

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 159.942:614.25

Н. В. Гафарова,
Л. Т. Баранская

ПРОБЛЕМА СИНДРОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В ПРАКТИКЕ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА

В статье обоснована необходимость включения в учебные курсы профессиональной подготовки теории и практики формирования у медицинских сестер готовности к преодолению синдрома профессионального выгорания (СПВ). Установлено, что развитие СПВ не зависит от профиля работы, возраста и стажа, и что ведущая роль в преодолении сложных стрессовых ситуаций, вызванных спецификой деятельности в сфере «человек – человек», принадлежит таким личностным особенностям, как интернальность, развитые копинг-стратегии, механизмы психологической защиты высшего уровня.

Ключевые слова: синдром профессионального выгорания, профессии типа «человек – человек», личностные особенности, психологические защиты, стратегии совладания.

The article denotes the necessity of including a professional theoretical and practical training course for nurses that would help form in them a readiness to overcome the professional burnout syndrome. Investigations have shown that the professional burnout syndrome does not depend on work profile, age or length of service. The leading role is played by such personal qualities as internality, development of coping strategy, high-level psychological defense mechanisms, that help overcome complicated situations of stress that are caused by specific activity in the “man-man” sphere.

Key words: professional burnout syndrome, professions in the «man – man» sphere, personal qualities, psychological defense mechanisms, coping strategy.

Становление профессионала – это сфера социальной практики, в которой тесно переплетаются интересы общества и конкретного человека. В то же время, если для общества процесс профессионализации всего лишь объективное воспроизводство «рабочей силы», необходимой для его дальнейшего развития, то для человека профессионализация является способом включения в систему общественных связей, который направлен на самореализацию личности. Прежде всего это касается профессий типа «человек – человек», в которых уровень развития личности становится важнейшим фактором эффективности трудовой деятельности.

Цель данной статьи заключается в обосновании необходимости сформировать готовность среднего медицинского персонала к повышенным психологическим нагрузкам, связанным с постоянным непосредственным общением с пациентами и их родственниками. Это определяет возрастающие требования со стороны общества к профессиональной компетентности медицинской сестры, которые реализованы во введении многоуровневого сестринского образования, появлении медицинских сестер с высшим образованием, изменении социального статуса медицинской сестры. Из помощников, выполняющих назначения врача, медицинские работники среднего звена становятся специалистами, способными постигать логику лечения и реабилитации и своевременно реагировать на возникающие трудности ведения пациентов. Такие изменения – это не просто веяние времени, а социальный заказ, определяющий философию сестринского дела. Однако короткая социальная дистанция «медицинская сестра – пациент» обуславливает сильное влияние как объективных, так и субъективных факторов, вызывает нарастающее чувство неудовлетворенности, способствует накоплению усталости. В отсутствие готовности к деятельности, сберегающей личностные ресурсы, действие стрессоров может оказаться чрезмерным, что приводит к профессиональным и жизненным кризисам, развитию синдрома профессионального выгорания.

Профессиональное выгорание – сложный психологический феномен, зачастую сопровождающий деятельность, которая требует вовлечения в непрерывный, прямой контакт с людьми и оказания им психологической поддержки в достаточно продолжительный период. Так, например, медицинская сестра, которая постоянно сталкивается с негативными эмоциями пациентов и их родственников, и сама начинает испытывать повышенное эмоциональное напряжение.

Термин «эмоциональное выгорание», или «профессиональное выгорание», был предложен американским психиатром Х. Дж. Фрейденбергом в 1974 г. для характеристики психологического состояния здоровых людей, которые, интенсивно и тесно общаясь с клиентами (пациентами) в эмоционально перегруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи, приходят к истощению, разочарованию и отказу от работы. По мнению К. Maslach, профессиональное выгорание – это эмоциональное истощение, возникшее как следствие стресса от межличностного взаимодействия, утраты позитивных чувств, сочувствия и уважения к тем, на кого направлена деятельность, сопровождающееся лишь формальным общением. Дальнейшее развитие синдрома ухудшает качество оказываемых услуг и порождает недовольство работника собой и результатами своего труда. Таким образом, профессиональное выгорание – это синдром физического и эмоционального истощения, включающий развитие отрицательной самооценки, отрицательного взгляда на работу и утрату понимания и сочувствия по отношению к лицам, с которыми приходится вступать в психологический контакт по работе. В самом общем виде его мож-

но определить как неадаптивную реакцию на стресс, возникающую в профессиональной деятельности.

Э. Ф. Зеер и Э. Э. Сыманюк описали кризисы профессионального становления личности как нормативные и ненормативные. В характеристике каждого нормативного кризиса мы можем обнаружить симптомы выгорания. Особое значение имеет способность индивида выходить из кризиса, искать продуктивные пути противостояния выгоранию, преодолевать дезадаптацию с помощью поиска нового смысла в деятельности [4; 10]. Способы решения проблем, которые обнаруживает индивид в ситуации активизации адаптивных возможностей с целью сохранения физического, личностного и социального благополучия, были обозначены Р. Лазарусом как копинг (*coping*) [17].

Объектом нашего исследования стал средний медицинский персонал, традиционно занимающийся наиболее подверженными выгоранию видами труда. Всего в исследовании приняли участие 313 медицинских сестер, среди них работники хирургического (80 чел.), терапевтического (74 чел.), поликлинического (80 чел.), психиатрического (79 чел.) отделений учреждений здравоохранения Екатеринбурга и Свердловской области. Возраст испытуемых варьировался от 18 до 65 лет, стаж работы – от полугода до 40 лет. Гендерный состав – женщины, образование – среднее специальное.

Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе всем испытуемым был предъявлен адаптированный вариант методики диагностики выгорания MBI-HSS (К. Maslach, S. Jackson). В результате анализа данных выделено три группы: с низким уровнем профессионального выгорания (НУПВ) – 31,0%, средним уровнем профессионального выгорания (СУПВ) – 43,0%, и высоким уровнем (ВУПВ) – 26,0%. Статистически значимых различий по стажу, возрасту и профилю отделения не обнаружено, что является основанием считать выборку однородной.

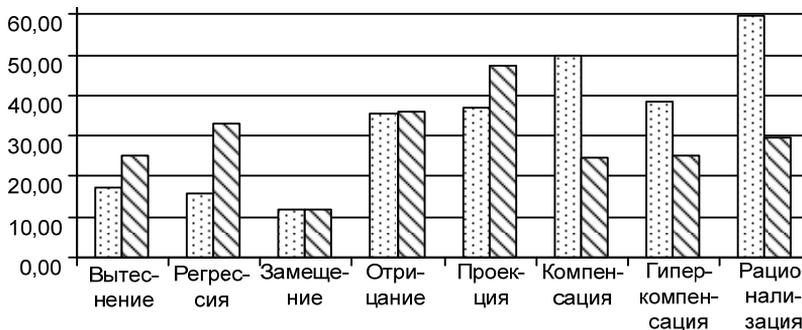


Рис. 1. Механизмы психологической защиты:
■ – испытуемые с ВУПВ; ▨ – испытуемые с НУПВ

На втором этапе обследуемым двух крайних групп был предъявлен следующий комплекс психодиагностических методик:

- «Индекс жизненного стиля» (LSI) Келлермана-Плутчика, предназначенная для диагностики преобладающих защитных механизмов личности;
- методика оценки уровня субъективного контроля (УСК) Дж. Роттера, которая позволяет оценивать интернальность/экстернальность как общую, так и в отдельных областях жизнедеятельности;
- копинг-тест Лазаруса для определения копинг-стратегий в сложных стрессовых ситуациях.

Наибольшие различия в структуре психологической защиты выявлены у испытуемых с низким и высоким уровнем выгорания (рис. 1). Достоверно более высокие значения показателя защитного механизма «регрессия» ($p < 0,05$) у испытуемых с ВУПВ по сравнению с группой с НУПВ могут рассматриваться как возвращение в трудных жизненных ситуациях к более примитивным архаическим формам психической активности, что препятствует осознанию ситуации. Это позволяет личности в условиях фрустрации беспрепятственно реализовать бессознательные импульсы агрессии. Слабость эмоционально-волевого контроля, чувство детской незащищенности приводят личность с преобладанием такого типа защиты к перманентно возникающим конфликтным ситуациям, связанным с инфантильной установкой на зависимое поведение, получение помощи и поддержки извне.

Развитый механизм психологической защиты (МПЗ) «компенсация» ($p < 0,05$) у медицинских сестер с низким уровнем выгорания по сравнению с ВУПВ позволяет им легче справляться с внутренним напряжением посредством фантазирования или мечтаний, целью которых является исправление или восполнение чувства собственной недостаточности и нивелирование чувств, связанных с этим переживанием. Такая защитная реакция характерна для инфантильных личностей с низкой самооценкой и может рассматриваться как форма защиты от комплекса неполноценности, при котором заимствованные от других ценности и установки применяются в действии, но не становятся частью самой личности.

Установлено, что в группе с ВУПВ достоверно выше показатели МПЗ «проекция» ($p < 0,05$). Это может косвенно свидетельствовать о наличии высокой критичности и требовательности к окружающим, позволяет оправдывать свои поступки и неприемлемые для сознания желания, установки и мотивы, а также справляться с чувством неполноценности.

У медицинских сестер с НУПВ сравнительно с группой ВУПВ выше показатели МПЗ «гиперкомпенсация» ($p < 0,05$). Это указывает на гипертрофированную социальность, нормативность, пунктуальность, подавление интересов и желаний, которые социально не одобряемы. В то же время повышенное стремление соответствовать общепринятым стандартам поведения существенно снижает репертуар адаптационных процессов.

Высокий показатель МПЗ «вытеснение» ($p < 0,05$) у респондентов с ВУПВ свидетельствует об инертности, пассивности, избегании конфлик-

тных ситуаций, склонности быть зависимым от лиц значимого окружения. Несмотря на то, что психотравмирующий опыт вытесняется, снижения уровня тревожности не происходит.

Использование МПЗ «рационализация» ($p < 0,05$) значительно выше в группе с НУПВ по сравнению с группой, имеющей ВУПВ. Это проявляется в стремлении контролировать окружающую среду посредством антиципации и ожидания. Иными словами, превалирование когнитивных способов переработки информации позволяет личности преодолевать конфликтные и фрустрирующие ситуации без саморазрушающих переживаний, вплоть до их полного игнорирования.

По методике УСК выявлена зависимость между уровнем интернальности у медицинских сестер и выраженностью у них профессионального выгорания (рис. 2).

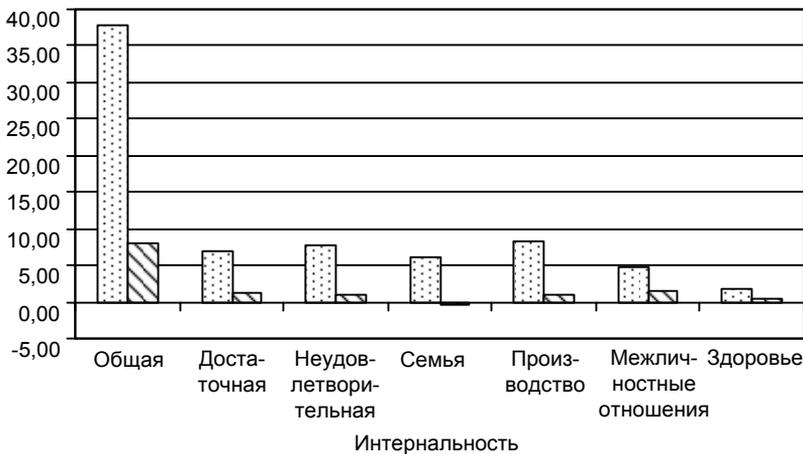


Рис. 2. Связь между уровнем субъективного контроля и уровнем профессионального выгорания у медицинских сестер:

▨ – испытуемые с ВУПВ; ▨ – испытуемые с НУПВ

Дж. Роттер определяет «экстернальность – интернальность» как predisposition индивида к определенной, свойственной ему, форме локуса контроля. Интернальность (внутренний контроль) связан с принимаемой на себя ответственностью за события, происходящие в жизни. Интернальный локус контроля определяет сферы наибольшей эмоциональной «включенности» и наибольшей субъективной значимости, в то время как сферы наибольшей субъективной уязвимости определяются экстернальным локусом контроля. Именно в них наиболее часто обнаруживается дезадаптация поведения и деятельности личности. Таким образом, локус контроля является психологическим фактором, характеризующим тот или иной тип личности.

Для группы медицинских сестер с низким уровнем выгорания характерен высокий уровень общей интернальности, а также высокий внут-

ренный локус контроля в области достижений и неудач, в межличностных отношениях. Интернальный контроль в области межличностных отношений способствует формированию более позитивного взаимодействия с пациентами и их родственниками, что может рассматриваться как одно из профессионально важных качеств медицинского работника.

Представительницам группы с высоким уровнем выгорания присущ экстернальный локус контроля во всех исследуемых областях. Это позволяет предположить эмоциональную неустойчивость, проявление враждебности при общении с пациентами и коллегами и свидетельствует о снижении способности контролировать ситуацию профессионального взаимодействия с пациентами, выявляет тенденцию перекладывать ответственность за то, как формируются профессиональные отношения, на партнеров по общению.

Исследования по методике Р. Лазаруса показали, что достоверно чаще ($p < 0,05$) медицинские сестры с низким уровнем выгорания применяют конструктивные и относительно конструктивные копинг-стратегии, такие как «поиск социальной поддержки», «самоконтроль», «ответственность», «планирование», «положительная переоценка» (рис. 3).

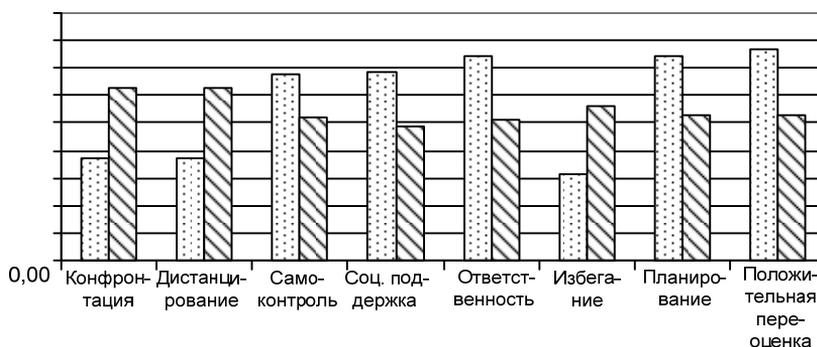


Рис. 3. Копинг-стратегии медицинских сестер:
 ■ – испытуемые с ВУПВ; ▨ – испытуемые с НУПВ

Данные стратегии отражают поведение личности, направленное на сотрудничество со значимыми людьми, поиск поддержки в ближайшем социальном окружении. Использование медицинскими сестрами с НУПВ конструктивных механизмов совладания отражает их стремление дать рационально-когнитивную оценку происходящему, найти приемлемое объяснение, наметить пути выхода из проблемной ситуации. При использовании копинг-стратегии «самоконтроль» усилия направлены на повышение самооценки за счет демонстрации социально поощряемого поведения в трудных ситуациях. Испытывая эмоциональное напряжение при общении с пациентами, эти сотрудники следуют социальным нормам, предписывающим жесткие стереотипы эмоционального реагирования (быть сдержанным, терпеливым, заботливым, сочувствующим и т. д.). Интенсивный самоконтроль способ-

ствуует уменьшению тревоги, однако такой способ совладания, основанный на сверхконтроле над эмоциональными проявлениями, создает риск развития психосоматических реакций. С точки зрения социальной адаптации важно использование активных проблемно-решающих стратегий для профилактики и сохранения психического здоровья.

Для медицинских сестер с высоким уровнем профессионального выгорания характерно меньшее использование конструктивных стратегий совладающего поведения по сравнению с неконструктивными. Наиболее употребляемыми являются «конфронтация», «дистанцирование», «бегство-избегание», что существенно препятствует получению обратной связи и социальной поддержки. Сама по себе профессиональная деятельность с опорой на внутренние регуляторы приносит все меньше морального удовлетворения. Так, попытки сотрудничать с коллегами часто сопровождаются усилением неосознаваемого чувства агрессии по отношению к окружающим, открытыми конфликтами с пациентами и их родственниками. Повышение интенсивности использования копингов «конфронтация» и «дистанцирование» происходит одновременно со снижением уровня самопринятия, усилением чувства вины и обвинением окружающих.

Таким образом, в проведенном исследовании мы выявили решающую роль личностных факторов в развитии синдрома профессионального выгорания у медицинских сестер. Несмотря на то, что взаимодействие между личностными особенностями и степенью выгорания – процесс взаимообусловленный, стороны не равнозначны. Более существенный вклад вносят личностные факторы. Поэтому основными ресурсами преодоления синдрома профессионального выгорания являются личностные особенности работников среднего медицинского звена, такие как психологические защиты, уровень субъективного контроля, стратегии совладающего поведения. Следовательно, они должны стать предметом теоретического изучения и практической отработки навыков будущей деятельности в процессе профессионального обучения.

Литература

1. Абабков В. А., Пере М. Адаптация к стрессу. СПб.: Речь, 2004.
2. Абрамова Г. С., Юдчиц Ю. А. Психология в медицине. М.: Кафедра-М, 1998.
3. Александров А. А. Психодиагностика и психокоррекция. СПб.: Питер, 2008.
4. Безносков С. П. Профессиональная деформация личности. СПб.: Речь, 2004.
5. Бойко В. В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. СПб., 1999.
6. Водопьянова Н. Е. Синдром выгорания в профессиях «человек – человек» // Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности / под ред. Г. С. Никифорова, М. А. Дмитриевой, В. М. Снеткова. СПб., 2001.

7. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. СПб., 2005.
8. Гринберг Дж. Управление стрессом. М.; СПб., 2002.
9. Гришина Н. В. Помогающие отношения: профессиональные и экзистенциальные проблемы // Психолог. проблемы самореализации личности / под ред. А. А. Крылова, Л. А. Коростылевой. СПб., 1997.
10. Зеер Э. Ф., Сыманюк Э. Э. Психология профессиональных деструкций. М.; Екатеринбург, 2005.
11. Ильин Е. П. Психология индивидуальных различий. СПб.: Питер, 2004.
12. Орел В. Е. Синдром психического выгорания личности. М.: Ин-т психологии РАН, 2005.
13. Лексикон психиатрии Всемирной организации здравоохранения: пер. с англ. / под общ. ред. В. П. Позняка. К.: Сфера, 2001.
14. Робертс Г. А. Профилактика выгорания // Вопр. общей психиатрии. 1998. Вып. 1.
15. Харди И. Врач, сестра, больной. Будапешт, 1998.
16. Burish M. Burnout-Syndrom-Theorie der inner Erschopfung. Berlin, 1989.
17. Lazarus R. Models for Clinical Psychopathology. N. Y., 1981.
18. Maslach C. Burnout. The Cost of Caring. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1982.

УДК 316.477:331.102.24

М. В. Кормильцева

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МОБИЛЬНОСТИ ЛИЧНОСТИ

Статья посвящена описанию профессиональной мобильности личности. Приводится авторское определение рассматриваемого феномена, а также его структура, одним из компонентов которой являются компетенции. Анализируются детерминанты профессиональной мобильности.

Ключевые слова: профессиональная мобильность, компетенции, социально-личностные компетенции, профессиональное становление, детерминанты профессиональной мобильности.

Article is devoted to description of personal occupational mobility. Author's definition of considered phenomenon and its structure, one of which components is a competence are resulted. Determinants of personal occupational mobility are analyzed.

Kew words: occupational mobility, competences, social and personal competences, occupational formation, determinants of occupational mobility.