

**ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНКУРС НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ,
ПРОЕКТНЫХ И ТВОРЧЕСКИХ РАБОТ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

«ОБРЕТЁННОЕ ПОКОЛЕНИЕ»

Направление: Психология

**Тема: «Соматические проявления эмоционального выгорания у среднего
медицинского персонала»**

Соискатель: Вохминцева Валерия Павловна

**Научный руководитель: к. псих. н., доцент кафедры, Капитанаки Вероника
Евгеньевна**

Место выполнения работы: ЛГУ им. А.С. Пушкина, Санкт-Петербург

АННОТАЦИЯ

В работе представлено теоретико-эмпирическое исследование соматических проявлений синдрома эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала со стажем профессиональной деятельности более 15 лет. Актуальность исследования обусловлена высокой эмоциональной и физической нагрузкой в деятельности медицинских сестёр и недостаточной изученностью механизмов соматизации в структуре профессионального дистресса.

По результатам исследования установлено, что эмоциональное выгорание сопровождается достоверным увеличением выраженности соматических и вегетативных жалоб, преимущественно со стороны сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной и опорно-двигательной систем, а также выраженным физическим истощением. Выявлены статистически значимые связи между фазами эмоционального выгорания и уровнем соматизации.

Ключевые слова: медицинские сестры, эмоциональное выгорание, соматические проявления.

Работа состоит из 32 страниц, содержит 40 списков литературы и 1 приложение.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ТЕРМИНА «ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ» У СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА	6
1.1 Общее представление о термине «эмоциональное выгорание».....	6
1.2 Соматизация как проявление эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала	9
ГЛАВА 2. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ	11
2.1 Объем выборки и ее характеристика.....	11
2.2 Характеристика выборки и методик исследования	11
2.3 Методы статистической обработки.....	14
ГЛАВА 3. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОМАТИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА	16
3.1 Самооценка соматического состояния у среднего медицинского персонала.....	16
3.1.1 Результаты частотного анализа данных среднего медицинского персонала по методике «Гиссенский опросник соматических жалоб».....	16
3.1.2 Результаты частотного анализа данных по методике «Определение доминирующего состояния» Куликова.....	17
3.1.3 Результаты сравнительного анализа данных среднего медицинского персонала по методике «Гиссенский опросник соматических жалоб».....	19
3.1.4 Результаты сравнительного анализа данных среднего медицинского персонала по методике «Определение доминирующего состояния» Куликова	20
3.2 Вегетативные проявления эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала	21
3.2.1 Частотный анализ данных вегетативных реакций	21
3.2.2 Сравнительный анализ данных вегетативных реакций.....	23
3.2.3 Сравнительный анализ данных по авторскому опроснику «Вегетозы»	24
3.3 Взаимосвязь между фазами эмоционального выгорания и выраженностью соматических жалоб	24
ВЫВОДЫ.....	27
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	28
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	29
ПРИЛОЖЕНИЕ А.....	32

ВВЕДЕНИЕ

Профессия медицинской сестры предъявляет высокие требования к личностным качествам человека. Она требует от персонала понимания состояния людей, эмпатии, толерантности, проявления спокойствия и выдержки, эмоциональной устойчивости, доброжелательности, тактичности, чуткости, речевых способностей, необходимо уметь отслеживать эмоции пациента. [7, с. 24].

Наиболее «энергозатратными», отнимающими одновременно много физических и психологических ресурсов, являются такие функции как: тщательный уход за подопечными, стремление поддержать высокое качество их жизни, внимательная оценка состояния пациентов и их потребностей, своевременный и точный менеджмент боли, организация поддерживающей среды, эмоциональная поддержка пациентов и семьи в ситуации кризиса и когда им нужно сообщить плохие новости, а также разделение с пациентами и семьями эмоционального напряжения, тяжелых переживаний, поддержание в них надежды и сохранение смысла жизни в ситуации тяжелой болезни и умирания. [7, 22]

Медицинским сестрам приходится сталкиваться со страданиями пациентов и их близких, с умиранием и смертью пациентов, при этом они ощущают, что возможности их профессиональной помощи не безграничны. Они ощущают низкую социальную значимость собственной работы и своего положения, что еще больше усугубляется невысокой оплатой труда и частым обесцениванием их работы со стороны других медицинских специалистов. При этом уровень требований к выполнению их профессиональных обязанностей очень высок. Все это значительно снижает мотивацию работы сестер. [7, 12, 14]

Медицинские работники (МР) могут испытывать профессиональные деформации, такие как эмоциональное или физическое истощение, деперсонализация, отдаление от собственной личности, снижение личных достижений и мотивации. Эти изменения часто возникают под воздействием множества стрессовых факторов, связанных с их профессиональной деятельностью [11, 26]. В результате этого могут проявляться симптомы профессионального стресса и психосоматические расстройства, включая боли в различных частях тела, жалобы на работу дыхательной, опорно-двигательной, пищеварительной (включая желудочные расстройства) и сердечно-сосудистой систем, а также негативные реакции кожи [29, 39].

Медицинские сестры играют центральную роль в системе здравоохранения, обеспечивая не только физический, но и эмоциональный уход за пациентами. В условиях постоянного стресса, вызванного высокой нагрузкой и эмоциональными переживаниями, с которыми они сталкиваются на рабочем месте, риск развития синдрома эмоционального истощения и его соматических проявлений становится особенно актуальным.

Актуальность темы исследования заключается в том, что современная система здравоохранения предъявляет к среднему медицинскому персоналу крайне высокие профессиональные, этические и эмоциональные требования. Медицинские сестры выполняют широкий спектр задач, сопряженных с постоянным межличностным взаимодействием, что требует высокой степени эмпатии, самоотдачи и устойчивости к хроническому стрессу. Однако в условиях ограниченных ресурсов, высокой нагрузки, дефицита социальной поддержки и часто низкой оценки труда со стороны общества, у представителей данной профессиональной группы существенно возрастает риск формирования синдрома эмоционального выгорания. Длительное существование в состоянии профессионального дистресса не только ухудшает психоэмоциональное состояние сотрудников, но и приводит к соматизации — возникновению телесных симптомов без органической основы, обусловленных психоэмоциональным напряжением. Соматические жалобы,

проявляющиеся в форме сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных, ревматических и других нарушений, не только снижают качество жизни медицинских работников, но и ухудшают их профессиональную эффективность, повышают риск ошибок и нарушают качество медицинской помощи.

Практическая значимость работы заключается в возможности использования полученных результатов при разработке программ профилактики эмоционального выгорания, психогигиенических и реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение психического и соматического здоровья среднего медицинского персонала.

Цель исследования: выявить особенности соматических проявлений синдрома эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала со стажем профессиональной деятельности более 15 лет.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности соматических проявлений у среднего медицинского персонала со стажем профессиональной деятельности более 15 лет.
2. Сравнить группы медицинских сестер с выраженным и слабо выраженным синдромом эмоционального выгорания.
3. Выявить взаимосвязи между фазами эмоционального выгорания и выраженностью соматических жалоб.

Объект исследования: медицинские сестры.

Предмет исследования: особенности соматических проявлений эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала.

Гипотеза: эмоциональное выгорание у среднего медицинского персонала проявляется не только в психологической, но и соматической, преимущественно вегетативной симптоматике.

В качестве **методов исследования** было использовано:

1. Диагностика уровня эмоционального выгорания (Бойко В.В.)
2. Гиссенский опросник соматических жалоб (Брюхлер Е. и Снер Дж.)
3. Определение доминирующего состояния (Куликов Л.В.)
4. Опросник «Вегетозы» (Москалик Ю.В.)
5. «Индекс Кердо» (Кердо И.)
6. «Проба Геринга» (Hering H.E.)
7. «Индекс Робинсона» (Robinson H.)

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ТЕРМИНА «ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ» У СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1.1 Общее представление о термине «эмоциональное выгорание»

Во второй половине XX века ряд ученых стали изучать такой феномен как «эмоциональное выгорание», в призме специфического вида профессионального хронического состояния специалистов, занимающихся работой с людьми (педагогов, психологов, врачей, работников сферы обслуживания и т.д [1 с.29].

Термин «психическое выгорание» (англ. Burnout-выгорание) был введен в 1974 г. Американским психологом Х. Фрейденбергом в связи с анализом требований, которые предъявляют социальным профессиям, основное содержание которых составляет межличностное взаимодействие. Первоначально автор описал это явление как ухудшение психического и физического самочувствия у представителя этих социальных профессий. На данный момент в литературе, посвященной синдрому профессионального выгорания, указывается на значительное расширение сфер деятельности, подвергающихся такой опасности [10, 23].

И только в 1976 году К. Маслач после полученных данных, с использованием теста МВИ (MaslachBurnoutInventory) в США, синдром выгорания назвала состоянием физического и эмоционального истощения [4 с.58].

Эмоциональное выгорание- это выработанный личностью механизм психологической защиты в виде полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия [6 с.64].

Сегодня среди ученых существует единая точка зрения на сущность психического истощения и его структуру. Согласно современным данным, под «психическим» выгоранием понимается состояние физического, эмоционального и умственного истощения, которое проявляется в профессиях социальной сферы. Данный синдром включает три основные составляющие:

- эмоциональную истощенность;
- деперсонализацию (цинизм);
- редуцию профессиональных достижений [8 с.43].

Под эмоциональным истощением понимается чувство эмоциональной опустошенности и усталости, вызываемое собственной работой.

Деперсонализация предполагает циничное отношение к труду и объектам своего труда. Например, в социальной сфере деперсонализация предполагает бесчувственное, негуманное отношение к клиентам, которые приходят для лечения, консультации, получения образования и получению прочих социальных услуг.

Редукция профессиональных достижений-возникновение у профессионала чувства собственной некомпетентности в профессиональной сфере и осознание неуспеха в ней [18 с.79].

В современной отечественной науке такой феномен как «эмоциональное выгорание» как самостоятельный практически не изучался. В работах Н.А. Аминова, Румянцевой и др. синдром либо только обозначался, либо рассматривался в контексте более широкой проблематики [2,19,22].

Необходимо заметить, что отечественная наука начала изучать «эмоциональное истощение» лишь пару десятилетий назад (с 1991г).

Следует отметить, что однозначной точки зрения на само определение выгорания, его основные симптомы и механизмы нет. Имеются противоречивые взгляды на динамику

возникновения синдрома, а также не проработаны вопросы взаимосвязи выгорания и разных структур личности [19,20,21].

Взаимодействие с людьми требует расхода психической энергии, резерв которой не бесконечен. В конце концов происходит срыв нервной системы, в результате которого возникает стресс и начинает формироваться синдром эмоционального истощения.

Стремление быть лучше во всем, повышенная склонность к сопереживанию, однообразная и рутинная работа, подавленная эмоциональность, отсутствие эмоциональной поддержки со стороны руководства и коллег, неадекватность уровня оплаты труда затрачиваемым усилиям часто приводят к развитию симптома эмоционального выгорания [25 с.18].

Современные исследования западных специалистов заявляют нам о том, что часто профессиональному выгоранию подвластны медицинские работники. Профессиональное «истощение» у специалистов, которые трудятся в сфере здравоохранения, работая в системе «человек-человек», выражается в виде презрения и равнодушия к своим прямым обязательствам, прописанным в трудовом договоре, к снижению уровня эмпатии, негативизма по отношению к пациентам и к коллегам, постоянное ощущение собственной профессиональной негодности и чувстве «загнанности в клетку». У таких специалистов также могут также появиться невротические расстройства и психосоматические заболевания. Также следует отметить, что развитию профессионального выгорания способствует необходимость работы в одном и напряженном ритме с большой эмоциональной нагрузкой личностного взаимодействия с трудным контингентом [22 с.39]. Синдром эмоционального истощения развивается постепенно, представляет собой динамический, системный процесс.

Дж. Гринберг выделил пять этапов развития эмоционального выгорания [10 с.25].

1. «Медовый месяц». Специалист доволен работой и относится к ней с энтузиазмом. Но по мере усиления рабочих стрессов она приносит все меньше удовольствия и профессионал становится менее энергичным.
2. «Недостаток топлива» Начинает появляться усталость, апатия, возникают проблемы со сном. Если нет дополнительной мотивации и стимулирования у специалиста исчезает интерес к труду или привлекательность работы в данной организации и продуктивность деятельности. В случае если у работника есть высокая мотивация, он может продолжить «гореть» в ущерб своему здоровью.
3. Хронические симптомы. Большой объем работы без отдыха приводит к физическим явлениям (измождение, подверженность заболеваниям) и психологическим переживаниям- раздражительности, злобе или подавленности и «загнанности в угол».
4. Кризис. Здесь развиваются хронические заболевания, из-за которых человек теряет работоспособность. Переживания неудовлетворенности своей эффективностью и качеством жизни становятся сильнее.
5. «Пробивание стены». Физические и психологические проблемы переходят в более острую форму и провоцируют проявления заболеваний, которые угрожают жизни специалиста. У него появляются проблемы, которые ставят его карьеру под угрозу.

Б. Перман и Е.А. Хартман в своей динамической модели выделяют четыре стадии эмоционального выгорания:

Первая стадия - напряженность, которая связана с дополнительными усилиями к адаптации к ситуационным требованиям работы. Два типа ситуаций вызывают эту напряженность:

А) Чтобы соответствовать статусно-ролевым и профессиональным требованиям, работнику не хватает навыков и умений.

Б) Работа не совпадает с ожиданиями, потребностями или ценностями.

Данные ситуации создают противоречие между человеком и его рабочим окружением, что и запускает процесс эмоционального выгорания.

Вторая стадия. Для данной стадии характерно переживание стресса. Большинство стрессогенных ситуаций могут не вызывать соответственных переживаний, так как возникает объективное оценивание своих возможностей и осознание требований рабочих ситуаций.

Переход между стадиями взаимосвязан с ресурсами личности и статусно-ролевых и организационных требований.

Третья стадия. Появляются реакции по трем направлениям в индивидуальных вариациях:

-Физиологические

-Аффективно-когнитивные

-Поведенческие

Четвертая стадия. Эмоциональное выгорание как хронический стресс, который проявляется как физическое и эмоциональное истощение, а также как переживание физического/психологического дискомфорта.

Следует заметить, что протекание синдрома эмоционального истощения зависит от человека, а в его основе находятся различия в эмоционально-волевой сфере и условия, влияющие на профессиональную деятельность субъекта [22,24].

Согласно модели В.В.Бойко эмоциональное выгорание разделяется на три большие группы, такие как:

- эмоциональное напряжение;

-резистенция;

-истощение и каждая из групп состоит четырех симптомов.

Фаза напряжения. Приводит к появлению эмоционального выгорания. Появляется чувство безразличия всему происходящему вокруг, самое главное, к профессиональной деятельности. Снижается острота эмоций, также человек ощущает пустоту и неудовлетворенность жизнью. Вместо положительных эмоций появляется ощущение тревожности, однако, причины для ее появления нет. [5 с.76]

Симптомы фазы напряжения:

1. «Переживания психотравмирующих обстоятельств». Появляются психотравмирующие факторы своей деятельности, которые сложно или совсем не устранимы.

2. «Неудовлетворенности собой». Вследствие неудач или неспособности оказать влияние на психотравмирующие ситуации, человек, как правило, испытывает недовольство выбранной профессией, собой, занимаемой должностью и определенными обязанностями.

3. «Загнанности в клетку». Появляется, когда психотравмирующие ситуации очень давят, и человек не может их устранить.

4. «Тревоги и депрессии». Представляет собой ощущение неудовлетворенности собой и своей работой, человек разочаровывается в себе и в своей профессии. [5 с.79]

Фаза резистенции. Человек осознанно или же неосознанно стремится уменьшить влияние внешних факторов и к психологическому комфорту.

1.Симптом «неадекватного избирательного эмоционального реагирования».

2. Симптом «эмоционально- нравственной дезориентации» Проявляется, когда у профессионала появляется необходимость в самооправдании. Он оправдывает себя тем, что переживания не уместны в этой ситуации. Они не те люди, чтобы он сочувствовал и относился безразлично.

3.Симптом «расширение сферы экономии эмоций». Такой модель защиты осуществляется за пределами работы - в общении с близкими, знакомыми и друзьями. Происходит перенасыщение из-за контакта с людьми на работе. Из-за этого профессионал не хочет контактировать с близкими ему людьми.

4.Симптом «редукции профессиональных обязанностей». Данный симптом проявляется, чтобы облегчить и уменьшить круг профессиональных обязанностей, которые требуют большие эмоциональные затраты. Это происходит, когда профессионал недобросовестно выполняет свои обязанности.

Фаза истощения. Характеризуется более или менее выраженным истощением энергетического тонуса, ослаблением нервной и снижением иммунной системы. В фазе отсутствуют такие качества, как сочувствие и сострадание, проявление безразличия и раздражения.

Симптомы:

1.В симптоме «эмоциональный дефицит» профессионал ощущает, что он не в силах эмоционально оказать помощь субъектам своей профессиональной деятельности. Профессионал не в состоянии сопереживать и сострадать, и из-за этого не может полностью исполнять свои обязанности.

2. «Эмоциональная отстраненность». Профессионал практически полностью перестает выражать свои эмоции в своей профессиональной деятельности. Его практически ничто не беспокоит, не тревожит.

3. «Личная отстраненность». В данном симптоме в первую очередь отмечается не полная или полная утрата к субъекту своей профессиональной деятельности. Личность заявляет, что работа с людьми не дает удовлетворения, а становится только в тягость. Поэтому он не стремится контактировать с людьми.

4. Симптом «психосоматические нарушения» проявляется нарушениями психического и физического состояния. Человек не может себе позволить хладнокровное и безразличное отношение по отношению к субъектам своей профессиональной деятельности, а «выгорание» развивается дальше. В результате этого появляются отклонения в психических и соматических состояниях. [5 с.79-90]

1.2 Соматизация как проявление эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала

В рамках психоцентрических подходов была разработана концепция соматизации, которая уходит корнями в проблему различения психосоматических, соматопсихических и мультисистемных заболеваний. Она также подчеркивает необходимость различения различных симптомов, которые часто являются неопределенными и спорными с медицинской точки зрения.

Соматизация рассматривается как основной механизм реакции человека на стресс. Эта многогранная концепция объединена одним ключевым признаком — преобладанием соматического компонента над психическим, что делает её объектом активного изучения [27,28]. Сам термин «соматизация» был введен Штекелем в начале 19 века для описания гипотетического процесса, при котором «глубокий» невроз может привести к расстройству организма, что связано с концепцией конверсии. Штекель понимал соматизацию как «невротическое расстройство, проявляющееся в теле» [32].

А. Солнцев также подчеркивал важность нарушений, локализующихся в теле, и впервые попытался продемонстрировать значение идиопатических коэстетических явлений (в современном понимании — сенестопатий) в расстройстве сенсориума и области суждений. По мнению ряда

исследователей, соматизация представляет собой «тенденцию осознавать и устанавливать связи между психологическими страданиями и физическими симптомами, а также стремление получить медицинскую помощь для решения клинических проблем» [34,36,41].

Меннингер описывал соматизированные состояния как такие, при которых «симптомы болезни не имеют патологических оснований и не относятся к соматическим заболеваниям» пациента. Он определил «соматизирующие реакции» как «висцеральное выражение тревоги, которая не может быть осознана». Его классификация соматизации охватывает широкий спектр расстройств, от гипертонии до фригидности [38]. Липовски, помимо понятия «соматизированных», выделяет «факультативные» расстройства, включая тех, кто перестал воспринимать свои жалобы как физические после консультации с психиатрами [37]. Хабер относит к этому кругу расстройств «расстройства общего чувства тела (коэстезии), которые ограничиваются внутренним пространством телесного «Я» и отличаются от осознаваемых психопатологических феноменов». Голдберг и Бриджес определяют соматизацию как «выражение личного или социального дистресса в форме телесных жалоб с просьбой о медицинской помощи» [30 с.137-144].

Грик определяет соматизацию как процесс, при котором возникают «телесные симптомы, включая боль и вегетативные проявления, не имеющие соответствующих медицинских объяснений» [31 с.26]. С точки зрения психодинамики, соматизация возникает в результате подавления эмоций, конфликтов и воспоминаний, которые становятся невыносимыми для пациента. Нейробиологические аспекты этого процесса связаны с изменениями в функциях тех областей мозга, которые отвечают за обработку автобиографической памяти. Кону описывает соматизацию как подсознательный механизм, с помощью которого эмоциональные расстройства трансформируются в физические жалобы [35 с. 19].

Липовский утверждает, что соматизация является физиологическим ответом на эмоциональные раздражители и важным компонентом первичного психического расстройства. Пациенты акцентируют внимание на типичных соматовегетативных проявлениях тревоги, таких как гипервентиляция, боли в грудной клетке, тахикардия и диспепсические симптомы [36 с. 6]. В структуре соматизации выделяются три основных компонента: телесные ощущения, когнитивные и поведенческие аспекты. Концепция соматизации предполагает наличие различных внешних и внутренних факторов, влияющих на этот процесс, включая пол, возраст, уровень урбанизации, социальное положение и личностные характеристики.

DSM-5 отказался от термина «соматизация» и использует понятие «соматические симптомы и связанные с ними расстройства». Основные критерии включают наличие одного или нескольких соматических симптомов, вызывающих беспокойство или приводящих к значительным нарушениям в повседневной жизни, а также чрезмерные мысли и поведение, связанные с этими симптомами. Эта классификация подчеркивает важность медицински необъяснимых симптомов и вводит определенные концептуальные рамки. Категория «соматическое симптоматическое расстройство» в DSM-5 заменила такие клинические термины, как соматизация и соматоформное расстройство, которые использовались в предыдущих версиях [27,32,34].

Таким образом, соматизация, соматизированные психические нарушения и соматические симптомы, связанные с ними расстройства, представляют собой группу психопатологических состояний, в которых соматические симптомы выходят на первый план, а психические расстройства зачастую игнорируются пациентами. Эта группа включает симптоматические расстройства, расстройства тревожного спектра, конверсионные расстройства, функциональные расстройства и психологически обусловленные соматические состояния. Отличительной чертой многих пациентов

с расстройством соматических симптомов является не столько сами симптомы, сколько их восприятие и интерпретация.

ГЛАВА 2. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Объем выборки и ее характеристика

В рамках курсовой работы было проведено психодиагностическое исследование медицинских сестер, осуществляющих профессиональную деятельность в разных сферах здравоохранения со стажем работы более 15 лет с целью определения наличия/ отсутствия соматических проявлений синдрома эмоционального выгорания, определение чаще возникающих фаз, определение его уровня по выборкам.

В процессе исследования проведено психодиагностическое обследование медицинских сестер, осуществляющих профессиональную деятельность в разных сферах здравоохранения. Все анкеты обработаны.

В исследовании приняло участие 60 медицинских сестер со стажем работы более 15 лет. Возраст испытуемых – от 32 до 48 лет, стаж работы – от 10 до 15 лет.

Респонденты были разделены по признаку выраженности эмоционального выгорания посредством методики «Диагностика уровня эмоционального выгорания В.В.Бойко». Общая выборка была разделена на 2 группы. В 1 группу с проявлениями эмоционального выгорания вошли 26 респондентов с сочетанием высоких и средних баллов по всем шкалам. В контрольную группу вошли 28 респондентов с низкими показателями по всем шкалам, либо сочетание низких показателей по шкале «Истощения» и «Резистенции», средние по шкале «Напряжение». Те, у кого были преимущественно средние оценки (4 респондента) из дальнейшего исследования были исключены.

Медицинские сестры со стажем манифестируют более выраженные признаки эмоционального выгорания, соответствующие все трем фазам. Они достоверно (при $p \leq 0,01$) более эмоционально истощены, чаще чувствуют усталость, которая вызвана профессиональной деятельностью.

Поскольку некоторые распределения шкал отличаются от нормального распределения, для анализа использовался непараметрический метод – U-критерий Манна – Уитни.

В ходе сравнительного анализа с использованием U-критерия Манна-Уитни установлены по всем шкалам методик достоверные различия на уровне 0,01, что доказывает корректность в формировании основной и контрольной группы.

2.2 Характеристика выборки и методик исследования

Для проведения исследования использовались следующие методики:

Таблица 1. Диагностический инструментарий

Наименование методики	Направленность методики
Методика «Диагностика уровня эмоционального выгорания В.В.Бойко»	Выявление синдрома эмоционального выгорания
Методика определения доминирующего состояния (ДС) Куликова Л.В.	Определение характеристик настроений и некоторых других характеристик личностного уровня психических состояний

Наименование методики	Направленность методики
	с помощью субъективных оценок обследуемого
«Гиссенский опросник соматических жалоб» Е. Брюхлер и Дж. Снер	Выявление субъективной картины физических страданий больных, любого возраста.
Опросник «Вегетозы» Москалик Ю.В.	Выявление жалоб психосоматического (соматоформного) характера, уточнение наличия (отсутствия) болезни и диагноза, связанных с какой-либо из систем органов (ССС, ЖКТ, ЭНД и т.д.), жалоб соматического и общего характера.
Психофизиологическая проба «Проба Геринга» (Hering H.E.)	Оценка превалирования вагусных влияний на сердечно-сосудистую систему.
Вегетативный индекс «Индекс Робинсона»	Оценки уровня обменно-энергетических процессов, происходящих в организме.
«Проба белого пятна» проба Кречмера	Выявление начальных признаков церебрального атеросклероза, сосудистой недостаточности в бассейне позвоночных и базилярной артерии, гипертонической болезни, поражений среднего мозга и других заболеваний, сопровождающихся вегето-сосудистой недостаточностью.

1. Методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В.Бойко

Методика представляет собой опросник, предназначенный для диагностики синдрома профессионального выгорания. Создана Бойко В.В. в 1996 году. В.В. Бойко рассматривает профессиональное выгорание с позиций общего адаптационного синдрома Г. Селье.

Опросник состоит из 84 пунктов, группирующихся в 12 шкал. В свою очередь, шкалы группируются в три фактора, соответствующих трем выделенным Бойко стадиям эмоционального выгорания, которые указывают на их выраженность:

- 1) «НАПРЯЖЕНИЕ»
- 2) «РЕЗИСТЕНЦИЯ»
- 3) «ИСТОЩЕНИЕ»

2. Методика определения доминирующего состояния (ДС) Куликова Л.В.

Л.В. Куликовым разработана методика определения доминирующего состояния с 6 шкалами. назначение методики – определение характеристик настроений и некоторых других характеристик личностного уровня психических состояний с помощью субъективных оценок обследуемого. Основным назначением опросника является диагностика относительно устойчивых (доминирующих) состояний (ДС).

В данной методике при интерпретации полученных числовых величин используется перевод сырых баллов в стандартные, в Т-оценки.

Основные шкалы:

- 1) Шкала «Ак»: «активное –пассивное отношение к жизненной ситуации».
- 2) Шкала «То»: «тонус: высокий –низкий»

- 3) Шкала «Си»: «спокойствие –тревога»
- 4) Шкала «Ус»: «устойчивость –неустойчивость эмоционального тона».
- 5) Шкала «Уд»: «удовлетворенность –неудовлетворенность жизнью в целом (ее ходом, процессом самореализации)»
- 6) И контрольная шкала
- 7) Шкала «По»: «положительный — отрицательный образ самого себя».

3. «Гиссенский опросник соматических жалоб» Е. Брюхлер и Дж. Снер

Авторами методики являются Е. Брюхлер и Дж. Снер (1967). Гиссеновский перечень жалоб – опросник-анкета, предназначен для выявления субъективной картины физических страданий больных, любого возраста. Опросник состоит из перечня, включающего 57 жалоб, относящихся к таким сферам, как общее самочувствие, вегетативные расстройства, нарушение функций внутренних органов. Помимо жалоб, выясняется их обусловленность психическими или физическими факторами с точки зрения пациента. Предусмотрена возможность указания на не содержащиеся в перечне жалобы.

Степень интенсивности жалоб оценивается по 5-балльной шкале: 0 – нет, 1 – слегка, 2 – несколько, 3 – значительно, 4 – сильно.

Опросник содержит 4 основных и 5-ю дополнительную шкалы. Оценки по шкалам получают путем суммирования баллов по каждому входящему в них пункту:

- Шкала 1. «Истощение» (И)
- Шкала 2. «Желудочные жалобы» (Ж)
- Шкала 3. «Ревматический характер» (Р)
- Шкала 4. «Сердечные жалобы» (С)
- Шкала 5. «Давление» или «Интенсивность жалоб» (Д).

Полученные данные можно распределить по следующим уровням: низкий уровень от 0-31 балла, средний уровень от 32-63 баллов, высокий уровень 64-96 баллов.

4. Опросник «Вегетозы»

Опросник «Вегетозы» был разработан в 2019 г. и состоит из трёх основных частей, используемых в ходе психодиагностического обследования. Первая часть опросника содержит 60 утверждений, которые направлены на выявление жалоб психосоматического (соматоформного) характера. Каждое утверждение оценивается от 0 до 4 баллов в соответствии с выраженностью признака: от позиции – «Никогда не было», до позиции – «Постоянно», или «Всегда». Уровень выраженности признаков (низкий, средний, высокий) оценивается в соответствии со стеновым исчислением по трём шкалам:

- Шкала 1. Невротические (поведенческие) проявления – оценка тревожности и обеспокоенности респондента о своём здоровье;
- Шкала 2. Психовегетативные признаки – наличие признаков, психогенно обусловленных полисистемными вегетативными нарушениями;
- Шкала 3. Интегральный показатель. Дисбаланс ВНС – суммарное значение первой и второй шкалы, определяет выраженность дисбаланса вегетативной нервной системы.

Вторая часть опросника – «Данные анамнестического характера», разработана с целью уточнения наличия (отсутствия) болезни и диагноза, связанных с какой-либо из систем органов (ССС, ЖКТ, ЭНД и т.д.), жалоб соматического и общего характера, а также наличие наследственных заболеваний. Опросник представлен в приложение 1.

5. Психофизиологическая проба «Проба Геринга»

Психофизиологическая проба направлена на оценку превалирования вагусных влияний на сердечно-сосудистую систему. При задержке дыхания происходит рефлекторное тормозное воздействие блуждающего нерва на сердечно-сосудистую систему (урежение ЧСС), что отражает превалирование симпатического или парасимпатического отделов в работе ВНС:

- Урежение ЧСС на 6 и менее ударов/мин свидетельствует о балансе отделов вегетативной нервной системы;
- Урежение ЧСС на 7 и более ударов/мин – отчётливое превалирование парасимпатического отдела;
- Учащение ЧСС говорит о превалировании симпатического отдела.

6. Вегетативный индекс «Индекс Робинсона»

Используется для оценки уровня обменно-энергетических процессов, происходящих в организме, по следующей формуле: $ИР = (ЧСС \times АД_{сис})/100$, где ЧСС – частота сердечных сокращений, АД_{сис} – систолическое артериальное давление; ИР – «двойное произведение» индекс Робинсона.

По этому показателю косвенно можно судить о потреблении кислорода миокардом. Крайние значения ИР (верхние и нижние значения) свидетельствуют о преобладающем влиянии симпатической или парасимпатической вегетативной нервной системы. Оценка функционального состояния сердечно-сосудистой деятельности представлена в баллах:

- 69 и менее баллов. Оценка состояния ССС отличное – функциональные резервы сердечно-сосудистой системы в отличной форме;
- 70 – 84. Оценка состояния ССС хорошее - функциональные резервы сердечно-сосудистой системы в норме;
- 85-94. Оценка состояния ССС среднее – можно говорить о недостаточности функциональных возможностях сердечно-сосудистой системы;
- 95-110 Оценка состояния ССС плохое – есть признаки нарушения регуляции деятельности сердечно-сосудистой системы;
- 111 и больше. Оценка состояния ССС очень плохое – регуляция деятельности сердечно-сосудистой системы нарушена.

7. «Проба белого пятна» проба Кречмера

Применяется для выявления начальных признаков церебрального атеросклероза, сосудистой недостаточности в бассейне позвоночных и базилярной артерии, гипертонической болезни, поражений среднего мозга и других заболеваний, сопровождающихся вегето-сосудистой недостаточностью. В положении сидя исследуемый наклоняет голову и туловище вперед и вниз и находится в этом положении 30 сек, после чего принимает первоначальное положение. В норме в течение 1 мин отмечается покраснение лица. Резкое и длительное покраснение свидетельствует о гиперактивности симпатической н.с.

Оценка производится заключением после 2-3 повторений: норм (покраснение наступает плавно в течение нескольких минут) и НЕ норм (резкое и длительное покраснение в течение 1 минуты).

2.3 Методы статистической обработки

Полученные в процессе исследования данные подвергались математико статистической обработке с помощью стандартных и общепринятых в психологических исследованиях статистических процедур. Использовались специализированные пакеты прикладных программ «Excel 2016», «SPSS 19.0 for Windows» (статистический пакет для социальных наук, девятнадцатая

версия). В соответствии с целями и задачами исследования, а также с учетом специфики анализируемых переменных выполнялись следующие статистические операции:

1. Частотный анализ показателей, направленный на определение процентного соотношения выраженности признаков эмоционального выгорания и сопутствующих соматических симптомов у среднего медицинского персонала.
2. Проверка нормальности распределения данных осуществлялась с использованием критерия Колмогорова–Смирнова. Результаты анализа показали, что в ходе исследования установлено соответствие распределения значения признака в генеральной совокупности ($n=60$) «ненормальному распределению», что определило выбор критериев сравнительного анализа.
3. Для оценки статистически значимых различий между группами применялся U-критерий Манна–Уитни, который позволяет сравнивать независимые выборки при отсутствии нормального распределения данных. С его помощью были проанализированы различия в выраженности эмоционального выгорания и соматических проявлений у респондентов.
4. С целью выявления взаимосвязей между степенью выраженности эмоционального выгорания и характером соматических жалоб был проведён корреляционный анализ.

ГЛАВА 3. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОМАТИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

3.1 Самооценка соматического состояния у среднего медицинского персонала

3.1.1 Результаты частотного анализа данных среднего медицинского персонала по методике «Гиссенский опросник соматических жалоб»

В данном исследовании было проанализировано, количество и содержание соматических жалоб у медицинских сестер с эмоциональным выгоранием, а также средние значения по выборкам.

Общее количество жалоб, представленное в используемой методике «Гиссенский опросник соматических жалоб» в виде интегрального показателя «Давление жалоб», в основной группе достигает высоких значений в 71%, средних – в 27%, низких – в 2%. Следует отметить, что показатель шкалы «Давление жалоб» в контрольной группе достигает высоких значений в 6%, средних – в 62%, низких – в 32% (рис. 3.1.1.1). Это свидетельствует о том, что лица, испытывающие выраженное эмоциональное выгорание, значительно чаще предъявляют множественные и интенсивные соматические жалобы, что подчёркивает наличие у них выраженного психосоматического дистресса.



Рис. 3.1.1.1 Выраженность показателя «Давление жалоб» у среднего медицинского персонала с выгоранием

Данные также были проанализированы по частоте встречаемости жалобы в обеих группах. Так, 96% респондентов с признаками выгорания сообщили о наличии таких симптомов, как перебои в работе сердца, тахикардия, колебания артериального давления, ощущение сдавливания в грудной клетке. Эти жалобы могут быть обусловлены хроническим стрессом, ведущим к дисрегуляции вегетативной нервной системы. На втором месте по распространённости оказались ревматические симптомы — о боли в суставах и мышцах, мышечной скованности и ощущении ломоты сообщили 76% участников. Эти проявления могут быть связаны как с психосоматическим компонентом хронической усталости, так и с особенностями профессиональной деятельности, связанной с физическим напряжением и длительными статическими нагрузками. Также высокий процент жалоб (92%) зафиксирован на состояние физического истощения, выражающееся в постоянной утомляемости, упадке сил, ощущении «опустошения» по окончании рабочего дня. Это состояние отражает ключевой компонент синдрома эмоционального выгорания — редукцию личных ресурсов, как физического, так и психического характера.

В контрольной группе предъявляемые жалобы менее разнообразны, наиболее часто встречается истощение (69%). (рис. 3.1.1.2).

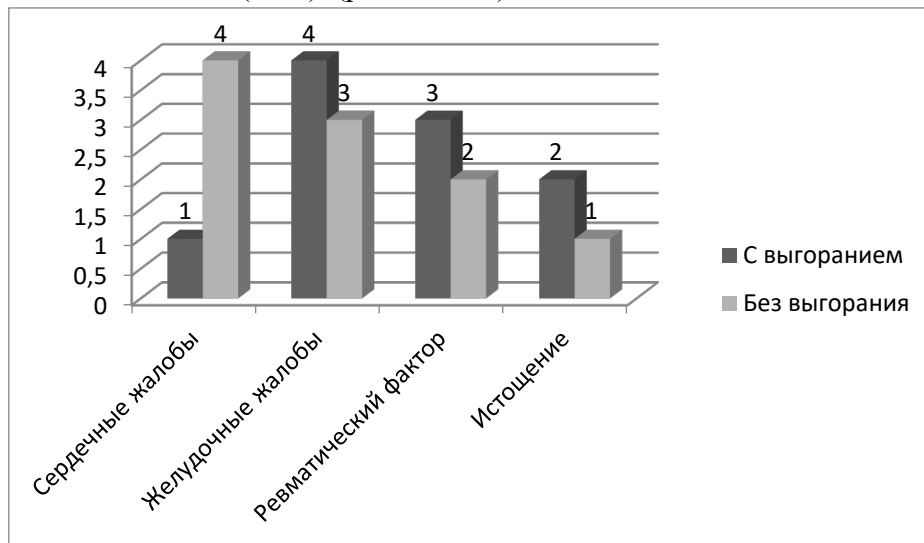


Рис. 3.1.1.2 Ранжирование данных по частоте встречаемости жалоб в основной и контрольных группах

3.1.2 Результаты частотного анализа данных по методике «Определение доминирующего состояния» Куликова

На рисунках 3.1.2.1 – 3.1.2.3 представлены результаты по ряду шкал методики «Определение доминирующего состояния» Куликова.



Рис. 3.1.2.1 Результаты по методике «Определение доминирующего состояния» Куликова у среднего медицинского персонала

По шкале «Активное-пассивное отношение к жизненной ситуации» у 16% респондентов высокие показатели, что означает готовность к преодолению препятствий и веру в свои возможности. Однако у 10% наблюдается пессимистичное отношение к жизненной ситуации.



Рис. 3.1.2.2 Результаты по методике «Определение доминирующего состояния» Куликова у среднего медицинского персонала

По шкале «Устойчивость эмоционального тона» у 50% медиков с выгоранием низкие показатели, что указывает на снижение эмоциональной устойчивости, раздражительность, преобладание негативного эмоционального тона. Лишь у 17% выявлены высокие показатели эмоциональной устойчивости.

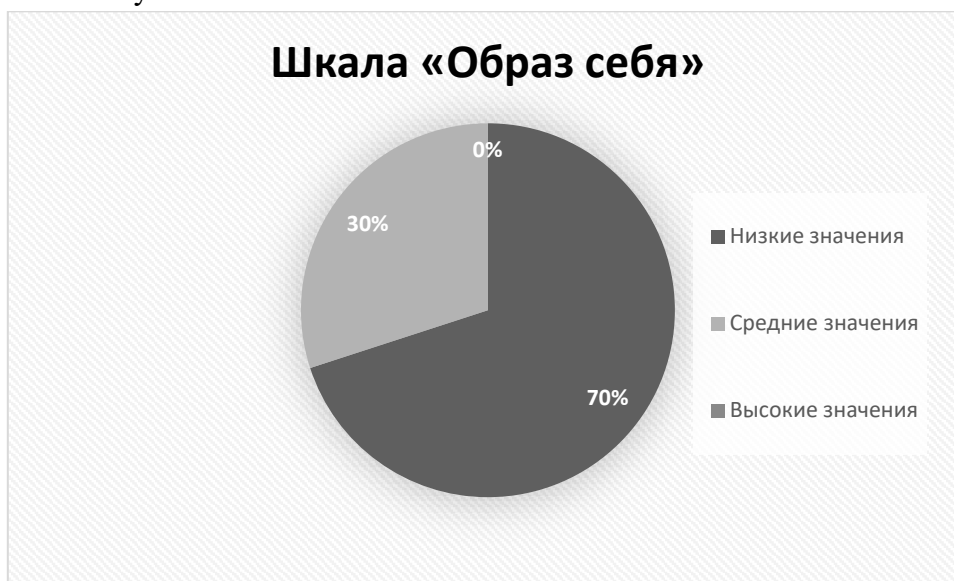


Рис. 6. Результаты по методике «Определение доминирующего состояния» Куликова у среднего медицинского персонала

Анализ шкалы «Положительный – отрицательный образ самого себя» показал, что высокие значения по данному показателю не были зафиксированы ни у одного из респондентов, что может свидетельствовать о высокой степени самокритичности и склонности к заниженной самооценке. При этом у 70% участников исследования были выявлены выраженные негативные установки в отношении себя, что указывает на наличие дисгармоничного образа «Я», эмоциональной нестабильности и сниженной уверенности в собственных силах. Подобная картина может быть отражением эмоционального выгорания, сопровождающегося ощущением профессиональной несостоятельности, чувства вины и личной неэффективности.

3.1.3 Результаты сравнительного анализа данных среднего медицинского персонала по методике «Гиссенский опросник соматических жалоб»

В ходе математико-статической обработки результатов по методике «Гиссенский опросник соматических жалоб» были получены следующие результаты:

Таблица 3.1.2.1 - Сравнительный анализ данных по результатам «Гиссенский опросник соматических жалоб»

	Основная группа	Контрольная группа	U-критерий
	(M ± m)	(M ± m)	
Давление жалоб	74,6 ± 2,3	20,8 ± 1,7	41**
Сердечно-сосудистые жалобы	7,3 ± 0,6	3,4 ± 0,5	49**
Желудочно-кишечные жалобы	6,25 ± 0,5	2,07 ± 0,4	46**
Ревматические жалобы	9,7 ± 0,7	3,4 ± 0,5	16**
Истощение / снижение ресурсов	10,5 ± 0,8	2,9 ± 0,6	34**

Примечание: Значения в таблице представлены в виде $M \pm m$, где M – среднее значение по группе, m – статистическая ошибка среднего.

Как следует из представленных данных, по всем шкалам соматических жалоб зафиксированы статистически значимые различия между основной и контрольной группами. У медицинских сестёр с признаками эмоционального выгорания значительно выше показатели общего давления жалоб, а также выраженности сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных, ревматических симптомов и признаков истощения.

3.1.4 Результаты сравнительного анализа данных среднего медицинского персонала по методике «Определение доминирующего состояния» Куликова

В ходе математико-статической обработки результатов по методике «Определение доминирующего состояния» Куликова были получены следующие результаты:

Таблица 3.1.2.2 - Сравнительный анализ данных по результатам «Определение доминирующего состояния» Куликова

	Основная группа	Контрольная группа	U критерий
	(M ± m)	(M ± m)	
Положительный – отрицательный образ самого себя	37,1	46,8	153**
Устойчивость эмоционального тона	36,2	50,2	111**
Активное – пассивное отношение к жизненной ситуации	46,3	41,0	300*

Примечание: Значения в таблице представлены в виде $M \pm m$, где M – среднее значение по группе, m – статистическая ошибка среднего.

Статистически значимые различия выявлены по шкале образа «Я» и устойчивости эмоционального фона. У респондентов с признаками эмоционального выгорания отмечают более негативное отношение к себе и снижение устойчивости эмоционального тона, что может указывать на развитие хронической эмоциональной дестабилизации и нарушений самооценки. По шкале активности жизненной позиции различия между группами оказались недостоверными, что может свидетельствовать о сохранении общей жизненной направленности, несмотря на проявления выгорания.

3.2 Вегетативные проявления эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала

3.2.1 Частотный анализ данных вегетативных реакций

На рисунке 3.2.1.1 представлены результаты пробы Кречмера у среднего медицинского персонала.

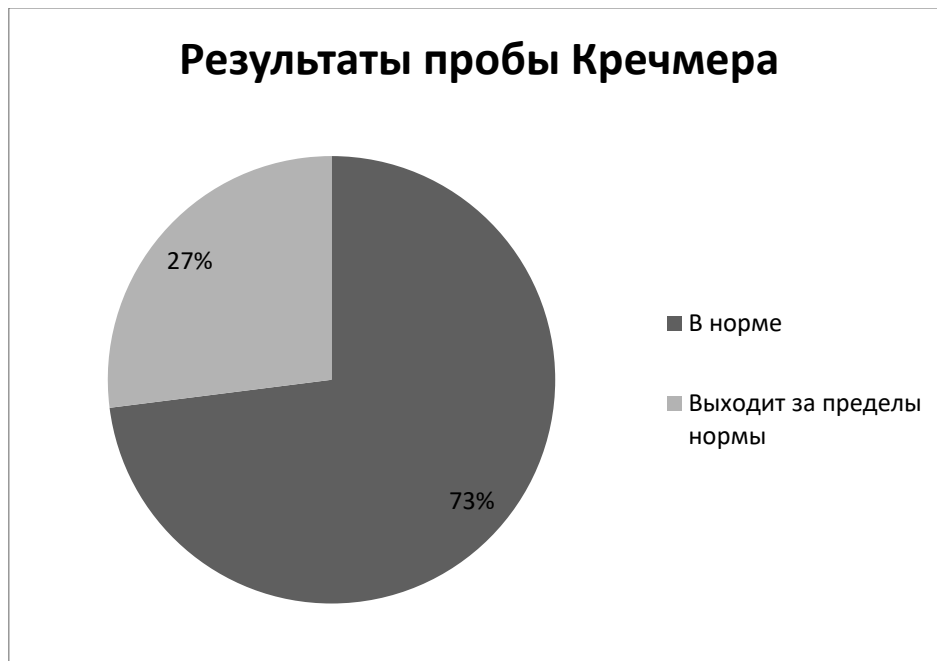


Рис. 3.2.1.1 Результаты пробы Кречмера у среднего медицинского персонала с эмоциональным выгоранием

У респондентов с выгоранием данный показатель вписывается в пределы нормы у 73%, выходит за ее пределы у 27%.

Наличие выраженного эмоционального выгорания, согласно полученным данным, может способствовать активации симпатического звена вегетативной нервной системы, что проявляется в виде симпатической гиперактивации. Подобное состояние сопровождается учащённым сердцебиением, повышенным артериальным давлением, мышечным напряжением и другими психофизиологическими симптомами. Такие проявления могут свидетельствовать не только о физиологическом напряжении, но и о нарастающем соматическом истощении, являющемся следствием длительной эмоциональной и профессиональной перегрузки.

На рисунке 3.2.1.2 представлены результаты пробы Робинсона у среднего медицинского персонала.

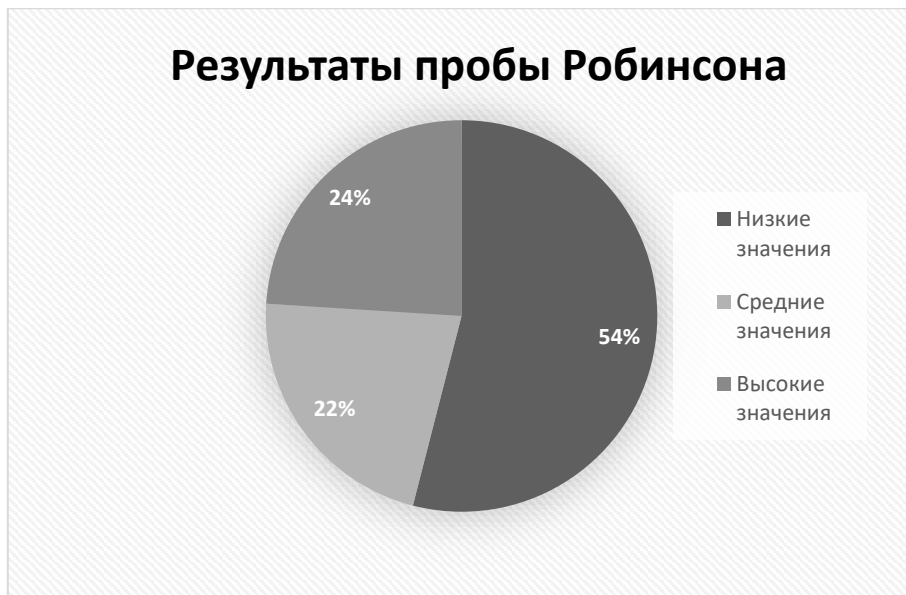


Рис. 3.2.1.2 Результаты пробы Робинсона среднего медицинского персонала с эмоциональным выгоранием

Высокие показатели, указывающие на нарушения со стороны работы сердечно-сосудистой системы, достаточно часто встречаются у персонала с эмоциональным выгоранием (24%).

На рисунке 3.2.1.3 представлены результаты пробы Геринга у среднего медицинского персонала

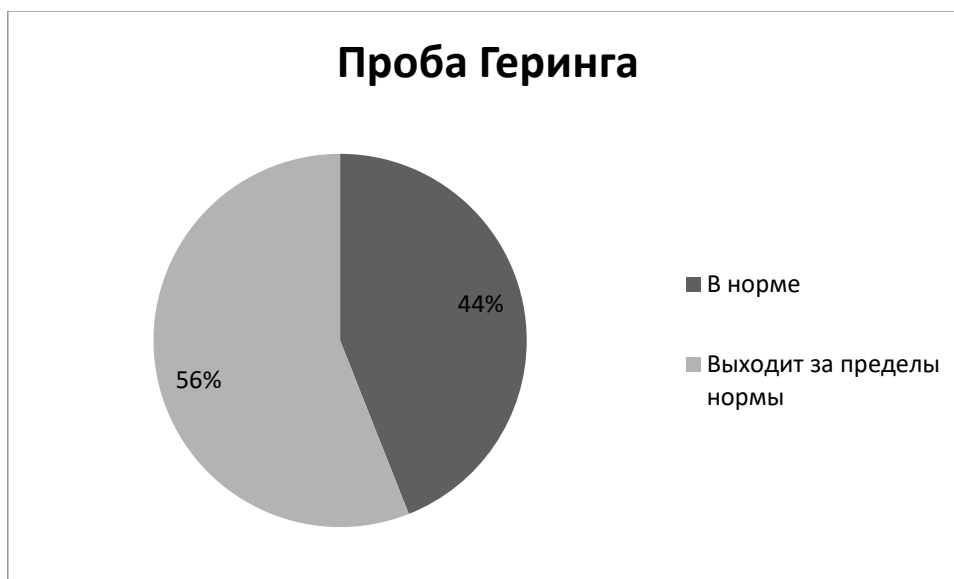


Рис. 3.2.1.3 Результаты пробы Геринга среднего медицинского персонала

У большинства респондентов (56%) результаты пробы Геринга оказались за пределами нормативных значений, что свидетельствует о дисфункции парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Нарушения тонуса парасимпатического звена могут проявляться в виде снижения адаптационных ресурсов организма, трудностей в восстановлении после стрессовых воздействий, нарушениях сна и повышенной утомляемости.

Также были проанализированы средние значения по опроснику «Вегетозы», представленные на рисунке 3.2.1.4

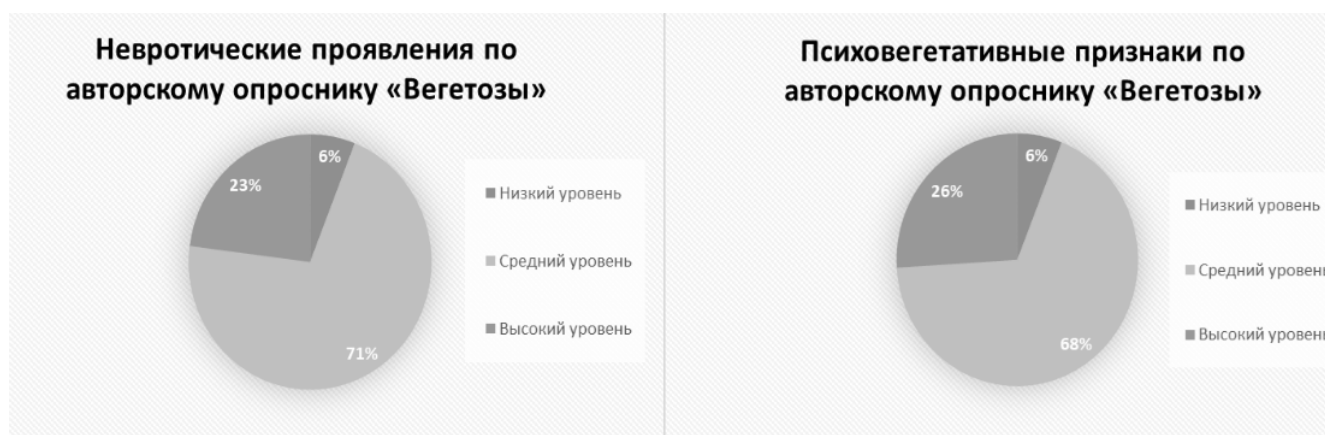


Рис. 3.2.1.4 Результаты по опроснику «Веgetозы» у среднего медицинского персонала с эмоциональным выгоранием

На диаграмме видно, что у персонала с выгоранием показатели, отражающие и невротические проявления, и психовегетативные признаки, достаточно выражены. Это указывает, в том числе, на влияние наличия эмоционального выгорания на работу нервной системы.

3.2.2 Сравнительный анализ данных вегетативных реакций

В ходе математико-статической обработки результатов по данным вегетативных были получены следующие результаты:

Таблица 3.1.2.2 - Сравнительный анализ данных по результатам вегетативных реакций

	Основная группа	Контрольная группа	U критерий
	(M ± m)	(M ± m)	
Проба Кречмера	2,3 ± 0,18	1,7 ± 0,15	129*
Проба Робинсона	5,6 ± 0,22	5,2 ± 0,19	340
Проба Геринга	3,1 ± 0,16	2,3 ± 0,14	144*

Примечание: Значения в таблице представлены в виде $M \pm m$, где M – среднее значение по группе, m – статистическая ошибка среднего.

Выявленные вегетативные изменения, отражённые в результатах проб Геринга, Кречмера и индекса Робинсона, демонстрируют тенденцию к симпатикотонии и нарушению регуляторных механизмов сердечно-сосудистой системы у респондентов с эмоциональным выгоранием. Данные показатели подтверждают предположение о том, что телесные симптомы выступают функциональной репрезентацией психологического дистресса и сопровождаются нарушением баланса вегетативной нервной системы.

3.2.3 Сравнительный анализ данных по опроснику «Вегетозы»

В ходе математико-статической обработки результатов по опроснику «Вегетозы» были получены следующие результаты:

Таблица 3.1.2.3 - Сравнительный анализ данных по результатам опросника Вегетозы»

	Основная группа	Контрольная группа	U критерий
	(M ± m)	(M ± m)	
«Невротические проявления»	17,8 ± 0,7	11,4 ± 0,6	85**
«Психовегетативные признаки»	21,3 ± 0,8	12,7 ± 0,7	27**

Примечание: Значения в таблице представлены в виде $M \pm m$, где M – среднее значение по группе, m – статистическая ошибка среднего, σ - стандартное отклонение.

По полученным данным можно сделать вывод о том, что при наличии эмоционального выгорания данные параметры более выражены. Таким респондентам свойственно проявлять тревогу, испытывать страхи, у них чаще наблюдаются нарушения механизмов вегетативной регуляции.

3.3 Взаимосвязь между фазами эмоционального выгорания и выраженностью соматических жалоб

В ходе корреляционного анализа выявлен ряд значимых взаимосвязей между соматическими проявлениями выгорания и его фазами у среднего медицинского персонала.

Таблица 3.3.1 Результаты корреляционного анализа для группы среднего медицинского персонала (r Спирмена)

	Напряжение	Резистенция	Истощение
Давление жалоб	0,380	-0,396*	0,413*
Истощение	0,045	0,1	0,24
Сердечные жалобы	0,118	0,004	0,56**
Желудочные жалобы	0,495**	0,051	0,226
Ревматический фактор	0,25	0,178	0,517**

Примечание: * - корреляция на уровне значимости 0,05; ** - корреляция на уровне значимости 0,01.

Для фазы напряжения характерно проявление желудочных жалоб. ($r = 0,495, p < 0,01$), что указывает на выраженность гастроинтестинальных реакций на фоне тревожно-депрессивного напряжения и постоянного психоэмоционального стресса.

Для фазы истощения характерно проявление сердечных жалоб и нарушений в виде ревматических симптомов. ($r = 0,517, p < 0,01$) Это подтверждает предположение о том, что при значительном истощении энергетических и нервных ресурсов организма активируются телесные компенсаторные механизмы, сопровождающиеся соматоформными проявлениями.

Показатель общего «давления жалоб» демонстрирует тенденцию к корреляции со всеми фазами выгорания, особенно с фазой истощения, однако не достигает уровня статистической значимости.

Таблица 3.3.2 Результаты корреляционного анализа для группы среднего медицинского персонала с эмоциональным выгоранием (r Спирмена)

	Напряжение	Резистенция	Истощение
Индекс Кречмера	-0,109	0,137	-0,137
Индекс Робинсона	-0,497**	-0,663**	-0,493**
Проба Геринга	-0,318*	-0,402*	-0,289*

Примечание: * - корреляция на уровне значимости 0,05; ** - корреляция на уровне значимости 0,01.

Выявлены значимые взаимосвязи не только между фазами выгорания и выраженностью психосоматических нарушений, но и с индексом Робинсона. При этом взаимосвязь носит обратный характер. Поскольку данный индекс отражает состояние сердечно-сосудистой системы (чем ниже индекс, тем лучше состояние), мы также можем предположить, что соматические проявления истощения носят компенсаторный характер. При этом и показатели пробы Геринга также демонстрируют умеренные отрицательные связи с компонентами эмоционального выгорания, особенно с резистенцией ($p < 0,01$), что подтверждает участие парасимпатического дисбаланса в формировании соматовегетативных проявлений у лиц с профессиональным истощением. Также следует отметить положительную корреляцию фаз выгорания с уровнем психосоматических нарушений. Особенно сильные связи наблюдаются для фазы напряжения и истощения ($r = 0,49$ и $r = 0,481$ соответственно; $p < 0,01$).

Таким образом, проведённый анализ демонстрирует, что каждая из фаз эмоционального выгорания ассоциирована с определённым спектром соматических проявлений, отражающих телесную репрезентацию хронического психоэмоционального напряжения. Полученные данные подтверждают, что соматизация у медицинских сестёр — это не вторичный феномен, а один из центральных клинических маркеров эмоционального выгорания, особенно выраженный при длительном стаже работы.

Таблица 3.3.3 Результаты корреляционного анализа для группы среднего медицинского персонала (r Спирмена)

	Желудочные жалобы	Ревматический фактор	Сердечные жалобы
Активное-пассивное отношение к жизни	0,278	0,47*	0,183
Тонус	0,195	-0,136	0,224
Спокойствие-тревога	-0,421*	-0,236	-0,198
Устойчивость-неустойчивость	-0,169	-0,159	-0,322
Удовлетворенность-неудовлетворенность жизнью	0,168	-0,058	0,037

	Желудочные жалобы	Ревматический фактор	Сердечные жалобы
Положительный- отрицательный образ самого себя	-0,474*	-0,308	-0,28

Примечание: * - корреляция на уровне значимости 0,05; ** - корреляция на уровне значимости 0,01.

При наличии трудового стажа у респондентов фиксируются отрицательные значимые взаимосвязи между желудочными жалобами и тревогой, что может указывать на снижение чувствительности к тревожным переживаниям или на формирование соматизированных форм реагирования. Также установлена отрицательная корреляция между желудочными жалобами и отрицательным образом себя, что позволяет предположить, что чем более негативно респондент оценивает себя, тем реже он акцентирует внимание на желудочных симптомах. Напротив, положительная связь корреляции наблюдается между ревматическим фактором и пассивным отношением к жизни, что отражает тенденцию к снижению инициативности и энергетического тонуса. Такая связь может являться маркером психомоторной ригидности и психосоматического напряжения.

ВЫВОДЫ

1. Выявлены особенности соматических проявлений, сопровождающих эмоциональное выгорание у среднего медицинского персонала. Наиболее частыми жалобами являются кардиоваскулярные, гастроинтестинальные и ревматические симптомы, а также общее истощение, нарушения сна и повышенная утомляемость. Соматические симптомы дифференцируются в зависимости от фазы выгорания: для фазы напряжения характерны гастроинтестинальные проявления, для фазы истощения — сердечно-сосудистые и ревматические жалобы.

2. Результаты сравнительного анализа между группами с выраженным и невыраженным синдромом выгорания показали статистически значимые различия по всем исследуемым шкалам. У представителей основной группы достоверно выше уровень как психоэмоционального истощения, так и интенсивности соматических жалоб, что подтверждает связь между выгоранием и соматизацией.

3. Проведённый корреляционный анализ выявил устойчивые взаимосвязи между фазами эмоционального выгорания и выраженностью телесных жалоб. Так, фаза напряжения ассоциирована с желудочными нарушениями, фаза истощения — с сердечными и ревматическими жалобами. Также установлены значимые связи между фазами выгорания и показателями вегетативной регуляции (индекс Робинсона), что указывает на снижение функционального состояния сердечно-сосудистой системы у лиц с эмоциональным истощением. Эти результаты подтверждают соматическую природу последствий профессионального выгорания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведённое исследование подтвердило, что эмоциональное выгорание у среднего медицинского персонала представляет собой не только психологическую, но и клинически значимую проблему, сопровождающуюся устойчивыми соматическими и вегетативными нарушениями. В условиях хронического профессионального стресса, характерного для деятельности в стационарных лечебных учреждениях, у медицинских работников формируется комплексная симптоматика, включающая физическое истощение, высокую частоту телесных жалоб, а также признаки дисфункции вегетативной нервной системы.

В рамках эмпирического этапа исследования были выявлены статистически значимые различия между группами персонала с выраженным и невыраженным выгоранием. Медицинские сёстры, демонстрирующие высокий уровень эмоционального выгорания, значительно чаще предъявляли жалобы на боли в области сердца и желудка, ревматические симптомы, состояние утомления и психовегетативные проявления.

Особую ценность представили результаты корреляционного анализа, подтвердившие наличие устойчивых взаимосвязей между фазами выгорания и нарушениями вегетативной регуляции. Особенно значимыми оказались ассоциации между фазой истощения и снижением резистентности организма, ухудшением сердечно-сосудистого состояния, а также нарушениями парасимпатического тонуса. Это указывает на телесную репрезентацию эмоционального и психического дистресса, который с течением времени принимает соматизированные формы.

Таким образом, выдвинутая гипотеза о том, что соматические проявления эмоционального выгорания усиливаются с ростом профессионального стажа, была подтверждена. У сотрудников с трудовым стажем более 15 лет соматические и вегетативные симптомы достигают клинически значимого уровня. Это подчеркивает особую важность профилактических мероприятий и внедрение практических рекомендаций в профессиональную деятельность среднего медицинского персонала.

1. Внедрение регулярного психологического мониторинга состояния сотрудников, включающего опросники на выгорание, а также шкалы оценки соматических и вегетативных симптомов.
2. Разработка программ психопрофилактики, включающих обучение навыкам саморегуляции, краткосрочной релаксации, дыхательных практик и методов восстановления вегетативного баланса.
3. Внедрение медико-психологических тренингов по формированию позитивного образа «Я», коррекции заниженной самооценки и повышению устойчивости к стрессу.
4. Организация условий труда, способствующих снижению психоэмоционального напряжения: рациональное распределение нагрузки, контроль сменности, перерывы, доступ к поддержке психолога.
5. Проведение профессионального скрининга с учётом соматических жалоб как потенциальных маркеров эмоционального выгорания, особенно у сотрудников с длительным стажем работы (более 10–15 лет).
6. Междисциплинарный подход в профилактике и коррекции: взаимодействие психологов, терапевтов, неврологов и специалистов по охране труда при выявлении и сопровождении лиц с признаками выгорания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аболин Л.М. Психологические механизмы эмоциональной устойчивости человека / Аболдин Л.М - Казань: КГУ.- 1987.-240 с.
2. Аминов Н.А. Психофизиологические и психологические предпосылки эмпатийных способностей: Вопросы психологии./ Аминов Н.А.- №5.- 2000.
3. Андреева Г.М. Психология социального познания: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. Издание второе, перераб. и доп. – М.: Аспект пресс, 2000. – 288с.
4. Барабанова М.В. Изучение психологического содержания синдрома эмоционального выгорания
5. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других /Бойко В.В.– М.: Наука.- 1997. – С.115-154.
6. Бусовикова О.П. Исследование формирования синдрома эмоционального выгорания в профессиональной деятельности социальных работников. Сибирская психология сегодня: Сборник научных трудов. Вып.2. Кемерово: Кузбассвузиздат, - 2003. С.92.
7. Василькова, А. П. Эмпатия как один из специфических критериев профессиональной пригодности будущих специалистов-медиков: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 1998. – 17 с
8. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика/ Водопьянова Н.Е.– СПб.: Питер, 2005.С. 212]
9. Голева Н. В. Исследование влияния эмоционального выгорания на развитие психосоматических расстройств у медицинских работников. В сб.: Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал: Материалы III международной научно-практической конференции. Красноярск: Версо; 2016. С. 256—62.
10. Гринберг Д. Управление стрессом. 7-е изд.[Текст] /Гринберг Д.— СПб.: Питер.- 2002.С. 315
11. Дробышевская Е. В. Профессиональная деформация как компонент профессионализации личности медицинских работников. Научные труды Республиканского института высшей школы. 2018;(18—2):118—25.
12. Карягина Т.Д. Проблема формирования эмпатии // Консультативная психология и психотерапия. 2010. № 1. С. 38–54.
13. Ким Е. С., Унжаков В. В., Токмаков К. А. Эмоциональное выгорание как форма профессиональной деформации личности специалистов с медицинским образованием. Здравоохранение Дальнего Востока. 2018;(1):80—5.
14. Краснорядцева О.М. Проблемы профессионального становления личности //Сибирский психологический журнал. – 2002. – №16-17. – С.42-45.

15. Момот ГН. К вопросу о сенестопатическом синдроме при шизофрении. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1959;5: 563568.
16. Муравьева О.И. Эмпатия как проблема общей психологии// Сибирский психологический журнал, 2001, №14 - 15. С.21-28.
17. Поддубная Т.В. Проблематика эмпатии в исследованиях психологических аспектов профессиональной медицинской деятельности (обзор) // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Т. 23. № 2. С. 9—36. doi:10.17759/ crr.2015230202.
18. Рубинштейн Л.С. Основы общей психологии: Питер, 2015
19. Стандарты и технологии практической деятельности медицинских сестер (Методические рекомендации профессиональной деятельности палатной медицинской сестры) / О.В. Стрельченко, Е.Ю. Орлова, Ю.В. Лутаенко; под общ. ред. О.В. Стрельченко. - Новосибирск. - ООО «Альфа Ресурс», 2016. – 68 с.
20. Столин В.В. Самосознание личности. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 1993. –284 с.
21. Фаулер М . Этика и сестринское дело . — М.: Медицина, 2015. – 450 с.
22. Форманюк Т.В. Синдром эмоционального сгорания как показатель профессиональной дезадаптации //Вопросы психологии. - М.: Школа-Пресс, 1994.- №6.]
23. Харди И. Врач, сестра, больной. Под ред. М.В. Коркиной. – М.: Медицина 2009. – 554 с.
24. Чутко Л.С., Козина Н.В. Синдром эмоционального выгорания. Клинические и психологические аспекты. 2- е изд. Москва. «МЕДпресс-информ», 2014. – С.45].
25. Шадриков В.Д. Профессиональные способности. М.: АСТ; Астрель, 2010 г. – 320с.
26. Шевчук В. В., Кашкина Н. В., Высотин С. А., Сайфитова А. Т, Синдром хронической усталости и профессиональная деформация врача. Международный студенческий научный вестник. 2018;(5):36—42.
27. Somatization and Psychosomatic Symptoms. Ed. Koh K.B. Publisher: Springer-Verlag New York, 2013. 323 p. doi: 10.1007/978-1-4614-7119-6.
28. Charis C. Somatoform Disorders from Psychodynamic Point of View. In: Charis C., Panayiotou G. (eds) Somatoform and Other Psychosomatic Disorders. Springer, Cham. 2018. doi.org/10.1007/978-3-319-89360-0.
29. Elshansky S P., Anufriev A. F., Polyakova O B., Semenov D. V. Positive personal qualities and depression. Prensa Medica Argentina. 2018;104(6):1000322.
30. Goldberg DP, Bridges K. Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting. Journal of psychosomatic research. 1988; 32: 2: 137-144. doi.org/10.1016/0022-3999(88)90048-7.

31. Greck M. Somatization and Bodily Distress Disorder. In: Boeker H., Hartwich P., Northoff G. (eds) *Neuropsychodynamic Psychiatry*. Springer, Cham. 2018. https://doi.org/10.1007/978-3-319-75112-2_15.
32. Hinselwood LE, Campbell RJ. *Psychiatric Dictionary*, 3rd ed. New York, Oxford University Press, 1960.
33. Huber G. Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen. *Der Nervenarzt*, 1983;54(1):23-32.
34. Kirmayer LJ. Culture, affect and somatization. Part II. *Transcult. Psychiat. Res. Rev.* 1984;121:237-262. doi.org/10.1177/136346158402100301.
35. Koh K.B. (2018) Changing Concept of Disorders with Somatic Symptoms in Psychiatry. In: *Stress and Somatic Symptoms*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-02783-4_8.
36. Lipowski ZJ. Somatization: medicine's un-sole'd problem. *Psychosomatics*. 1987; 28: 294-297. [doi.org/10.1016/S0033-3182\(87\)72518-3](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(87)72518-3).
37. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am. J. Psychiatry*. 1988;145:11:1358-1368. doi: 10.1176/ajp.145.11.1358.
38. Menninger WG. Psychosomatic medicine: Somatization reactions. *Psychosom. Med.* 1947;9:92-97. doi.org/10.1097/00006842-194703000-00002.
39. Polyakova O. B., Petrova E. A., Mironova O. I., Semenov D. V. Specificity of psychosomatization of psychologist-leaders with professional deformations (burnout). *Prensa Medica Argentina*. 2019;105(1):1000326.
40. Polyakova O. B., Semenov D. V., Anufriev A. F., Blinov A. O., Kova-leva M. A., Pchelinova V. V. et al. Specificity of the Neurotic Syndrome of Employees of Organizations with Professional Deformations. *Indian J. Public Health*. 2020;11(3):1357—62.

Авторский опросник «ВЕГЕТОЗЫ»

Инструкция: Вам предлагается оценить своё состояние, ответив на ниже перечисленные вопросы по пятибалльной системе: 0 баллов - никогда не было, 1 балла - редко, 2 балла - иногда, 3 балла - часто, 4 балл - постоянно или всегда. Оценку своего состояния фиксируйте в регистрационном бланке в соответствующей номеру вопроса ячейки.

1. Ваш сон поверхностный и беспокойный с неприятными сновидениями?
2. После сна Вы чувствуете себя усталым и «разбитым» (не отдохнувшим)?
3. У Вас плохой аппетит?
4. Вас беспокоят проблемы с желудком?
5. У Вас бывают ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях или расстройствах?
6. Чувствуете ли вы у себя повышенную утомляемость, усталость?
7. Вам стало тяжелее переносить физические нагрузки?
8. Замечаете ли вы, что прежняя работа делается Вами труднее и требует больших усилий?
9. Бывает ли у Вас ощущение какого-то беспокойства (как будто должно случится что-то страшное, хотя особых причин для этого нет)?
10. У Вас возникает страх, что имеющееся у Вас заболевание может перерасти в неизлечимую болезнь?
11. Вас беспокоят проблемы с сердцем (боли, неприятные ощущения за грудиной, тахикардия и др.)?
12. Вы очень ранимый человек и не можете сдерживать слёзы и плачете?
13. Вы стали более раздражительны и вспыльчивы, чем были раньше?
14. Замечаете ли Вы, что стали каким-то безразличным, нет прежних интересов и увлечений?
15. Беспокоят ли Вас боли или неприятные ощущения в области сердца?
16. Были у вас периоды, что Вам так было плохо с сердцем, что приходилось принимать лекарства или даже вызывать «Скорую помощь»?
17. После физической нагрузки у Вас бывает звон в ушах или рябь в глазах?
18. Бывают ли у Вас приступы учащённого сердцебиения?
19. Испытываете ли вы в пальцах рук (ног) или во всем теле покалывание, «ползание мурашек», онемение или другие неприятные ощущения?
20. Вы к концу работы так сильно устаете, что вам просто необходимо отдохнуть, прежде чем приступить за что-либо новое?
21. Ожидание Вас тревожит и нервует?
22. У Вас кружится голова и темнеет в глазах, если вы резко встанете или наклонитесь?
23. При резком изменении погоды у Вас ухудшается самочувствие?
24. Вы замечали, что у Вас дрожат руки, когда Вы сильно волнуетесь?
25. Испытываете ли Вы затруднения при глотании пищи, особенно, когда Вы волнуетесь? Ощущаете ли Вы «комочек» в горле?
26. Вы обращали внимание на то, что даже в помещении руки или ноги у Вас остаются холодными?
27. Вы легко потеете при волнениях?
28. Вы обращали внимание на то, что после волнения у Вас возникают мурашки?

29. Бывает ли у Вас страх оставаться в одиночестве в пустой квартире?
30. У Вас бывает головокружение или появляется тошнота к концу дня?
31. Вы плохо переносите транспорт (Вас «укачивает», тошнит и Вам становится душно)?
32. Даже в тёплую погоду руки и ноги у Вас холодные?
33. Легко ли Вы обижаетесь?
34. Вам часто хочется побыть одному?
35. У Вас бывает наличие депрессивных реакций по поводу имеющихся нарушений со стороны здоровья?
36. Бывают ли у Вас головные боли без каких-либо причин?
37. Замечаете ли Вы, как стучит или пульсирует кровь в сосудах, особенно, если Вы волнуетесь?
38. Совершаете ли Вы машинально ненужные действия (потираете руки, поправляете одежду, приглаживаете волосы и др.)?
39. Вы легко краснеете или бледнеете?
40. Покрываются ли Ваше лицо, шея или грудь красными пятнами при волнениях?
41. Приходят ли Вам мысли, что с Вами может неожиданно что-то случится и Вам не удастся вовремя оказать помощь?
42. Возникают ли у Вас боли или неприятные ощущения в области желудка, когда Вы расстраиваетесь?
43. Бывают ли у Вас запоры или нарушение стула при волнениях?
44. Когда Вы расстраиваетесь, у Вас бывает тошнота?
45. Прежде чем принять решение, Вы долго колеблетесь?
46. При сильном воздействии стресса у Вас появляется кожный зуд или сыпь?
47. Когда Вы сильно расстраиваетесь у Вас возникает ощущение, что отнимаются руки и ноги?
48. У Вас повышенное слюноотделение?
49. Бывает ли, что Вы не можете один перейти улицу, или открытую площадь?
50. Бывает ли, что Вы испытываете сильное чувство голода, а едва начав есть, быстро насыщаетесь?
51. Вы, при волнении, потеете и это доставляет Вам дискомфорт?
52. У Вас бывают приливы жара или покраснение кожных покровов?
53. У Вас бывают «скачки» артериального давления?
54. У Вас бывают боли в животе, сопровождающиеся тошнотой и вздутием живота?
55. У Вас бывает сухость во рту, иногда с привкусом горечи?
56. У Вас бывают кожные высыпания, сопровождающиеся зудом?
57. Замечали ли Вы у себя, когда волнуетесь повышенную потливость, учащение пульса, трудности с дыханием, одышку и др.?
58. Вы чувствуете озабоченность (треволну) связанную с возможностью развития у Вас какого-либо заболевания?
59. У Вас бывают боли и неприятные ощущения в области сердца, которые возникают даже в покое?
60. У Вас часто возникает головная боль, разная по проявлениям и локализации?

Авторский опросник «ВЕГЕТОЗЫ»
РЕГИСТРАЦИОННЫЙ БЛАНК

1-я часть обследования

Ф.И.О. _____

Возраст _____ Пол _____ Дата обследования _____

Инструкция: Вам предлагается оценить своё текущее состояние, ответив на вопросы по пятибалльной системе: 0 баллов - никогда не было, 1 балл - редко, 2 балла - иногда, 3 балла - часто, 4 балла - постоянно или всегда. Оценку своего состояния фиксируйте в регистрационном бланке, в соответствующей номеру вопроса, ячейки.

№	Никогда не было				Редко				Иногда				Часто				Всегда					
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4		
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
26																						
27																						
28																						
29																						
30																						

2-я часть обследования. Данные анамнестического характера

Ф.И.О. _____

Возраст _____ Пол _____ Дата обследования _____

I блок. Анамнез

1. В детском и или подростковом возрасте Вас часто консультировали (составили на учете в медицинских учреждениях) по поводу какого-либо заболевания?

Да	Нет
----	-----

2. Имеется ли у Вас неблагоприятная наследственность? Наличие каких-либо заболеваний у родителей?

Да	Нет
----	-----

II блок. Наличие жалоб

3. В настоящее время имеются жалобы (и/или заболевание) со стороны:

- нервной системы;
- сердечно-сосудистой системы;
- двигательной системы;
- эндокринной системы;
- иммунной системы;
- опорно-двигательного аппарата;
- другое

4. Присутствуют жалобы общего характера:

- недомогание;
- перепады настроения;
- слабость;
- тревожность;
- быстрая утомляемость;
- апатия;
- изменение веса;
- другое.

5. Общее состояние на данный момент

нормальное	удовлетворительное	средней тяжести	тяжелое
------------	--------------------	-----------------	---------