Введение

Проблематика стрессоустойчивости человека в различных профессиях с давних пор привлекала внимание психологов. Существует ряд профессий, в которых человек начинает испытывать чувство внутренней эмоциональной опустошённости вследствие необходимости постоянных контактов с другими людьми. Одной из таких профессий являются медицинские работники. Они постоянно сталкивающиеся со страданием людей, вынуждены воздвигать своеобразный барьер психологической защиты от пациента, становиться менее эмпатичными, иначе им грозит эмоциональное выгорание.

Изучение синдрома эмоционального выгорания медицинских работников, в частности медицинских сестер особенно актуально в период проведения реформ, которые приводят к интенсификации профессиональной деятельности. Медицинские сестры обеспечивают результативность производственной деятельности лечебно-профилактического учреждения, что возможно лишь при высоком потенциале их здоровья.

Проблемой эмоционального выгорания в зарубежной литературе занимались К. Маслач, Х. Дж. Фрейденберг, А. М. Ричардсен и др. Отечественные исследователи, рассматривающие это вопрос, такие как В.Е. Орел, В.В. Бойко, Д. Трунов, Т.В. Форманюк и др. Особенности деятельности медицинских работников, а также последствия профессиональных стрессов в медицине рассматривались в работах И. Харди, В.В. Косарева, Г.Ф. Васюкова, Барабановой, Н. Водопьяновой.

Однако проблема выгорания медицинских сестер до сих пор остается актуальной и мало исследованной.

Исходя из этого, можно выделить ряд противоречий между:

востребованностью общества в компетентной деятельности медицинских работников и недостаточным контролем со стороны руководства медицинских учреждений;

необходимостью профилактики эмоционального выгорания у медицинских сестер и недостаточной разработанностью этого вопроса в специальной литературе.

Данные противоречия и проблемы послужили выбору тематики нашего исследования «Профилактика эмоционального выгорания у медицинских сестер».

Цель исследования: разработать программу профилактики эмоционального выгорания у медицинских сестер.

Объект исследования: медицинские сестры.

Предмет исследования: синдром эмоционального выгорания у медицинских сестер.

Гипотеза исследования: медицинские сестры будут менее подвержены эмоциональному выгоранию, если применить программу профилактики эмоционального выгорания.

Задачи исследования:

. Проанализировать психолого-педагогическую литературу по проблеме исследования;

. Выявить сущность понятия «эмоциональное выгорание»;

. Разработать программу профилактики эмоционального выгорания у медицинских сестер;

. Экспериментально проверить эффективность разработанной программы профилактики эмоционального выгорания медицинских сестер.

Методы исследования включают теоретический анализ психолого-педагогической литературы; тестирование, констатирующий и формирующий эксперименты; качественный и количественный анализ результатов, включающий методы статистической обработки данных.

База исследования. Эксперимент по проверке эффективности разработанной программы профилактики эмоционального выгорания медицинских сестер проводился в МУЦГБ г. Ноябрьска с 2007 года по 2009 год, в эксперименте приняли участие 53 медицинских сестры.

Практическая значимость исследования состоит в том, что разработанная программа профилактики эмоционального выгорания медицинских сестер может использоваться в медицинских учреждениях.

Глава 1. Синдром эмоционального выгорания как психологическая проблема

.1 История развития проблемы эмоционального выгорания

Проблема психологического здоровья личности, живущей в нестабильном, изменяющемся мире, сложных, экстремальных социо-экологических условиях, приобрела особую актуальность в конце XX -начале XXI века - века наук о человеке, среди которых консолидирующее место принадлежит психологии.

Повышенный интерес к человеку как к субъекту труда обратил внимание исследователей на изменения, которые происходят с личностью в процессе выполнения профессиональной деятельности. Ранее в отечественной литературе указывалось на позитивное значение трудовой деятельности для развития личности, описывались механизмы и условия эффективной профессионализации человека. С другой стороны, назывались негативные психические состояния человека в труде, такие как утомление, монотония, стресс, однако комплексное влияние профессиональной деятельности на психическое и физическое здоровье оставалось «за кадром».

Сравнительно недавно в зарубежной, а затем и отечественной литературе появилось понятие «эмоционального выгорания».

Научный и практический интерес к синдрому «эмоционального выгорания» обусловлен тем, что этот синдром - непосредственное проявление всевозрастающих проблем, связанных с самочувствием работников, эффективностью их труда и стабильностью деловой жизни организации. Обеспокоенность работодателей и управленцев выгоранием сотрудников объясняется тем, что оно начинается незаметно, а его последствия очень дорого обходятся организации.

Испокон веков стояла проблема профессионального выгорания личности, и только в ХХ в. этой проблемой стали заниматься целенаправленно. Данная проблематика в науке изучена не достаточно, и носит более, эпизодический характер, хотя является архиважной целью развития общества. Синдром эмоционального выгорания, характеризующийся эмоциональной сухостью работника, расширением сферы экономии эмоций, личностной отстраненностью, игнорированием индивидуальных особенностей людей, оказывает достаточно сильное влияние на характер профессионального общения. Данная профессиональная деформация мешает полноценному управлению профессиональным процессом, оказанию необходимой психологической помощи, становлению профессионального коллектива.

В последние годы в России, так же как и в развитых странах, все чаще говорят не только о профессиональном стрессе, но и о синдроме профессионального сгорания или выгорания работников.

Исследования эмоционального выгорания впервые были представлены достаточно недавно, хотя эта проблема была актуальна всегда.

Термин «эмоциональное выгорание» введен американским психиатром Х. Дж. Фрейденбергером в 1974 году для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами, пациентами в эмоционально насыщенной атмосфере при оказании профессиональной помощи.

К. Маслач условно разделяет симптомы эмоционального выгорания на: физические, поведенческие и психологические.

К физическим относятся: усталость, чувство истощения, восприимчивость к изменениям показателей внешней среды, астенизация, частые головные боли расстройства желудочно-кишечного тракта, избыток или недостаток веса, одышка, бессонница.

К поведенческим и психологическим: работа становится все тяжелее, а способность выполнять ее все меньше, профессионал рано приходит на работу и остается надолго, поздно появляется на работе и рано уходит, берет работу на дом, чувство неосознанного беспокойства, чувство скуки, снижение уровня энтузиазма, чувство обиды, чувство разочарования, неуверенность, чувство вины, чувство невостребованности, легко возникающее чувство гнева, раздражительность, человек обращает внимание на детали, подозрительность, чувство всемогущества, дистанционирование от пациентов и стремление к дистанционированию от коллег, повышенное чувство ответственности за пациентов и так далее.

Выгорание очень инфекционно и может быстро распространяться среди сотрудников. Те, кто подвержен выгоранию, становятся циниками, негативистами и пессимистами; взаимодействуя на работе с другими людьми, которые находятся под воздействием такого же стресса, они могут быстро превратить целую группу в собрание «выгорающих».

Можно сказать, что этот исторический период (с 1974 по 1980 гг.) характеризуется поиском и определением составляющих эмоционального выгорания выгорания. Вопрос терминологии данной проблематики также является актуальным. Определяются направления исследовательской деятельности.

В 1981 г. Э. Moppoy предложил яркий эмоциональный образ, отражающий, по его мнению, внутреннее состояние работника, испытывающего дистресс профессионального выгорания: «Запах горящей психологической проводки».

В это же время были выделены следующие закономерности, раскрывающие подверженность работников данному синдрому:

Во-первых, профессиональному выгоранию больше подвержены сотрудники, которые по роду службы вынуждены много и интенсивно общаться с различными людьми, знакомыми и незнакомыми. Прежде всего, это руководители, менеджеры по продажам, медицинские и социальные работники, консультанты, преподаватели, полицейские и т.п. Причем особенно быстро «выгорают» сотрудники, имеющие интровертированный характер, индивидуально-психологические особенности которых не согласуются с профессиональными требованиями коммуникативных профессий. Они не имеют избытка жизненной энергии, характеризуются скромностью и застенчивостью, склонны к замкнутости и концентрации на предмете профессиональной деятельности. Именно они способны накапливать эмоциональный дискомфорт без «сбрасывания» отрицательных переживаний во внешнюю среду.

Во-вторых, синдрому профессионального выгорания больше подвержены люди, испытывающие постоянный внутриличностный конфликт в связи с работой. Чаще всего как в России, так и за рубежом это - женщины, переживающие внутреннее противоречие между работой и семьей, а также «прессинг» в связи с необходимостью постоянно доказывать свои профессиональные возможности в условиях жесткой конкуренции с мужчинами.

В-третьих, профессиональному выгоранию больше подвержены работники, профессиональная деятельность которых проходит в условиях острой нестабильности и хронического страха потери рабочего места. В России к этой группе относятся, прежде всего, люди старше 45 лет, для которых вероятность нахождения нового рабочего места в случае неудовлетворительных условий труда на старой работе резко снижается по причине возраста. Кроме того, в этой группе находятся работники, занимающие на рынке труда позицию внешних консультантов, вынужденных самостоятельно искать себе работу.

В-четвертых, на фоне перманентного стресса синдром выгорания проявляется в тех условиях, когда человек попадает в новую, непривычную обстановку, в которой он должен проявить высокую эффективность. Например, после лояльных условий обучения в высшем учебном заведении на дневном отделении молодой специалист начинает выполнять работу, связанную с высокой ответственностью, и остро чувствует свою некомпетентность. В этом случае симптомы профессионального выгорания могут проявиться уже после шести месяцев работы.

В-пятых, синдрому выгорания больше подвержены жители крупных мегаполисов, которые живут в условиях навязанного общения и взаимодействия с большим количеством незнакомых людей в общественных местах.

С меньшим риском для здоровья и менее выраженным снижением эффективности синдром профессионального выгорания переживают работники, которые характеризуются следующими особенностями. В первую очередь это люди, имеющие хорошее здоровье и сознательно, целенаправленно заботящиеся о своем физическом состоянии (они постоянно занимаются спортом и поддерживают здоровый образ жизни). Это люди, имеющие высокую самооценку и уверенность в себе, своих способностях и возможностях.

Необходимо также подчеркнуть, что профессиональное выгорание меньше касается людей, имеющих опыт успешного преодоления профессионального стресса и способных конструктивно меняться в напряженных условиях.

К 1982 г. в англоязычной литературе было опубликовано свыше тысячи статей по «эмоциональному выгоранию». Представленные в них исследования носили главным образом описательный и эпизодический характер. Первоначально количество профессионалов, относимых к подверженным эмоциональному выгоранию, было незначительно это были сотрудники медицинских учреждений и различных благотворительных организаций. Р.Шваб в 1982 г. расширяет группу профессионального риска: это - прежде всего учителя, полицейские, юристы, тюремный персонал, политики, менеджеры всех уровней. Как пишет К. Маслач, «одна из ведущих специалистов по исследованию «эмоционального сгорания» - деятельность этих профессионалов весьма различна, но всех их объединяет близкий контакт с людьми, который, с эмоциональной точки зрения, часто очень трудно поддерживать продолжительное время».

В этот период (с 1981 по 1989 гг.) выдвигаются концепции подходов к эмоциональному выгоранию, более акцентуировано проводятся научные исследования, расширяются классификационные подходы.

В настоящее время термин «выгорание» принято употреблять в связи с профессиями, связанными с оказанием помощи человеку, испытывающему негативные переживания, оказавшемуся в критической ситуации. Характерным для данных профессий является асимметрия ответственности за состояние, характер взаимодействия и его результаты для обеих сторон. Ответственность в большей степени лежит на помогающем, он ее осознанно принимает.

Люди таких профессий - это врачи, юристы, психологи, психотерапевты, социальные работники, консультанты и т.д. Люди, работающие по этим специальностям, постоянно сталкиваются с негативными переживаниями, оказываются в большей или меньшей степени вовлеченными в них, они находятся в зоне риска для собственной эмоциональной устойчивости (чаще других получают сердечно-сосудистые заболевания, неврозы). То есть те, кому приходится взаимодействовать с большим количеством людей.

Современные психологические исследования, касающиеся работников социальных профессий (врачи, психологи, педагоги, руководители разных рангов, работники сферы обслуживания, юристы, военные и др.), показывают подверженность их профессиональным деформациям (А.В. Буданов, Б.Д. Новиков, А.А. Реан, А.Р. Фонарев, А.К. Маркова, С.П. Безносов, Е.Т. Лунина, 1997; К.А. Юдчиц, С.Е. Борисова, Е.Д. Юрченко и др.). Одним из частых негативных проявлений у представителей названных профессий является синдром эмоционального выгорания. Данный синдром возникает в ситуациях интенсивного профессионального общения под влиянием множества внешних и внутренних факторов (H.G. Freudenberg, 1974; С. Maslach, 1982; Т.В. Форманюк, 1994; А.К. Маркова, 1996; В.В. Бойко, 1996; Н.Е.Водопьянова, Н.В. Гришина, 1997; В.Е. Орел, 2001; Т.Н. Ронгинская, 2002 и др.) и проявляется как «приглушение» эмоций, исчезновение остроты чувств и переживаний, увеличение числа конфликтов с партнёрами по общению, равнодушие и отгороженность от переживаний другого человека, потеря ощущения ценности жизни, утрата веры в собственные силы и др.

Бойко указывает следующие личностные факторы, способствующие развитию синдрома эмоционального выгорания: склонность к эмоциональной холодности, склонность к интенсивному переживанию негативных обстоятельств профессиональной деятельности, слабая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности.

В настоящее время существует несколько моделей эмоционального выгорания, описывающих данный феномен.

Однофакторная модель эмоционального выгорания. Согласно ей, выгорание - это состояние физического, эмоционального и когнитивного истощения, вызванного длительным пребыванием в эмоционально перегруженных ситуациях. Истощение является главной причиной (фактором), а остальные проявления дисгармонии переживаний и поведения считают следствием. Согласно этой модели риск эмоционального выгорания угрожает не только представителям социальных профессий.

Двухфакторная модель (Д. Дирендонк, В. Шауфели, X. Сиксма). Синдром эмоционального выгорания <http://psyfactor.org/personal/personal17-02.htm> сводится к двухмерной конструкции, состоящей из эмоционального истощения и деперсонализации. Первый компонент, получивший название «аффективного», относится к сфере жалоб на свое здоровье, физическое самочувствие, нервное напряжение, эмоциональное истощение. Второй - деперсонализация - проявляется в изменении отношений либо к пациентам, либо к себе. Он получил название «установочного».

Трехфакторная модель (К. Маслач и С. Джексон). Синдром эмоционального выгорания представляет собой трехмерный конструкт, включающий в себя эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию личных достижений. Эмоциональное истощение рассматривается как основная составляющая эмоционального выгорания и проявляется в сниженном эмоциональном фоне, равнодушии или эмоциональном перенасыщении.

Вторая составляющая (деперсонализация) сказывается в деформации отношений с другими людьми. В одних случаях это может быть повышение зависимости от окружающих. В других - усиление негативизма, циничность установок и чувств по отношению к реципиентам: пациентам, клиентам.

Третья составляющая эмоционального выгорания - редукция личностных достижений - может проявляться либо в тенденции негативно оценивать себя, занижать свои профессиональные достижения и успехи, негативизме по отношению к служебным достоинствам и возможностям либо в преуменьшении собственного достоинства, ограничении своих возможностей, обязанностей по отношению к другим.

Четырехфакторная модель (Firth, Mims, Iwanicki, Schwab). В четырехфакторной модели выгорания один из его элементов (эмоциональное истощение, деперсонализация или редуцированные персональные достижения) разделяется на два отдельных фактора. Например, деперсонализация, связана с работой и с реципиентами соответственно.

Процессуальные модели эмоционального выгорания рассматривают выгорание как динамический процесс, развивающийся во времени и имеющий определенные фазы или стадии. Процессуальные модели рассматривают динамику развития выгорания как процесс возрастания эмоционального истощения, вследствие которого возникают негативные установки по отношению к субъектам профессиональной деятельности. Подверженный выгоранию специалист пытается создать эмоциональную дистанцию в отношениях с ними как способ преодолеть истощение. Параллельно развивается негативная установка по отношению к собственным профессиональным достижениям (редукция профессиональных достижений).

Эмоциональное выгорание как динамический процесс, развивающийся во времени, характеризуется нарастающей степенью выраженности его проявлений. Например, динамическая модель Б. Перлман и Е. А. Хартман описывает развитие процесса эмоционального выгорания как проявление трех основных классов реакции на организационные стрессы. Это:

 физиологические реакции, проявляющиеся в физических симптомах (физическое истощение);

 аффективно-когнитивнаые реакции (эмоциональное и мотивационное истощение, деморализация/деперсонализация);

 поведенческие реакции, выражающиеся в симптоматических типах преодолевающего поведения (дезадаптация, дистанцирование от профессиональных обязанностей, сниженная рабочая мотивация и продуктивность).

Согласно процессуальной модели М. Буриша, в развитии синдрома эмоционального выгорания можно выделяет следующие стадии или фазы.

. Предупреждающая фаза

Чрезмерное участие: чрезмерная активность; отказ от потребностей, не связанных с работой, вытеснение из сознания переживаний неудач и разочарований; ограничение социальных контактов.

Истощение: чувство усталости; бессонница; угроза несчастных случаев.

. Снижение уровня собственного участия

По отношению к сотрудникам, пациентам: потеря положительного восприятия коллег; переход от помощи к надзору и контролю; приписывание вины за собственные неудачи другим людям; доминирование стереотипов в поведении по отношению к сотрудникам, пациентам - проявление негуманного подхода к людям.

По отношению к остальным окружающим: отсутствие эмпатии; безразличие; циничные оценки.

По отношению к профессиональной деятельности: нежелание выполнять свои обязанности; искусственное продление перерывов в работе, опоздания, уход с работы раньше времени; акцент на материальный аспект при одновременной неудовлетворенности работой.

Возрастание требований: потеря жизненного идеала, концентрация на собственных потребностях; чувство переживания того, что другие люди используют тебя; зависть.

. Эмоциональные реакции

Депрессия: постоянное чувство вины, снижение самооценки; безосновательные страхи, лабильность настроения, апатии.

Агрессия: защитные установки, обвинение других, игнорирование своего участия в неудачах; отсутствие толерантности и способности к компромиссу; подозрительность, конфликты с окружением.

. Фаза деструктивного поведения

Сфера интеллекта: снижение концентрации внимания, отсутствие способности выполнить сложные задания; ригидность мышления, отсутствие воображения.

Мотивационная сфера: отсутствие собственной инициативы; снижение эффективности деятельности; выполнение заданий строго по инструкции.

Эмоционально-социальная сфера: безразличие, избегание неформальных контактов; отсутствие участия в жизни других людей либо чрезмерная привязанность к конкретному лицу; избегание тем, связанных с работой; самодостаточность, одиночество, отказ от хобби, скука.

. Психосоматические реакции и снижение иммунитета: неспособность к релаксации в свободное время; бессонница, сексуальные расстройства; повышение давления, тахикардия, головные боли; боли в позвоночнике, расстройства пищеварения; зависимость от никотина, кофеина, алкоголя.

. Разочарование и отрицательная жизненная установка: чувство беспомощности и бессмысленности жизни; экзистенциальное отчаяние.

Согласно М. Буришу сильная зависимость от работы приводит в итоге к полному отчаянию и экзистенциальной пустоте.

В этот исторический период наука ставит перед собой цели профилактики, коррекции профессионального выгорания. Анализируются отдельные факторы профессиональных деформаций. Ярко выделяется взаимосвязь между формированием СЭВ и личностными особенностями личности, а также стрессогенными факторами. Наука делает большой шаг вперед в изучении этого вопроса.

Начиная с 2000 года в исследованиях В. Бойко указываются следующие личностные факторы, способствующие развитию синдрома эмоционального выгорания: склонность к эмоциональной холодности, склонность к интенсивному переживанию негативных обстоятельств профессиональной деятельности, слабая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности.

Установлена связь между ролевой конфликтностью, ролевой неопределенностью и эмоциональным выгоранием. Работа в ситуации распределенной ответственности ограничивает развитие синдрома эмоционального сгорания, а при нечеткой или неравномерно распределенной ответственности за свои профессиональные действия этот фактор резко возрастает даже при существенно низкой рабочей нагрузке. Способствуют развитию эмоционального выгорания те профессиональные ситуации, при которых совместные усилия не согласованы, нет интеграции действий, имеется конкуренция, в то время как успешный результат зависит от слаженных действий.

Развитие синдрома эмоционального выгорания связано с наличием напряженной психоэмоциональной деятельности: интенсивное общение, подкрепление его эмоциями, интенсивное восприятие, переработка и интерпретация получаемой информации и принятие решений. Другой фактор развития эмоционального выгорания - дестабилизирующая организация деятельности и неблагополучная психологическая атмосфера. Это нечеткая организация и планирование труда, недостаточность необходимых средств, наличие бюрократических моментов, многочасовая работа, имеющая трудноизмеримое содержание, наличие конфликтов как в системе «руководитель - подчиненный», так и между коллегами.

Выделяют еще один фактор, обусловливающий синдром эмоционального выгорания - наличие психологически трудного контингента, с которым приходиться иметь дело профессионалу в сфере общения (тяжелые больные, конфликтные покупатели, «трудные» подростки и т.д.)

Рассмотрим в качестве примера классификацию В.В.Бойко, который выделяет ряд внешних и внутренних факторов предпосылок, провоцирующих эмоциональное выгорание.

Группа организационных (внешних) факторов, куда включаются условия материальной среды, содержание работы и социально-психологические условия деятельности, является наиболее представительной в области исследований выгорания. Не случайно в некоторых работах подчеркивается доминирующая роль этих факторов в возникновении выгорания. Рассмотрим их:

хроническая напряженная психоэмоциональная деятельность: такая деятельность связана с интенсивным общением, точнее, с целенаправленным восприятием партнеров и воздействием на них. Профессионалу, работающему с людьми, приходиться постоянно подкреплять эмоциями разные аспекты общения: активно ставить и решать проблемы, внимательно воспринимать, усиленно запоминать и быстро интерпретировать визуальную, звуковую и письменную информацию, быстро взвешивать альтернативы и принимать решения.

дестабилизирующая организация деятельности: основные ее признаки общеизвестны - нечеткая организация и планирование труда, недостаток оборудования, плохо структурированная и расплывчатая информация, наличие в ней «бюрократического шума» - мелких подробностей, противоречий, завышенные нормы контингента, с которым связана профессиональная деятельность, например, учащихся в классе. При этом дестабилизирующая обстановка вызывает многократный негативный эффект: она сказывается на самом профессионале, на субъекте общения - клиенте, потребителе, пациенте и т.д., а затем на взаимоотношениях обеих сторон.

повышенная ответственность за исполняемые функции и операции: представители массовых профессий обычно работают в режиме внешнего и внутреннего контроля. Прежде всего, это касается медиков, педагогов, воспитателей и т.д. Процессуальное содержание их деятельности заключается в том, что постоянно надо входить и находиться в состоянии субъекта, с которым осуществляется совместная деятельность. Постоянно приходится принимать на себя энергетические разряды партнеров. На всех, кто работает с людьми и честно относится к своим обязанностям, лежит нравственная и юридическая ответственность за благополучие вверенных деловых партнеров - пациентов, учащихся, клиентов и т.д. Плата высока - нервное перенапряжение.

неблагополучная психологическая атмосфера профессиональной деятельности: таковая определяется двумя основными обстоятельствами - конфликтностью по вертикали, в системе " руководитель - подчиненный", и по горизонтали, в системе " коллега - коллега". Нервозная обстановка побуждает одних растрачивать эмоции, а других - искать способы экономии психических ресурсов. Рано или поздно осмотрительный человек с крепкими нервами будет склоняться к тактике эмоционального выгорания: держаться от всего и всех подальше, не принимать все близко к сердцу, беречь нервы.

психологически трудный контингент, с которым имеет профессионал в сфере общения: у педагогов и воспитателей это дети с аномалиями характера, нервной системы и с задержками психического развития. В процессе профессиональной деятельности почти ежедневно попадается клиент или пациент, который "портит вам нервы" или " доведет до белого каления". Невольно специалист начинает упреждать подобные случаи и прибегать к экономии эмоциональных ресурсов, убеждая себя при помощи формулы: " не следует обращать внимание..." В зависимости от статистики своих наблюдений, он добавляет, кого именно надо эмоционально игнорировать: невоспитанных, распущенных, неумных, капризных или безнравственных. Механизм психологической защиты найден, но эмоциональная отстраненность может быть использована неуместно, и тогда профессионал не включается в нужды и требования вполне нормального партнера по деловому общению. На этой почве возникают недоразумение и конфликт - эмоциональное выгорание проявилось своей дисфункциональной стороной.

К внутренним факторам, обуславливающим эмоциональное выгорание В.В.Бойко относит следующие факторы:

склонность к эмоциональной ригидности: естественно, эмоциональное выгорание как средство психологической защиты возникает быстрее у тех, кто менее реактивен и восприимчив, более эмоционально сдержан. Например, формирование симптомов "выгорания" будет проходить медленнее у людей импульсивных, обладающих подвижными нервными процессами. Повышенная впечатлительность и чувствительность могут полностью блокировать рассматриваемый механизм психологической защиты и не позволяет ему развиваться. Жизнь многократно подтверждает сказанное. Нередко случается так, что проработав "в людях" до пенсии, человек, тем не менее, не утратил отзывчивость, эмоциональную вовлеченность, способность к соучастию и сопереживанию (Форманюк,1994г.; Орел, 2001 г.; Решетова 2002г.).

интенсивная интериоризация (восприятие и переживание) обстоятельств профессиональной деятельности: данное психологическое явление возникает у людей с повышенной ответственностью за порученное дело, исполняемую роль. Часто встречаются случаи, когда по молодости, неопытности и, может быть, наивности, специалист, работающий с людьми, воспринимает все слишком эмоционально, отдается делу без остатка. Каждый стрессогенный случай из практики оставляет глубокий след в душе. Судьба, здоровье, благополучие субъекта деятельности вызывает интенсивное соучастие и сопереживание, мучительные раздумья в бессонницу. Профессор Решетова Т.В. называет это безграмотным сочувствием - полным растворением в другом, слабыми границами "Я". Постепенно эмоционально-энергетические ресурсы истощаются, и возникает необходимость восстанавливать их или беречь, прибегая к тем или иным приемам психологической защиты.

Нередко бывает, что в работе профессионала чередуются периоды интенсивной интериоризации и психологической защиты. Временами восприятие неблагоприятных сторон деятельности обостряется, и тогда человек очень переживает стрессовые ситуации, конфликты, допущенные ошибки. Например, педагог, научившийся спокойно реагировать на аномалии характеров подросткового возраста, вдруг "срывается" в общении с определенным ребенком, возмущен его бестактными выходками и грубостью. Но случается - тот же учитель понимает, что надо проявить особое внимание к ученику и его семье, однако не в силах предпринять соответствующие шаги. Эмоциональное выгорание обернулось безразличием и апатией.

слабая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности: здесь имеется два аспекта. Во-первых, профессионал в сфере общения не считает для себя необходимым или почему-то не заинтересован проявлять соучастие и сопереживание субъекту своей деятельности. Соответствующее умонастроение стимулирует не только эмоциональное выгорание, но и его крайние формы - безразличие, равнодушие, душевную черствость. Во-вторых, человек не привык, не умеет поощрять себя за сопереживание и соучастие, проявляемые по отношению к субъектам профессиональной деятельности. Систему самооценок он поддерживает иными средствами - материальными или позиционными достижениями. Альтруистическая эмоциональная отдача для такого человека ничего не значит, и он не нуждается в ней, не испытывает от нее удовлетворения. Естественно, " выгорать" ему просто и легко. Иное дело личность с альтруистическими ценностями. Для нее важно помогать и сочувствовать другим. Утрату эмоциональности в общении она переживает как показатель нравственных потерь, как утрату человечности.

нравственные дефекты и дезориентация личности: возможно, профессионал имел нравственный изъян еще до того, как стал работать с людьми, или приобрел в процессе деятельности. Нравственный дефект обусловлен неспособностью включать во взаимодействие с деловыми партнерами такие моральные категории, как совесть, добродетель, добропорядочность, честность, уважение прав и достоинств другой личности. Нравственная дезориентация вызывается иными причинами - неумением отличать доброе от плохого, благо от вреда, наносимого другой личности. Однако как в случае нравственного дефекта, так и при наличии нравственной дезориентации, формирование эмоционального выгорания облегчается. Увеличивается вероятность безразличия к субъекту деятельности и апатии к исполняемым обязанностям.

Орел В.Е. отмечает, что перерывы в работе оказывают положительный эффект и снижают уровень выгорания, но этот эффект носит временный характер: уровень выгорания частично повышается через три дня после возвращения к работе и полностью восстанавливается через три недели. (Орел, 2001г.)

К. Чернисс (2003г.) отмечает, что выгоранием страдают не только люди, но и организации. Также как и у индивидуума, страдающего от выгорания, в организациях проявляются различные симптомы этого явления, например, такие как: высокая текучесть кадров; снижение вовлеченности сотрудников в работу; режим зависимости, проявляющийся в виде гнева на руководство и проявлении беспомощности и безнадежности; недостаток сотрудничества среди персонала и так далее.

С 2000 года научные исследования делают акцент на факторы формирования синдрома эмоционального выгорания в профессиональной деятельности.

Исследования выходят на другой, более расширенный уровень и высказывается научное мнение о синдроме эмоционального выгорания организаций.

.2 Выявление сущности понятия «эмоциональное выгорание»

Синдром выгорания как следствие рабочих стрессов уже более 30 лет широко исследуется в зарубежной психологии. В отечественной же науке интерес к нему возник сравнительно недавно, в связи с чем данная проблематика не получила пока еще должного рассмотрения.

В зарубежной литературе синдром выгорания обозначают термином burnout (англ.). В переводе этот термин можно сопоставить с такими русскими эквивалентами, как «сгорание», «выгорание» и др.

Синдром выгорания относится к числу феноменов личностной деформации и представляет собой многомерный конструкт, набор негативных психологических переживаний, связанных с продолжительными и интенсивными межличностными взаимодействиями, отличающимися высокой эмоциональной насыщенностью или когнитивной сложностью. Это ответная реакция на продолжительные стрессы межличностных коммуникаций.

Существуют различные определения выгорания. В соответствии с моделью К. Маслач и Джексона оно рассматривается как ответная реакция на длительные профессиональные стрессы межличностных коммуникаций, включающая в себя три компонента: эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию персональных достижений.

Эмоциональное истощение проявляется в ощущениях эмоционального перенапряжения и в чувстве опустошенности, исчерпанности собственных эмоциональных ресурсов. Человек чувствует, что не может отдаваться работе, как раньше. Возникает ощущение «приглушенности», «притупленности» эмоций, в особо тяжелых проявлениях возможны эмоциональные срывы.

Деперсонализация представляет собой тенденцию развивать негативное, бездушное, циничное отношение к реципиентам. Контакты становятся обезличенными и формальными. Возникающие негативные установки могут поначалу иметь скрытый характер и проявляться во внутреннем сдерживаемом раздражении, которое со временем вырывается наружу в виде вспышек раздражения или конфликтных ситуаций.

Редуцирование персональных достижений проявляется как снижение чувства компетентности в своей работе, недовольство собой, уменьшение ценности своей деятельности, негативное самовосприятие в профессиональном плане. Замечая за собой негативные чувства или проявления, человек винит себя, у него снижается как профессиональная, так и личная самооценка, появляется чувство собственной несостоятельности, безразличие к работе.

В связи с этим синдром выгорания рассматривается рядом авторов как «профессиональное выгорание», что позволяет изучать данный феномен в аспекте профессиональной деятельности. Считается, что такой синдром наиболее характерен для представителей социальных или коммуникативных профессий - системы «человек-человек» (это медицинские работники, учителя, менеджеры всех уровней, консультирующие психологи, психотерапевты, психиатры, представители различных сервисных профессий).

Впервые термин burnout был введен американским психиатром X. Фреденбергером в 1974 г. для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами (пациентами) в эмоционально нагруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи. Первоначально под «выгоранием» подразумевалось состояние изнеможения с ощущением собственной бесполезности (Freudenberger, 1974).

Этот феномен изучается почти тридцать лет, опубликованы тысячи трудов на эту тему, но единого определения синдрома выгорания до сих пор не существует.

Н. В. Гришина (1997) рассматривает выгорание в качестве особого состояния человека, оказывающегося следствием профессиональных стрессов, адекватный анализ которого нуждается в экзистенциальном уровне описания. Это необходимо потому, что развитие выгорания не ограничивается профессиональной сферой, а проявляется в различных ситуациях бытия человека; болезненное разочарование в работе как способе обретения смысла окрашивает всю жизненную ситуацию.

С точки зрения психологии - эмоциональное выгорание - это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на определенные психотравмирующие воздействия (Бойко). Это приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального, поведения. Выгорание представляет собой комплекс психических переживаний и поведения, которые сказываются на работоспособности, физическом и психологическом самочувствии, а также на интерперсональных отношениях работника.

К. Маслач определяет это понятие следующим образом - «синдром физического и эмоционального истощения, включая развитие отрицательной самооценки, отрицательного отношения к работе и утрату понимания и сочувствия по отношению к клиентам». К. Маслач подчеркивает, что выгорание - это не потеря творческого потенциала, не реакция на скуку, а скорее проблема, которая «возникает на фоне стресса, вызванного межличностным общением». Синдром эмоционального выгорания представляет собой состояние эмоционального, психического, физического истощения, развивающегося как результат хронического неразрешенного стресса на рабочем месте.

В 10-ом пересмотре Международной классификации болезней синдром выгорания был описан под рубрикой Z.73.0 как «Выгорание - состояние полного истощения». Считается, что «Синдром эмоционального выгорания - истинный клинический синдром с невротическими особенностями, а не только усиление нормальной усталости от работы».

Некоторые авторы определяют синдром эмоционального выгорания как процесс постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющийся в симптомах эмоционального, умственного истощения, физического утомления, личной отстраненности и снижения удовлетворения исполнением работы. В литературе в качестве синонима синдрома эмоционального выгорания, помимо профессионального, используется термин "синдром психического выгорания".

Также можно еще сказать, что это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия. Это приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального, поведения. "Выгорание" - отчасти функциональный стереотип, поскольку позволяет дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. В то же время могут возникать его дисфункциональные следствия, когда "выгорание" отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности и отношениях с партнерами.

Г. Селье утверждает, что эмоциональное выгорание - это синдром, развивающийся на фоне хронического стресса и ведущий к истощению эмоционально-энергических и личностных ресурсов работающего человека. Эмоциональное выгорание возникает в результате внутреннего накапливания отрицательных эмоций без соответствующей «разрядки» или «освобождения» от них. По существу, эмоциональное выгорание - это дистресс или третья стадия общего адаптационного синдрома - стадия истощения.

Эмоциональное выгорание - динамический процесс и возникает поэтапно, в полном соответствии с механизмом развития стресса, налицо все три фазы стресса:

) нервное (тревожное) напряжение - его создают хроническая психоэмоциональная атмосфера, дестабилизирующая обстановка, повышенная ответственность, трудность контингента;

) резистенция, то есть сопротивление, - человек пытается более или менее успешно оградить себя от неприятных впечатлений;

) истощение - оскудение психических ресурсов, снижение эмоционального тонуса, которое наступает вследствие того, что проявленное сопротивление оказалось неэффективным.

В рамках нашего исследования мы будем опираться на определение, данное В.В. Бойко, под которым он понимает выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на определенные психотравмирующие воздействия.

В своих работах В. В. Бойко выделяет три фазы эмоционального выгорания:

- фаза «тревожное напряжение»: предвестник и «запускающий механизм» в формировании эмоционального выгорания. Напряжение имеет динамический характер, что обусловливается изматывающим постоянством или усилением психотравмирующих факторов;

фаза «резистенция»: сопротивление нарастающему стрессу;

фаза «истощение»: характеризуется более или менее выраженным падением общего энергетического тонуса и ослаблением нервной системы.

Фаза «тревожное напряжение» обнаруживается в четырех симптома:

Переживание психотравмирующих обстоятельств - проявляется усиливающимся осознанием психотравмирующих факторов профессиональной деятельности.

Неудовлетворенность собой - проявляется в чувстве недовольства собой, избранной профессией, занимаемой должностью; развивается при невозможности конструктивно разрешить ситуацию.

3. Загнанность в клетку - проявляется в чувстве безысходности, остро переживается, когда психотравмирующие обстоятельства очень давят и устранить их невозможно. Развивается при тщетных попытках устранить нажим психотравмирующих обстоятельств. Это состояние интеллектуально-эмоционального затора, тупика.

4. Тревога и депрессия - обнаруживается в тревожно-депрессивной симптоматике, касающейся профессиональной деятельности в особо осложненных обстоятельствах. Чувство неудовлетворенности деятельностью и собой порождает мощные энергетические напряжения в форме переживания ситуативной или личностной тревоги.

Фаза «резистенция» проявляется в следующих симптомах выгорания:

Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование - наблюдается в случаях, когда профессионал перестает улавливать разницу между двумя принципиально отличающимися явлениями: экономичным проявлением эмоций и неадекватным избирательным эмоциональным реагированием. То есть профессионал неадекватно «экономит» на эмоциях, ограничивает эмоциональную отдачу за счет выборочного реагирования на ситуации субъектов деятельности; эмоциональный контакт устанавливается не со всеми субъектами, а по принципу «хочу - не хочу» - неадекватным или избирательным образом.

Эмоционально-нравственная дезориентация - проявляется в том, что у работника эмоции не пробуждают или недостаточно стимулируют нравственные чувства. Не проявляя должного эмоционального отношения к своему подопечному (ученику, клиенту, покупателю и др.), он защищает свою стратегию: оправдаться перед собой за допущенную грубость или отсутствие внимания к субъекту, рационализируя свои поступки или проецируя вину на субъекта, вместо того чтобы адекватно признать свою вину.

Расширение сферы экономии эмоций: проявляется вне профессиональной деятельности - дома, в общении с приятелями и знакомыми. На работе специалист так устает от контактов, разговоров, ответов на вопросы, что ему не хочется общаться даже с близкими.

Редукция профессиональных обязанностей - обнаруживается в попытках облегчить или сократить обязанности, которые требуют эмоциональных затрат.

Фаза «истощение» характеризуется более или менее выраженным падением общего тонуса и ослабленностью нервной системы, проявляется в ряде симптомов:

Эмоциональный дефицит - заявляет о себе в ощущении, что эмоционально профессионал уже не может помочь субъектам своей деятельности.

Эмоциональная отстраненность - работник почти полностью исключает эмоции из сферы своей профессиональной деятельности. Его почти ничто не волнует, не вызывает эмоционального отклика: ни позитивные, ни отрицательные обстоятельства.

Личностная отстраненность, или деперсонализация - проявляется в широком диапазоне умонастроений и поступков профессионала в сфере общения. Прежде всего, отмечается полная или частичная утрата интереса к человеку - субъекту профессиональной деятельности.

Психосоматические и психовегетативные нарушения - обнаруживаются на уровне психического и физического самочувствия.

Проблема эмоционального выгорания, как мы уже говорили, особенно актуальна в сфере социальных профессий, а особенно в медицине. Неотъемлемым звеном медицинской работы является работа медицинской сестры, поэтому функционирование системы «медсестра - пациент» как системы «личность - личность» является важнейшей проблемой философии сестринского дела. Именно в рамках этой системы эмоциональный компонент выходит на первый план. Медсестре важно видеть в пациенте не только больного, а целостную личность. При этом сама сестра должна быть личностью. Для личности характерно согласие с собой и людьми, умение приспосабливаться к социальной среде, внутренняя свобода, способность ценить искусство, широкий кругозор, чувство юмора.

В настоящее время медицина поднялась до уровня осознания биомедицинских проблем этического и нравственного характера. Меняется характер работы, возрастает нравственная ответственность. Это влияет на мировоззрение, личностную оценку, требует особого профессионализма, выхода к новым горизонтам: осмыслению этических, психологических, антропологических, правовых проблем сестринского дела.

В основе медицинской профессии лежит уважение к жизни, включающее принцип священности человеческой жизни и принцип качества жизни. Непричинение вреда, зла, ущерба - первейшая обязанность каждого медицинского работника. И. Кант сказал, что «самое главное для человека - это огромное звёздное небо над его головой и великий нравственный закон внутри нас». «Нравственный закон внутри нас» - это не просто исполнение своего долга на высоком уровне, не просто соответствие моральным нормам, это то состояние души, когда нравственность, милосердие становятся внутренней сущностью личности [17,29].

Медицинская деонтология является практическим применением этических принципов в работе медицинского персонала. Наряду с соблюдением этико-деонтологических норм и высоким профессионализмом медсестра должна обладать особыми личностными качествами: состраданием, гуманностью, терпением, сдержанностью, добросовестностью, честностью, любовью к своей профессии, внимательностью. Умение общаться, базирующееся на знание психологических особенностей процесса общения, или коммуникативная компетентность - необходимое профессиональное качество медсестры. Коммуникативная компетентность предполагает сформированность специальных навыков: умения устанавливать контакт, слушать, читать невербальный язык коммуникаций, строить беседу, формулировать вопросы. Важно, чтобы медсестра владела собственными эмоциями, умела сохранять уверенность, контролировать свои реакции и поведение в целом. Терпение и вежливость - составные элементы хорошего стиля работы, в них выражается заботливость и внимание сестры к своим пациентам. Сестра должна чувствовать, когда ей следует отдалиться от пациента, когда же наиболее приблизиться к нему [21,43]. Существенным является проявление уважения к пациенту. Медсестра должна уметь адекватно строить взаимоотношения с пациентом, добиваясь при этом решения профессиональных задач. Важен внешний вид медсестры - опрятность, аккуратность, манера поведения на всех этапах общения с пациентом. Знание этико-деонтологических принципов и законов психологии общения, соединённое с профессиональным мастерством, позволяют оказывать эффективную помощь даже в самых трудных случаях [44,35].

Современная медсестра - это специалист, самостоятельно действующий в рамках сестринского процесса, для осуществления которого ей необходимо: уметь собрать данные о пациенте, определить круг проблем, научиться ставить сестринский диагноз и в соответствии с ним составлять план своих действий, осознавать ответственность за свои действия, искать пути совершенствования методики ухода за пациентом, обучать пациентов навыкам сохранения и восстановления здоровья, повышать свою квалификацию, отстаивать права пациентов. Все эти требования могут быть выполнены только при наличии клинического мышления.

В деятельности по уходу за пациентом встаёт вопрос о том, что означает заболевание для пациента, как он на него реагирует, что стимулирует его к должному поведению в отношении болезни или, что мешает ему в этом. Очень существенно знать, каков уровень умственного развития, образования пациента. К каждому пациенту должен быть сугубо индивидуальный подход, который учитывает все особенности этого человека.

Требования, предъявляемые к эмоциональной сфере медицинских работников, довольно противоречивые. Наряду с эмпатичностью они должны быть и эмоционально устойчивыми. Как чрезмерная эмоциональность, так и заторможенность могут быть препятствием для осуществления чётких и быстрых действий. Как показано И. Харди, медицинские сёстры имеют разные типы эмоциональности. Так называемая «сестра-рутинёр» не сопереживает больным, не сочувствует им. Тип «нервной сестры» склонен к эмоциональной нестабильности, к невротическим реакциям. Они раздражительны, вспыльчивы, выглядят хмурыми, их преследует страх заразиться или заболеть тяжёлой болезнью. Пожалуй, только сестра «материнского» типа отвечает требованиям своей профессии: она эмпатична и заботлива [19,387].

Сестре приходится выполнять руководящую, воспитательную, просветительскую деятельность. Сестра способствует осуществлению на практике здорового образа жизни, физической и психической гигиены, помогает пациенту развиваться.

Медицинская сестра должна любить свою профессию, сочетать в себе гуманность и интеллект. Клиническая деятельность требует не только глубокого познания своей специальности, но в не меньшей степени и разносторонней культуры, широты интеллекта, особых навыков поведения при контакте с больными. Кроме изучения той области, в которой она работает, сестре постоянно необходимо заниматься повышением своего культурного уровня, совершенствованием своей личности [43,50].

Своеобразие «помогающих» профессий заключается в том, что сам субъект деятельности является первичным инструментом своей работы, и для построения помогающих отношений оказывается недостаточным использование только методических приемов. Помогающая деятельность требует от профессионала личностной вовлеченности, открытости отношениям, умения сопереживать и сочувствовать, а также способности понимать интересы другого человека [5,34].

Профессионально способной можно считать ту медсестру, которой присуще отсутствие тщеславия, ровное и участливое отношение ко всем пациентам, быстрота реакции, выдержка, высокое чувство долга и владение сестринской техникой [21,18].

Негативные эмоции (страх, раздражение, отчаяние), возникающие у медсестры во время или после работы часто связывают с негативными переживаниями пациента. Плохое состояние медсестры является как бы следствием «эмоциональной вовлеченности» в негативные переживания пациента. В основе лежит «заражение», то есть идея «непосредственного перехода» эмоций пациента к медсестре. Но это прямолинейное объяснение уводит в сторону от более сложных и тонких процессов, происходящих при встрече с пациентами, находящимися в кризисной ситуации. Даже поверхностный анализ «негативных переживаний» медсестры обнаруживает, что они являются внешним выражением различных менее осознаваемых состояний самого специалиста. Примером может служить страх медсестры предстать перед пациентом и собой беспомощной и некомпетентной. Более глубокий анализ переживаний специалиста приводит Тамар Крон: «Не испытываем ли мы тревогу за сохранность собственных схем и аксиом и не стараемся ли их защитить? Не пытаемся ли мы отдалиться от «опасного» для наших схем опыта клиента?» [24].

Трудоспособность специалиста во многом зависит от понимания (осознания) им спектра своих желаний, потребностей и ожиданий, связанных с работой. Если рассматривать медицину как поле деятельности, направленной на удовлетворение личностных потребностей человека, то симптомы «сгорания» могут сигнализировать об окончании этого жизненного этапа, или другими словами - о прохождении очередного этапа в развитии личности человека, реализовавшегося в работе [38,88].

Некоторые личностные особенности медицинских работников могут делать их более или менее уязвимыми к эмоциональному выгоранию. Склонная к стрессу, напористая, «стресс - зависимая» личность представляет собой хорошо известный стереотип, но интересно, что одна из моделей Дж. Эдельвич, А. Бродски процесса эмоционального выгорания в качестве своей первой стадии имеет «идеалистический энтузиазм». Общепринятой является точка зрения, что именно оказывающий помощь и преданный человек является наиболее уязвимым; как говорится в поговорке «вы должны быть в огне, чтобы сгореть», и поэтому, некоторые из наиболее успешно и плодотворно работающих имеют самый высокий риск эмоционального выгорания. У них есть тенденция к идеалистическим, а не реалистическим ожиданиям, они становятся сверхувлеченными своей работой и им трудно оторваться от нее.

По мнению М. О. Винсент, они могут быть созависимыми и испытывать сильную потребность чувствовать себя необходимыми, значимыми, ценимыми и принятыми. Кроме того, заметно их стремление рвать связи со знакомыми и родственниками, при общении с которыми могут проявиться их потребности и уязвимость. Поэтому они уединяются в своем маленьком мире, где много или большинство положительных эмоций они находят в своей профессиональной деятельности или учреждении, в котором работают.

А. Пинес считает, что их экзистенциальные потребности удовлетворяются через их профессиональную идентичность и поэтому профессиональные угрозы и стрессы они переживают как вызов фундаментальным надеждам, целям, смыслу и назначению, что практически не компенсируется поддержкой со стороны [16].

По мнению М. Кинга, преобладающая особенность медицинской профессии - отрицать проблемы, связанные с личным здоровьем. Развитию этого состояния способствуют определенные личностные особенности - высокий уровень эмоциональной лабильности (нейротизма), высокий самоконтроль, особенно при выражении отрицательных эмоций со стремлением их подавить, рационализация мотивов своего поведения, склонность к повышенной тревоге и депрессивным реакциям, связанным с недостижимостью «внутреннего стандарта» и блокированием в себе негативных переживаний, ригидная личностная структура.

Существует миф «о жертвенности», который способствует зарождению синдрома эмоционального выгорания. В нашей культуре жертвенность почти приравнена к святости. Кстати, «жертвующий» нередко подсознательно в глубине души ожидает награды за свою жертву. И со временем его начинает подтачивать обида на тех, кто не оценил его усилий, не сказал спасибо за сделанное. Вообще существуют четыре «ядовитых» чувства, которые составляют эмоциональную сторону синдрома эмоционального выгорания: вина перед собой и другими за то, что не сделал, не успел, стыд (не так получилось, не имел права на ошибку, должен всегда быть правильным), обида (о ней мы только что говорили), страх (не получится, не поймут). В «Обыкновенном чуде» Евгения Шварца есть потрясающий образ «Великий Охотник». Так вот, он перестал стрелять из-за того, что боялся нечаянно промахнуться и утратить звание великого охотника [36].

Каждой медсестре необходимо стать своим собственным высококвалифицированным специалистом по устранению стресса и научиться устанавливать или переустанавливать приоритеты и думать об изменении образа жизни, внося перемены в свою повседневную «рутину». Парадокс состоит в том, что способность медицинских работников отрицать свои негативные эмоции может иногда быть силой, но нередко это становится их слабостью. Поэтому полезно помнить о том, что мы сами всегда либо часть наших проблем, либо часть их решений [16].

1.3 Программа профилактики эмоционального выгорания медицинских сестер

Психическое здоровье предполагает состояние полного душевного равновесия, умение владеть собой, способность быстро приспосабливаться к сложным ситуациям и их преодолевать, в короткое время восстанавливать душевное равновесие.

Важное значение имеют такие качества, как самоконтроль, самооценка, а также стрессоустойчивые качества, физическая тренированность, самовнушаемость, умение переключаться и управлять своими эмоциями. Чрезвычайно важным является навык самообладания, который рассматривается в психологии как показатель социальной и эмоциональной зрелости личности. Следует подчеркнуть, что самообладание - это не столько качество личности, сколько процесс управления своим поведением в экстремальной ситуации.

При нарушении психического здоровья, вызванного эмоциональным выгоранием, перечисленные выше качества имеют решающее значение. Именно на них строются большинство методов по профилактике и коррекции эмоционального выгорания.

Большая роль в борьбе с синдромом эмоционального выгорания принадлежит, прежде всего, самому работнику. Соблюдая перечисленные ниже рекомендации, сотрудник не только сможет предотвратить возникновение эмоционального выгорания, но и достичь снижения степени его выраженности.

) Определение краткосрочных и долгосрочных целей. Это не только обеспечивает обратную связь, свидетельствующую о том, что человек находится на правильном пути, но и повышает долгосрочную мотивацию. Достижение краткосрочных целей - успех, который повышает степень самовоспитания.

) Использование тайм-аутов. Для обеспечения психического и физического благополучия очень важны тайм-ауты, то есть отдых от работы и других нагрузок. Иногда необходимо «убежать» от жизненных проблем и развлечься, нужно найти занятие, которое было бы увлекательным и приятным.

) Овладение умениями и навыками саморегуляции. Овладение такими психологическими умениями и навыками, как релаксация, идеомоторные акты, определение целей и положительная внутренняя речь, способствует снижению уровня стресса, ведущего к выгоранию. Например, определение реальных целей помогает сбалансировать профессиональную деятельность и личную жизнь.

) Профессиональное развитие и самосовершенствование. Одним из способов предохранения от эмоционального выгорания является обмен профессиональной информацией с представителями других служб. Сотрудничество дает ощущение более широкого мира, чем тот, который существует внутри отдельного коллектива. Для этого существуют различные курсы повышения квалификации, всевозможные профессиональные, неформальные объединения, конференции, где встречаются люди с опытом, работающие в других системах, где можно поговорить, в том числе и на отвлеченные темы.

) Избегание ненужной конкуренции. В жизни очень много ситуаций, когда мы не можем избежать конкуренции. Но слишком уж большое стремление к успеху в бизнесе создает тревогу, делает человека излишне агрессивным, что способствует, в свою очередь, возникновению синдрома эмоционального выгорания.

) Эмоциональное общение. Когда человек анализирует свои чувства и делится ими с другими, вероятность выгорания значительно снижается или этот процесс не так явно выражен. Поэтому рекомендуется, чтобы сотрудники в сложных рабочих ситуациях обменивались мнениями с коллегами и искали у них профессиональной поддержки. Если работник делится своими отрицательными эмоциями с коллегами, те могут найти для него разумное решение возникшей у него проблемы.

) Поддержание хорошей физической формы. Между телом и разумом существует тесная связь. Хронический стресс воздействует на человека, поэтому очень важно поддерживать хорошую физическую форму с помощью физических упражнений и рациональной диеты. Неправильное питание, злоупотребление спиртными напитками, табаком, уменьшение или чрезмерное повышение массы тела усугубляют проявление эмоционального выгорания.

Но, не каждый способен справиться с проявлениями данного синдрома самостоятельно, ведь как показывает статистика, 82 % медицинских работников не разбираются в симптомах выгорания и не представляют, что это такое.

Профилактические, лечебные и реабилитационные мероприятия должны быть направлены на снятие действия стрессора - снятие рабочего напряжения, повышение профессиональной мотивации, выравнивание баланса между затрачиваемыми усилиями и получаемым вознаграждением. При появлении и развитии признаков эмоционального выгорания у кого-либо из специалистов представляется необходимым обратить внимание на улучшение условий труда (организационный уровень), характер складывающихся взаимоотношений в коллективе (межличностный уровень), личностные реакции и заболеваемость (индивидуальный уровень).

Психологическая работа по устранению эмоционального выгорания, как утверждает Н.Е. Водопьянова, должна включать три основных направления.

Первое направление должно быть нацелено на снятие у сотрудников стрессовых состояний, возникающих в связи с напряженной деятельностью, формирование навыков саморегуляции, обучение техникам расслабления и контроля собственного физического и психического состояния, повышение стрессоустойчивости.

Второе направление - развитие навыков вербального и невербального общения, которые необходимы для налаживания благоприятных взаимоотношений с коллегами и руководством. Этому может способствовать проведение с сотрудниками групповых тренинговых занятий по развитию коммуникативных навыков.

Третье направление - нивелирование негативного влияния ряда профессиональных и личностных факторов, способствующих эмоциональному выгоранию. Необходима работа по развитию у сотрудников умений разрешать конфликтные ситуации и находить конструктивные решения; способности достигать поставленных целей и пересматривать систему ценностей и мотивов, препятствующих профессиональному и личностному самосовершенствованию и др. Для этого могут быть использованы разного рода тренинги, например тренинги по обретению уверенности в себе, самораскрытию, личностному росту, способности к принятию решений и т.п.

Здесь на помощь, приходит тренинг и тренинговые упражнения, которые позволяют раскрыться каждому человеку.

Групповой психологический тренинг представляет собой совокупность активных методов практической психологии, которые используются: в рамках клинической психотерапии при лечении неврозов, алкоголизма и ряда соматических заболеваний; для работы с психически здоровыми людьми, имеющими психологические проблемы, в целях оказания им помощи в саморазвитии.

В настоящее время в литературе и практической работе термин "тренинг" трактуется гораздо шире, чем он понимался всего лишь несколько лет назад. Так, А. П. Ситников дает такое определение тренинга: "Тренинги являются синтетической антропотехникой, сочетающей в себе учебную и игровую деятельность, проходящей в условиях моделирования различных игровых ситуаций... " (1996, с. 144). При этом под антропотехникой он понимает такую составляющую акмеологической практики, которая направлена на преобразование "естественно данных человеку способностей" (М. К. Мамардашвили) и формирование на их основе культурного феномена профессионального мастерства. Он выделяет три основные антропотехники: научение, учение и игру.

Расширение границ использования понятия "тренинг" связано, прежде всего, с увеличением диапазона целей, значительно более широкого по сравнению с ранее определявшимися целями. Так, целями специально организованных тренингов становятся личностный рост, обучение новым психологическим технологиям или отработка новых поведенческих паттернов.

Специфическими чертами тренингов, совокупность которых позволяет выделять их среди других методов практической психологии, являются:

соблюдение ряда принципов групповой работы;

нацеленность на психологическую помощь участникам группы в саморазвитии, при этом такая помощь исходит не только (а порой и не столько) от ведущего, сколько от самих участников;

наличие более или менее постоянной группы (обычно от 7 до 15 человек), периодически собирающейся на встречи или работающей непрерывно в течение двух-пяти дней (так называемые группы-марафоны);

определенная пространственная организация (чаще всего - работа в удобном изолированном помещении, участники большую часть времени сидят в кругу);

акцент па взаимоотношениях между участниками группы, которые развиваются и анализируются в ситуации "здесь и теперь";

применение активных методов групповой работы;

объективация субъективных чувств и эмоций участников группы относительно друг друга и происходящего в группе, вербализованная рефлексия;

атмосфера раскованности и свободы общения между участниками, климат психологической безопасности.

Существуют различные методы при проведении тренинга. Так, Н.В. Семилетом предлагается рассматривать:

тематические дискуссии, в которых обсуждаются значимые для всех участников тренинговой группы проблемы;

биографические, ориентированные на прошлый опыт;

интеракционные, материалом которых служат структура и содержание взаимоотношений между участниками группы.

Впрочем, для других направлений тренингов не меньшее значение приобретают игровые методы, которые включают ситуационно-ролевые, дидактические, творческие, организационно-деятельностные, имитационные, деловые игры.

В следующий блок основных методов входят методы, направленные на развитие социальной перцепции. Участники группы развивают умения воспринимать, понимать и оценивать других людей, самих себя, свою группу В ходе тренинговых занятий с помощью специально разработанных упражнении участники получают вербальную и невербальную информацию о том как их воспринимают другие люди, насколько точно их собственное самовосприятие. Они приобретают умения глубокой рефлексии, смысловой и оценочной интерпретации объекта восприятия.

Медитативные техники, тоже должны быть отнесены к тренинговым методам, поскольку опыт показывает полезность и. эффективность их применения в процессе групповой работы. Чаще всего эти техники используются в целях обучения физической и чувственной релаксации, умению избавляться от излишнего психического напряжения, стрессовых состояний и в результате сводятся к развитию навыков аутосуггестии и закреплению способов саморегуляции.

Таким образом, обобщая вышесказанное, мы приходим к выводу о том, что программа профилактики эмоционального выгорания должна строиться на тренингах, с применением различных тренинговых методов, так как именно такая деятельность позволит справиться с вышеперечисленными симптомами эмоционального выгорания. Поэтому мы предлагаем построить нашу программу, опираясь на следующие направления работы:

 Управление образовательным или дидактическим стрессом (т.е. испытуемые получали теоретическую информацию о тревоге и стрессе).

 Обучение навыкам преодоления (копинга): обучение релаксации, формирование навыков ассертивного поведения, тайм-менеджмент (технология организации времени и повышения эффективности его использования).

 Помещение в стрессовую ситуацию - демонстрация (после обучения испытуемые были подвергнуты стрессогенным воздействиям и обучались тому, как справляться со стрессом в ролевых играх).

Для реализации выше представленных направлений работы программы, нами были выделены принципы организации деятельности участников:

1. Принцип оптимизации развития, т.е. в ходе тренинга осуществляется не только четкая диагностика и квалифицированная констатация определенного психологического состояния отдельных участников и группы в целом, но и активное вмешательство в происходящие события с целью оптимизации условий, необходимых для личностного развития. Использование различных специальных упражнений, должно стимулировать саморазвитие участников, направлять их усилия в нужное русло.

. Принцип постоянной обратной связи, т.е. непрерывное получение участником информации от других членов группы о результатах его действий в ходе тренинга. Благодаря именно обратной связи человек может корректировать свое последующее поведение, заменяя неудачные способы общения на новые, проверяя эффективность их воздействия на окружающих. В группе должны быть созданы условия, обеспечивающие готовность участников подавать обратную связь (говорить другим о них самих) и принимать ее (слушать других о себе). Такая намеренная обратная связь, т.е. осуществляемая сознательно, дает максимальный развивающий эффект.

. Принцип самодиагностики, т.е. постоянное самораскрытие участников, осознание и четкое формулирование ими собственных личностно значимых проблем. В содержании занятий предусматриваются упражнения и процедуры, помогающие человеку познавать себя, особенности своей личности. У члена группы должна быть возможность увидеть себя в разных ситуациях, где от него требуется принятие определенного решения и его осуществление. Причем, чаще это не вербальный способ, а практические действия.

. Принцип диалогизации взаимодействия, т.е. равноправного и полноценного межличностного общения во время занятий группы. Такое общение основано на взаимном уважении участников, на их полном доверии друг другу, когда человек не боится рассказать о своих чувствах и мыслях, стремится быть максимально откровенным. Это возможно лишь при полном равноправии участников как собеседников, так как в случае доминирования одного из них или нескольких членов группы общение теряет характер подлинного диалога и переходит в русло монолога, что противоречит самой природе тренинга.

Выводы по первой главе

. Испокон веков стояла проблема эмоционального выгорания личности, и только в ХХ в. этой проблемой стали заниматься целенаправленно. В литературе можно выделить четыре периода развития проблемы эмоционального выгорания:

 С 1974 по 1980 гг. - этот исторический период характеризуется поиском и определением составляющих эмоционального выгорания выгорания. Вопрос терминологии данной проблематики также является актуальным. Определяются направления исследовательской деятельности.

 С 1981 по 1989 гг. - в этот период выдвигаются концепции подходов к эмоциональному выгоранию, более акцентуировано проводятся научные исследования, расширяются классификационные подходы.

 С 1990 по 1999 гг. - в этот исторический период наука ставит перед собой цели профилактики, коррекции профессионального выгорания. Анализируются отдельные факторы профессиональных деформаций. Ярко выделяется взаимосвязь между формированием СЭВ и личностными особенностями личности, а также стрессогенными факторами. Наука делает большой шаг вперед в изучении этого вопроса.

 С 2000 года научные исследования делают акцент на факторы формирования синдрома эмоционального выгорания в профессиональной деятельности.

. В рамках нашего исследования мы будем опираться на определение, данное В.В. Бойко, под которым он понимает выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на определенные психотравмирующие воздействия.

. В нашей работе мы опираемся на три фазы эмоционального выгорания:

- фаза «тревожное напряжение»: предвестник и «запускающий механизм» в формировании эмоционального выгорания;

фаза «резистенция»: сопротивление нарастающему стрессу;

фаза «истощение»: характеризуется более или менее выраженным падением общего энергетического тонуса и ослаблением нервной системы.

4. Программа профилактики эмоционального выгорания медицинских сестер, опирается на следующие направления работы:

 Управление образовательным или дидактическим стрессом (т.е. испытуемые получали теоретическую информацию о тревоге и стрессе).

 Обучение навыкам преодоления (копинга): обучение релаксации, формирование навыков ассертивного поведения, тайм-менеджмент (технология организации времени и повышения эффективности его использования).

 Помещение в стрессовую ситуацию - демонстрация (после обучения испытуемые были подвергнуты стрессогенным воздействиям и обучались тому, как справляться со стрессом в ролевых играх).

. Выделены принципы организации деятельности участников программы:

 Принцип оптимизации развития.

 Принцип постоянной обратной связи.

 Принцип самодиагностики.

 Принцип диалогизации взаимодействия.

Глава 2. Эксперимент по проверке эффективности разработанной программы профилактики эмоционального выгорания у медицинских сестер

.1 Организация и методика проведения эксперимента

эмоциональный выгорание медицинский сестра

Эксперимент по проверке эффективности разработанной нами программы (п.п. 1.3) проводился в …. с 2007 года по 2009 год, в эксперименте приняли участие 53 медицинских сестер.

На констатирующем этапе эксперимента определялись критерии и показатели, по которым можно судить об уровне сформированности эмоционального выгорания у медицинских сестер:

- фаза «тревожное напряжение»: переживание психотравмирующих обстоятельств, неудовлетворенность собой, загнанность в клетку, тревога и депрессия;

фаза «резистенция»: неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, эмоционально-нравственная дезориентация, расширение сферы экономии эмоций, редукция профессиональных обязанностей;

фаза «истощение»: эмоциональный дефицит, эмоциональная отстраненность, деперсонализация, психосоматические и психовегетативные нарушения.

По итогам исследования, экспериментальная группа (ЭГ) была организована из медицинских сестер …. отделения, в составе 17 человек.

В эксперименте использовалась методика В.В. Бойко «Методика диагностики уровня эмоционального выгорания».

Данная методика состоит из 84 утверждений, к которым участники эксперимента должны выразить свое отношение в виде однозначных ответов «да» или «нет».

Для определения такого компонента, как напряжение, мы исследуем показатели: переживание психотравмирующих обстоятельств, который проявляется усилением осознания психотравмирующих факторов профессиональной деятельности; неудовлетворенность собой, проявляющийся в чувстве недовольства собой, избранной профессией, занимаемой должностью; загнанность в клетку - проявляется в чувстве безысходности, остро переживается, когда психотравмирующие обстоятельства очень давят и устранить их невозможно; тревога и депрессия обнаруживается в тревожно-депрессивной симптоматике, касающейся профессиональной деятельности в особо осложненных обстоятельствах.

Каждый из показателей имеет свою степень выраженности, которая колеблется от 0 до 30 баллов, результаты представлены в табл. 2.1.1 и на рис. 2.1.1.

Таблица 2.1.1

Сводные результаты по степени сформированности фазы «Напряжение»

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Степень сформированности фазы «Напряжение» (количество человек в %) |
|  | I | II | III | IV |
| Переживание психотравмирующих обстоятельств |  29,4 |  52,9 |  17,7 |  0,0 |
| Неудовлетворенность собой | 47,1 | 41,1 | 11,8 | 0,0 |
| «Загнанность в клетку» | 53,0 | 41,1 | 5,9 | 0,0 |
| Тревога и депрессия | 23,5 | 58,8 | 17,7 | 0,0 |

В таблице приняты следующие обозначения:

I - не сложившийся симптом

II - складывающийся симптом

III - сложившийся симптом

IV - доминирующие в фазе или во всем синдроме эмоционального выгорания



Рис. 2.1.1. Сводные результаты по степени сформированности фазы «Напряжение»

Как видно из рис. 2.1.1., у большинства медицинских сестер наблюдаются складывающиеся симптомы, особенно это видно по показателю «Тревога и депрессия», который наблюдается у 58,8 % человек. Немного ему уступает показатель «Переживания психотравмирующих обстоятельств», он выражен у 52,9 %. Также можно заметить, что хоть и малое количество медицинских сестер, но имеют уже сложившийся симптом, это наблюдается по всем четырем показателям: переживание психотравмирующих обстоятельств (17,6 %), неудовлетворенность собой (11,8 %), загнанность в клетку (5,9 %), тревога и депрессия (17,6 %). У остальных, либо нет признаков, либо они еще не значительные и поэтому оказались мало выраженными.

Определение следующей фазы «Резистенция», проходило по диагностике следующих показателей: неадекватное избирательное эмоциональное реагирование наблюдается в случаях, когда профессионал неадекватно «экономит» на эмоциях, ограничивает эмоциональную отдачу за счет выборочного реагирования на ситуации субъектов деятельности; эмоционально-нравственная дезориентация проявляется в том, что у работника эмоции не пробуждают или недостаточно стимулируют нравственные чувства; расширение сферы экономии эмоций проявляется вне профессиональной деятельности - дома, в общении с приятелями и знакомыми; редукция профессиональных обязанностей обнаруживается в попытках облегчить или сократить обязанности, которые требуют эмоциональных затрат. Результаты представлены в табл. 2.1.2 и на рис. 2.1.2.

Таблица 2.1.2

Сводные результаты по степени сформированности фазы «Резистенция»

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Степень сформированности фазы «Резистенция» (количество человек в %) |
|  | I | II | III | IV |
| Неадекватное эмоциональное реагирование |  35,3 |  47,1 |  17,6 |  0,0 |
| Эмоционально-нравственная дезориентация | 23,5 | 47,1 | 29,4 | 0,0 |
| Расширение экономии эмоций | 17,7 | 52,9 | 29,4 | 0,0 |
| Редукция профессиональных обязанностей | 17,7 | 58,8 | 23,5 | 0,0 |

В таблице приняты следующие обозначения:

I - не сложившийся симптом

II - складывающийся симптом

III - сложившийся симптом

IV - доминирующие в фазе или во всем синдроме эмоционального выгорания



Рис. 2.1.2. Сводные результаты по степени сформированности фазы «Резистенция»

Полученные данные (табл. 2.1.2) говорят нам о том, что данный компонент более выражен у медицинских сестер, чем фаза «Напряжения». Это видно по данным складывающегося и сформировавшегося симптома. Так, показатель «Неадекватного эмоционального реагирования» наблюдается как сложившийся симптом у 17,6 % медицинских сестер, «Эмоционально-нравственная дезориентация», также как и «Расширение экономии эмоций» выражено у 29,4 %, а «Редукция профессиональных обязанностей» - у 23,5 % человек. Это уже достаточно много, для такой «помогающей профессии». Также настораживают результаты по складывающемуся симптому, который наблюдается у большинства в экспериментальной группе. Особенно это касается «Редукции профессиональных обязанностей», которая наблюдается у 58,8 % человек.

Последним, но очень значимым компонентом является «Истощение», который выражается в эмоциональном дефиците, где заявляет о себе в ощущении, что эмоционально уже не может помочь субъектам своей деятельности; эмоциональная отстраненность, при которой работник почти полностью исключает эмоции из сферы своей профессиональной деятельности, деперсонализация, где отмечается полная или частичная утрата интереса к человеку; психосоматические и психовегетативные нарушения обнаруживаются на уровне психического и физического самочувствия. Результаты представлены в табл. 2.1.3 и на рис. 2.1.3.

Таблица 2.1.3

Сводные результаты по степени сформированности фазы «Истощение»

|  |  |
| --- | --- |
|  Показатели | Степень сформированности фазы «Истощение» (количество человек в %) |
|  | I | II | III | IV |
| Эмоциональный дефицит | 64,7 | 35,3 | 0,0 | 0,0 |
| Эмоциональная отстраненность | 64,7 | 35,3 | 0,0 | 0,0 |
| Деперсонализация | 47,0 | 41,2 | 11,8 | 0,0 |
| Психосоматические и психовегетативные нарушения | 11,8 | 58,8 | 29,4 | 0,0 |

В таблице приняты следующие обозначения:

I - не сложившийся симптом

II - складывающийся симптом

III - сложившийся симптом

IV - доминирующие в фазе или во всем синдроме эмоционального выгорания



Рис. 2.1.3. Сводные результаты по степени сформированности фазы «Истощение»

Результаты показывают, что данные показатели особо не сформированы и медицинские сестры готовы эмоционально поддержать своих пациентов, но физически им дается это не легко, об этом свидетельствуют результаты по последнему показателю, где наблюдается даже повышение количестве человек, у которых он сформирован (29,4 %). Также достаточно большие данные показывает этот показатель и как формирующийся симптом (58,8 %). Положительные результаты показывают данные по «Эмоциональному дефициту» и «Эмоциональной отстраненности», так как данные симптомы не сформированы у 64,7 % соответственно.

По вышеописанным результатам можно судить об уровне сформированности эмоционального выгорания у медицинских сестер. Для этого в табл. 2.1.4 сопоставляются все три фазы эмоционального выгорания, по которым видно, что в среднем у 17,6 % медицинских сестер наблюдается эмоциональное выгорание, причиной этому может быть долгий срок работы в больнице и хроническая усталость от работы. У 47,0 % эмоциональное выгорание на стадии формирования, но это касается внутренних характеристик личности, то есть медицинские сестры стараются не показывать внутреннего состояния тревоги, усталости, порой стремятся ограничить себя в общении, как с пациентами, так и с другими людьми, что бы не причинить неудобства, но, не смотря на их старание, не все в состоянии справляться, что приводит к конфликтным ситуациям.

Таблица 2.1.4

Стадии сформированности эмоционального выгорания

|  |  |
| --- | --- |
| Фазы | Степень сформированности (количество человек в %) |
|  | Не сформировалась | В стадии формирования | Сформировалась |
| «Напряжения» | 41,2 | 47,0 | 11,8 |
| «Резистенция» | 23,5 | 53,0 | 23,5 |
| «Истощение» | 47,1 | 41,2 | 11,8 |



Рис. 2.1.4. Стадии сформированности эмоционального выгорания

Таким образом, исходя из полученных результатов, можно сказать, что медицинские сестры нуждаются в квалифицированной коррекционной и профилактической помощи, как те у которых синдром сформирован, так и те у которых формируется. В этих целях нами была разработана программа профилактики эмоционального выгорания, описанная в п. 1.3. Рассмотрим подробно особенности ее реализации в п. 2.2

2.2 Особенности реализации программы профилактики эмоционального выгорания у медицинских сестер

Реализация программы профилактики эмоционального выгорания проходила в МУЦГБ г. Ноябрьска с 2008 по 2009 гг. В эксперимента принимало участие 17 медицинских сестер отделения реанимации и интенсивной терапии. Занятия проходили два раза в месяц в течение года. Программа рассчитана на 24 занятия.

Разработанная нами программа, реализует следующие направления работы:

 Управление образовательным или дидактическим стрессом (т.е. испытуемые получали теоретическую информацию о тревоге и стрессе).

 Обучение навыкам преодоления (копинга): обучение релаксации, формирование навыков ассертивного поведения, тайм-менеджмент (технология организации времени и повышения эффективности его использования).

 Помещение в стрессовую ситуацию - демонстрация (после обучения испытуемые были подвергнуты стрессогенным воздействиям и обучались тому, как справляться со стрессом в ролевых играх).

Такие направления были выбраны в связи с доминирующими проблемами медицинских сестер. Так, например, введение лекционного и семинарского материала было введено, потому что многие не знают что такое стресс, тревога и не могут распознать это состояние, они понимают, что то-то не так, но не знают что. На лекциях мы рассматривали вопросы, касаемые причин возникновения стресса, тревожности, пути решения затруднительных состояний, выхода из депрессии. Также рассматриваем вопросы, интересуемые участников занятий.

Основным направлением нашей программы является обучение навыкам преодоления, так как именно этого не хватает в самостоятельном решении вопросов, связанных с эмоциональным выгоранием и наша задача научить медицинских сестер использовать рационально свое время, «оставлять работу на работе», внутренне бороться с усталостью и прочее. Для этого нами применяется множество различных тренинговых упражнений, применение различных техник, в том числе релаксации, аутогенной тренировки, тайм-менеджмент и т.д.

И последнее направление помогает на практике реализовать полученные умения. Это очень важный момент в нашей программе, так как одно дело слушать, а другое дело попробовать самому. Это позволяет участникам занятий научиться самостоятельно справляться со стрессовыми и конфликтными ситуациями.

Для реализации выше представленных направлений работы программы, нами были выделены принципы организации деятельности участников:

Принцип оптимизации развития, т.е. в ходе занятия осуществляется не только четкая диагностика и квалифицированная констатация определенного психологического состояния отдельных участников и группы в целом, но и активное вмешательство в происходящие события с целью оптимизации условий, необходимых для личностного развития. Использование различных специальных упражнений, должно стимулировать саморазвитие участников, направлять их усилия в нужное русло. Так, например, при проведении одного из первых занятия темой обсуждения была выбрана «Причины ваших волнений», на которой предлагалось проанализировать свое внутреннее состояние и выявить его причины. Данная работа дает возможность участникам задуматься над своим состоянием и причинами их вызывающими, так как обсуждение идет при всех и есть возможность сказать, то, что видят окружающие. Также в занятиях применяются упражнения по релаксации, например, релаксация с сосредоточением на дыхании, выполнение которых требовало самостоятельной проработки в домашних условиях, что способствовало личностному развитию.

Еще одним методом, способствующим личностному развитию и его оптимизации, является «мозговой штурм», например, при проведении «мозгового штурма» «Способы саморегуляции в ситуации стресса», участникам необходимо было предложить как можно больше способов борьбы с негативными эмоциями. Такие упражнения оказались очень действенными, потому что многие почерпнули для себя несколько способов, которыми никогда не пользовались.

Принцип постоянной обратной связи, т.е. непрерывное получение участником информации от других членов группы о результатах его действий в ходе занятия. Благодаря именно обратной связи человек может корректировать свое последующее поведение, заменяя неудачные способы общения на новые, проверяя эффективность их воздействия на окружающих. В группе должны быть созданы условия, обеспечивающие готовность участников подавать обратную связь (говорить другим о них самих) и принимать ее (слушать других о себе). Такая намеренная обратная связь, т.е. осуществляемая сознательно, дает максимальный развивающий эффект. Например, на одном из занятий отрабатывались навыки выхода из стрессовой ситуации, которая представляла собой следующее: пациент не доволен качеством обслуживания в больнице и требует индивидуального внимания. Участники делились на пары и разыгрывали данную ситуацию, после чего должны были ее решить с наименьшими последствиями, как для него, так и для себя. При проведении этого занятия были видны все способы общения, которые приводят либо к конфликтной ситуации с пациентом, либо к стрессовой для медицинской сестры. Поэтому в процессе выполнения задания, указывались на эти недостатки, после чего были намечены пути их устранения.

Также проводились упражнения на установление обратной связи. Например, проводилось упражнение «Пожелание по кругу», где необходимо было всем участникам занятия высказать пожелание. Такие упражнения позволяют поднять настроение и сблизить людей.

Принцип самодиагностики, т.е. постоянное самораскрытие участников, осознание и четкое формулирование ими собственных личностно значимых проблем. В содержании занятий предусматриваются упражнения и процедуры, помогающие человеку познавать себя, особенности своей личности. У члена группы должна быть возможность увидеть себя в разных ситуациях, где от него требуется принятие определенного решения и его осуществление. Причем, чаще это не вербальный способ, а практические действия. Так, в процессе работы были выявлены проблемы, которые особенно волнуют участников и на основе этого, в программу были введены соответственная тематика лекций и отработка необходимых умений. Например, многих волнует не желание общаться с членами семьи после рабочей смены, поэтому мы, сперва, организовали разбор причин и возможных последствий на лекциях, а затем при помощи упражнений и ролевых игр, решали эту проблему. Здесь и применялись многие медитационные упражнения, позволяющие отстраниться от рабочих проблем и расслабиться.

Принцип диалогизации взаимодействия, т.е. равноправного и полноценного межличностного общения во время занятий группы. Такое общение основано на взаимном уважении участников, на их полном доверии друг другу, когда человек не боится рассказать о своих чувствах и мыслях, стремится быть максимально откровенным. На этом принципе были построены все проводимые упражнения и техники.

2.3 Анализ и оценка опытно-экспериментальной работы

Реализация выдвинутой нами программы педагогической поддержки старшекласснику в выборе профессии, воплощенной в реальный образовательный процесс с помощью описанных выше механизмов (п. 2.1, п. 2.2), позволила сделать работу по подготовке старшеклассников к выбору профессии целенаправленной и более продуктивной.

Представленные ниже результаты позволяют оценить эффективность программы и успешность ее реализации.

Стьюдент Статистическая обработка полученных в ходе эксперимента материалов проводилась с помощью параметрических методов обработки информации, так как предварительный анализ данных свидетельствовал об их несущественном отличии от распределения Гаусса. Согласно этому, для каждой выборки подсчитывались следующие величины:

среднее арифметическое, выражающее центральную тенденцию (М):



где: х - каждая величина изучаемой выборки,

 - знак сумма,

n - число членов выборки;

среднеквадратическое отклонение, показывающее размах и особенности варьирования экспериментальных результатов ():

Сравнение выборок между собой с целью определения достоверности получаемых материалов проводился по методу Стьюдента.





где: t - коэффициент Стьюдента,

Х1 - каждый член из первой выборки,

Х2 - каждый член из второй выборки,

М1 - среднее арифметическое первой выборки,

М2 - среднее арифметическое второй выборки,

n1 - количество членов первой выборки,

n2 - количество членов второй выборки.

n+n-2 - число степеней свободы.

Расчеты выполнены с помощью программы Microsoft Exel 2000 из пакета Microsoft Office 2000.

Для определения такого компонента, как напряжение, мы исследуем показатели: переживание психотравмирующих обстоятельств, который проявляется усилением осознания психотравмирующих факторов профессиональной деятельности; неудовлетворенность собой, проявляющийся в чувстве недовольства собой, избранной профессией, занимаемой должностью; загнанность в клетку - проявляется в чувстве безысходности, остро переживается, когда психотравмирующие обстоятельства очень давят и устранить их невозможно; тревога и депрессия обнаруживается в тревожно-депрессивной симптоматике, касающейся профессиональной деятельности в особо осложненных обстоятельствах.

Каждый из показателей имеет свою степень выраженности, которая колеблется от 0 до 30 баллов, результаты представлены в табл. 2.3.1 и на рис. 2.3.1.

Таблица 2.3.1

Сводные результаты по степени сформированности фазы «Напряжение»

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Степень сформированности фазы «Напряжение» (количество человек в %) |
|  | I | II | III | IV |
|  | НТ | КТ | НТ | КТ | НТ | КТ | НТ | КТ |
| Переживание психотравмирующих обстоятельств | 29,4 | 41,2 | 52,9 | 47,0 | 17,7 | 11,8 | 0,0 | 0,0 |
| Неудовлетворенность собой | 47,1 | 52,9 | 41,1 | 35,3 | 11,8 | 11,8 | 0,0 | 0,0 |
| «Загнанность в клетку» | 53,0 | 70,6 | 41,1 | 23,5 | 5,9 | 5,9 | 0,0 | 0,0 |
| Тревога и депрессия | 23,5 | 52,9 | 58,8 | 35,3 | 17,7 | 11,8 | 0,0 | 0,0 |

В таблице приняты следующие обозначения:

I - не сложившийся симптом

II - складывающийся симптом

III - сложившийся симптом

IV - доминирующие в фазе или во всем синдроме эмоционального выгорания



Рис. 2.1.1. Сводные результаты по степени сформированности фазы «Напряжение»

Из рис. 2.3.1. видно, что по некоторым параметрам наблюдаются значимые отличия от начального тестирования, особенно это касается параметра «Загнанность в клетку», так, на начальном тестировании не сложившимся этот параметр был у 53,0 % , а при конечном он составил 70,6 % человек.

Определение следующей фазы «Резистенция», проходило по диагностике следующих показателей: неадекватное избирательное эмоциональное реагирование наблюдается в случаях, когда профессионал неадекватно «экономит» на эмоциях, ограничивает эмоциональную отдачу за счет выборочного реагирования на ситуации субъектов деятельности; эмоционально-нравственная дезориентация проявляется в том, что у работника эмоции не пробуждают или недостаточно стимулируют нравственные чувства; расширение сферы экономии эмоций проявляется вне профессиональной деятельности - дома, в общении с приятелями и знакомыми; редукция профессиональных обязанностей обнаруживается в попытках облегчить или сократить обязанности, которые требуют эмоциональных затрат. Результаты представлены в табл. 2.3.2 и на рис. 2.3.2.

Таблица 2.3.2

Сводные результаты по степени сформированности фазы «Резистенция»

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Степень сформированности фазы «Напряжение» (количество человек в %) |
|  | I | II | III | IV |
|  | НТ | КТ | НТ | КТ | НТ | КТ | НТ | КТ |
| Неадекватное эмоциональное реагирование |  35,3 |  52,9 |  47,1 |  35,3 |  17,6 |  11,8 |  0,0 |  0,0 |
| Эмоционально-нравственная дезориентация | 23,5 | 41,2 | 47,1 | 35,3 | 29,4 | 23,5 | 0,0 | 0,0 |
| Расширение экономии эмоций | 17,7 | 41,2 | 52,9 | 35,3 | 29,4 | 23,5 | 0,0 | 0,0 |
| Редукция профессиональных обязанностей | 17,7 | 35,3 | 58,8 | 41,2 | 23,5 | 23,5 | 0,0 | 0,0 |

В таблице приняты следующие обозначения:

I - не сложившийся симптом

II - складывающийся симптом

III - сложившийся симптом

IV - доминирующие в фазе или во всем синдроме эмоционального выгорания



Рис. 2.3.2. Сводные результаты по степени сформированности фазы «Резистенция»

Данные, полученные при конечном тестировании, значительно превышаю данные начального. Возросло количество человек, у которых не сформирован симптом: «Реагирования» (на 17,6 % ), «Дезориентации» (17,6 %), «Экономии эмоций» (на 23,5 %) и «Редукции», здесь разница составляет 17,7 %. Соответственно наблюдается понижение показателей формирующегося симптома, где самая большая разница составляет по показателю «Экономии эмоций» и «Редукции» на 17,6 %. Так же можно сказать, что незначительными являются результаты по всем показателям сложившихся симптомов, это объясняется тем, что при выражено симптоме необходима не просто профилактическая деятельность, а целенаправленная коррекционная, именно поэтому программа не дала результатов.

Последним, но очень значимым компонентом является «Истощение», который выражается в эмоциональном дефиците, где заявляет о себе в ощущении, что эмоционально уже не может помочь субъектам своей деятельности; эмоциональная отстраненность, при которой работник почти полностью исключает эмоции из сферы своей профессиональной деятельности, деперсонализация, где отмечается полная или частичная утрата интереса к человеку; психосоматические и психовегетативные нарушения обнаруживаются на уровне психического и физического самочувствия. Результаты представлены в табл. 2.3.3 и на рис. 2.3.3.

Таблица 2.3.3

Сводные результаты по степени сформированности фазы «Истощение»

|  |  |
| --- | --- |
|  Показатели | Степень сформированности фазы «Напряжение» (количество человек в %) |
|  | I | II | III | IV |
|  | НТ | КТ | НТ | КТ | НТ | КТ | НТ | КТ |
| Эмоциональный дефицит | 64,7 | 70,6 | 35,3 | 29,4 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Эмоциональная отстраненность | 64,7 | 70,6 | 35,3 | 29,4 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Деперсонализация | 47,0 | 64,7 | 41,2 | 29,4 | 11,8 | 5,9 | 0,0 | 0,0 |
| Психосоматические и психовегетативные нарушения | 11,8 | 29,4 | 58,8 | 47,1 | 29,4 | 23,5 | 0,0 | 0,0 |

В таблице приняты следующие обозначения:

I - не сложившийся симптом

II - складывающийся симптом

III - сложившийся симптом

IV - доминирующие в фазе или во всем синдроме эмоционального выгорания



Рис. 2.1.3. Сводные результаты по степени сформированности фазы «Истощение»

Результаты показывают, что эмоциональная составляющая профессиональной деятельности медицинских сестер по-прежнему является мало подверженной. Еще повышаются результаты по первым двум показателям на 5,9 %, в сравнении с начальным тестированием. Особо значимыми результаты показывают повышение количества медицинских сестер, у которых не сформированы «Деперсонализация» и «Нарушения», разница составляет 17,7 % соответственно. Поэтому понижаются результаты формирующегося симптома по всем показателям: на 5,9 %, 5,9 %, 11,7 % и 11,8 % соответственно. Остальные результаты оказываются статистически незначимыми. Но не смотря на это, наблюдается динамика даже у тех медицинских сестер, у которых уже сформированы все симптомы.

Таблица 2.3.4

Стадии сформированности эмоционального выгорания

|  |  |
| --- | --- |
| Фазы | Степень сформированности (количество человек в %) |
|  | Не сформировалась | В стадии формирования | Сформировалась |
|  | НТ | КТ | НТ | КТ | НТ | КТ |
| «Напряжения» | 41,2 | 52,9 | 47,0 | 41,2 | 11,8 | 5,9 |
| «Резистенция» | 23,5 | 47,1 | 53,0 | 41,1 | 23,5 | 11,8 |
| «Истощение» | 47,1 | 41,2 | 41,2 | 47,0 | 11,8 | 11,8 |



Рис. 2.3.4. Стадии сформированности эмоционального выгорания

По вышеописанным результатам можно судить об уровне сформированности эмоционального выгорания у медицинских сестер. Наибольших результатов мы добились по снижению фазы «Резистенция», не сформированным данная фаза стала у 47,1 % медицинских сестер, что на 23,6 % больше начального тестирования. Также у 52,9 % сестер не сформирована фаза «Напряжение», что на 11,7 % больше, чем в начале эксперимента. В целом можно сказать, что уровень эмоционального выгорания за время проведения эксперимента не повышался, а наоборот имеется динамика к понижению уже имеющихся показателей.

Выводы по второй главе

. Эксперимент по проверке эффективности разработанной нами программы (п.п. 1.3) проводился в …. с 2007 года по 2009 год, в эксперименте приняли участие 53 медицинских сестер.

2. Реализация программы профилактики эмоционального выгорания проходила в ……..с 2008 по 2009 гг. В эксперимента принимало участие 17 медицинских сестер ….. отделения. Занятия проходили два раза в месяц в течение года. Программа рассчитана на 24 занятия.

. По вышеописанным результатам можно судить об уровне сформированности эмоционального выгорания у медицинских сестер. Наибольших результатов мы добились по снижению фазы «Резистенция», не сформированным данная фаза стала у 47,1 % медицинских сестер, что на 23,6 % больше начального тестирования. Также у 52,9 % сестер не сформирована фаза «Напряжение», что на 11,7 % больше, чем в начале эксперимента. В целом можно сказать, что уровень эмоционального выгорания за время проведения эксперимента не повышался, а наоборот имеется динамика к понижению уже имеющихся показателей.

Заключение

. Испокон веков стояла проблема профессионального выгорания личности, и только в ХХ в. этой проблемой стали заниматься целенаправленно. В литературе можно выделить четыре периода развития проблемы эмоционального выгорания:

 С 1974 по 1980 гг. - этот исторический период характеризуется поиском и определением составляющих эмоционального выгорания выгорания. Вопрос терминологии данной проблематики также является актуальным. Определяются направления исследовательской деятельности.

 С 1981 по 1989 гг. - в этот период выдвигаются концепции подходов к эмоциональному выгоранию, более акцентуировано проводятся научные исследования, расширяются классификационные подходы.

 С 1990 по 1999 гг. - в этот исторический период наука ставит перед собой цели профилактики, коррекции профессионального выгорания. Анализируются отдельные факторы профессиональных деформаций. Ярко выделяется взаимосвязь между формированием СЭВ и личностными особенностями личности, а также стрессогенными факторами. Наука делает большой шаг вперед в изучении этого вопроса.

 С 2000 года научные исследования делают акцент на факторы формирования синдрома эмоционального выгорания в профессиональной деятельности.

. В рамках нашего исследования мы будем опираться на определение, данное В.В. Бойко, под которым он понимает выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на определенные психотравмирующие воздействия. В нашей работе мы опираемся на три фазы эмоционального выгорания:

- фаза «тревожное напряжение»: предвестник и «запускающий механизм» в формировании эмоционального выгорания;

фаза «резистенция»: сопротивление нарастающему стрессу;

фаза «истощение»: характеризуется более или менее выраженным падением общего энергетического тонуса и ослаблением нервной системы.

3. Программа профилактики эмоционального выгорания медицинских сестер, опирается на следующие направления работы:

 Управление образовательным или дидактическим стрессом (т.е. испытуемые получали теоретическую информацию о тревоге и стрессе).

 Обучение навыкам преодоления (копинга): обучение релаксации, формирование навыков ассертивного поведения, тайм-менеджмент (технология организации времени и повышения эффективности его использования).

 Помещение в стрессовую ситуацию - демонстрация (после обучения испытуемые были подвергнуты стрессогенным воздействиям и обучались тому, как справляться со стрессом в ролевых играх).

4. По вышеописанным результатам можно судить об уровне сформированности эмоционального выгорания у медицинских сестер. Наибольших результатов мы добились по снижению фазы «Резистенция», не сформированным данная фаза стала у 47,1 % медицинских сестер, что на 23,6 % больше начального тестирования. Также у 52,9 % сестер не сформирована фаза «Напряжение», что на 11,7 % больше, чем в начале эксперимента. В целом можно сказать, что уровень эмоционального выгорания за время проведения эксперимента не повышался, а наоборот имеется динамика к понижению уже имеющихся показателей.

Список литературы

Иванникова, Н.Н. Синдром менеджера, или Профилактика профессионального выгорания / Н.Н. Иванникова. - М., Дашков и Ко, 2008. - 208 с.

Кошелев, А.Н. Синдром «белого воротничка» или Профилактика «профессионального выгорания» / А.Н. Кошалев. - М., 2008. - 322 с.