Кристина Маслач, одна из основных специалистов по изучению «эмоционального сгорания», в 1981 году конкретизировала этот феномен как некое состояние, включающее в себя чувство эмоционального истощения, изнеможения; признаки дегуманизации, деперсонализации (ухудшение отношения к другим, иногда к себе), а в профессиональном плане – утрату профессионального мастерства [42].

## **1.2. Теории синдрома эмоционального выгорания.**

В настоящее время существует несколько теорий, выделяющих стадии эмоционального выгорания. Г. Фрейденбергер в начале своих исследований различал только две стадии: раннюю, когда чувства ещё сохранены и последующую, характеризующуюся полным отсутствием эмоций. Впоследствии он выделил 12 стадий развития синдрома. На начальной стадии присутствует навязчивое стремление проявить себя, включаясь в активную деятельность. На следующих стадиях наблюдается пренебрежение к собственным потребностям, переосмысление ценностей, отрицание возникающих проблем. Наконец, на завершающей стадии мы встречаемся с феноменом отступления (апатия, человек внутренне «сдаётся»), деперсонализация, внутренней пустоты вплоть до полного эмоционального и физического истощения [28].

Согласно К. Маслач, эмоциональное выгорание развивается в три стадии, каждая из которых имеет свои особенности. На первой стадии эмоционального выгорания индивидуум истощён эмоционально и физически, он может жаловаться на головные боли и другие различной локализации боли, простуду. Для второй стадии характерны два набора симптомов: отрицательное, циничное, обезличенное отношение к пациентам / клиентам и негативные

мысли относительно себя из-за чувств, возникающих по поводу такого отношения. Избегая этих негативных чувств, работник выполняет только минимальное количество работы и стремится избегать конфликтов и ссор. Заключительная стадия – полное эмоциональное выгорание, обнаруживается не часто, выражается в полном отчуждении, отвращении ко всему окружающему [48].

Синдром профессионального выгорания у личности развивается постепенно, как считает Н.Г. Осухова, и проходит 3 стадии, как 3 лестничных пролета в глубины профессиональной непригодности профессионала. Первая стадия начинается с приглушения эмоций, сглаживания остроты чувств и яркости переживаний. Профессионал неожиданно замечает: в целом всё хорошо, но пусто и скучно на душе. Исчезают эмоции, повышающие настроение. Выявляется отстранённость в личном взаимодействии с членами семьи, близкими друзьями, повышается тревожность. По возвращении домой человек чаще всего хочет остаться в одиночестве, наедине с самим собой [18].

На второй стадии появляются недоразумения с коллегами. Специалист начинает в своём рабочем коллективе с пренебрежением говорить о некоторых из коллег, клиентов. Далее появляется неприязнь в присутствии коллег, других лиц. Вначале это с трудом придерживаемая антипатия, но далее это и вспышки раздражения. Такое поведение специалиста – это неконтролируемое и неосознаваемое им самим проявление самосохранения при межличностном общении, превышающем безопасный для организма уровень [18].

На третьей стадии притупляются представления о ценностях жизни. Эмоциональное отношение к миру «уплощается», специалист становится достаточно опасно равнодушным ко всему, и даже к своей собственной жизни. По привычке такой специалист может еще некоторое время сохранять некоторый апломб и внешнюю респектабельность, но все же его глаза теряют блеск интереса к чему либо, и даже почти физически ощутимый холод безразличия появляется в его душе [18].

В.В. Бойко разработал следующую методику, рассматривающую процесс развития синдрома эмоционального выгорания в виде трех фаз: Первая фаза –

напряжения. Нервное (тревожное) напряжение служит предвестником и запускающим механизмом в формировании эмоционального выгорания. Напряжение имеет динамический характер, что обусловлено изматывающим постоянством или усилением психотравмирующих факторов. Эта фаза включает симптомы: переживания психотравмирующих обстоятельств, неудовлетворённость собой, загнанность в клетку, тревога и депрессия. Вторая фаза – резистенции (фаза сопротивления). Человек осознанно или бессознательно стремится к психологическому комфорту, пытается снизить давление внешних обстоятельств с помощью имеющихся в его распоряжении средств. Формирование защиты происходит на фоне следующих симптомов: неадекватное, избирательное, эмоциональное реагирование, эмоционально-нравственная дезориентация, расширение сферы экономии эмоций, редукция профессиональных обязанностей. Третья фаза – истощения. Выраженное падение энергетического тонуса и ослабление нервной системы. Психологическая защита в форме эмоционального выгорания становится неотъемлемым атрибутом личности. Наблюдается присутствие следующих симптомов: эмоциональный дефицит, эмоциональная отстранённость, личностная отстранённость, психосоматические и психовегетативные нарушения [6].

Синдром эмоционального выгорания представляет собой многофакторный процесс, включающий взаимодействие стресса, особенностей центральной нервной системы и личности, производственной среды. В.В. Бойко выделяет внешние (организационные) факторы, включающие условия работы и социально-психологические условия деятельности, и внутренние факторы (индивидуально-психологические особенности) [5].

Дж. Гримберг предлагает рассматривать эмоциональное выгорание как пятиступенчатый прогрессирующий процесс. Первая стадия эмоционального выгорания – «медовый месяц». Работник обычно доволен работой и заданиями, относится к ним с энтузиазмом. Однако по мере продолжения рабочих стрессов профессиональная деятельность начинает приносить всё меньше удовольствия и работник становится менее энергичным. Вторая стадия – «недостаток

топлива». Появляются усталость, апатия, могут возникнуть проблемы со сном. При отсутствии дополнительной мотивации и стимулирования у работника теряется интерес к своему труду или исчезают привлекательность работы в данной организации, продуктивность его деятельности. Возможны нарушения трудовой дисциплины и отстранённость от профессиональных обязанностей. В случае высокой мотивации работник может продолжать гореть, подпитываясь внутренними ресурсами, но в ущерб своему здоровью. Третья стадия – «хронические симптомы». Чрезмерная работа без отдыха, особенно «трудоголиков», приводит к таким физическим явлениям, как измождение и подверженность заболеваниям, а также к психологическим переживаниям – хронической раздражительности, обострённой злобе или чувству подавленности, «загнанности в угол», постоянное переживание нехватки времени («синдром менеджера»). Четвёртая стадия – «кризис». Как правило, развиваются хронические заболевания, в результате чего человек частично или полностью теряет работоспособность. Усиливаются переживания неудовлетворённости собственной эффективностью и качеством жизни. Пятая стадия эмоционального выгорания – «пробивание стены». Физические и психологические проблемы переходят в острую форму и могут спровоцировать развитие опасных заболеваний, угрожающих жизни человека. У работника появляется столько проблем, что его карьера находится под угрозой [47].

Наиболее распространённой является 3-х компонентная модель синдрома эмоционального выгорания зарубежных исследователей К. Маслач и С. Джексон. В рамках данной модели «выгорание» понимается как синдром эмоционального истощения, деперсонализации и редукции своих личных достижений. Эмоциональное истощение изучается как основная составляющая эмоционального выгорания и проявляется в равнодушии или эмоциональном перенасыщении и достаточно сниженном эмоциональном фоне. Деперсонализация как вторая составляющая выражается в деформации отношений с другими людьми. Поэтому в одних случаях это может быть увеличение зависимости от других личностей, в других – повышение циничности установок и негативизма, чувств по отношению к подчиненным,

воспитанникам, клиентам, и другим людям. Третий компонент эмоционального выгорания – редукция личных достижений – проявляется в тенденции к негативному оцениванию своих профессиональных достижений и успехов, себя, негативизме относительно профессиональных возможностей и достоинств, либо же в ограничении своих возможностей редуцировании собственного достоинства обязанностей по отношению к другим [42].

Таким образом, под синдромом эмоционального выгорания понимается комплекс различных психологических проблем, возникающих у личности в рамках его профессиональной деятельности [6]. Чаще всего эмоциональное выгорание определяется как феномен, который может проявляться из-за чрезмерной рабочей нагрузки, неудовлетворенности, потери мотивации к работе, включающий в себя чувство эмоционального истощения, негативного самовосприятия, а в профессиональном плане – утрату профессионального мастерства. Возникает эмоциональное выгорание в результате продолжительной эмоциональной нагрузки, развивающейся на трех уровнях – индивидуальном, межличностном и организационном. Оно ведёт к истощению эмоционально- энергических и личностных ресурсов человека [3].

### **1.3. Синдром эмоционального выгорания и профессиональная среда.**

Эмоциональное выгорание – это глубокая профессиональная деформация личности. Выгорание ведет к истощению эмоционально-энергических и личностных ресурсов сотрудников. Последствиями «выгорания» становятся ухудшение качества работы, снижение репутации организации, уменьшение преданности или лояльности персонала по отношению к организации, текучесть кадров, необходимость новых затрат на подбор персонала и его обучение [5].

По мнению Х. Фрейденбергера, чаще «выгорают» сочувствующие, гуманные, мягкие, увлекающиеся, идеалисты и одновременно неустойчивые, интровертированные и легко солидаризирующиеся личности [9]. Кроме этого,

надо отметить повышенный уровень тревожности, сенситивность и агрессивность [35]. Е. Марсер добавляет сюда «авторитаризм» и низкий уровень эмпатии [56]. По мнению В.В. Бойко, следует отметить следующие личностные факторы, способствующие развитию выгорания: склонность к эмоциональной холодности, к интенсивному переживанию негативных обстоятельств профессиональной деятельности, слабая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности [9]. Б.У. Шауфели отметил тесную связь появления выгорания и чувство несправедливости, социальной незащищённости, социально-экономической нестабильности [6]. Профессиональный рост, обеспечивающий повышение социального статуса, уменьшает степень выгорания, считает Водопьянова Н.Е. и Е.С. Старченкова [4]. Установлена связи между ролевыми конфликтами, ролевой несправедливостью, ролевой перегруженностью и эмоциональным выгоранием [2]. Выгорание реже встречается у тех, кто работает в организациях с сильным корпоративным духом [23].

По мнению А. Пайнса, главной причиной выгорания является неудачный поиск смысла жизни в профессиональной сфере. У лиц с высокой мотивацией в профессиональной деятельности, отождествляющих себя со своей работой и считающих её высокозначимой и общественно полезной, в случае неудачи утрачивается смысл жизни и возникает «экзистенциальный вакуум» (по В. Франклу) [24].

К организационным факторам, способствующим эмоциональному выгоранию, по мнению В.В. Бойко относятся [6]:

- высокая рабочая нагрузка;
- отсутствие или недостаток социальной поддержки со стороны коллег и начальства;
- недостаточное вознаграждение за работу (как моральное, так и материальное);
- невозможность влиять на принятие важных решений;
- двусмысленное, неоднозначное требование к работе;
- однообразная, монотонная и бесперспективная деятельность;

- необходимость внешне проявлять эмоции, не соответствующие реальным, например, необходимость быть эмпатичным;
- отсутствие выходных, отпусков и интересов вне работы.

А. Пайнсом установлена связь эмоционального выгорания с чувством собственной значимости на рабочем месте, с профессиональным продвижением и уровнем контроля со стороны руководителя [24].

Отечественные исследователи В.В. Бойко и Н.Е. Водопьянова не выявили прямой взаимосвязи между удовлетворенностью денежным и моральным вознаграждением и наличием синдрома эмоционального выгорания [3]. При этом замечено, что для предотвращения эмоционального выгорания важно справедливое вознаграждение, что подтверждается данными С.Л. Корда [40]. В напряжённых социальных условиях у большинства сотрудников возрастает потребность в социальной поддержке, отсутствие которой приводит к негативным переживаниям и возможной мотивационной и эмоциональной деформации личности. Отмечено, что социальная поддержка, особенно со стороны представителей администрации, препятствует развитию синдрома эмоционального выгорания, а получающие поддержку профессионалы могут лучше сопротивляться стрессовым воздействиям менее подвержены эмоциональному выгоранию [18].

Профессиональный стресс – многообразный феномен, выражающийся в психических и физических реакциях на напряжённые ситуации в трудовой деятельности человека. Н.В. Самоукина выделяет основные виды профессионального стресса (дистресса) [19]:

- Информационный стресс возникает в условиях жёсткого лимита времени и усугубляется в атмосфере высокой ответственности задания. Часто информационный стресс сопровождается неопределённостью ситуации (или недостоверной информацией о ней) и быстрой переменной информационных параметров.

- Эмоциональный стресс возникает при реальной или предполагаемой опасности (чувство вины за невыполненную работу, отношения с коллегами).

Нередко разрушаются глубинные установки и ценности работника, связанные с его профессией.

Е. Перлман и Б. Хартман предложили модель, которая рассматривает «выгорание» в аспекте профессиональных стрессов. Три измерения выгорания отражают три основные симптоматические категории стресса [36]:

- физиологическую, сфокусированную на физических симптомах (физическое истощение);
- аффективно-когнитивную, сфокусированную на установках и чувствах (эмоциональное истощение, деперсонализация);
- поведенческую, сфокусированную на симптоматических типах поведения (деперсонализация, сниженная рабочая продуктивность).

Модель включает четыре стадии развития стресса [41].

1. Первая стадия отражает степень, в которой рабочая ситуация способствует стрессу. Существует два наиболее вероятных типа ситуаций, при которых возникает стресс. Первый тип ситуаций – навыки и умения субъекта труда являются недостаточными, чтобы соответствовать воспринимаемым или действительным профессиональным требованиям. Второй тип ситуаций – работа не соответствует ожиданиям, потребностям или ценностям субъекта труда. Противоречие между профессиональной компетентностью субъекта труда, его ожиданиями и требованиями со стороны рабочих ситуаций способствует возникновению стресса.

2. Вторая стадия включает в себя восприятие, переживание стресса. Многие ситуации, способствующие стрессу, не приводят к тому, что люди считают себя находящимися под воздействием стресса. Движение от первой стадии ко второй зависит от субъективной оценки стресс-факторов, ресурсов личности, а также от ролевых и организационных переменных.

3. Третья стадия содержит три основных класса реакций на стресс (физиологические, аффективно-когнитивные, поведенческие).

4. Четвертая стадия представляет собой последствия стресса.



«Выгорание» как многогранное переживание хронического эмоционального стресса находится на четвертой стадии, представляя собой результат реакции на продолжительный стресс.

#### 1.4. Проявления синдрома эмоционального выгорания.

Синдром эмоционального выгорания может проявляться очень многообразно, это зависит во многом от личностных характеристик и факторов среды, в которых находится человек [28]. В работе М. Вриа указаны наиболее встречающиеся проявления синдрома эмоционального выгорания [30]. Важно понимать, что некоторые симптомы могут взаимно исключать друг друга. Проявления синдрома индивидуальны и не каждый человек проходит все ниже указанные стадии, хронология симптоматики не является обязательной, она также очень индивидуальна.

**Таблица 1. Симптомы «выгорания» и хронология их возникновения**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1. Симптомы начальной фазы</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• А. Повышенная заинтересованность; постановка целей</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• потеря идеализма</li> <li>• концентрация на собственных желаниях</li> <li>• неутоленная жажда признания</li> <li>• зависть</li> <li>• проблемы с партнёрами</li> <li>• конфликты с детьми</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Б. Истощение</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• чувство вины</li> <li>• заниженная самооценка</li> <li>• жалость к себе</li> <li>• озлобленность</li> <li>• чувство слабости</li> <li>• беспокойство</li> <li>• пессимизм/фатализм</li> <li>• апатия</li> <li>• мысли о самоубийстве</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2. Сниженная заинтересованность</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• А. Клиенты, пациенты</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• обвинение других или системы</li> <li>• упрёки в адрес других людей</li> <li>• нетерпение</li> <li>• нетерпимость</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• неспособность компромиссам</li> <li>• недоверие</li> <li>• частые конфликты</li> </ul>	к
	• Б. Остальные	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ослабление внимания и памяти</li> <li>• неспособность к решению комплексных задач</li> <li>• неточность</li> <li>• неорганизованность</li> <li>• неспособность к принятию решений</li> </ul>	и
	• В. Работа	<ul style="list-style-type: none"> <li>• негативное отношение к работе</li> <li>• пресыщение</li> <li>• прогулы</li> </ul>	к
	• Г. Завышенные требования	<ul style="list-style-type: none"> <li>• потеря идеализма</li> <li>• концентрация на собственных желаниях</li> <li>• неутоленная жажда признания</li> <li>• зависть</li> <li>• проблемы с партнёрами</li> <li>• конфликты с детьми</li> </ul>	
• 3. Эмоциональные реакции, присвоение вины	• А. Депрессия	<ul style="list-style-type: none"> <li>• чувство вины</li> <li>• заниженная самооценка</li> <li>• жалость к себе</li> <li>• озлобленность</li> <li>• чувство слабости</li> <li>• беспокойство</li> <li>• пессимизм/фатализм</li> <li>• апатия и даже мысли о самоубийстве</li> </ul>	
	• Б. Агрессия	<ul style="list-style-type: none"> <li>• обвинение других или системы</li> <li>• упрёки в адрес других людей</li> <li>• нетерпение</li> <li>• нетерпимость</li> <li>• неспособность компромиссам</li> <li>• недоверие</li> <li>• частые конфликты</li> </ul>	к
• 4. Редукция	• А. Работоспособность	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ослабление внимания и памяти</li> <li>• неспособность к решению</li> </ul>	

		комплексных задач • неточность • неорганизованность • неспособность к принятию решений
	• Б. Мотивация	• пониженная инициативность • пониженная продуктивность • служба по предписанию
	• В. Творчество	• отсутствие фантазии • сниженная чувствительность
	• Г. Дифференциация	• сопротивление любым нововведениям • ригидное мышление
• 5. Поверхностность, притупление эмоций	• А. Эмоциональная сфера	• упрощение реакций • равнодушие
	• Б. Социальная жизнь	• небольшое участие в жизни других • избегание неформальных контактов • одиночество
	• В. Духовная сфера	• отказ от хобби • незаинтересованность • скука
• 6. Психосоматические реакции		• ослабление иммунной системы • невозможность расслабиться во время отдыха • нарушения сна • кошмары • сердцебиение • головные боли • тошнота • изменение веса
• 7. Отчаяние		• негативное отношение к жизни • чувство безнадежности • отсутствие смысла • мысли о самоубийстве

Таким образом, синдром эмоционального выгорания представляет собой многофакторный процесс, который зависит от внешних (организационных факторов) и внутренних факторов (индивидуально-психологических

особенностей). Развитие синдрома выгорания рассматривается в соответствии с механизмом развития стресса, проявляющегося в таких симптомах: неудовлетворённость собой, загнанность в клетку, эмоционально- нравственная дезориентация, личностная отстраненность. Крайними формами проявления выгорания являются – безразличие, равнодушие, душевная черствость, депрессия [49]. При этом возникновению синдрома также способствуют высокая рабочая напряжённость, недостаточность вознаграждения за работу, однообразная и бесперспективная деятельность, отсутствие чувства собственной значимости на рабочем месте, что в конечном итоге приводит к резкому ухудшению качества жизни.

## ГЛАВА 2.

# СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ОПЕРАЦИОННОГО БЛОКА: ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ, ПРОЯВЛЕНИЯ, ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

### 2.1. Синдром эмоционального выгорания в профессии медицинского работника.

Профессия медицинского работника относится к сложным видам труда, требующего от субъекта разносторонней образованности, непрерывности процесса профессионализации, а также обладания личностными и профессиональными качествами [52].

Медицинский работник облечён доверием общества, поэтому его внимание и гуманизм, его уважение к больному должны присутствовать всегда. Медицинский работник должен обладать чувством долга, ответственностью, эмпатийностью, неистовым терпением, наблюдательностью, интуицией, решительностью, оптимизмом, быть выносливым, а также быстро принимать решения в экстремальных ситуациях [54].

Сама профессиональная деятельность медицинских работников предполагает эмоциональную насыщенность и высокий процент факторов, вызывающих стресс [45]. Эмоции, как правило, амбивалентны: удовлетворение и по поводу успешно проведённой операции или лечения, чувство собственной значимости, сопричастности другим людям, одобрение и уважение коллег; но и сожаление, угнетение из-за неправильного диагноза или ошибки в лечении, зависть к преуспевающим коллегам, разочарование в профессии [9].

К числу психологических стресс- факторов, эффект которых сказывается на медицинском персонале, относятся [32]:

- большое количество контактов с больными людьми и их родственниками, постоянное соприкосновение с чужими проблемами и чужой болью, с негативными эмоциями, которые несут отрицательную энергию;

- повышенные требования к профессиональной компетентности врача и к служению другим, самоотдаче;
- ответственность за жизнь и здоровье других людей;
- производственная среда с новыми факторами социального риска, такими как преступность, наркомания, бездомность.

Медицинский работник на уровне эмоционального переживания постоянно имеет дело со смертью. Она может выступать для него в трёх формах [18]:

1) реальная (бесполезность реанимационных мероприятий, смерть на столе хирурга);

2) потенциальная (от результатов деятельности врача, от его профессионализма зависит здоровье, а, возможно, и жизнь человека);

3) фантомная (в виде ее могут выступать жалобы на состояние здоровья мнительного человека, страх и тревога хронического больного, взаимоотношения с родственниками тяжелобольных и даже представление о смерти в общественном сознании).

В каждом из этих случаев для медицинского работника существует проблема невключения своих чувств в ситуацию. Это далеко не всегда удаётся, потому что со всеми этими образованиями (реальной, потенциальной и фантомной смертью) ему просто необходимо строить отношения. Естественно, что только эмоционально зрелая, целостная личность в состоянии решать эти задачи и справляться с подобными трудностями [32].

## **2.2. Особенности проявления синдром эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала в отделениях хирургического профиля.**

Средний медицинский персонал организации, профессиональная деятельность которых связана с необходимостью осуществления эмоционально напряженных контактов, в той или иной мере подвержен выгоранию [33]. Одно из первых мест по риску возникновения синдрома эмоционального выгорания

занимает профессия медицинской сестры. Её рабочий день – это теснейшее общение с людьми, в основном с больными, требующими неусыпной заботы и внимания [50]. Сталкиваясь с негативными эмоциями медицинская сестра невольно и непроизвольно вовлекается в них, в силу чего начинает сама испытывать повышенное эмоциональное напряжение [9]. Более всего риску возникновения синдрома эмоционального выгорания подвержены лица, предъявляющие непомерно высокие требования к себе [7]. Настоящий медик в их представлении – это образец профессиональной неуязвимости и совершенства. Входящие в эту категорию личности ассоциируют свой труд с предназначением, миссией, поэтому у них стирается грань между работой и частной жизнью [44].

Медицинская сестра проводит с больным значительно больше времени, чем врач. Работа медицинской сестры связана не только с большой физической нагрузкой, но и с большим эмоциональным напряжением. Больной ищет у медицинской сестры понимания, опоры [34]. В контакте между медицинской сестрой и больным большое значение имеет личность медсестры. Эмоциональное напряжение возникает при общении с больным, у которых почти всегда повышенная раздражительность, болезненная требовательность, обидчивость [46].

Установлено, что одним из факторов синдрома «выгорания» у среднего медицинского персонала является продолжительность стрессовой ситуации, ее хронический характер [37]. На развитие хронического стресса у представителей данной профессии влияют [8]:

- ограничение свободы действий и использования имеющегося потенциала;
- монотонность работы;
- высокая степень неопределенности в оценке выполняемой работы;
- неудовлетворенность социальным статусом.

Существует тесная взаимосвязь между профессиональным «выгоранием» у медсестер и мотивацией деятельности. Выгорание может приводить к снижению профессиональной мотивации: напряженная работа постепенно

превращается в бессодержательное занятие, появляется апатия и даже негативизм по отношению к рабочим обязанностям, которые сводятся к необходимому минимуму [1]. Нередко «трудоголизм» и активная увлеченность своей профессиональной деятельностью у медсестер приводит к развитию симптомов выгорания. Зачастую у сотрудников, подверженных длительному профессиональному стрессу, наблюдается внутренний когнитивный диссонанс: чем напряженней работает человек, тем активнее он избегает мыслей и чувств, связанных с внутренним «выгоранием» [6].

Выделяют три типа медицинских сестер, которым угрожает синдром эмоционального выгорания [8]:

- первый тип – «педантичный», характеризующийся добросовестностью, возведенной в абсолют, чрезмерной, болезненной аккуратностью, стремлением в любом деле добиться образцового порядка (даже в ущерб себе);
- второй тип – «демонстративный», стремящийся первенствовать во всем, всегда быть на виду. Этому типу свойственна высокая степень истощаемости при выполнении даже незаметной рутинной работы;
- третий тип – «эмотивный», состоящий из впечатлительных и чувствительных людей. Их отзывчивость, склонность воспринимать чужую боль как собственную граничит с патологией, с саморазрушением.

Одной из самой стрессонасыщенной отрасли медицинской деятельности в целом является хирургия [14]. Хирургия – это всегда оперативное вмешательство. Несомненно, операция имеет решающее значение в лечении больного, но только в этой области хирургии определяющее значение для послеоперационного периода, а так же профилактики послеоперационных осложнений имеют знания медсестры [10]. Она должна профессионально владеть операционными технологиями, а это снижает риск инфекционных осложнений после операции [51].

Операционные медсестры несут ответственность за обеспечение сестринской помощи пациентам на всех этапах: перед операцией, во время операции и после нее [12]. Знакомство пациентов с операционной медсестрой



накануне операции, осведомленность об условиях, в которые она попадает, положительно влияют на ее психологическое состояние, что не может не сказаться на результате операции [53]. Беседа перед операцией между пациентом и операционной медсестрой способствует достижению доверия между ними, поднимает авторитет медсестры. Операционная медсестра руководит процессом подготовки операционной аппаратуры, расходных материалов, следит за соблюдением правил асептики и антисептики всей операционной бригады [15]. Знание диагноза, состояния пациента, сопутствующих заболеваний и плана предстоящей операции дает возможность операционной медсестре подготовиться к любым экстремальным ситуациям, помочь хирургической бригаде принять правильные решения. От взаимоотношений между медсестрой и пациентом нередко зависит результат операции и лечения [44].

Медсестре необходимы знания особенностей течения послеоперационного периода, возможных осложнений, как сердечно-сосудистая недостаточность, тромбозы (тромбофлебит), нагноение послеоперационной раны, перитониты и другое. Больной беспомощен и беззащитен после операции, поэтому ему необходима помощь медицинской сестры [17]. Послеоперационный период очень важен, необходимо тщательное наблюдение и уход за больным, так как от правильного ухода, особенно в первые послеоперационные дни, нередко зависит не только результат операции, но и жизнь больного [55].

Работа в отделении связана с высокой степенью ответственности, неопределённости и непредсказуемости развития событий, физической нагрузкой на организм медицинского персонала, психоэмоциональным напряжением. Риски возникновения синдрома эмоционального выгорания медицинских сестёр хирургического отделения чрезвычайно высоки [18]. Так, при обследовании медицинских сестер хирургических отделений установлено, что синдром эмоционального выгорания проявляется у них неадекватным реагированием на пациентов и своих коллег, отсутствием эмоциональной вовлеченности, утратой способности к сопереживанию пациентам, усталостью,

ведущей к редукации профессиональных обязанностей и негативному влиянию работы на личную жизнь [20]. А в результате постепенно формирующегося синдрома эмоционального выгорания возникают психическая и физическая усталость, безразличие к работе, снижается качество оказания медицинской помощи, порождается негативное и даже циничное отношение к пациентам [25].

### **2.3. Психокоррекционные мероприятия, направленные на снижение уровня эмоционального выгорания среднего медицинского персонала**

Личные и организационные расходы, связанные с эмоциональным выгоранием, привели к предложению различных стратегий вмешательства. Некоторые пытаются лечить профессиональное выгорание, когда оно уже появилось, тогда как другие сосредотачиваются на том, как предотвратить его, усиливая удовлетворенность и вовлеченность в работу [1].

Рассматривая противодействие синдрому выгорания в контексте субъектно-личностного подхода, важно, чтобы у человека была активная позиция и заинтересованность в саморазвитии и самоуправлении. Высокая мотивация, своевременное позитивное подкрепление (как внешнее, так и внутреннее) помогают наиболее эффективно овладеть техниками и приемами саморазвития, укрепить ресурсы преодоления синдрома выгорания [3].

Вмешательство может произойти на индивидуальном уровне, уровне рабочей группы или целой организации. В целом, основной упор делается на индивидуальные стратегии, а не на социальные и организационные, несмотря на данные о первичной роли ситуационных факторов. Многие из этих индивидуальных стратегий были взяты и адаптированы из других разработок по стрессу, копинг-поведению и здоровью. Наиболее частые рекомендации включают в себя [4]:

а) изменение рабочих паттернов (работать меньше, делать больше перерывов, избегать переработок, находить баланс между работой и остальной жизнью);

б) развитие копинг-механизмов (когнитивная перестройка, разрешение конфликтов, тайм-менеджмент);

в) получение социальной поддержки (от коллег и родственников);

г) использование стратегий релаксации;

д) здоровый образ жизни, физкультура;

е) развитие саморефлексии (с помощью разных самоаналитических техник, консультирования, психотерапии).

Стратегии, направленные на уменьшение рабочей нагрузки вместе с улучшениями восстановления с помощью сна, физических упражнений и питания, напрямую относятся к симптому истощения [18]. Цинизм, напротив, имеет более прямое отношение к чувству общности с коллективом или конгруэнтности личных ценностей и ценностей рабочего окружения. Например, после вмешательства, направленного на стимуляцию вежливости в отношениях на рабочем месте среди сотрудников здравоохранения, цинизм уменьшился в результате увеличения вежливости, и это изменение оставалось постоянным через год после вмешательства [1]. В отличие от этого, на чувство собственной эффективности можно, скорее, повлиять через улучшение форм признания от коллег и руководителей внутри организации или профессии. Альтернативным было предложение работникам вносить изменения в способ, которым они делают свою работу (этот процесс называют «рабочий крафтинг»). Предполагалось, что такие изменения в работе могли бы снизить выгорание [18].

К сожалению, существует очень мало исследований, подтверждающих эффективность любого из этих подходов в уменьшении риска профессионального выгорания. Одна из наиболее частых рекомендаций подчеркивает важность различных форм поддержки, таких как группы поддержки коллег, формальная поддержка через регулярную обратную связь и

оценку деятельности, использование коллегиального подхода в рабочей обстановке [6].

Другой подход предлагает медицинским сестрам часто оценивать свою загруженность, чтобы удостовериться, что они не подвергают себя дополнительному риску профессионального выгорания. Похожая рекомендация советует им разнообразить свой образ жизни (например, начать писать, расширить свою практику на другой тип пациентов) и/или найти другие занятия помимо работы (хобби, личные интересы). Один из подходов подчеркивает необходимость заботиться о себе – и не только в терминах собственного здоровья и физической активности, но и в терминах психологического благополучия [5].

Также рекомендуется сфокусироваться на духовности и человеческой природе с помощью молитвы, медитации, религии. Другими методами самопомощи являются регулярный отдых от работы, лоббирование повышения общественного признания сложной выполненной работы, концентрация на позитивных сторонах жизни и дома, и на работе, чтобы устоять против невзгод и страданий [18].

Для борьбы с эмоциональным выгоранием нужно, чтобы сам человек изменил позицию «жертвы обстоятельств» на позицию «хозяина своей жизни», который сам несет ответственность за все, что с ним происходит, а значит, сам довел (или позволил довести) себя до такого состояния. А помочь при этом могут следующие способы [1, 6, 18]:

1. Постановка реальных целей, достижение определенных результатов, что повышает долгосрочную мотивацию. Нельзя «объять необъятное». Попытки успеть то, что успеть невозможно, приводят к выгоранию. Негативный перфекционизм истощает и делает людей уязвимыми к депрессии, тревожным расстройствам, выгоранию и другим проблемам. Правильно расставленные приоритеты и реальные цели дают возможность человеку почувствовать свою успешность, что, в свою очередь, повышает его самооценку. Надо постоянно анализировать, что привело к выгоранию и как этот фактор устранить.

2. Гигиена труда. Наличие достаточных перерывов во время работы на отдых и еду, поощрение себя за выполнение задач. Сверхурочная работа – это повышение степени риска развития синдрома эмоционального выгорания. Использование периодов повышенной продуктивности. Нагрузка должна соответствовать возможностям.

3. Овладение умениями и навыками саморегуляции. Доступные способы – это прогулки, тренажерный зал, спорт, общение с природой, искусством, хобби, не связанное с работой, которые позволяют расслабиться и отвлечься. Занятия творчеством. Творческое самовыражение поддерживает креативность, самооценку и хорошее настроение. Техники релаксации помогают не только при тревоге, но и при стрессах и выгорании. Развитие здорового оптимизма. Чувство юмора и способность замечать хорошее – замечательные помощники.

4. Профессиональное развитие и самосовершенствование. Одним из способов предохранения от синдрома эмоционального выгорания является обмен профессиональной информацией с коллегами или представителями других служб. Сотрудничество дает ощущение более широкого мира, чем тот, который существует внутри отдельного коллектива.

5. Исключение ненужной конкуренции. Слишком настойчивое стремление к выигрыванию, лидерству обуславливает развитие тревоги, делает человека излишне агрессивным, что способствует, в свою очередь, проявлению синдрома эмоционального выгорания.

6. Эмоциональное общение. Когда человек анализирует свои чувства и делится ими с другими, если есть поддержка близких людей, «чувство локтя» в коллективе вероятность «выгорания» значительно снижается. Рекомендуется, чтобы сотрудники в сложных рабочих ситуациях обменивались мнениями с коллегами, искали у них профессиональную поддержку. Поддержка хороших отношений с другими людьми. Расширение круга общения, избежание изоляции. Навыки эффективного разрешения конфликтов и отстаивания себя. Развитие эмпатии и эмоциональной грамотности. Понимание чувств других людей и сопереживание им существенно снижает риск стать черствым и циничным.

7. Поддержание хорошей физической формы. Доказана тесная связь между состоянием тела и разумом. Очень важно поддерживать хорошую физическую форму с помощью физических упражнений, сбалансированного питания и полноценного сна.

Чтобы избежать синдрома эмоционального выгорания, необходимо следовать следующим правилам [21]:

- стараться рассчитывать и обдуманно распределять свои нагрузки;
- научиться переключаться с одного вида деятельности на другой;
- проще относиться к конфликтам на работе;
- не пытаться всегда и во всем быть первым, лучшим.

Синдром профессионального выгорания – процесс, при котором ежедневное воздействие факторов стресса, связанных с оказанием помощи другому человеку, постепенно приводит к проблемам с собственным здоровьем психологического и физического характера. Он может затронуть не только отдельного сотрудника, но и организацию в целом. Эмоциональное выгорание не болезнь и не диагноз (хотя есть и противоположная точка зрения), а тем более не приговор. Так что чем раньше начать с ним борьбу, тем она будет эффективнее и перспективнее. А еще лучше эмоциональное выгорание предупредить [46]. Украшают и обогащают жизнь интересное общение, искусство, музыка, литература, природа, юмор.

Однако системная помощь будет много эффективнее. Она включает в себя самопомощь, оптимизация гигиенических и мотивационных условий труда, а также организационной культуры, и, конечно же, оказание специализированной профессиональной помощи консультирующих психологов, социально-психологической, морально-психологической, профилактико-реабилитационной, деловой [33].

В случае недостаточности самопомощи требуется профессиональная консультативная или коррекционная помощь специалистов, владеющих методами стресс-менеджмента. Видами специализированной помощи при синдроме эмоционального выгорания являются [18]:

- **Тренинги по снижению стресса** направлены на развитие навыков стрессоустойчивости в групповом формате. Там можно научиться саморегуляции, разрешению конфликтов и повысить уверенность в себе.

- **Краткосрочная терапия, ориентированная на решение проблем.** Этот вид терапии ориентирован на достижение конкретных целей.

**Интерперсональная терапия** помогает наладить отношения.

- **Терапия принятия и ответственности** помогает разобраться с приоритетами, ценностями и целями и осознанно подходить к жизни.

- **Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)** – терапия первого выбора при большинстве психологических проблем. Она помогает пересмотреть устаревшие убеждения и установки, улучшить самооценку и отношения с другими людьми, обрести новые привычки.

## ГЛАВА 3.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ АНАЛИЗ

#### 3.1. Дизайн исследования и характеристика выборки.

*Объектом* исследования были 100 медицинских сестер в возрасте от 22 до 62 лет, которые работают в операционных блоках хирургических больниц.

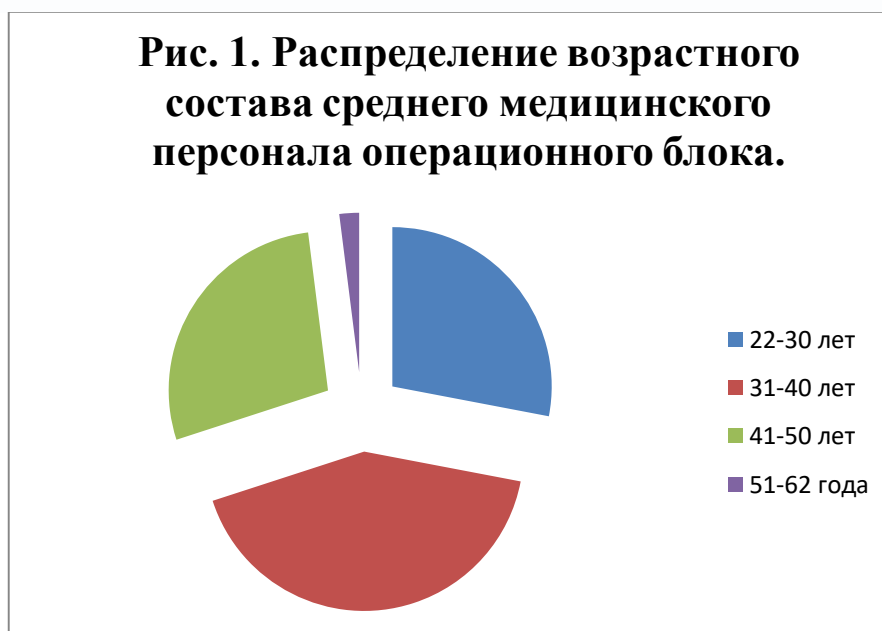
*Критериями включения* в исследование были:

- все медицинские сестры, находящиеся на службе в операционных блоках хирургических больниц;
- медицинские сестры различного возраста;
- медицинские сестры мужского и женского пола.

*Критериями исключения* в исследование были отсутствие медицинской сестры по причине: болезни; декретного отпуска; служебной командировки; трудового отпуска.

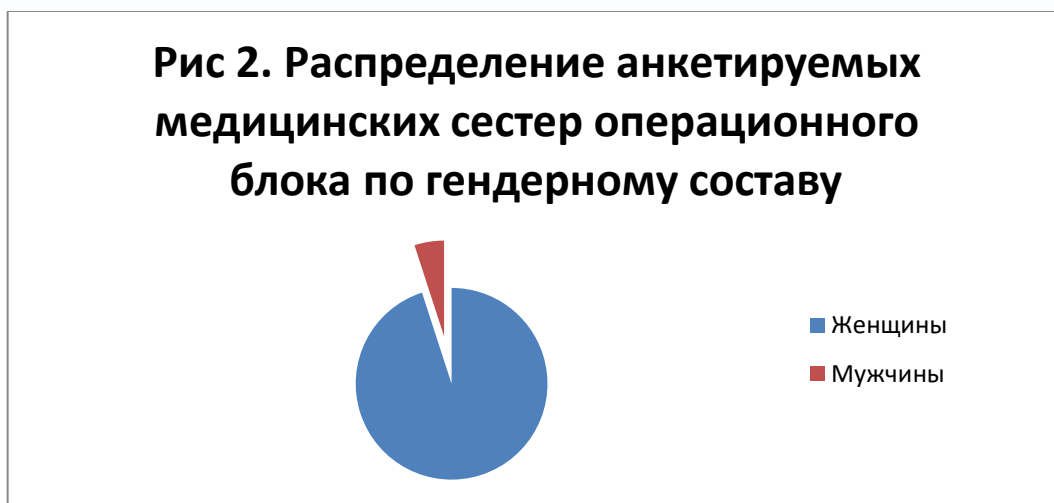
#### 1. Распределение возрастного состава среднего медицинского персонала операционного блока.

По возрастному составу среднего медицинского персонала лица 22-30 лет составили 28 человек (28 %); 31-40 лет – 42 человека (42 %); 41-50 лет – 28 человек (28 %), 51-62 года – 2 человека (2 %) (Рис. 1).



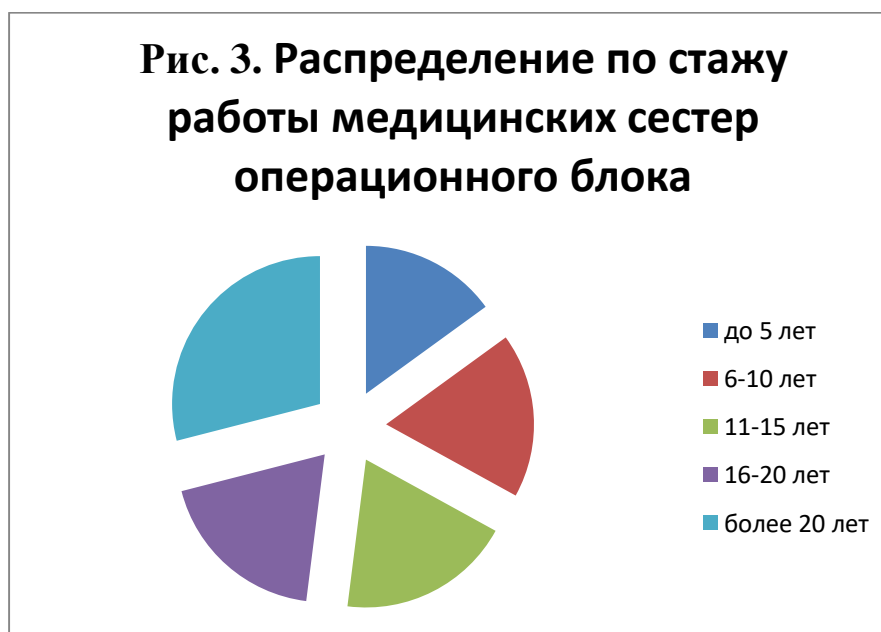


**2. Распределение анкетированных медицинских сестер операционного блока по гендерному составу.** Среди обследуемых 100 медицинских сестер было: 95 женщин (95 %) и 5 мужчин (5 %) (Рис 2).



**3. Распределение по стажу работы медицинских сестер операционного блока.**

Распределение операционных медицинских сестер по стажу работы было следующим: до 5 лет – 15 чел. (15 %); 6-10 лет – 18 чел. (18 %); 11-15 лет – 19 чел. (19 %); 16-20 лет – 19 чел. (19 %); более 20 лет – 29 чел. (29 %) (Рис 3).



Основным методом исследования явилось анкетирование. Первоначальный опрос респондентов проводился ежедневно по графику в течение всего периода обследования (2 месяцев).

### 3.2. Оценка усталости

Показатель усталости оценивался с помощью стандартизованного опросника FSS. В каждом вопросе респонденту не обходимо было выбрать соответствующий ему вариант ответа (0 – категорически не согласен; 7 – полностью согласен). Затем все полученные баллы по 9 вопросам суммировались, и интерпретацию проводили по итоговому баллу. Отсутствие усталости считалось при сумме баллов меньше 36, тогда как высокий показатель усталости считался при превышении 36.

**Таблица 2. Вопросы для выявления уровня усталости**

№	Вопрос	Ответы
1	Моя мотивация ниже, когда я усталый	1 2 3 4 5 6 7
2	Физические упражнения вызывают усталость	1 2 3 4 5 6 7
3	Я легко устаю	1 2 3 4 5 6 7
4	Усталость мешает моему физическому функционированию	1 2 3 4 5 6 7
5	Усталость – причина моих частых проблем	1 2 3 4 5 6 7
6	Усталость не дает мне функционировать в течение длительного времени	1 2 3 4 5 6 7
7	Усталость мешает выполнять некоторые обязанности и виды деятельности	1 2 3 4 5 6 7
8	Усталость – одна из трёх моих основных причин, которые делают меня недееспособным	1 2 3 4 5 6 7
9	Усталость мешает моей работе, семейной или общественной жизни	1 2 3 4 5 6 7

Показатель усталости среднего медицинского персонала операционного блока, оцененный с помощью стандартизованного опросника FSS, был высоким в 78 лиц (78 %).

### 3.3. Оценка выгорания

Выгорание у медицинских сестер измерялось с помощью Maslach Burnout Inventory (MBI) General (MBI-GS), состоящего из 16 вопросов. Для данного исследования нами была выбрана версия «Общий вариант» (General-MBI-GS). Если респонденты никогда не испытывали указанных в анкете состояний на работе, они должны были подчеркнуть число «0». Если они редко испытывали указанные в анкете состояния на работе (несколько раз в год или меньше), они должны были подчеркнуть «1», если раз в месяц – число «2», несколько раз в месяц – число «3», раз в неделю – число «4», несколько раз в неделю – число «5», каждый день – число «6».

Оценка проводилась по трем «шкалам выгорания»:

- **ЭИ**, при котором работник чувствует себя опустошённым в конце рабочего дня (5 вопросов). К данной шкале относились вопросы:

1. Я чувствую себя эмоционально опустошенным (1, 2, 3, 4, 5, 6),
2. К концу рабочего дня я чувствую себя как выжатый лимон (1, 2, 3, 4, 5, 6),
3. Я чувствую себя усталым(ой), когда встаю утром и должен идти на работу (1, 2, 3, 4, 5, 6),
4. Мне приходится напрягаться, чтобы отработать весь день (1, 2, 3, 4, 5, 6),
5. Я чувствую угнетённость и апатию (1, 2, 3, 4, 5, 6).

- **ЦИ**, определяется как полное безразличие и отстраненность в отношении выполняемой работы (5 вопросов). К данной шкале относились вопросы:

1. Я стал(а) испытывать меньшей интерес к своей работе (1, 2, 3, 4, 5, 6),
2. Я стал(а) испытывать меньше энтузиазма по поводу своей работы (1,

2, 3, 4, 5, 6),

3. Я просто хочу делать свою работу и чтобы меня больше не трогали (1, 2, 3, 4, 5, 6),

4. Я стал более цинично оценивать то, влияет ли моя работа на что-нибудь (1, 2, 3, 4, 5, 6),

5. Я сомневаюсь в важности своей работы (1, 2, 3, 4, 5, 6).

• **ПЭ**, (6 вопросов) означающая чувство компетентности и успеха в работе. К данной шкале относились вопросы:

1. Я могу эффективно решать задачи, возникающие в процессе моей работы (1, 2, 3, 4, 5, 6),;

2. Я чувствую, что я делаю важный вклад в работу всей моей организации (1, 2, 3, 4, 5, 6),

3. С моей точки зрения я хорошо справляюсь со своими обязанностями на работе;

4. Я чувствую себя в приподнятом настроении, когда мне что-то удается на работе;

5. Я сделал много стоящих и хороших дел на работе;

6. На работе я чувствую уверенность, что эффективно решаю задачи;

Общий средний балл по каждой шкале считается как сумма всех ответов по данной шкале, разделенная на число отвеченных вопросов. При анализе первых двух шкал высокие показатели указывают на высокие показатели выгорания, тогда как высокие показатели по последней шкале указывают на низкий уровень выгорания.

По шкале **ЭИ** опустошенность в конце рабочего дня определена как высокая в 75 опрошенных (75 %), по шкале **ЦИ** полное безразличие и отстраненность в отношении выполняемой работы выявлены в 67 лиц (67 %), **ПЭ**, означающая чувство компетентности и успеха в работе, оказалась высокой в 28 медицинских сестер (28 %).

### 3.4. Опросник MOS SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey) для оценки качества жизни.

Для оценки качества жизни больных РС был использован опросник MOS SF-36 (Medical Outcomes Study 36-ITEM Short Form Health Survey). MOS SF-36 – неспецифический опросник для оценки качества жизни. Он разработан в Центре изучения медицинских результатов США в 1992 г.

36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: PF (физическое функционирование); RP (ролевое функционирование, связанное с физическим состоянием); BP (телесная боль); GH (общее состояние здоровья); VT (жизненная активность, жизнеспособность); SF (социальное функционирование); RE (ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием); MH (психическое здоровье). Четыре первые шкалы характеризуют физическое здоровье, следующие четыре – психологическое. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни.

Для каждого анализируемого количественного показателя вычислены значения среднего по совокупности  $M$  и стандартного квадратичного отклонения  $\sigma$ . Оценка различий средних исследуемых показателей независимых групп выполнялась при помощи непараметрического критерия Манна-Уитни.

Что касается оценки качества жизни медицинских сестер, то показатели физического здоровья распределились следующим образом:

- **PF** (физическое функционирование) –  $78,2 \pm 1,1$ ;
- **RP** (ролевое функционирование, связанное с физическим состоянием) –  $79,3 \pm 1,1$ ;
- **BP** (телесная боль) –  $80,1 \pm 1,2$ ;
- **GH** (общее состояние здоровья) –  $82,2 \pm 1,2$ ;

Отмечено особенно четкое снижение показателей, характеризующих психологическое здоровье:

- **VT** (жизненная активность) –  $52,7 \pm 1,1$ ;
- **SF** (социальное функционирование) –  $57,9 \pm 1,1$ ;
- **RE** (ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием) –  $55,2 \pm 1,1$ ;
- **MH** (психическое здоровье) –  $61,6 \pm 1,1$ .

### **3.5. Оценка эффективности психокоррекционных мероприятий.**

Для психокоррекционной работы по снижению уровня выраженности синдрома эмоционального выгорания среднего медицинского персонала операционных блоков были проведены следующие мероприятия:

1. В рамках информирования о влиянии стресса на организм человека проведена лекция на тему: «Влияние стресса на работу медицинского персонала и его психо-эмоциональное состояние, методы профилактики синдрома эмоционального выгорания». Основными содержательными разделами лекции было следующее: причины, приводящие к стрессу, его симптомы; способы избежать синдрома эмоционального выгорания (стараться рассчитывать и распределять свои нагрузки, пересмотреть свои жизненные ориентиры, не стремиться к недостижимому идеалу, стремиться к профессиональному развитию и совершенствованию, через различные курсы повышения квалификации, конференции, которые помогут поднять самооценку как профессионала и избежать выгорания; избегать ненужной конкуренции). Отдельное внимание слушателей было обращено на необходимость общения с близкими людьми, занятий с собой (любимый вид спорта, хобби). В ходе лекции был затронут вопрос «стресс и питание», поскольку правильное питание с достаточным количеством витаминов и микроэлементов, отказ от злоупотребления спиртными напитками, табаком, нормализация веса помогут правильной работе всего организма, в том числе и нервной системы. После лекции с сотрудниками была проведена дискуссия, в которой сотрудники

поделились своими копинг-стратегиями: как проще относиться к конфликтам на работе, переключаться с одного вида деятельности на другой.

2. Проведены занятия по обучению среднего медицинского персонала упражнениям по дыхательной гимнастике и релаксации. Цель мероприятий по психокоррекции – обучение персонала приемам снятия рабочего напряжения, роста профессиональной мотивации и равновесия между потраченными усилиями и получаемым вознаграждением. В комнатах отдыха сестринского персонала размещён наглядный материал в виде памятки по корректировке синдрома эмоционального выгорания и экспресс-диагностики симптомов тревожных расстройств. В рамках практического занятия по психокоррекции в вводной части было пояснена суть релаксации – это частичное или полное избавление от психического и физического напряжения. Самым доступным, в том числе на рабочем месте, методом релаксации является прослушивание музыки (при умеренном звучании). Обладая умеренным темпом, релаксирующая музыка настраивает на сеанс отдыха, отвлекает от своих насущных переживаний, внимание переключается на внутреннее осознание себя, исчезает напряжение, появляется чувство умиротворения.

В основной части практического занятия проводилось ознакомление с дыхательными упражнениями. Управление дыханием – это эффективное средство влияния на тонус мышц и эмоциональные центры мозга. Медленное и глубокое дыхание (с участием мышц живота) понижает возбудимость нервных центров, способствует мышечному расслаблению, то есть релаксации. Частое (грудное) дыхание, наоборот, обеспечивает высокий уровень активности организма, поддерживает нервно-психическую напряженность.

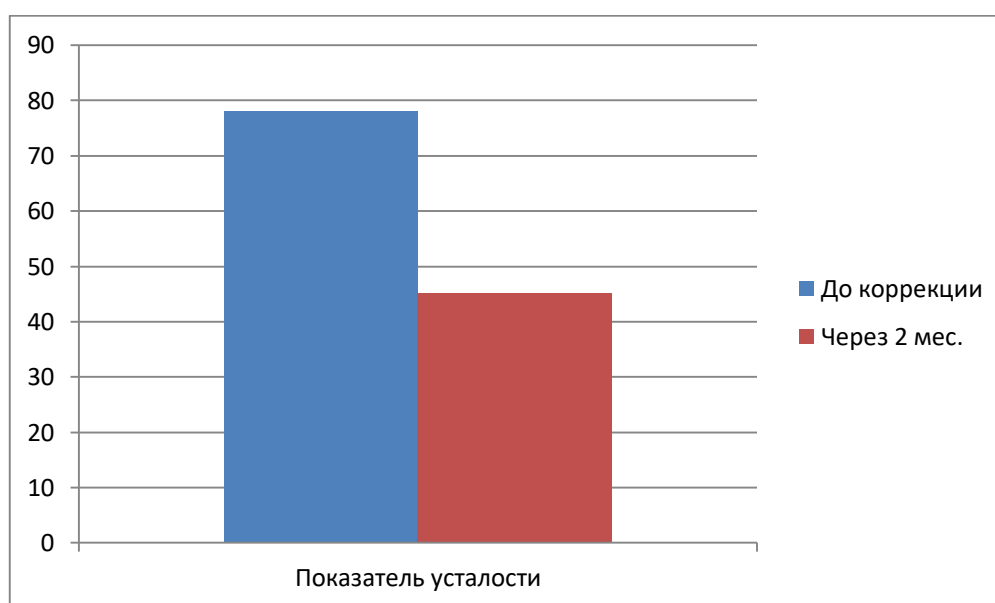
Проведённые мероприятия способствуют повышению информированности медсестёр в вопросах выявления стресса, психоэмоционального состояния личности, в частности, связанных с осуществлением профессиональной деятельности; сформированы умения саморегуляции эмоциональной сферы.

Психогигиена в профессиональной деятельности медсестры необходима для предотвращения накопления остаточных явлений перенапряжения, которые

способствуют полноте восстановления сил, нормализуют эмоциональный фон деятельности, а также усиливают мобилизацию ресурсов организма.

Мероприятия, направленные на коррекцию и профилактику синдрома эмоционального выгорания, осуществлялись для среднего медицинского персонала в течении 2-х месяцев. Спустя этот период повторно была проведена оценка выгорания, усталости и качества жизни медицинских сестер.

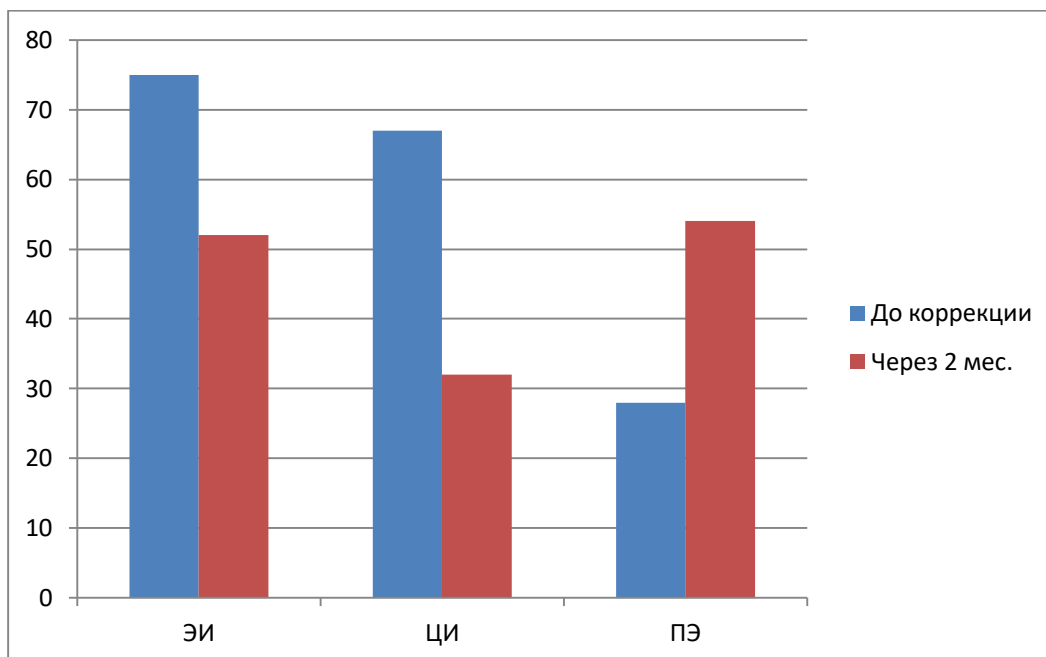
Показатель усталости среднего медицинского персонала операционного блока, оцененный с помощью стандартизованного опросника FSS, снизился с 78 % до 45 % (Рис. 4).



**Рис 4. Показатель усталости среднего медицинского персонала операционного блока (согласно стандартизованного опросника FSS).**

По шкале ЭИ опустошённость в конце рабочего дня снизилась с 75 % до 52%, по шкале ЦИ полное безразличие и отстраненность в отношении выполняемой работы – с 67 % до 32 %, ПЭ, означающая чувство компетентности и успеха в работе, повысилась с 28 % до 54 % (Рис. 5).





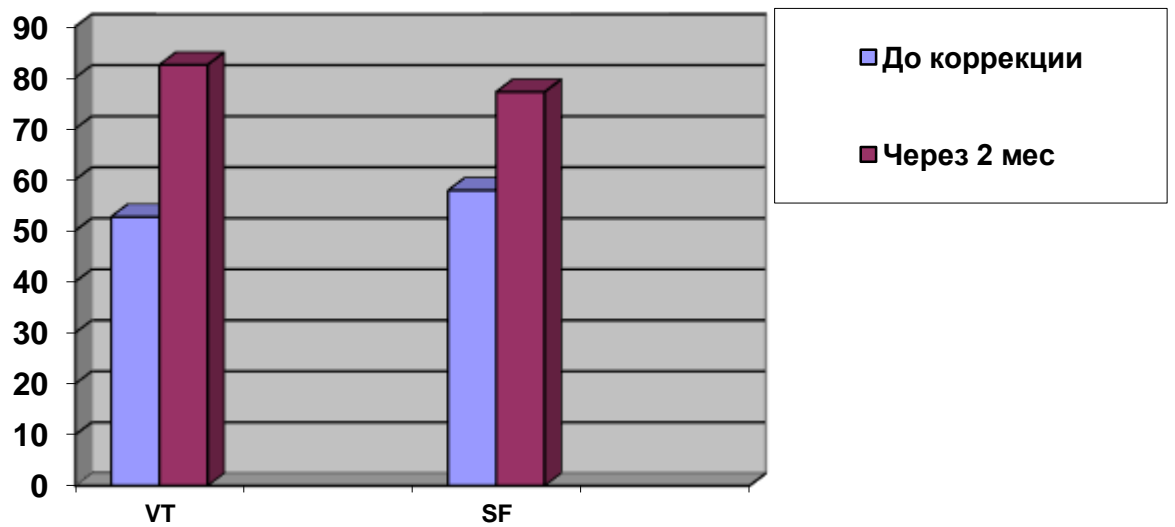
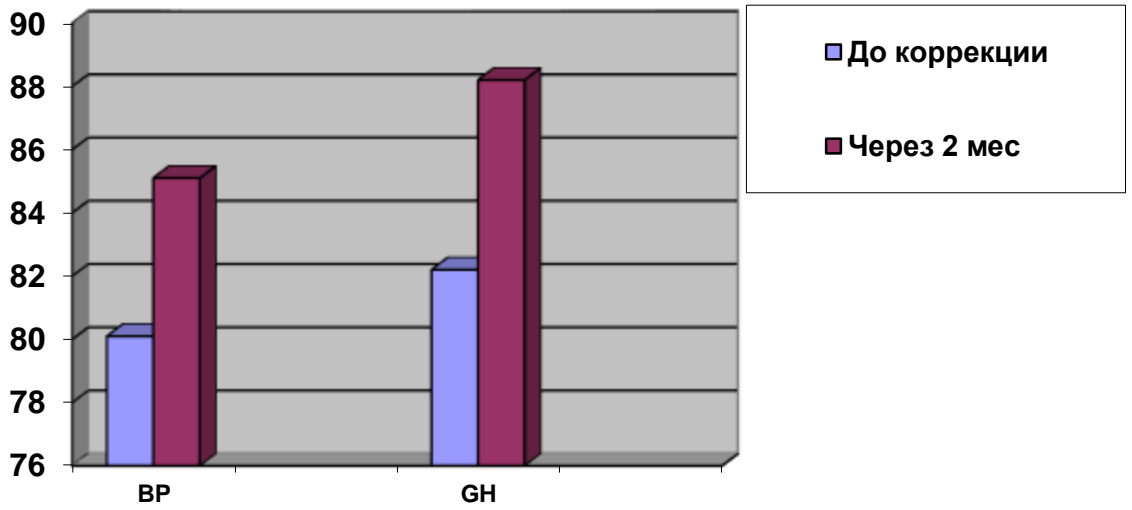
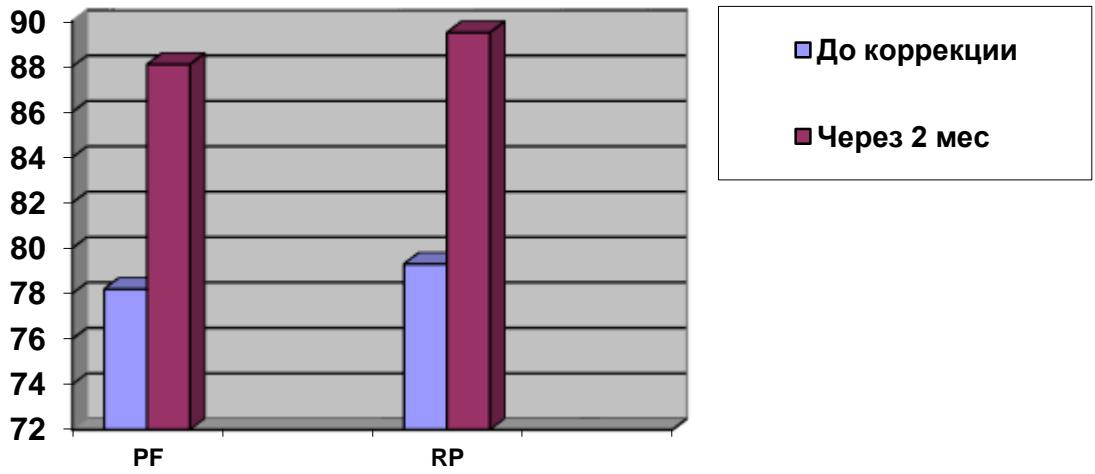
**Рис 5. Показатели «шкал выгорания» среднего медицинского персонала операционного блока (согласно опросника General-MBI-GS).**

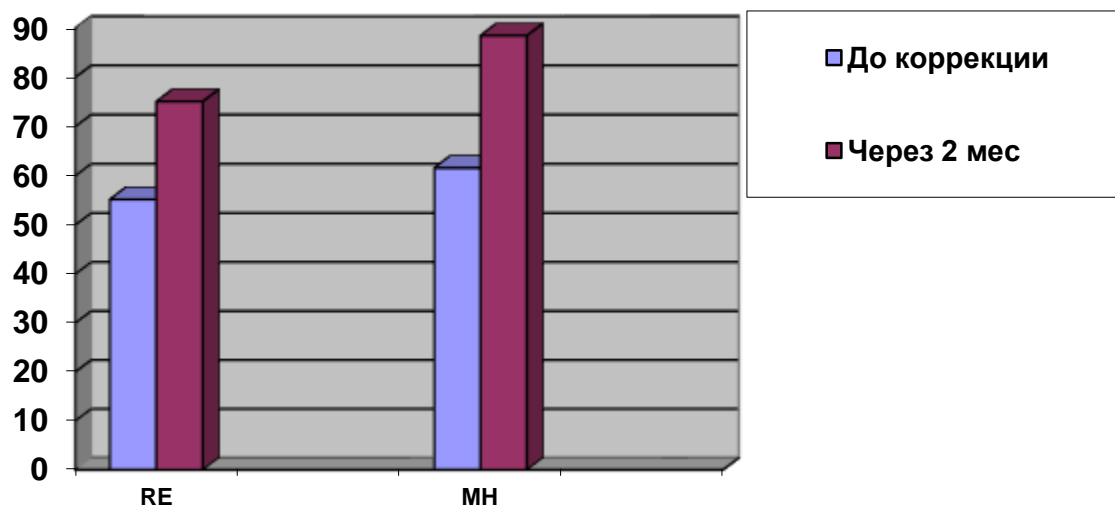
Что касается оценки качества жизни медицинских сестер, то показатели физического здоровья спустя 2 месяца распределились следующим образом:

- **PF** (физическое функционирование) –  $88,1 \pm 1,1$ ;
- **RP** (ролевое функционирование, связанное с физическим состоянием) –  $89,5 \pm 1,1$ ;
- **BP** (телесная боль) –  $85,1 \pm 1,1$ ;
- **GH** (общее состояние здоровья) –  $88,2 \pm 1,1$ ;

Отмечено особенно повышение показателей, характеризующих психологическое здоровье:

- **VT** (жизненная активность) –  $82,5 \pm 1,1$ ;
- **SF** (социальное функционирование) –  $77,2 \pm 1,1$ ;
- **RE** (ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием) –  $75,1 \pm 1,1$ ;
- **MH** (психическое здоровье) –  $88,5 \pm 1,2$ .





**Рис. 6. Показатели шкалы качества жизни среднего медицинского персонала операционного блока (согласно опросника MOS SF-36)**

Это свидетельствует об эффективности проводимых мероприятий по коррекции синдрома эмоционального выгорания медицинских сестер.

## ВЫВОДЫ

1. В ходе исследования изучены теории синдрома эмоционального выгорания как состояния, включающего в себя чувство эмоционального истощения, изнеможения; признаки дегуманизации, деперсонализации (ухудшение отношения к другим, иногда к себе), а в профессиональном плане – утрату профессионального мастерства. Согласно К. Маслач, эмоциональное выгорание развивается в три стадии: на первой стадии индивидуум истощён эмоционально и физически, жалобы на головные боли; для второй стадии характерны два набора симптомов: отрицательное, циничное, обезличенное отношение к пациентам / клиентам и негативные мысли относительно себя из-за чувств, возникающих по поводу такого отношения. Заключительная стадия – полное эмоциональное выгорание, выражается в полном отчуждении, отвращении ко всему окружающему. Синдром эмоционального выгорания представляет собой многофакторный процесс, включающий взаимодействие стресса, особенностей центральной нервной системы и личности, производственной среды. К организационным факторам, способствующим эмоциональному выгоранию, относятся: высокая рабочая нагрузка; отсутствие или недостаток социальной поддержки со стороны коллег и начальства; недостаточное вознаграждение за работу (как моральное, так и материальное); невозможность влиять на принятие важных решений; двусмысленное, неоднозначное требование к работе; однообразная, монотонная и бесперспективная деятельность; необходимость внешне проявлять эмоции, не соответствующие реальным, например, необходимость быть эмпатичным; отсутствие выходных, отпусков и интересов вне работы. Развитие синдрома выгорания рассматривается в соответствии с механизмом развития стресса, проявляющегося в таких симптомах: неудовлетворённость собой, эмоционально- нравственная дезориентация, личностная отстраненность. Крайними формами проявления выгорания являются – безразличие, равнодушие, душевная черствость, депрессия.

2. Обозначены особенности синдрома эмоционального выгорания в медицинских сестер операционного блока. К числу психологических стресс-

факторов, эффект которых сказывается на медицинском персонале, относятся: большое количество контактов с больными людьми и их родственниками, постоянное соприкосновение с чужими проблемами и чужой болью, с негативными эмоциями, которые несут отрицательную энергию; повышенные требования к профессиональной компетентности врача и к служению другим, самоотдаче; ответственность за жизнь и здоровье других людей; производственная среда с новыми факторами социального риска, такими как преступность, наркомания, бездомность. Одно из первых мест по риску возникновения синдрома эмоционального выгорания занимает профессия медицинской сестры. Её рабочий день – это теснейшее общение с людьми, в основном с больными, требующими неусыпной заботы и внимания. Сталкиваясь с негативными эмоциями медицинская сестра невольно и непроизвольно вовлекается в них, в силу чего начинает сама испытывать повышенное эмоциональное напряжение. Одним из факторов синдрома «выгорания» у среднего медицинского персонала является продолжительность стрессовой ситуации, ее хронический характер. На развитие хронического стресса влияют: ограничение свободы действий и использования имеющегося потенциала; монотонность работы; высокая степень неопределенности в оценке выполняемой работы; неудовлетворенность социальным статусом. Операционные медсестры несут ответственность за обеспечение сестринской помощи пациентам на всех этапах: перед операцией, во время операции и после нее. Операционная медсестра руководит процессом подготовки операционной аппаратуры, расходных материалов, следит за соблюдением правил асептики и антисептики всей операционной бригады. Работа в отделении связана с высокой степенью ответственности, неопределённости и непредсказуемости развития событий, физической нагрузкой на организм медицинского персонала, психоэмоциональным напряжением. Риски возникновения синдрома эмоционального выгорания медицинских сестёр хирургического отделения чрезвычайно высоки. Он проявляется у них неадекватным реагированием на пациентов и своих коллег, отсутствием эмоциональной вовлеченности, утратой способности к сопереживанию пациентам, усталостью, ведущей к редукции

профессиональных обязанностей и негативному влиянию работы на личную жизнь. А в результате постепенно формирующегося синдрома эмоционального выгорания возникают психическая и физическая усталость, безразличие к работе, снижается качество оказания медицинской помощи, порождается негативное и даже циничное отношение к пациентам.

3. Изучены психокоррекционные мероприятия, направленные на снижение уровня эмоционального выгорания среднего медицинского персонала. Наиболее частые рекомендации включают в себя: изменение рабочих паттернов (работать меньше, делать больше перерывов, избегать переработок, находить баланс между работой и остальной жизнью); развитие копинг-механизмов (когнитивная перестройка, разрешение конфликтов, тайм-менеджмент); получение социальной поддержки (от коллег и родственников); использование стратегий релаксации; здоровый образ жизни, физкультура; развитие саморефлексии (с помощью разных самоаналитических техник, консультирования, психотерапии). Видами специализированной помощи при синдроме эмоционального выгорания являются: тренинги по снижению стресса, направленные на развитие навыков стрессоустойчивости в групповом формате, краткосрочная терапия, ориентированная на решение проблем, терапия принятия и ответственности, что помогает разобраться с приоритетами, ценностями и целями и осознанно подходить к жизни, Когнитивно-поведенческая терапия как терапия первого выбора, помогает пересмотреть устаревшие убеждения и установки, улучшить самооценку и отношения с другими людьми, обрести новые привычки.

3. Определен уровень усталости и эмоционального выгорания в медицинских сестер операционного блока, оценено качество их жизни, проведена оценка эффективности психокоррекционных мероприятий. Так, показатель усталости среднего медицинского персонала операционного блока, оцененный с помощью стандартизованного опросника FSS, был высоким в 78 лиц (78 %). Выгорание у медицинских сестер измерялось с помощью Maslach Burnout Inventory (MBI) General (MBI-GS), версия «Общий вариант» (General-MBI-GS). По шкале ЭИ опустошенность в конце рабочего дня определена как

высокая в 75 опрошенных (75 %), по шкале ЦИ полное безразличие и отстраненность в отношении выполняемой работы выявлены в 67 лиц (67 %), ПЭ, означающая чувство компетентности и успеха в работе, оказалась высокой в 28 медицинских сестер (28 %). Для оценки качества жизни больных РС был использован опросник MOS SF-36 (Medical Outcomes Study 36-ITEM Short Form Health Survey). Отмечено особенно четкое снижение показателей, характеризующих психологическое здоровье: VT (жизненная активность) –  $52,7 \pm 1,1$ ; SF (социальное функционирование) –  $57,9 \pm 1,1$ ; RE (ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием) –  $55,2 \pm 1,1$ ; MH (психическое здоровье) –  $61,6 \pm 1,1$ . Для психокоррекционной работы по снижению уровня выраженности синдрома эмоционального выгорания среднего медицинского персонала операционных блоков были проведены следующие мероприятия в течении 2-х месяцев: лекция на тему: «Влияние стресса на работу медицинского персонала и его психо-эмоциональное состояние, методы профилактики синдрома эмоционального выгорания», проведены занятия по обучению среднего медицинского персонала упражнениям по дыхательной гимнастике и релаксации, памятки по коррективке синдрома эмоционального выгорания и экспресс-диагностики симптомов тревожных расстройств. Проведённые мероприятия способствовали повышению информированности медсестёр в вопросах выявления стресса, психоэмоционального состояния личности, в частности, связанных с осуществлением профессиональной деятельности; были сформированы умения саморегуляции эмоциональной сферы, о чем свидетельствует улучшение показателей: показатель усталости снизился с 78 % до 45 %, По шкале ЭИ опустошённость в конце рабочего дня снизилась с 75 % до 52%, по шкале ЦИ полное безразличие и отстраненность в отношении выполняемой работы – с 67 % до 32 %, ПЭ, означающая чувство компетентности и успеха в работе, повысилась с 28 % до 54 %. Отмечено особенно повышение показателей, характеризующих психологическое здоровье: VT (жизненная активность) –  $82,5 \pm 1,1$ ; SF (социальное функционирование) –  $77,2 \pm 1,1$ ; RE (ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием) –  $75,1 \pm 1,1$ ;

МН (психическое здоровье) –  $88,5 \pm 1,2$ . Это свидетельствует об эффективности проводимых мероприятий по коррекции синдрома эмоционального выгорания медицинских сестер. Психогигиена в профессиональной деятельности медсестры необходима для предотвращения накопления остаточных явлений перенапряжения, которые способствуют полноте восстановления сил, нормализуют эмоциональный фон деятельности, а также усиливают мобилизацию ресурсов организма.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Борисова М.В., Ансимова Н.П. Основные направления профилактики и коррекции профессионального выгорания [Электронный ресурс] // Ярославский педагогический вестник. 2011. Т. 2. № 2. С. 212-215. URL: [http://vestnik.yspu.org/releases/2011\\_2pp/50.pdf](http://vestnik.yspu.org/releases/2011_2pp/50.pdf) 24.
2. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь – справочник по психодиагностике. – СПб.: Питер, 2002. – 528 с.
3. Водопьянова Н.Е. Профилактика и коррекция синдрома выгорания. С.-Петербург. гос. ун-т. Санкт-Петербург: Издательский дом Санкт-Петербургского государственного университета, 2011. – 159 с.
4. Водопьянова Н.Е. Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика – 2-е издание – СПб: Питер, 2008. – 338 с.
5. Гордеева М.А. Эмоциональное выгорание государственных служащих в моно и поликультурных трудовых коллективах: исследовательские задачи / Гордеева М.А., Константинов В.В. // Наука и бизнес: пути развития. – 2014. – № 4. – С. 11-13.
6. Грабе М. Синдром выгорания – болезнь нашего времени. Почему люди выгорают и что можно против этого предпринять / пер. с нем. М. Грабе. СПб.: Речь, 2010. 96 с.
7. Давлицарова К.Е. Основы ухода за больными. Первая медицинская помощь: Учебное пособие. – М.: Форум: Инфа – М., 2004. – 386 с.
8. Засеева И.В., Татров А.С. Сравнительный анализ синдрома эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер отделения анестезиологии и реанимации в условиях региона // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 6-1. – С. 184-188.
9. Изард И. Психология эмоций / пер. с английского А. Татлыбаева, В. Мисник. СПб.: Питер, 2010. – 464 с.
10. Камынина Н.Н. Протоколы выполнения простых медицинских манипуляций как средство повышения качества деятельности медсестер / Н.Н. Камынина // Медицинская сестра. – 2005. – № 8. – С. 35-40.

11. Лэнгле А. Эмоциональное выгорание с позиции экзистенциального анализа // Вопросы психологии. – 2008. – № 2. – С. 3-16.
12. Матвейчик Т.В., Иванова В.И. Организация сестринского дела. МН.: Высшая школа, 2016. – 302 с.
13. Неруш Т.Г. Современное состояние и перспективы изучения проблемы профессионального выгорания в рамках системогенетического подхода / Неруш Т.Г., Поваренков Ю.П. // Ярославский педагогический вестник. – 2013. – Т. 2, № 3. – С. 201-207.
14. Организация сестринской деятельности: учебник / под ред. С.И. Двойникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 528 с.
15. Организация специализированного сестринского ухода: учебное пособие. Корягина Н. Ю. и др. / Под ред. З. Е. Сопиной. – 2013. – 464 с.
16. Орел В. Е. Синдром психического выгорания: мифы и реальность. Харьков: Гуманитарный центр, 2014. – 294 с.
17. Основы сестринского дела: справочник / М.Ю. Алешкина, Н.А. Гуськова, О.П. Иванова, С.В. Науменко, А.М. Спринц, И.Н. Филиппова, Е. П. Шатова, З.М. Юдакова; под ред. А. М. Спринца. – СПб.: СпецЛит, 2009. – 463 с.
18. Осухова Н.Г., Кожевникова В.В. Возвращение к жизни: Методические материалы для ведущих тренингов и семинаров по профилактике профессионального выгорания / под ред. Н.Г. Осуховой. М.: Изд-во «Амигопресс», 2013. – 112 с.
19. Ронгинская Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях / Т.И. Ронгинская // Психологический журнал. – М.: Наука, 2002. – Т. 23. – № 3. – С.85-95.
20. Сайдутова З.С., Краснорядцева О.М. Эмоциональное выгорание у представителей помогающих профессий // В сборнике: Перспективы развития психологической науки и образования третьего тысячелетия Материалы III международной научно-практической конференции. СПб., 2015. – С. 59-69.
21. Синюкова Е.М. Синдром эмоционального выгорания личности: его сущность и детерминанты // Парадигма познания. – 2014. – № 2. – С. 150-155.

22. Трущенко М.Н. Современное состояние проблемы выгорания // Психология: традиции и инновации. Международная заочная научная конференция. – Уфа: Лето, 2011. – С. 10-17.
23. Форманюк Т.В. Синдром эмоционального сгорания как показатель профессиональной дезадаптации учителям // Вопросы психологии. – 2010. – № 6. – С. 57–63.
24. Човдырова Г.С. Психологические свойства, препятствующие эмоциональному выгоранию личности как синдрому развития хронического стресса / Човдырова Г.С., Осипова М.И., Клименко Т. С. // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2014. – № 3. – С. 88-90.
25. Чутко Л. С., Козина Н. В. Синдром эмоционального выгорания. Клинические и психологические аспекты. 2-е изд. Москва: МЕДпресс-информ, 2014. – 255 с.
26. Ahola K., Nakane J. Burnout and health. In: Leiter M.P., Bakker A.B., Maslach C. (eds). Burnout at work: a psychological perspective. London: Psychology Press, 2014. – P.10-31.
27. Aiken L.H. Hospital nurse staffing and patient mortality, burnout and job dissatisfaction / Aiken L.H., Clarke SP, Sloane DM et al. // JAMA. – 2002. – V. 288. – P. 1987-1993.
28. Alarcon G.M. A meta-analysis of burnout with job demands, resources and attitudes // Journal of vocational behavior. – 2011. – V. 79. – P. 549-562.
29. Bakker A.B. Burnout contagion among intensive care nurses / Bakker A.B., LeBlanc P.M., Schaufeli W.B. // J. Advanc. Nurs. – 2005. – V. 51. – P. 276-287.
30. Bria M. Systematic review of burnout risk factors among european healthcare professionals/ Bria M., Baban A. // Cognition, brain, behavior. – 2012. – № 3. – P. 423-452.
31. Bucher L. Medical Surgical Nursing / L. Bucher, I. Camera, Sharon et al. // St. Louis, Missouri: Elsevier/Mosby. – 2015. – P. 187.
32. Chang E. Survey of the prevalence of burnout, stress, depression, and the use of supports by medical students at one school / Chang E., Eddins-Folensbee F., Coverdale J. // Acad Psychiatry. – 2012. – V. 36. – P. 177-182.

33. Copotoiu M. Risk of addiction and burnout // Psychological Assessment. – 2012. – № 9. – P. 600–604.
34. Erickson M. The Client-Nurse Relationship: A Helping Relationship / M. Erickson, J. Blazer-Riley // St. Louis, Missouri, Elsevier Mosby. – 2012. – In Communications in Nursing, Seventh ed. – P. 16-31.
35. Gascon S. The role of aggression suffered by healthcare workers as predictors of burnout / Gascon S., Leiter M.P., Andres E. et al. // J. Clin. Nurs. – 2013. – V. 22. – P. 3120-3129.
36. Hakanen J.J. Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study / Hakanen J.J., Schaufeli W.B. // J. Affect. Disord. – 2012. – V. 141. – P. 415-424.
37. Jangland E. Surgical nurses' different understandings of their interactions with patients: A phenomenographic study / E. Jangland, J. Larsson, L. Gunningberg // Scandinavian Journal of Caring Sciences. – 2011. – V. 25, № 3. – P. 533-541.
38. Leiter M.P. Changes in burnout: a 12-year cohort study on organizational predictors and health outcomes / Leiter M.P., Hakanen J., Toppinen-Tanner S. et al. // J. Organizat. Behav. – 2013. – V. 34. – P. 959-973.
39. Leiter M.P., Maslach C. Burnout profiles: a new approach to understanding the burnout experience. Unpublished manuscript, 2015. – 189 p.
40. Leiter M.P. Nurse turnover: the mediating role of burnout / Leiter M.P., Maslach C. // J. Nurs. Manage. – 2009. – V. 17. – P. 331-339.
41. Leon M.R. A dialectical perspective on burnout and engagement / Leon M.R., Halbesleben J.R.B., Paustian-Underdahl S.C. // Burnout Res. – 2015. – V. 2. – P. 87-96.
42. Maslach C., Leiter M.P., Schaufeli W.B. Measuring burnout. In: Cooper CL, Cartwright S (eds). The Oxford handbook of organizational wellbeing. Oxford: Oxford University Press, 2009. – P. 86-108.
43. Maslach Christina Job Burnout / Christina Maslach, Wilmar B., Schaufel B. et al. // Annual Review of Psychology. – 2001-02. – V. 52, Iss. 1. – P. 397-422.

44. Miller E. The nurse-patient relationship / E. Miller, G. Nambiar-Greenwood // In Nursing: Communication Skills in Practice. – 2011. – Oxford: Oxford University Press. – P. 20-32.
45. Potter Patricia A. Fundamentals of Nursing (8 ed.) / Potter Patricia A., Perry Anne Griffin, Stockert Patricia A., Hall Amy M. // St. Louis: Mosby. – 2013. – 223 p.
46. Salahian A. Burnout and relevant factors in organization / Salahian A., Oreizi H.R., Abedi M.R. et al. // Interdisciplinary journal of contemporary research in business. – 2012. – № 12 (3). – P. 551-558.
47. Schaufeli W.B. Burnout: 35 years of research and practice / Schaufeli W.B., Leiter M.P., Maslach C. // Career Development International. – 2009. – V. 14. № 3. – P. 204-220.
48. Schaufeli W.B., Leiter M.P., Maslach C. et al. Maslach Burnout Inventory – General Survey. In: Maslach C, Jackson SE, Leiter MP (eds). Maslach Burnout Inventory manual, 3rd ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1996. – P. 19-26.
49. Schonfeld I.S. Burnout and depression: two entities or one? / Schonfeld I.S., Bianchi R. // J. Clin. Psychol. – 2016. – V. 72. – P. 22-37.
50. Sheldon L.K. Communicating with Different Age Groups and Families. Communication for nurses: talking with patients / L.K. Sheldon // Sudbury, Mass: Jones and Bartlett Pub. – 2009. – P. 149-159.
51. Shirley Martin Minor Surgical Procedures for Nurses and Allied Healthcare Professionals / Martin Shirley // England: John Wiley & Sons, Ltd. – 2007, 122 p.
52. Taylor C.R. Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care / Taylor C.R., Lillis C., LeMone P. et al. // Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. – 2011. – P. 751.
53. Webb, L., & Holland, K. (Eds.) Nursing: Communication Skills In Practice. Oxford: Oxford University Press, 2011.
54. Weir-Hughes Dickon Nursing Diagnosis in Administration. Nursing Diagnoses 2009–2011, Custom: Definitions and Classification / Weir-Hughes Dickon John // Wiley & Sons. 2010. – P. 37–40.

55. Weiss A.J. Trends in Operating Room Procedures in U.S. Hospitals, 2001-2011 / Weiss A.J., Elixhauser A. // March 2014. HCUP Statistical Brief #171. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
56. Wicczek-Ruzyczka E. Empathy vs. professional burnout in health care professionals // Journal of US-China medical science. – 2011. – V. 9 (8). – P. 526-553.