

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РФ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
Высшего образования
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ им. В.П. АСТАФЬЕВА»
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Факультет начальных классов
Кафедра психологии и педагогики начального образования

Барулина Катарина Вячеславовна

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

**Снижение уровня эмоционального выгорания реанимационных
медицинских сестер в условиях отделения детской кардиохирургии
посредством индивидуального консультирования**

Направление подготовки: 44.04.02 Психолого-педагогическое образование
Магистерская программа: Мастерство психологического
консультирования

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ
Заведующий кафедрой

к. пс. н., доцент по кафедре педагогики
и психологии начального образования

_____ Мосина Н.А.

Руководитель магистерской программы

к. пс. н., доцент по кафедре педагогики
и психологии начального образования

_____ Сафонова М.В.

Научный руководитель

к. пед. н., доцент кафедры психологии и
педагогики детства

_____ Шандыбо С.В.

Обучающийся

_____ Барулина К.В.

Дата защиты « ____ » _____ 2025

Оценка (прописью) _____

Красноярск 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

РЕФЕРАТ	2
ВВЕДЕНИЕ.....	7
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДСЕСТЕР ОТДЕЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ КАРДИОХИРУРГИИ.....	12
1.1 Анализ понятия эмоционального выгорания медсестер отделения детской кардиологии в зарубежных и отечественных исследованиях	12
1.2 Психологические особенности эмоционального выгорания реанимационных медсестер отделения детской кардиохирургии	20
1.3 Возможности индивидуального консультирования по снижению уровня эмоционального выгорания у медсестер отделения детской кардиохирургии	28
Вывод по главе 1	33
ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО СНИЖЕНИЮ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ПОСРЕДСТВОМ ИНДИВИДУАЛЬНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ У МЕДСЕСТЕР ОТДЕЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ КАРДИОХИРУРГИИ	35
2.1 Методическая организация исследования и обсуждения результатов констатирующего эксперимента.....	35
2.2 Организация и проведение формирующего эксперимента	59
2.3 Анализ результатов формирующего эксперимента	68
Выводы по главе 2.....	85
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	89
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	91
ПРИЛОЖЕНИЯ А-З.....	100-114

РЕФЕРАТ

Диссертация на соискание степени магистра по направлению подготовки 44.04.02 Психолого-педагогическое образование, «Мастерство психологического консультирования» и теме «Снижение уровня эмоционального выгорания реанимационных медицинских сестер в условиях отделения детской кардиохирургии посредством индивидуального консультирования».

Цель исследования: теоретически обосновать, разработать и экспериментально проверить результативность программы индивидуального консультирования, направленной на снижение уровня эмоционального выгорания у медицинских сестер отделения детской кардиохирургии.

Объект исследования: процесс снижения уровня эмоционального выгорания у медицинских сестер отделения детской кардиохирургии.

Предмет исследования: индивидуальное консультирование как средство снижения уровня эмоционального выгорания у медицинских сестер отделения детской кардиохирургии.

Гипотеза исследования: предполагается, что специально разработанная программа индивидуального психологического консультирования, учитывающая специфику профессиональной деятельности и личностные особенности медицинских сестер детской кардиохирургии, будет способствовать статистически достоверному снижению уровня их эмоционального выгорания.

Теоретико-методологическую основу исследования составили: концепция эмоционального выгорания С. Maslach, модель В.В. Бойко, ресурсный подход к изучению профессионального стресса С. Хобфолла, гуманистический подход К. Роджерса, принципы и методы индивидуального психологического консультирования Р. Кочюнаса.

Методы исследования:

- теоретические (анализ, сравнение, обобщение, моделирование);

– эмпирические (психодиагностические методики – опросник профессионального выгорания Маслач – MBI – авторы С. Maslach, W. Schaufeli, M. Leiter (1986) в адаптации Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой (2001); диагностика уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко (1996); Гиссенский опросник соматических жалоб (GBV) – автор E. Braehler et al. (1967) в адаптации НИПНИ (1993); Тест Бурдона);

– методы математической статистики (описательная статистика, статистический анализ).

Экспериментальная база исследования: отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» г. Красноярск. В исследовании приняли участие 10 медицинских сестер отделения.

Апробация результатов исследования

Представленные в работе результаты нашли отражение в публикации научных статей

Теоретическая значимость работы состоит в углублении и расширении научных представлений о психологических детерминантах, механизмах развития и проявлениях эмоционального выгорания у медицинских сестер детской кардиохирургии. Полученные данные вносят вклад в решение фундаментальной проблемы психологии труда – изучение факторов профессионального здоровья у представителей социономических профессий.

Практическая значимость исследования определяется тем, что разработанная модель индивидуального консультирования может использоваться для профилактики и коррекции синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер отделений реанимации и интенсивной терапии. Полученные результаты могут быть учтены при организации психологической поддержки среднего медицинского персонала, а также включены в программы подготовки и повышения квалификации медицинских сестер.

Структура диссертации: работа состоит из реферата, введения, двух глав, заключения, списка литературы и приложений. Общий объем диссертационного исследования составил 114 страниц, проиллюстрированного 2 рисунками и 13 таблицами, 8 приложениями. Список литературы составляют 90 наименований, из них 14 на иностранном языке.

ABSTRACT

A Master's Thesis in the field of study 44.04.02 Psychological and Pedagogical Education, program "Mastery of Psychological Counseling," on the topic: "Reducing the Level of Emotional Burnout in Intensive Care Nurses of a Pediatric Cardiosurgery Department through Individual Counseling."

Research Objective: to theoretically substantiate, develop, and experimentally test the effectiveness of an individual counseling program aimed at reducing the level of emotional burnout among nurses in a pediatric cardiosurgery department.

Object of the Study: the process of reducing the level of emotional burnout among nurses in a pediatric cardiosurgery department.

Subject of the Study: individual counseling as a means of reducing the level of emotional burnout among nurses in a pediatric cardiosurgery department.

Research Hypothesis: it is assumed that a specially developed program of individual psychological counseling, which takes into account the specifics of professional activities and personal characteristics of pediatric cardiosurgery nurses, will contribute to a statistically significant reduction in their level of emotional burnout.

Theoretical and Methodological Framework of the research is based on: the concept of emotional burnout by C. Maslach, V.V. Boyko's model, S. Hobfoll's resource approach to the study of professional stress, C. Rogers' humanistic approach, and the principles and methods of individual psychological counseling

by R. Kočiūnas.

Research Methods:

- theoretical (analysis, comparison, generalization, modeling);
- empirical (psychodiagnostic techniques – the Maslach Burnout Inventory (MBI) by C. Maslach, W. Schaufeli, M. Leiter (1986), adapted by N.E. Vodopyanova, E.S. Starchenkova (2001); Diagnosis of the Level of Emotional Burnout by V.V. Boyko (1996); The Giessen Subjective Complaints List (GBB) by E. Brähler et al. (1967), adapted by the National Institute of Psychiatry and Neurology (1993); Bourdon Test);
- methods of mathematical statistics (descriptive statistics, statistical analysis).

Experimental Base of the Research: The Neonatal Resuscitation and Intensive Care Unit of the Federal Center for Cardiovascular Surgery, Krasnoyarsk. The study involved 10 nurses from the department.

Approval of Research Results: the results presented in the work are reflected in the publication of scientific articles.

Theoretical Significance of the work lies in deepening and expanding scientific understanding of the psychological determinants, mechanisms of development, and manifestations of emotional burnout among pediatric cardiosurgery nurses. The obtained data contribute to solving a fundamental problem in occupational psychology – studying the factors of professional health among representatives of socio-professional occupations.

Practical Significance of the research is determined by the fact that the developed model of individual counseling can be used for the prevention and correction of the emotional burnout syndrome among nurses in resuscitation and intensive care units. The results can be taken into account when organizing psychological support for mid-level medical staff and can be included in training and professional development programs for nurses.

Thesis Structure: the work consists of an abstract, introduction, two chapters, conclusion, list of references, and appendices. The total volume of the

thesis is 114 pages, illustrated with 2 figures and 13 tables, and includes 8 appendices. The list of references contains 90 titles, 14 of which are in foreign languages.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования обусловлена высокой распространенностью синдрома эмоционального выгорания среди медицинских сестер, работающих в отделениях реанимации и интенсивной терапии детской кардиохирургии. Специфика их профессиональной деятельности, характеризующаяся постоянным столкновением с болью, страданиями и смертью маленьких пациентов, необходимостью оказывать поддержку их близким, высоким уровнем ответственности и интенсивными психоэмоциональными нагрузками, создает условия для истощения эмоциональных ресурсов и развития неблагоприятных психологических состояний [18; 46]. Последствия эмоционального выгорания негативно сказываются как на личностном благополучии и здоровье самих медсестер, так и на эффективности и безопасности их профессиональной деятельности, качестве оказываемой помощи пациентам [35]. Это определяет практическую значимость разработки эффективных методов профилактики и коррекции данного синдрома у указанной категории специалистов.

Теоретический анализ научной литературы показал, что проблема эмоционального выгорания достаточно хорошо освещена в зарубежных и отечественных исследованиях. основополагающие концепции синдрома выгорания были разработаны Н.Ж. Freudenberger, С. Maslach, S.E. Jackson, В.В. Бойко, Н.Е. Водопьяновой и др. [79; 88; 8; 13]. Многочисленные эмпирические исследования посвящены изучению распространенности, факторов риска, симптомов и последствий выгорания у медицинских работников и медсестер различного профиля [22; 88]. Вместе с тем, специфика развития и проявлений данного синдрома у медицинских сестер отделения реанимации и интенсивной терапии детской кардиохирургии остается недостаточно изученной. Малочисленны работы, посвященные особенностям психологической помощи данной профессиональной группе.

Одним из перспективных направлений профилактики и коррекции

синдрома эмоционального выгорания у специалистов помогающих профессий является индивидуальное психологическое консультирование. Данный метод позволяет учесть личностные особенности человека, глубоко проработать проблему в условиях конфиденциальности и безопасности [47]. Однако возможности применения индивидуального консультирования для работы с синдромом выгорания у медсестер отделений детской кардиореанимации на данный момент недостаточно изучены и научно обоснованы. Отсутствуют модели консультативной помощи, адаптированные под специфику данной профессиональной группы.

Таким образом, несмотря на достаточно хорошую теоретическую разработанность проблемы эмоционального выгорания в целом, остается актуальной необходимость более детального изучения специфики развития и проявлений данного синдрома у медицинских сестер отделения реанимации и интенсивной терапии детской кардиохирургии. Требуют научного обоснования и эмпирической проверки возможности индивидуального психологического консультирования как метода профилактики и коррекции эмоционального выгорания у данной категории специалистов. Это и определяет проблему настоящего исследования.

Цель исследования: теоретически обосновать, разработать и экспериментально проверить результативность программы индивидуального консультирования, направленной на снижение уровня эмоционального выгорания у медицинских сестер отделения детской кардиохирургии.

Объект исследования: процесс снижения уровня эмоционального выгорания у медицинских сестер отделения детской кардиохирургии.

Предмет исследования: индивидуальное консультирование как средство снижения уровня эмоционального выгорания у медицинских сестер отделения детской кардиохирургии.

Гипотеза исследования: предполагается, что специально разработанная программа индивидуального психологического консультирования, учитывающая специфику профессиональной

деятельности и личностные особенности медицинских сестер детской кардиохирургии, будет способствовать статистически достоверному снижению уровня их эмоционального выгорания.

Задачи исследования:

1. Проанализировать теоретические подходы к изучению синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер в зарубежной и отечественной психологии.

2. Выявить психологические особенности эмоционального выгорания у медицинских сестер отделения детской кардиохирургии.

3. Обосновать возможности индивидуального консультирования в снижении уровня эмоционального выгорания у данной профессиональной группы.

4. Разработать и реализовать программу индивидуального психологического консультирования медицинских сестер детской кардиохирургии с синдромом эмоционального выгорания.

5. Экспериментально проверить эффективность разработанной программы, проанализировать и обобщить полученные результаты.

Теоретико-методологическую основу исследования составили: концепция эмоционального выгорания С. Maslach, модель В.В. Бойко, ресурсный подход к изучению профессионального стресса С. Хобфолла, гуманистический подход К. Роджерса, принципы и методы индивидуального психологического консультирования Р. Кочюнаса.

Методы исследования:

- теоретические (анализ, сравнение, обобщение, моделирование);
- эмпирические (психодиагностические методики – опросник профессионального выгорания Маслач – MBI – авторы С. Maslach, W. Schaufeli, M. Leiter (1986) в адаптации Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой (2001); диагностика уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко (1996); Гиссенский опросник соматических жалоб (GBV) – автор E. Braehler et al. (1967) в адаптации НИПНИ (1993); Тест Бурдона);

– методы математической статистики (описательная статистика, статистический анализ).

Экспериментальная база исследования: отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» г. Красноярск. В исследовании приняли участие 10 медицинских сестер отделения.

Этапы исследования:

1. Анализ научной литературы по проблеме исследования, определение методологических основ, формулирование гипотезы, цели и задач.

2. Подбор диагностического инструментария, организация и проведение констатирующего эксперимента.

3. Разработка и реализация программы индивидуального консультирования медсестер с эмоциональным выгоранием (формирующий эксперимент).

4. Проведение контрольного этапа эксперимента, количественный и качественный анализ полученных данных, оценка эффективности разработанной программы.

5. Обобщение результатов исследования, формулирование выводов, оформление текста диссертации.

Научная новизна исследования заключается в выявлении специфических особенностей эмоционального выгорания у медицинских сестер детской кардиохирургии и научном обосновании модели индивидуального консультирования, направленной на его профилактику и коррекцию с учетом данной специфики.

Теоретическая значимость работы состоит в углублении и расширении научных представлений о психологических детерминантах, механизмах развития и проявлениях эмоционального выгорания у медицинских сестер детской кардиохирургии. Полученные данные вносят вклад в решение фундаментальной проблемы психологии труда – изучение

факторов профессионального здоровья у представителей социномических профессий.

Практическая значимость исследования определяется тем, что разработанная модель индивидуального консультирования может использоваться для профилактики и коррекции синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер отделений реанимации и интенсивной терапии. Полученные результаты могут быть учтены при организации психологической поддержки среднего медицинского персонала, а также включены в программы подготовки и повышения квалификации медицинских сестер.

Структура диссертации. Работа состоит из реферата, введения, двух глав, заключения, списка литературы и приложений. Общий объем диссертационного исследования составил 114 страниц, проиллюстрированного 2 рисунками и 13 таблицами, 8 приложениями. Список литературы составляют 90 наименований, из них 14 на иностранном языке.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДСЕСТЕР ОТДЕЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ КАРДИОХИРУРГИИ

1.1 Анализ понятия эмоционального выгорания медсестер отделения детской кардиологии в зарубежных и отечественных исследованиях

Синдром эмоционального выгорания является актуальной проблемой современности, особенно для представителей помогающих профессий, чья деятельность связана с интенсивным и эмоционально насыщенным взаимодействием с людьми. Среди них медицинские работники, в частности медицинские сестры, подвержены высокому риску развития данного синдрома в силу специфики профессиональной деятельности. Исследование феномена эмоционального выгорания у медицинских сестер имеет важное теоретическое и практическое значение для сохранения их психологического благополучия, обеспечения качества оказываемой медицинской помощи и профилактики текучести кадров в сфере здравоохранения.

Понятие «эмоциональное выгорание» было введено американским психиатром Н.Ж. Freudenberger в 1974 году для описания деморализации, разочарования и крайней усталости, которые он наблюдал у работников психиатрических учреждений [79]. В дальнейшем концепция получила развитие в работах С. Maslach, которая определила выгорание как синдром эмоционального истощения, деперсонализации и редукации профессиональных достижений, возникающий у специалистов, работающих с людьми [87]. Согласно модели Маслач, структура синдрома эмоционального выгорания включает три ключевых компонента:

1. Эмоциональное истощение – чувство эмоциональной опустошенности и усталости, вызванное собственной работой.
2. Деперсонализация – циничное, безразличное отношение к труду и объектам своего труда (пациентам, клиентам).

3. Редукция профессиональных достижений – возникновение чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере, осознание неуспеха в ней [87].

Отечественный исследователь В.В. Бойко рассматривает эмоциональное выгорание как выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия, приобретенный стереотип эмоционального поведения [8]. Согласно его подходу, развитие синдрома эмоционального выгорания имеет стадийный характер и проходит три фазы: напряжения, резистенции и истощения, каждая из которых сопровождается четырьмя симптомами. Н.Е. Водопьянова определяет синдром психического выгорания как неблагоприятную реакцию на рабочие стрессы, включающую в себя психологические, психофизиологические и поведенческие компоненты [13].

Анализ определений позволяет выделить следующие ключевые характеристики синдрома эмоционального выгорания:

- развивается под воздействием хронического профессионального стресса, вызванного интенсивным межличностным взаимодействием;
- проявляется на эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровнях функционирования личности;
- включает эмоциональное истощение, деперсонализацию, редукцию профессиональных достижений;
- является приобретенным стереотипом эмоционального поведения, выполняющим защитную функцию;
- носит стадийный характер развития, затрагивая различные сферы личности [8].

Изучение феномена эмоционального выгорания у медицинских сестер получило широкое распространение в зарубежной научной литературе. Одними из первых к данной проблеме обратились американские исследователи С. Maslach и S.E. Jackson. В 1981 году они разработали

опросник MBI (Maslach Burnout Inventory), который стал золотым стандартом в оценке уровня выгорания у представителей различных профессий [87]. Позднее С. Maslach и S.E. Jackson адаптировали данный инструмент специально для медицинских работников. Результаты проведенного ими исследования показали, что среди всех специализаций медсестер наиболее подвержены развитию синдрома эмоционального выгорания те, кто работает в отделениях интенсивной терапии, онкологии, ВИЧ/СПИД, психиатрии и неотложной помощи [88]. Эти данные объясняются экстремальными условиями профессиональной деятельности, характерными для указанных отделений: высокой степенью ответственности, напряженным ритмом работы, постоянным взаимодействием с пациентами, имеющими тяжелые заболевания и выраженный болевой синдром.

Сравнительный анализ подверженности синдрому выгорания у различных категорий медицинских работников был проведен А.М. Pines. Согласно полученным ею данным, медицинские сестры демонстрируют более высокий уровень эмоционального истощения, деперсонализации и редукции профессиональных достижений по сравнению с врачами [90]. При этом показатели выгорания у медсестер сопоставимы с таковыми у социальных работников, что объясняется сходством их профессиональных стрессоров (высокая рабочая нагрузка, ежедневное столкновение со страданиями и смертью подопечных, необходимость оказывать им не только формальную, но и психологическую помощь). Кроме того, А.М. Pines отмечает, что в отличие от врачей, медицинские сестры в меньшей степени удовлетворены своим трудом и чаще испытывают ролевую неопределенность [90].

Британские ученые L. Caughey и S. Batchelor провели сравнительный анализ подверженности синдрому выгорания у медицинских сестер разных профилей. В исследовании приняли участие медсестры хирургических, терапевтических и психиатрических отделений. Было установлено, что наиболее высокие показатели эмоционального истощения и

деперсонализации демонстрируют медсестры психиатрического профиля [77]. Авторы связывают полученные данные как с более тесным и эмоционально насыщенным взаимодействием с пациентами, характерным для психиатрических учреждений, так и с недостаточным уровнем специальной подготовки медсестер в области коммуникации с душевнобольными.

J.J. Hillhouse и С.М. Adler исследовали взаимосвязь между уровнем эмоционального выгорания и профессиональным стажем у медсестер отделений интенсивной терапии. Результаты проведенного ими опроса показали, что наиболее подвержены развитию синдрома молодые специалисты со стажем работы до 5 лет, а также медсестры старше 45 лет, имеющие стаж более 15 лет [83]. Для первой группы характерны трудности профессиональной адаптации, недостаток практических навыков, сложности во взаимодействии с коллегами. Для второй – накопившаяся усталость, разочарование в профессии, ощущение бессмысленности дальнейших усилий. Авторы подчеркивают необходимость организации специальной психологической поддержки данных категорий медсестер.

Несколько исследований посвящены выявлению факторов, провоцирующих развитие эмоционального выгорания у медицинских сестер. Так, D.A. Garrett и M.A. McDaniel установили, что ключевыми предикторами выгорания являются ролевые конфликты на работе, низкая автономность в принятии решений, отсутствие поддержки со стороны руководства и коллег [80]. Эти данные согласуются с результатами, полученными Н. Spence Laschinger с соавторами. В масштабном опросе канадских медсестер (N=3051) они показали, что высокие показатели по всем компонентам выгорания связаны с низким уровнем структурного и психологического наделения полномочиями [85].

С.М. Leiter и Е. Maslach разработали модель «Территория выгорания», описывающую шесть ключевых областей профессиональной жизни, несоответствие в которых приводит к развитию синдрома: рабочая нагрузка,

контроль, вознаграждение, сообщество, справедливость и ценности [86]. На основе данной модели голландские исследователи А.Ж. Montgomery и соавторы провели опрос 1190 медицинских сестер. Результаты подтвердили связь выгорания с несоответствием в указанных сферах, особенно в области рабочей нагрузки, контроля и ценностей [89].

Таким образом, в качестве факторов, обуславливающих развитие синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер, зарубежные исследователи выделяют [80; 87; 89]:

1. Высокий уровень рабочего стресса, сверхурочную работу, ночные смены.
2. «Неблагодарность» пациентов и их родственников, вербальную агрессию с их стороны.
3. Дефицит автономии, жесткий административный контроль, отсутствие участия в принятии решений.
4. Низкую заработную плату, непрестижность профессии в обществе.
5. Ролевую неопределенность, ролевые конфликты, проблемные отношения с руководством и коллегами.
6. Недостаток социальной поддержки на работе и вне ее.

Негативное влияние синдрома эмоционального выгорания на медицинских сестер проявляется в повышении уровня депрессии и тревоги [84], психосоматических расстройствах, снижении удовлетворенности работой и привязанности к организации [78], росте абсентеизма и текучести кадров. Кроме того, выгорание медсестер отрицательно сказывается на качестве оказываемой пациентам помощи и их безопасности [82].

Проведенный обзор зарубежных исследований позволяет сделать вывод об универсальности феномена эмоционального выгорания у медицинских сестер вне зависимости от культурного контекста. Несмотря на некоторые различия в подверженности синдрому в зависимости от специализации и стажа, ключевыми факторами его развития являются

высокая рабочая нагрузка, ежедневное столкновение со страданиями и смертью пациентов, ролевая неопределенность, недостаток автономии и поддержки на рабочем месте.

В отечественной психологической науке проблема эмоционального выгорания у представителей помогающих профессий, в том числе медицинских сестер, получила освещение в трудах многих исследователей. Значительный вклад в разработку данной темы внес В.В. Бойко. Он предложил собственную концепцию эмоционального выгорания, согласно которой данный феномен представляет собой динамический процесс, возникающий поэтапно в соответствии с механизмом развития стресса. В.В. Бойко выделил три фазы формирования выгорания: напряжение, резистенция (сопротивление) и истощение. Каждая фаза характеризуется своими симптомами, отражающими нарастающее неблагополучие субъекта деятельности [8].

Для диагностики синдрома эмоционального выгорания В.В. Бойко разработал оригинальную методику, позволяющую определить ведущие симптомы выгорания и фазу его формирования [8]. Данный опросник получил широкое распространение в отечественных исследованиях, посвященных изучению выгорания у медицинских сестер. Так, С.В. Умняшкина с помощью методики В.В. Бойко выявила высокую распространенность синдрома среди медсестер, работающих в различных отделениях крупной больницы [64]. В исследовании Г.А. Ткаченко установлены особенности проявления выгорания у медсестер детских онкологических клиник в зависимости от стажа [62]. О.И. Комолкина, используя опросник В.В. Бойко, показала различия в выраженности симптомов выгорания у медсестер разного профиля – работающих в хирургических, терапевтических отделениях и отделениях реанимации [13].

Значимый вклад в исследование феномена эмоционального выгорания внесли Н.Е. Водопьянова и Е.С. Старченкова. Они определяют выгорание как неблагоприятную реакцию на рабочие стрессы, включающую

психологические, психофизиологические и поведенческие компоненты [14]. По мнению авторов, развитие выгорания обусловлено комплексом факторов, которые можно разделить на две группы: внутренние (индивидуально-психологические) и внешние (организационные). К индивидуальным детерминантам относятся: интровертированность, высокий нейротизм, эмоциональная неустойчивость, низкая или чрезмерно высокая эмпатия, трудоголизм, жесткость и авторитарность в общении, низкая профессиональная самооценка. Среди ключевых организационных факторов выделяются: хроническая напряженная психоэмоциональная деятельность, дестабилизирующая организация работы, повышенная ответственность за исполняемые функции, неблагоприятная психологическая атмосфера в коллективе [14].

Н.Е. Водопьянова и Е.С. Старченкова разработали опросник «Профессиональное выгорание», основанный на трехфакторной модели К. Маслач и С. Джексона. С помощью данного инструмента авторы провели масштабное исследование синдрома выгорания у представителей социально-экономических профессий, в том числе медицинских сестер. Результаты подтвердили высокую распространенность выгорания у специалистов сферы здравоохранения и выявили некоторые специфические особенности его проявления. В частности, для медсестер наиболее характерно редуцирование персональных достижений на фоне относительно невысоких показателей эмоционального истощения и деперсонализации [14].

Т.В. Большакова и Е.В. Молчанова в своих исследованиях делают акцент на взаимосвязи эмоционального выгорания медсестер с их профессиональным стажем и удовлетворенностью трудом. По данным Т.В. Большаковой, медсестры со стажем работы более 10 лет демонстрируют более высокие показатели выгорания по сравнению с их коллегами, имеющими меньший стаж [9]. Е.В. Молчанова установила, что уровень выгорания находится в обратной зависимости от удовлетворенности профессиональной деятельностью. Медсестры, не удовлетворенные своей

работой, характеризуются более выраженным эмоциональным истощением, циничным отношением к пациентам и ощущением собственной некомпетентности [48]. Авторы подчеркивают необходимость проведения профилактических мероприятий, направленных на предупреждение развития синдрома выгорания у медсестер с учетом стажа их работы и степени профессиональной удовлетворенности.

И.А. Акиндинова и А.А. Баканова изучали особенности эмоционального выгорания у медицинских работников среднего звена с точки зрения их ролевого поведения. Результаты проведенного ими исследования показали, что выраженность симптомов выгорания связана с наличием у медсестер внутриличностного ролевого конфликта, обусловленного противоречием между ролевыми ожиданиями и требованиями профессиональной среды. Развитию выгорания способствует также ролевая неопределенность в деятельности медсестер и отсутствие условий для их профессионального роста [1].

Е.В. Орел исследовала проблему эмоционального выгорания у медицинских сестер с позиций субъектно-деятельностного подхода. Согласно полученным ею данным, выраженность симптомов выгорания определяется трансформацией структуры субъектных и личностных характеристик медсестер под влиянием профессиональных стрессов. Ключевую роль в этом процессе играют изменения в мотивационной и смысловой сферах личности, обусловленные рабочими стрессами. Автор подчеркивает, что степень подверженности выгоранию во многом зависит от локуса контроля и атрибутивного стиля медсестер. Интернальный локус контроля и оптимистический атрибутивный стиль являются важными факторами профилактики выгорания [49].

Таким образом, анализ работ отечественных исследователей позволяет заключить, что синдром эмоционального выгорания у медицинских сестер представляет собой комплексный феномен, обусловленный взаимодействием индивидуально-психологических особенностей личности и организационных

факторов профессиональной среды. Его развитие носит стадийный характер и сопровождается прогрессирующим истощением эмоциональных, когнитивных и физических ресурсов специалиста. Негативные последствия выгорания проявляются на индивидуальном уровне (ухудшение физического и психологического здоровья), межличностном уровне (деформация отношений с коллегами и пациентами) и организационном уровне (снижение эффективности профессиональной деятельности). Все это обуславливает необходимость проведения комплексной профилактической работы, направленной на предупреждение развития синдрома выгорания с учетом индивидуальных и организационных факторов риска, а также разработки эффективных программ психологической помощи медицинским сестрам, демонстрирующим признаки эмоционального неблагополучия.

1.2 Психологические особенности эмоционального выгорания реанимационных медсестер отделения детской кардиохирургии

Психологическое благополучие медицинских сестер является необходимым условием качественного оказания помощи пациентам и эффективного функционирования лечебных учреждений. Однако в силу специфики профессиональной деятельности, медсестры подвержены высокому риску развития синдрома эмоционального выгорания, что негативно сказывается как на их личностном здоровье, так и на качестве выполнения профессиональных обязанностей. Особую актуальность данная проблема приобретает для реанимационных медсестер отделения детской кардиохирургии, чья работа сопряжена с экстремальными физическими и психоэмоциональными нагрузками.

Профессиональная деятельность медицинских сестер отделения реанимации и интенсивной терапии детской кардиохирургии характеризуется целым рядом специфических особенностей, которые создают предпосылки для развития у них синдрома эмоционального

выгорания. Прежде всего, это работа с крайне тяжелым контингентом пациентов – детьми с врожденными пороками сердца, перенесшими сложные кардиохирургические вмешательства. Как отмечает С.Л. Дземешкевич, уход за такими детьми требует от медсестер не только высочайшего уровня профессиональной компетентности, но и огромных эмоциональных затрат, способности к состраданию и поддержке [18]. Ежедневное столкновение с болью, страданиями и смертью маленьких пациентов, необходимость поддерживать их родителей, находящихся в состоянии острого стресса, создает колоссальную психологическую нагрузку.

В.Б. Кошкин с соавторами подчеркивают, что труд медсестер детской кардиореанимации сопряжен с экстремальным уровнем ответственности, так как любая ошибка или неверное действие могут стоить ребенку жизни [35]. Это порождает постоянное внутреннее напряжение, страх совершить ошибку. Осознание цены возможных ошибок для ребенка и его семьи, как отмечают В.Н. Таций и соавторы, является мощным стрессогенным фактором [61].

Работа реанимационной медсестры предполагает постоянную готовность к экстренным ситуациям, необходимость мгновенно принимать решения в условиях дефицита времени и информации. В.О. Марковский с соавторами указывают, что эти факторы создают колоссальную нагрузку на нервную систему [46]. Кроме того, сам характер работы (сменный график, ночные дежурства, высокий темп, регулярные переработки из-за нехватки кадров) истощает адаптационные резервы организма, на что обращают внимание Е.Г. Фильштинская и М.В. Аборина [66].

И.Е. Гридчик отмечает, что специфика работы в замкнутом пространстве реанимационного отделения ограничивает двигательную активность медсестер и их социальные контакты, что также может негативно сказываться на психоэмоциональном состоянии [16]. При этом, как подчеркивают Н.Г. Петрова с соавторами, труд реанимационных медсестер остается низкооплачиваемым и непрестижным на фоне высокого уровня

физического и психоэмоционального напряжения [52].

Таким образом, сочетанное воздействие целого комплекса неблагоприятных профессиональных факторов создает условия для формирования у медицинских сестер отделения реанимации и интенсивной терапии детской кардиохирургии синдрома эмоционального выгорания. Это делает крайне актуальной разработку мер психологической поддержки и профилактики выгорания для данной категории медицинских работников.

Формирование синдрома эмоционального выгорания у реанимационных медсестер отделения детской кардиохирургии обусловлено комплексным взаимодействием факторов, связанных как со спецификой их профессиональной деятельности, так и с индивидуально-психологическими особенностями личности.

Одним из ключевых факторов риска является высокая ответственность за жизнь и здоровье тяжелобольных детей, постоянный страх совершить ошибку. Осознание цены врачебной ошибки и её катастрофических последствий для ребенка и его семьи создает непрерывное внутреннее напряжение [6]. Медсестры вынуждены ежедневно сталкиваться с интенсивной болью, страданиями и смертью маленьких пациентов, эмоционально вовлекаться в переживания детей и их родителей. Им необходимо не только оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь, но и проявлять искреннее сострадание, что требует значительных душевных затрат [37].

Экстремальный характер работы в отделении реанимации, необходимость постоянной готовности к экстренным ситуациям и реанимационным мероприятиям также являются мощными стрессогенными факторами. Непредсказуемость развития событий, невозможность полного контроля над ситуацией вызывает ощущение беспомощности и незащитности [35]. Медсестрам регулярно приходится сталкиваться с утратой пациентов несмотря на все предпринятые усилия, поддерживать убитых горем родителей. Каждая смерть ребенка воспринимается как личная

неудача и утрата [62].

Определенные личностные особенности медсестер, такие как высокая тревожность, сензитивность, эмпатичность, склонность к самопожертвованию, трудоголизм, перфекционизм, также способствуют развитию эмоционального выгорания. Эти качества приводят к полной самоотдаче в работе и быстрому истощению адаптационных ресурсов [37]. Кроме того, значительную роль в формировании синдрома выгорания играют напряженный ритм и график работы, ролевые конфликты, низкая автономность в принятии решений, дефицит социальной поддержки, неблагоприятный психологический климат в коллективе [40].

Таким образом, воздействие целого комплекса профессиональных стрессоров и индивидуальной психологической уязвимости приводит к истощению адаптационных ресурсов личности и запускает каскад реакций дезадаптации, проявляющихся в виде симптомов эмоционального выгорания. Профилактика развития данного синдрома у медицинских сестер отделения детской кардиореанимации должна носить комплексный характер и быть направлена как на оптимизацию условий труда, так и на повышение стрессоустойчивости и развитие навыков саморегуляции.

Проявления синдрома эмоционального выгорания у реанимационных медсестер детской кардиохирургии носят комплексный характер, затрагивая эмоциональную, личностную, соматическую, когнитивную и поведенческую сферы.

Одним из ключевых симптомов выгорания является эмоциональное истощение – чувство опустошенности, бессилия, утрата способности к эмпатии и сопереживанию. Работа с тяжелобольными детьми начинает восприниматься как непосильная нагрузка, превышающая адаптационные возможности личности [21]. Медицинская сестра испытывает дефицит эмоциональных ресурсов, необходимых для поддержания полноценных отношений с пациентами и их родителями.

Другой значимой проблемой становится профессиональная

деформация личности, проявляющаяся в утрате интереса к работе, циничном и формальном отношении к детям и их близким, уходе от личных контактов. Происходит обесценивание собственных профессиональных достижений, утрачивается смысл и значимость выполняемой деятельности [12]. Возникает ощущение профессиональной некомпетентности, неуспеха в работе.

Хронический стресс, связанный с постоянным столкновением со страданиями и смертью маленьких пациентов, приводит к истощению физиологических ресурсов организма, что проявляется в различных психосоматических нарушениях. Наиболее распространенными жалобами являются астения, головные боли, нарушения сна и аппетита, боли в различных частях тела без органических причин [74]. Снижается общая сопротивляемость организма, повышается риск развития соматических заболеваний.

На когнитивном уровне синдром выгорания проявляется трудностями концентрации внимания, рассеянностью, забывчивостью, сложностями с принятием решений. Ухудшаются показатели кратковременной и долговременной памяти, страдают функции планирования и контроля деятельности [33]. Как следствие, снижается профессиональная эффективность, повышается вероятность ошибок и нарушений, что особенно опасно в условиях реанимации и интенсивной терапии.

Изменения затрагивают и поведенческую сферу – нарастают немотивированная агрессия, конфликтность, могут появляться различные формы аддиктивного поведения, в том числе злоупотребление психоактивными веществами. Нарушается трудовая дисциплина, разрушаются социальные связи на работе и в личной жизни, утрачиваются жизненные ориентиры и ценности [34]. Ухудшается качество жизни, страдает психологическое благополучие личности.

Перечисленные симптомы эмоционального выгорания развиваются постепенно, нарастая со временем и приобретая хронический характер. Они оказывают негативное воздействие как на саму медицинскую сестру, приводя

к снижению профессиональной эффективности, психологическим и соматическим проблемам, так и на качество оказываемой ею помощи детям с тяжелой кардиохирургической патологией. Это определяет актуальность своевременной диагностики и профилактики синдрома эмоционального выгорания в данной профессиональной группе.

Синдром эмоционального выгорания имеет серьезные последствия для личностного и профессионального функционирования реанимационных медсестер отделения детской кардиохирургии. Прежде всего, происходит снижение качества жизни, утрата ощущения её смысла и ценности, развивается неудовлетворенность собой и своими достижениями. У медсестер с высоким уровнем выгорания формируются негативные установки по отношению к себе, работе и жизни в целом [22].

Кроме того, синдром эмоционального выгорания приводит к деструктивным изменениям личности. Повышается агрессивность, импульсивность, нетерпимость, развивается безразличие к себе и окружающим. Разрушаются межличностные связи, ухудшаются отношения в семье [55]. Все это не только негативно сказывается на психологическом благополучии самих медсестер, но и создает неблагоприятный психологический климат в коллективе отделения.

Важно отметить, что эмоциональное выгорание увеличивает риск развития различных психических и поведенческих расстройств. Медсестры с высоким уровнем выгорания более подвержены депрессии, тревожным расстройствам, зависимостям. Данный синдром может стать пусковым фактором для более глубокой личностной дезадаптации [30].

Серьезные последствия эмоциональное выгорание имеет и для профессиональной деятельности реанимационных медсестер детской кардиохирургии. Снижается эффективность и безопасность их работы, увеличивается число ошибок и жалоб со стороны пациентов и их родственников. Происходит формальное выполнение обязанностей, утрачивается творческий подход и самоотдача [53]. В итоге страдает

качество оказываемой медицинской и психологической помощи детям с врожденными пороками сердца и их семьям.

Высокий уровень эмоционального выгорания в отделении приводит к текучести кадров, увольнению опытных специалистов, разрушению сложившихся профессиональных коллективов. Для многих медсестер уход из профессии может стать единственным способом совладания с выгоранием при отсутствии своевременной помощи [43]. Это создает кадровые проблемы в отделении и снижает преемственность в работе.

Таким образом, медицинские сестры отделений реанимации и интенсивной терапии детской кардиохирургии представляют особую группу риска развития эмоционального выгорания в силу специфики профессиональной деятельности. Экстремальные нагрузки, высочайший уровень ответственности, необходимость постоянного эмоционального вовлечения, ежедневное столкновение с болью и смертью пациентов на фоне истощающего характера работы создают условия для быстрого истощения адаптационных ресурсов личности. Это диктует необходимость разработки специализированных программ психологической профилактики и помощи для данной категории специалистов с учетом специфики их труда и индивидуально-психологических особенностей.

Эмоциональное выгорание у реанимационных медсестер детской кардиохирургии имеет комплексный характер проявлений, затрагивая различные сферы личности:

1. Эмоциональную (чувство опустошенности, бессилия, утрата эмпатии, раздражительность, агрессивность).
2. Личностную (обесценивание себя и своей работы, циничность, безразличие, утрата смысла деятельности).
3. Когнитивную (нарушения памяти, внимания, трудности в принятии решений, снижение креативности).
4. Поведенческую (формальное выполнение обязанностей, конфликтность, нарушения дисциплины, аддиктивное поведение).

5. Соматическую (астенизация, головные боли, нарушения сна и аппетита, снижение иммунитета).

Совокупность данных проявлений приводит к снижению профессиональной эффективности, ухудшению качества оказываемой помощи, разрушению отношений и в конечном счете – к уходу из профессии. Поэтому крайне важна своевременная диагностика синдрома эмоционального выгорания на основе валидных критериев и показателей.

Для диагностики эмоционального выгорания у медицинских сестер используются как стандартизированные опросники (Maslach Burnout Inventory, опросник К. Маслач и С. Джексон; методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко и др.), так и специфические критерии, отражающие особенности данного синдрома именно в профессии реанимационной медсестры детской кардиохирургии.

Основными диагностическими критериями эмоционального выгорания у данной категории специалистов являются:

1. Эмоциональное истощение, проявляющееся в снижении эмоционального фона, равнодушии или эмоциональном перенасыщении.
2. Деперсонализация, проявляющаяся в деформации отношений с пациентами и коллегами, повышении негативизма, циничности установок и чувств.
3. Редукция профессиональных достижений – снижение чувства компетентности в работе, недовольство собой, негативное самовосприятие в профессиональном плане.

Также важными показателями являются психосоматические и психовегетативные нарушения (нарушения сна, головные боли, проблемы с артериальным давлением, снижение иммунитета, обострение хронических заболеваний).

В качестве дополнительных критериев могут рассматриваться нарушения трудовой дисциплины, снижение продуктивности деятельности,

увеличение числа ошибок и жалоб, конфликтность, формальный подход к обязанностям.

Комплексный анализ перечисленных показателей позволяет сделать вывод о наличии и степени выраженности синдрома эмоционального выгорания у конкретного специалиста. Регулярная диагностика должна стать основой для разработки индивидуализированных программ профилактики и коррекции выгорания у медицинских сестер реанимации детской кардиохирургии с учетом их актуального состояния и специфики профессиональной деятельности.

1.3 Возможности индивидуального консультирования по снижению уровня эмоционального выгорания у медсестер отделения детской кардиохирургии

Синдром эмоционального выгорания представляет собой серьезную проблему для специалистов помогающих профессий, в том числе для медицинских сестер. Высокая распространенность данного феномена среди медперсонала отделений детской кардиохирургии обусловлена спецификой их профессиональной деятельности: постоянным столкновением с болью и страданиями маленьких пациентов, высоким уровнем ответственности, необходимостью принимать сложные решения в условиях дефицита времени [18; 46]. Все это ведет к истощению эмоциональных, умственных и физических ресурсов, негативно сказывается на эффективности работы и удовлетворенности трудом. В связи с этим крайне актуальной является разработка программ психологической помощи, направленных на профилактику и коррекцию синдрома выгорания у данной категории специалистов.

В психологической науке и практике существует ряд подходов к оказанию помощи при эмоциональном выгорании. Одной из наиболее известных является модель К. Маслач, в рамках которой синдром выгорания

рассматривается как следствие несоответствия между личностью и работой в таких областях, как рабочая нагрузка, контроль, вознаграждение, психологический климат в коллективе, справедливость и ценности [87]. Соответственно, психологическая работа в данном подходе направлена на прояснение этих несоответствий, поиск путей их преодоления, развитие навыков саморегуляции и коммуникации.

Другим распространенным направлением является применение когнитивно-поведенческой терапии (КПТ). В фокусе внимания КПТ находятся иррациональные установки, лежащие в основе развития выгорания (перфекционизм, катастрофизация, долженствование и др.), а также неадаптивные модели поведения (избегание, прокрастинация). Работа направлена на выявление и коррекцию этих установок и паттернов, формирование более реалистичного мышления и освоение эффективных копинг-стратегий [58].

Значительный вклад в понимание феномена выгорания вносит экзистенциально-гуманистический подход. С этой точки зрения, синдром развивается в результате утраты смысла деятельности, ощущения своей ненужности и бессилия [19]. В процессе консультирования внимание уделяется исследованию ценностей специалиста, его представлений о себе и профессии, поиску новых источников смысла. Особое значение имеет осознание личной ответственности, свободы выбора отношения к обстоятельствам своей жизни.

Перечисленные модели, безусловно, обладают серьезным объяснительным и практическим потенциалом. Они позволяют понять общие закономерности развития и поддержания эмоционального выгорания, предлагают конкретные методы психологической помощи. В то же время, их применение в работе с медсестрами детской кардиохирургии имеет определенные ограничения. Во-первых, данные подходы недостаточно учитывают специфику профессионального контекста, уникальные стрессоры и требования, с которыми сталкиваются специалисты этого профиля. Во-

вторых, они в большей степени ориентированы на групповые формы работы, тогда как многие медсестры в силу интенсивности графика и особенностей личности предпочитают индивидуальный формат.

Обзор существующих исследований показывает, что авторы предлагают различные модели индивидуального психологического консультирования медицинских сестер с синдромом эмоционального выгорания. При этом большинство моделей включает ряд общих компонентов, адаптированных под специфику данной профессиональной группы.

Многие исследователи подчеркивают важность комплексной диагностики как первого этапа консультативной работы. Так, Н.Е. Водопьянова и Е.С. Старченко [14] предлагают использовать для изучения уровня и структуры выгорания опросник МВІ в собственной адаптации, дополняя его интервью и анализом профессиональной ситуации. Это позволяет не только определить выраженность ключевых симптомов, но и выявить индивидуальные факторы развития выгорания.

Следующим шагом, по мнению ряда авторов [7; 25], должно стать информирование медсестер о сущности синдрома эмоционального выгорания, его причинах и проявлениях. Л.Г. Горохова с коллегами [25] отмечают важность убедить специалиста в серьезности проблемы и необходимости профессиональной помощи. Осознание проблемы рассматривается как ключевое условие мотивации к изменениям.

Основным содержанием индивидуальной работы большинство исследователей считают обучение приемам саморегуляции и совладания со стрессом. В.О. Марковский с соавторами [46] предлагают использовать техники релаксации, медитации, дыхательные упражнения. Ю.А. Кухтенко [39] делает акцент на когнитивных техниках управления стрессом, анализе и коррекции иррациональных убеждений. Развитие коммуникативных навыков и навыков обращения за поддержкой также рассматривается как важный ресурс противостояния выгоранию [7].

Особое место в моделях консультирования занимает работа с эмоциональной сферой. Е.Г. Фильштинская и М.В. Аборина [66] подчеркивают необходимость отреагирования подавляемых чувств, связанных с профессиональными стрессами, восстановления эмоционального контакта с собой. Е.П. Ильин [24] рассматривает безопасное соприкосновение с «непрожитыми» эмоциями как условие разрядки напряжения и профилактики психосоматических нарушений.

Ряд авторов [19; 60; 66] включает в модель консультирования экзистенциальный компонент, направленный на осознание ценностно-смысловых оснований профессиональной деятельности. Э. Дорцен [19] отмечает, что переосмысление своей роли, принятие ответственности, соприкосновение с глубинными жизненными смыслами способствует обретению внутренних ресурсов противостояния выгоранию.

Наконец, многие исследователи подчеркивают необходимость пролонгированной поддержки и сопровождения медсестер после основного курса консультирования. В.С. Кучер и Н.Е. Водопьянова [40] предлагают модель, включающую возможность дополнительных встреч в ситуациях обострения, групповые формы поддержки для обмена опытом и закрепления полученных навыков в профессиональной среде.

Таким образом, анализ существующих подходов позволяет выделить следующие ключевые компоненты модели индивидуального консультирования медицинских сестер детской кардиохирургии с синдромом эмоционального выгорания:

1. Диагностический блок, направленный на комплексную оценку уровня и структуры выгорания, личностных и организационных факторов его развития [14].
2. Информационно-образовательный блок, ориентированный на повышение осознания проблемы, информирование о сущности выгорания, его причинах и проявлениях [7; 25].

3. Практический блок, включающий обучение техникам саморегуляции, совладания со стрессом, эмоционального отреагирования, развитие коммуникативных навыков и навыков обращения за поддержкой [24; 39; 46; 66].

4. Экзистенциальный блок, способствующий осознанию ценностно-смысловых основ профессиональной деятельности, соприкосновению с глубинными жизненными смыслами, принятию ответственности [19; 60; 66].

5. Поддерживающий блок, обеспечивающий сопровождение медсестры после завершения основной работы, возможность дополнительных встреч и групповых форм поддержки [40].

Реализация модели, интегрирующей данные компоненты, позволит, по мнению исследователей, существенно снизить выраженность симптомов эмоционального истощения, деперсонализации и редукции профессиональных достижений у медсестер, восстановить их внутренние ресурсы, повысить удовлетворенность трудом и самоэффективность. Это будет способствовать профилактике психосоматических нарушений, повышению качества оказываемой помощи и психологического сопровождения тяжелобольных детей и их семей, снижению текучести кадров в отделениях детской кардиореанимации.

Вывод по главе 1

Анализ теоретических основ изучения проблемы эмоционального выгорания медсестер отделения детской кардиохирургии позволил сделать следующие выводы:

1. Синдром эмоционального выгорания является актуальной проблемой для медицинских сестер, особенно работающих в отделениях реанимации и интенсивной терапии детской кардиохирургии. Он представляет собой комплексный феномен, включающий эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию профессиональных достижений.

2. Анализ зарубежных и отечественных исследований показывает, что развитие выгорания у медсестер обусловлено сочетанным воздействием личностных и организационных факторов. К личностным относятся высокая эмпатия, тревожность, перфекционизм. Организационные включают интенсивный характер работы, ежедневное столкновение со страданиями пациентов, высокую ответственность.

3. Специфика работы реанимационных медсестер детской кардиохирургии характеризуется экстремальными психоэмоциональными нагрузками, связанными с оказанием помощи тяжелобольным детям и поддержкой их родителей. Это создает высокий риск развития синдрома выгорания у данной профессиональной группы.

4. Эмоциональное выгорание проявляется на эмоциональном, личностном, поведенческом, когнитивном уровнях. Оно приводит к негативным последствиям как для здоровья и благополучия самих медсестер, так и для эффективности и безопасности их профессиональной деятельности.

5. Индивидуальное психологическое консультирование является перспективным методом профилактики и снижения уровня выгорания у медсестер. Оно позволяет учесть индивидуальные особенности личности, глубоко проработать проблему в атмосфере безопасности и доверия.

6. Предложенная модель индивидуального консультирования

включает диагностический, информационный, практический, экзистенциальный и поддерживающий блоки.

7. Для эффективной профилактики выгорания у медсестер детской кардиохирургии необходим комплексный подход, сочетающий индивидуальное консультирование и проведение групповых занятий по развитию стрессоустойчивости.

Таким образом, теоретический анализ подтверждает актуальность проблемы эмоционального выгорания у медицинских сестер детской кардиохирургии и обосновывает целесообразность использования индивидуального консультирования для его профилактики. Дальнейшее эмпирическое исследование позволит проверить эффективность предложенной модели психологической помощи.

ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО СНИЖЕНИЮ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ПОСРЕДСТВОМ ИНДИВИДУАЛЬНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ У МЕДСЕСТЕР ОТДЕЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ КАРДИОХИРУРГИИ

2.1 Методическая организация исследования и обсуждения результатов констатирующего эксперимента

Исходя из объекта, предмета и гипотезы исследования мы разработали и провели экспериментальное исследование по снижению эмоционального выгорания посредством индивидуального консультирования у медсестер отделения детской кардиохирургии.

Методы исследования:

- теоретические (анализ, сравнение, обобщение, моделирование);
- эмпирические (психодиагностические методики – опросник профессионального выгорания Маслач – MBI – авторы С. Maslach, W. Schaufeli, M. Leiter (1986) в адаптации Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой (2001); диагностика уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко (1996); Гиссенский опросник соматических жалоб (GBV) – автор E. Braehler et al. (1967) в адаптации НИПНИ (1993); Тест Бурдона);
- методы математической статистики (описательная статистика, статистический анализ).

Экспериментальная база исследования. Для изучения эффективности индивидуального консультирования в снижении эмоционального выгорания у медсестер детской кардиохирургии было проведено экспериментальное исследование на базе отделения детской кардиохирургии Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии г. Красноярск (ФЦССХ г. Красноярск). В данном отделении работает 10 медицинских сестер, из которых 5 приняли участие в программе индивидуального консультирования.

Характеристика выборки. Все участницы являются женщинами в

возрасте от 25 до 45 лет (средний возраст – $34,1 \pm 6,7$ лет). В Приложении А представлены социально-демографические характеристики респондентов.

По уровню образования: 7 медсестер имеют среднее специальное медицинское образование, 3 – высшее сестринское образование. Стаж работы в профессии варьируется от 2 до 20 лет, в среднем составляя $10,2 \pm 6$ лет, стаж работы в данном отделении составляет от 1 до 12 лет, в среднем $5,7 \pm 3,6$ лет. Все медсестры работают посменно, график включает в себя как дневные, так и ночные смены. На момент исследования ни одна из участниц не имела листа нетрудоспособности и находилась в активном трудовом процессе. 6 медсестер состоят в браке, 4 – не замужем. 5 участниц имеют детей.

Данная группа представляет собой достаточно типичную выборку медицинских сестер отделения реанимации детской кардиохирургии по своим социально-демографическим и профессиональным характеристикам.

Экспериментальное исследование осуществлялось в несколько этапов:

На первом этапе осуществлялся теоретический анализ проблемы эмоционального выгорания медицинских сестер отделения детской кардиохирургии. Изучались подходы к определению синдрома эмоционального выгорания, его симптомы, факторы развития в зарубежной и отечественной литературе. Особое внимание уделялось специфике профессиональной деятельности и психологическим особенностям эмоционального выгорания у реанимационных медсестер детской кардиохирургии. Анализировались возможности индивидуального психологического консультирования в профилактике и коррекции синдрома выгорания у данной категории специалистов.

На втором этапе проводился констатирующий эксперимент, направленный на исследование уровня эмоционального выгорания у медицинских сестер отделения реанимации и интенсивной терапии детской кардиохирургии. С помощью диагностических методик изучались степень выраженности и структура синдрома выгорания, личностные особенности

медсестер. Анализировались взаимосвязи показателей выгорания с индивидуально-психологическими и организационными факторами.

На третьем этапе на основе результатов теоретического анализа и констатирующего эксперимента была разработана модель индивидуального психологического консультирования, направленная на профилактику и снижение уровня эмоционального выгорания у медицинских сестер детской кардиохирургии. Данная модель включала диагностический, информационно-образовательный, практический, экзистенциально-гуманистический и поддерживающий блоки. В ходе формирующего эксперимента апробировалась предложенная модель, оценивалась ее эффективность в снижении уровня эмоционального истощения, деперсонализации и повышении профессиональной эффективности медсестер.

На четвертом этапе проводился анализ результатов формирующего эксперимента. С помощью методов математической статистики оценивалась достоверность изменений в уровне эмоционального выгорания и его компонентов после прохождения медсестрами программы индивидуального консультирования. Сопоставлялись показатели экспериментальной и контрольной групп. Формулировались выводы об эффективности предложенной модели психологической помощи, намечались перспективы дальнейших исследований.

На констатирующем этапе эксперимента проводилась диагностика уровня эмоционального выгорания медсестер по критериям, выделенным в процессе теоретического анализа (см. таблицу 1).

Таблица 1. Критерии и показатели проявления синдрома эмоционального выгорания

Критерий	Психологический компонент	Показатели
Эмоциональное истощение	Эмоциональный	– Чувство опустошённости, бессилия

		<ul style="list-style-type: none"> – Притупление или отсутствие эмоциональных реакций – Нежелание выполнять привычные дела – Отсутствие ресурса на восстановление
Профессиональная деформация личности (объединяет деперсонализацию и редукцию личных достижений)	Личностный	<ul style="list-style-type: none"> – Отчуждение от своей деятельности – Циничное или негативное отношение к окружающим – Утрата смысла выполняемой работы – Снижение мотивации – Сомнение в компетентности, падение самооценки
Психосоматические проявления	Поведенческий	<ul style="list-style-type: none"> – Хронические психосоматические симптомы – Частые обращения к врачам без устойчивого улучшения – Нарушения сна, аппетита, общей регуляции телесных процессов
Когнитивные нарушения	Когнитивный	<ul style="list-style-type: none"> – Снижение когнитивных функций (ошибки, потеря нити разговора, неспособность выполнять знакомые задачи) – Фрагментарность мышления – Снижение способности к планированию, анализу, принятию решений – Ощущение «ментального паралича»

В таблице 2 представлены уровни проявления синдрома эмоционального выгорания.

Таблица 2. Уровни проявления синдрома эмоционального выгорания

Критерий	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень
Эмоциональное истощение	Наблюдается хроническое эмоциональное истощение. Человек чувствует себя опустошённым, «выжатым», не способным	Эмоциональная и физическая усталость накапливаются и не проходят даже после выходных. Возникает чувство внутреннего	Человек может испытывать усталость в конце дня, но она проходит после отдыха, сна или смены

Продолжения таблицы 2

	переживать радость или печаль	Напряжения раздражительности, снижается эмоциональная отзывчивость.	Энергия восстанавливается быстро, сохраняется эмоциональная живость и способность к сопереживанию.
Профессиональная деформация личности	Отмечается отчуждение от своей деятельности, циничное или негативное отношение к окружающим. Присутствует стойкое чувство профессионального выгорания: утрачивается смысл выполняемой работы, ощущается беспомощность и бессилие.	Возникает дистанцированность от других людей, работа воспринимается как рутина. Эмоциональная вовлечённость снижается, общение становится механическим. Пропадает чувство значимости своего вклада, появляется сомнение в компетентности, падает самооценка в профессиональной сфере.	Сохраняется интерес к деятельности и её важности. Человек испытывает удовлетворение от результатов своего труда, готов к развитию, открыт для взаимодействия. Присутствует эмпатия и позитивная оценка своей социальной или профессиональной роли.
Психосоматические проявления	Психосоматические симптомы становятся хроническими, они могут перерасти в клинически значимые состояния. Человек часто обращается к врачам, однако не получает устойчивого улучшения. Физическое состояние воспринимается как постоянная проблема.	Соматические симптомы становятся более частыми и выраженными. Появляются боли в спине, животе, сердце, бессонница, скачки давления. Эти проявления носят циклический или устойчивый характер, особенно обостряясь в периоды психологического напряжения.	Физическое самочувствие в норме, возможны единичные жалобы на головную боль, напряжение в мышцах или лёгкий дискомфорт после стресса. Эти симптомы быстро исчезают при смене обстановки или отдыхе.
Когнитивные нарушения	Отмечается выраженное снижение когнитивных функций: частые	Возникают устойчивые трудности с концентрацией внимания,	Могут наблюдаться незначительные трудности с концентрацией, особенно при

	ошибки, потеря нити разговора, неспособность выполнять даже знакомые задачи. Мысли становятся «туманными», мышление — фрагментарным. Снижается способность к планированию, анализу, принятию решений.	замедление мыслительных процессов, забывчивость. Снижается скорость обработки информации, появляется ощущение «торможения», ухудшается кратковременная память. Человеку сложно сосредоточиться на задаче, особенно если она требует усилий.	усталости или высокой загруженности. Однако они преходящи, и способность к умственной деятельности восстанавливается после отдыха. Человек способен контролировать свою работоспособность
--	---	---	---

В контексте отделения детской кардиологии, где деятельность медсестёр сопряжена с высокой эмоциональной и физической нагрузкой, постоянным контактом с болью, страданием и риском утраты, именно указанные критерии становятся маркерами прогрессирующего выгорания.

Профессиональная деформация личности говорит о снижении профессиональной самооценки, что в перспективе угрожает мотивации и качеству выполнения обязанностей. Психосоматические проявления и когнитивные нарушения указывают на уже запущенные стадии выгорания, когда страдает не только психологическое, но и физическое здоровье.

Использование этих критериев в исследовательской части диссертации позволяет:

- обосновать необходимость индивидуального консультирования как метода точечного и глубоко личностного подхода к профилактике и снижению симптомов выгорания;
- отслеживать динамику изменений в состоянии медсестёр до и после психологической коррекции.

Таким образом, опора на данные критерии не только усиливает теоретическую основу исследования, но и придаёт практическую направленность, позволяя обосновать эффективность выбранного

интервенционного метода – индивидуального консультирования – в условиях высокорисковой профессиональной среды.

Для исследования критериев эмоционального выгорания были подобраны следующие методики (см. таблицу 3).

Таблица 3. Методики для исследования критериев эмоционального выгорания

Критерий	Методики
Эмоциональное истощение	Опросник профессионального выгорания Маслач (MBI) – авторы С. Maslach, W. Schaufeli, M. Leiter (1986) в адаптации Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой (2001)
Профессиональная деформация личности	Диагностика уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко (1996)
Психосоматические проявления	Гиссенский опросник соматических жалоб (GBV) – автор Е. Braehler et al. (1967) в адаптации НИПНИ (1993)
Когнитивные нарушения	Тест Бурдона

Описание комплекса диагностических инструментов

Опросник профессионального выгорания Маслач (Maslach Burnout Inventory – MBI), разработанный С. Maslach, W. Schaufeli, M. Leiter в 1986 году и адаптированный Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой в 2001 году.

Данная методика является наиболее известным и широко используемым инструментом для оценки выраженности синдрома выгорания. Она включает 22 утверждения о чувствах и переживаниях, связанных с работой. Оценка производится по 3 субшкалам:

1. эмоциональное истощение (9 пунктов);
2. деперсонализация (5 пунктов);
3. редукция профессиональных достижений (8 пунктов).

Преимущества опросника MBI:

– высокая надежность и валидность, подтвержденная в многочисленных исследованиях;

– возможность количественно оценить выраженность каждого компонента выгорания;

– широкая распространенность, позволяющая сопоставлять результаты с данными других авторов.

Методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В Бойко (1996).

Данный опросник опирается на концепцию эмоционального выгорания В.В. Бойко как динамического процесса, протекающего в соответствии с механизмом развития стресса. Методика позволяет диагностировать ведущие симптомы «эмоционального выгорания» и определить, к какой фазе развития стресса они относятся: напряжения, резистенции или истощения.

Опросник состоит из 84 суждений, позволяющих диагностировать три фазы «эмоционального выгорания»:

1. напряжение (переживание психотравмирующих обстоятельств, неудовлетворенность собой, «загнанность в клетку», тревога и депрессия);

2. резистенция (неадекватное эмоциональное реагирование, эмоционально-нравственная дезориентация, расширение сферы экономии эмоций, редукция профессиональных обязанностей);

3. истощение (эмоциональный дефицит, эмоциональная отстраненность, личностная отстраненность (деперсонализация), психосоматические и психовегетативные нарушения).

Преимущества методики В.В. Бойко:

– учитывает динамический характер выгорания, позволяет оценить фазу его развития;

– дает развернутую картину синдрома по 12 показателям;

– хорошо адаптирована к отечественным социокультурным условиям.

Гиссенский опросник соматических жалоб (Giessen Subjective Complaints List – GVB), разработанный E. Braehler et al. в 1967 году и адаптированный НИПНИ в 1993 году.

Методика предназначена для выявления интенсивности эмоционально обусловленных жалоб по поводу физического самочувствия. Она широко

применяется при диагностике психосоматических расстройств, в том числе вызванных профессиональным стрессом и выгоранием.

Опросник состоит из 57 вопросов, сгруппированных в 5 шкал:

1. истощение;
2. желудочные жалобы;
3. боли в различных частях тела;
4. сердечные жалобы;
5. давление (интенсивность) жалоб.

Преимущества методики GBV:

- позволяет оценить соматический компонент эмоционального неблагополучия;
- дифференцирует жалобы по системам организма;
- может использоваться как для скрининга, так и для динамической оценки состояния.

Тест Бурдона для изучения концентрации и устойчивости внимания.

Данный тест относится к группе корректурных методик, направленных на изучение свойств внимания. Он позволяет оценить такие параметры как точность, продуктивность, устойчивость и переключаемость внимания. Тест чувствителен к состоянию утомления и перенапряжения, часто сопутствующих синдрому выгорания.

Стимульным материалом служат бланки с рядами расположенных в случайном порядке букв. Испытуемый просматривает текст ряд за рядом и вычеркивает определенные указанные в инструкции буквы. Работа проводится в течение 10 минут.

Рассчитываются следующие показатели:

- количество просмотренных строк;
- количество правильно вычеркнутых букв;
- количество ошибок (пропущенных или неправильно зачеркнутых букв);
- продуктивность внимания;

- устойчивость внимания;
- переключаемость внимания.

Преимущества теста Бурдона:

- простота и экономичность в проведении;
- возможность оценки целого ряда параметров внимания;
- широкие возрастные границы применения (от младшего школьного до пожилого возраста).

Таким образом, предложенный комплекс методик позволит получить разносторонние данные о проявлениях эмоционального выгорания у медицинских сестер – его выраженности, ведущих симптомах, фазе развития, влиянии на соматическое самочувствие и когнитивную сферу. Сочетание широко известных зарубежных опросников (MBI, GBV) и отечественных методик (В.В. Бойко, тест Бурдона) обеспечит надежность и валидность результатов, а также возможность их сопоставления с данными других исследователей.

Использование этих инструментов на этапе констатирующего и контрольного эксперимента даст возможность оценить эффективность разработанной программы индивидуального консультирования для снижения уровня эмоционального выгорания у изучаемой профессиональной группы.

Рассмотрим результаты диагностики уровня эмоционального выгорания медицинских сестер на констатирующем этапе экспериментального исследования. В Приложении Б представлены результаты диагностики по каждой методике в сводных таблицах, в Приложении В представлены описательные статистики по результатам диагностики.

В таблице 4 представлены результаты диагностики эмоционального истощения (опросник профессионального выгорания Маслач – MBI – авторы С. Maslach, W. Schaufeli, M. Leiter (1986) в адаптации Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой (2001).

Таблица 4. Результаты диагностики эмоционального истощения

	N	Минимум	Максимум	Среднее	Стандартная отклонения
Эмоциональное истощение	10	11	52	29,9	14,4
Деперсонализация	10	1	23	13,2	6,8
Редукция профессиональных достижений	10	18	38	29,1	5,9

На рисунке 1 представлено распределение респондентов по уровням выраженности показателей эмоционального истощения.



Рисунок 1 – Распределение респондентов по уровням выраженности показателей эмоционального истощения, %

Результаты диагностики на констатирующем этапе экспериментального исследования свидетельствуют о высокой распространенности синдрома эмоционального выгорания среди медицинских сестер отделения детской кардиохирургии.

По шкале эмоционального истощения высокие показатели отмечаются у 50% медсестер, средние – у 30%, низкие – только у 20%. Это говорит о том, что половина обследованных испытывает чувство эмоциональной опустошенности, усталости, истощенности собственных эмоциональных ресурсов. Для них характерно ощущение «приглушенности», «притупленности» эмоций, эмоционального перенасыщения. Возможны эмоциональные срывы, вспышки раздражения, появление депрессивных симптомов.

Еще более выражена деперсонализация – высокие баллы по этой шкале отмечаются у 70% медсестер. Это проявляется в деформации отношений с другими людьми: повышении зависимости от окружающих, негативизме, циничности установок и чувств по отношению к пациентам, коллегам. Возможно уменьшение количества контактов с окружающими, повышение раздражительности и нетерпимости в ситуациях общения, негативизм по отношению к профессиональным обязанностям.

У 50% медсестер отмечается высокий уровень редуции, то есть негативная оценка себя, своих профессиональных достижений и возможностей, либо редуция собственного достоинства, ограничение своих возможностей, обязанностей по отношению к другим. У 40% – средний уровень редуции, и лишь у 10% – низкий, то есть сохранность позитивной самооценки и веры в свои силы.

Средний балл 29,1 из 48 возможных также указывает на тенденцию к редуцированию собственных достижений в данной выборке. Многие медсестры склонны занижать свои профессиональные успехи и компетентность, испытывать чувство собственной несостоятельности, усиление чувства вины. Возможно снижение профессиональной и личной самооценки, появление чувства собственной несостоятельности, безразличия к работе.

Таким образом, с учетом «обратного» характера шкалы, высокий уровень редуции профессиональных достижений оказывается одним из ведущих компонентов эмоционального выгорания в данной группе, наряду с эмоциональным истощением и деперсонализацией. Это еще больше подчеркивает глубину и серьезность проблемы выгорания у медицинских сестер детской кардиохирургии.

В целом, средние значения по всем трем шкалам находятся на уровне верхней границы средних или даже высоких значений (29,9 из 54 возможных баллов по эмоциональному истощению, 13,2 из 30 по деперсонализации, 29,1 из 48 по редуции достижений), что свидетельствует о широкой

распространенности тех или иных симптомов выгорания в данной профессиональной группе.

Высокие стандартные отклонения (14,4 для эмоционального истощения, 6,8 для деперсонализации) указывают на существенный разброс индивидуальных значений. Это значит, что уровень выгорания сильно варьируется от сотрудника к сотруднику, что может быть связано как с разной степенью стрессогенности их трудовой деятельности, так и с индивидуальными особенностями психологической устойчивости и совладания со стрессом.

Таким образом, на констатирующем этапе исследования выявлен высокий уровень эмоционального выгорания у значительной части медицинских сестер детской кардиохирургии. Психологическая работа должна быть направлена не только на восстановление эмоционального ресурса и гармонизацию отношений с окружающими, но и на повышение профессиональной самооценки, преодоление чувства несостоятельности и безразличия к работе. Важно помочь медсестрам заново обрести смысл и ценность своей деятельности, поверить в значимость своей роли и своих усилий. Необходима поддержка их компетентности, создание ситуаций успеха, позитивная обратная связь о результатах работы. Только комплексный подход, учитывающий все три компонента синдрома выгорания, может дать устойчивый положительный эффект.

Рассмотрим результаты диагностики эмоционального выгорания по методике В.В. Бойко на констатирующем этапе экспериментального исследования (см. таблицу 5).

Таблица 5. Результаты диагностики эмоционального выгорания у респондентов

	N	Минимум	Максимум	Среднее	Стандартная отклонения
Переживание обстоятельств	10	2	27	15,6	9,0

Неудовлетворенность собой	10	0	25	11,2	8,5
«Загнанность в клетку»	10	0	30	13,2	11,9
Тревога и депрессия	10	0	27	10,9	10,2
Фаза напряжения	10	10	89	48,1	31,8
Неадекватное реагирование	10	0	20	9,8	7,2
Эмоциональная дезориентация	10	0	30	11,6	8,2
Расширение сферы экономии	10	0	30	11,6	11,3
Редукция профессиональных обязанностей	10	2	30	16,8	10,2
Фаза резистенции	10	9	87	48,6	28,4
Эмоциональный дефицит	10	2	25	13,9	8,4
Эмоциональная отстраненность	10	3	25	11,4	6,3
Личностная отстраненность	10	3	33	14,7	10,1
Психосоматические нарушения	10	0	30	9,9	11,8
Фаза истощения	10	15	87	46,6	27,4

На рисунке 2 представлено распределение респондентов по уровням выраженности фаз эмоционального выгорания на констатирующем этапе экспериментального исследования.

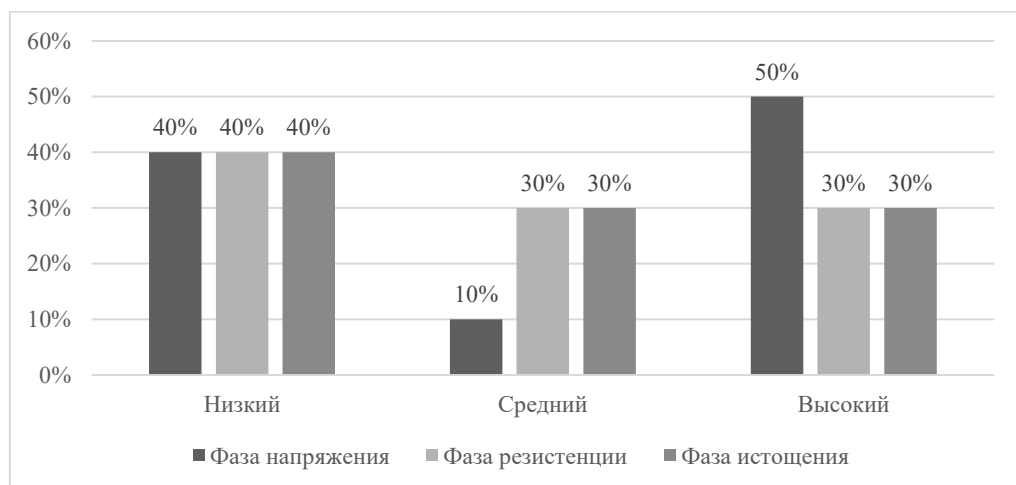


Рисунок 2 – Распределение респондентов по уровням выраженности фаз эмоционального выгорания

Анализ результатов диагностики эмоционального выгорания по методике В.В. Бойко позволяет более детально рассмотреть картину развития синдрома у обследованных медицинских сестер. Методика позволяет

оценить не только общий уровень выгорания, но и выраженность отдельных симптомов в структуре каждой из фаз – напряжения, резистенции и истощения.

Фаза напряжения, отражающая степень переживания психотравмирующих обстоятельств профессиональной деятельности, формирование тревожной напряженности, оказалась сформированной у половины респондентов (50%). Для них характерно ощущение загнанности в клетку, тревога и депрессия, неудовлетворенность собой. Средние значения по отдельным симптомам этой фазы (переживание обстоятельств – 15,6, неудовлетворенность собой – 11,2, «загнанность в клетку» – 13,2, тревога и депрессия – 10,9) указывают, что данные переживания выражены на уровне складывающегося или даже уже сложившегося симптома.

Высокие стандартные отклонения по всем параметрам фазы напряжения (от 8,5 до 11,9) свидетельствуют о том, что степень напряженности сильно варьируется в выборке: у части медсестер данная симптоматика минимальна, а у части – близка к максимуму. Это может быть связано с разным уровнем стрессогенности условий работы в конкретных подразделениях отделения, а также с индивидуальными особенностями реагирования на трудности.

Фаза резистенции, отражающая формирование защитного поведения личности в ответ на нарастающий стресс, оказалась полностью сформированной у 30% опрошенных, еще у 30% симптомы этой фазы выражены в средней степени. Наиболее выраженными оказались неадекватное избирательное эмоциональное реагирование и редукция профессиональных обязанностей (средние баллы 9,8 и 16,8 соответственно). Для значительной части медсестер характерна эмоциональная черствость, равнодушие или проявление избирательной эмоциональности.

Также может отмечаться стремление облегчить или сократить профессиональные обязанности, требующие эмоциональных затрат. В то же время достаточно высоко выражены и симптомы эмоциональной

дезориентации и расширения сферы экономии эмоций (средние баллы 11,6 для обоих параметров). Развитие данных симптомов свидетельствует о глубоком психологическом дискомфорте, недостаточности эмоциональной отдачи и ограничении эмоциональной вовлеченности в профессиональную деятельность.

Показатели фазы истощения также достаточно высоки: у 30% респондентов она полностью сформирована, еще у 30% находится в стадии формирования. Это самая тревожная тенденция, поскольку истощение эмоциональных, физических и энергетических ресурсов свидетельствует о приближении к стадии выгорания. Наиболее яркими являются симптомы эмоционального дефицита и личностной отстраненности (средние баллы 13,9 и 14,7 соответственно).

Для медсестер характерно ощущение, что эмоционально они уже не могут помочь своим подопечным, не в состоянии войти в их положение, сочувствовать. Нарастают раздражительность, обиды, резкость, грубость. Личностная отстраненность проявляется в полной или частичной утрате интереса к человеку – субъекту профессиональной деятельности, он воспринимается как неодушевленный предмет. В меньшей степени выражены психосоматические нарушения, однако и они отмечены на уровне складывающегося симптома (средний балл 9,9).

Таким образом, методика В.В. Бойко позволила получить подробную картину синдрома эмоционального выгорания у медсестер детской кардиохирургии. У значительной части опрошенных синдром находится в стадии формирования или уже сформирован, с преобладанием симптомов эмоционального истощения и деперсонализации. Выявленные закономерности подтверждают данные, полученные с помощью опросника К. Маслач, и позволяют конкретизировать мишени психокоррекционной работы.

Важно учитывать, что, хотя общегрупповые тенденции указывают на высокую напряженность всех фаз выгорания, индивидуальные показатели

сильно разнятся. Это говорит о необходимости дифференцированного подхода в работе с синдромом: при планировании как организационных мероприятий по профилактике выгорания, так и индивидуального консультирования следует ориентироваться на уникальный личностный профиль специалиста. Лишь такой подход позволит подобрать адекватные и эффективные методы психологической помощи.

Рассмотрим результаты диагностики психосоматических проявлений эмоционального выгорания (Гиссенский опросник соматических жалоб (GBV) – автор E. Braehler et al. (1967) в адаптации НИПНИ (1993) на констатирующем этапе экспериментального исследования (см. таблицу 6).

Таблица 6. Результаты диагностики психосоматических проявлений эмоционального выгорания

	N	Минимум	Максимум	Среднее	Стандартная отклонения
Истощение	10	0	24	8,7	7,4
Желудочные жалобы	10	0	23	8,1	8,3
Ревматический фактор	10	0	24	10,4	10,8
Сердечные жалобы	10	5	24	15,3	6,7
Давление жалоб	10	13	78	41,7	23,8

Результаты диагностики по Гиссенскому опроснику соматических жалоб свидетельствуют о наличии у медицинских сестер детской кардиохирургии выраженных психосоматических проявлений, которые можно рассматривать как один из маркеров эмоционального выгорания.

По шкале истощения средний балл составляет 8,7, при этом индивидуальные значения варьируются от 0 до 25 баллов (максимально возможный балл – 24). Это указывает на то, что у части медсестер отмечается хроническая усталость, слабость, снижение работоспособности, потребность в дополнительном отдыхе. Высокое стандартное отклонение (7,4) говорит о существенном разбросе значений – у некоторых сотрудников симптомы истощения выражены максимально, у других они отсутствуют.

Желудочные жалобы также представлены у обследованных медсестер

(среднее значение – 8,1, диапазон – от 0 до 23 баллов). Это может проявляться в виде болей в животе, расстройств пищеварения, тошноты, нарушений аппетита. Психосоматический характер этих жалоб подтверждается отсутствием органических причин при медицинском обследовании.

Ревматический фактор, который включает в себя боли в различных частях опорно-двигательного аппарата (в пояснице, конечностях, суставах), также выражен у медсестер (средний балл – 10,4 из 24 возможных). При этом отмечается очень высокий разброс значений (от 0 до 30), то есть у части сотрудников эти симптомы крайне интенсивны. Можно предположить, что эти жалобы связаны с высокими физическими нагрузками и длительным пребыванием в неудобной позе во время рабочей смены.

Сердечные жалобы представлены еще более отчетливо – средний балл составляет 15,3 (более половины от максимального значения шкалы – 24 балла), при этом минимальные значения начинаются от 5 баллов. Для медсестер характерны жалобы на боли в сердце, перебои, сердцебиение, одышку. Учитывая, что кардиологическое обследование не выявило органической патологии, эти симптомы также можно отнести к психосоматическим проявлениям эмоционального выгорания.

Общий показатель давления жалоб находится на высоком уровне (в среднем 15,5 баллов из 28 возможных), при этом ни у одного из обследованных он не опускается ниже 8 баллов. Это говорит о том, что соматические симптомы носят не единичный, а генерализованный характер, охватывают различные системы организма и воспринимаются медсестрами как серьезный дискомфорт.

Таким образом, медицинские сестры детской кардиохирургии демонстрируют целый спектр психосоматических жалоб – от неспецифического истощения до локализованных болевых ощущений и функциональных нарушений внутренних органов. Эти симптомы носят устойчивый характер, сочетаются между собой и воспринимаются как

существенная проблема. Их выраженность варьируется от сотрудника к сотруднику, но в целом находится на высоком уровне.

Психосоматические проявления можно рассматривать как следствие хронического стресса и эмоционального выгорания медсестер. Постоянное физическое и психологическое напряжение, связанное с уходом за тяжелобольными детьми, приводит к истощению адаптационных резервов организма и реализуется в виде соматических симптомов.

Полученные данные свидетельствуют о неблагоприятном психосоматическом статусе медсестер и подтверждают необходимость реализации профилактических и коррекционных мероприятий. Важно обучать медсестер методам саморегуляции, оптимизировать их режим труда и отдыха, обеспечить возможности для снятия физического и эмоционального напряжения. Для сотрудников с наиболее выраженными жалобами может потребоваться дополнительная медицинская и психологическая помощь.

Рассмотрим результаты диагностики когнитивных проявлений эмоционального выгорания у медсестер (тест Бурдона) на констатирующем этапе экспериментального исследования (см. таблицу 7).

Таблица 7. Результаты диагностики когнитивных проявлений эмоционального выгорания у медицинских сестер

	N	Минимум	Максимум	Среднее	Стандартная отклонения
Устойчивость внимания	10	4	8	5,9	1,4
Переключаемость внимания, %	10	50	90	67,0	13,4

Результаты диагностики когнитивных проявлений эмоционального выгорания у медсестер, проведенной с помощью теста Бурдона, указывают на определенные нарушения внимания в данной профессиональной группе.

Средний показатель устойчивости внимания составляет 5,9 баллов, что соответствует нижней границе нормативного диапазона для взрослых (5-7 баллов). При этом минимальное значение составляет всего 4 балла, а

максимальное достигает 8. Это свидетельствует о том, что у части медсестер имеются выраженные проблемы с концентрацией и поддержанием внимания на протяжении длительного времени. Им сложно сосредотачиваться на выполнении монотонных заданий, требующих постоянного самоконтроля и отслеживания деталей. Повышенная отвлекаемость, истощаемость внимания могут приводить к пропуску важных сигналов, ошибкам и удлинению времени реакции в ситуациях, требующих бдительности и быстрого реагирования.

Средний показатель переключаемости внимания составляет 67%, что также находится вблизи нижней границы нормы (65-75%). Минимальное значение достигает 50%, а максимальное – 90%. Это указывает на трудности произвольного переключения внимания у значительной части обследованных. Им может быть сложно быстро перестраиваться с одной деятельности на другую, одновременно удерживать в фокусе внимания несколько задач или объектов. В условиях многозадачности, характерной для работы медсестры реанимационного отделения, сниженная переключаемость может вести к пропуску важной информации, замедлению темпа деятельности, трудностям в расстановке приоритетов.

Когнитивные нарушения, выявленные у медсестер, могут иметь серьезные последствия для эффективности и безопасности их профессиональной деятельности. Снижение концентрации внимания повышает риск ошибок при выполнении медицинских манипуляций, введении лекарственных препаратов, мониторинге жизненно важных показателей пациентов. Пропуск тревожных симптомов или изменений в состоянии ребенка из-за рассеянности может привести к несвоевременному оказанию помощи и ухудшению прогноза. Трудности переключения препятствуют эффективной координации действий в экстренных ситуациях, когда необходимо быстро реагировать на меняющиеся обстоятельства.

Кроме того, хроническое перенапряжение внимания способствует более быстрому развитию утомления, снижает стрессоустойчивость и

адаптационные возможности. Медсестра с истощенным вниманием не только хуже справляется со своими обязанностями, но и более подвержена другим проявлениям синдрома выгорания – эмоциональной лабильности, раздражительности, соматическим жалобам.

Важно отметить существенную индивидуальную вариативность показателей внимания (стандартные отклонения 1,4 для устойчивости и 13,4% для переключаемости). Это значит, что степень когнитивных нарушений сильно различается от сотрудника к сотруднику. У части медсестер параметры внимания остаются в пределах нормы, что может быть связано с лучшей стрессоустойчивостью, более эффективными стратегиями саморегуляции или менее интенсивной нагрузкой. В то же время у других когнитивный дефицит выражен весьма значительно, что делает их «группой риска» в плане профессиональной надежности.

Таким образом, диагностика когнитивных функций выявила у медсестер детской кардиохирургии снижение устойчивости и переключаемости внимания, достигающее у части сотрудников клинически значимого уровня. Эти нарушения могут отрицательно сказываться на качестве выполнения профессиональных обязанностей, повышать риск ошибок и несчастных случаев, способствовать более быстрому развитию утомления и других симптомов выгорания.

Можно предположить, что когнитивные проблемы, наряду с эмоциональным истощением и деперсонализацией, являются важной «мишенью» психологической помощи данному контингенту. Требуется включение в программу мероприятий, направленных на тренировку функций внимания, обучение приемам его произвольной регуляции. Необходима оптимизация режимов труда и отдыха для профилактики перенапряжения когнитивной сферы.

Выявленная индивидуальная вариативность показателей подчеркивает важность дифференцированного подхода при разработке программ помощи. Возможно, сотрудникам с наиболее выраженными когнитивными

нарушениями потребуется более интенсивная индивидуальная работа, направленная на восстановление функций внимания и стрессоустойчивости.

Анализ проявлений синдрома эмоционального выгорания по психологическим компонентам

Обобщая результаты констатирующего этапа диагностики, можно конкретизировать картину эмоционального выгорания у медицинских сестер детской кардиохирургии через призму ключевых психологических компонентов:

— Эмоциональный компонент проявляется в виде выраженного эмоционального истощения. У 50% обследованных медсестер зафиксирован высокий уровень по данной шкале (опросник MBI), что выражается в чувстве опустошенности, «притупленности» эмоций, эмоциональном перенасыщении и неспособности к сопереживанию. Данные методики В.В. Бойко подтверждают формирование симптомов «эмоционального дефицита» и «эмоциональной отстраненности» у значительной части выборки.

— Личностный компонент, диагностируемый через феномен профессиональной деформации, оказался одним из наиболее деструктивных. Высокие показатели по шкале деперсонализации (70% по MBI) свидетельствуют о глубоких личностных изменениях: циничном и негативном отношении к пациентам и коллегам, отчуждении от своей деятельности. Редукция профессиональных достижений (высокий уровень у 50%) указывает на утрату веры в собственную компетентность и смысла профессиональной деятельности, что является ярким маркером личностной деформации.

— Поведенческий компонент нашел свое отражение в психосоматических проявлениях. Результаты Гиссенского опросника (GBV) демонстрируют генерализованный характер жалоб: хроническое истощение, желудочный дискомфорт, боли различной локализации (ревматический фактор) и, особенно выражено, сердечные жалобы. Эти соматические симптомы являются поведенческими индикаторами хронического стресса и

выгорания, вынуждающими медсестер обращаться за медицинской помощью, хотя их природа часто носит психогенный характер.

— Когнитивный компонент проявляется в виде заметных нарушений внимания. Данные теста Бурдона указывают на снижение устойчивости и переключаемости внимания у части медсестер до уровней, пограничных с нормой или ниже нее. Это проявляется в повышенной отвлекаемости, трудностях концентрации и переключения между задачами, что в условиях реанимации создает прямую угрозу профессиональной эффективности и безопасности пациентов.

Таким образом, диагностика выявила комплексное негативное воздействие синдрома эмоционального выгорания на все сферы функционирования личности медицинских сестер, что диктует необходимость столь же комплексного, индивидуализированного подхода к психологической помощи, каким является разработанная программа индивидуального консультирования.

Выводы по итогам диагностики эмоционального выгорания у медицинских сестер детской кардиохирургии на констатирующем этапе исследования:

1. Синдром эмоционального выгорания широко распространен в данной профессиональной группе. У значительной части медсестер (от 30 до 70% по разным параметрам) он находится в стадии формирования или уже сформирован.

2. Ведущими компонентами синдрома являются эмоциональное истощение, проявляющееся в утрате эмоционального ресурса, ощущении опустошенности и бессилия, и деперсонализация, выражающаяся в негативизме и формализации контактов с пациентами и коллегами. Несколько менее выражена редукция профессиональных достижений.

3. В структуре синдрома представлены симптомы всех фаз развития стресса – напряжения, резистенции и истощения, что свидетельствует о глубине и устойчивости эмоционального неблагополучия у медсестер.

Наиболее яркими являются переживание психотравмирующих обстоятельств, неадекватное эмоциональное реагирование, редукция профессиональных обязанностей, эмоциональный дефицит и личностная отстраненность.

4. Эмоциональное выгорание сопровождается выраженными психосоматическими проявлениями в виде хронической усталости, болей различной локализации, нарушений деятельности сердечно-сосудистой и пищеварительной систем. Психосоматические жалобы носят генерализованный характер, охватывают разные системы организма и существенно снижают качество жизни медсестер.

5. На когнитивном уровне синдром выгорания проявляется нарушениями функций внимания – снижением его устойчивости и переключаемости, достигающими у части медсестер клинически значимой выраженности. Это может отрицательно сказываться на эффективности и безопасности профессиональной деятельности.

6. При общей высокой распространенности синдрома, существует значительная индивидуальная вариативность его проявлений. Степень эмоционального истощения, деперсонализации, психосоматических и когнитивных нарушений сильно различается от сотрудника к сотруднику. Это указывает на необходимость дифференцированного подхода при разработке программ психологической помощи.

Таким образом, результаты констатирующего этапа исследования убедительно свидетельствуют о неблагоприятном эмоциональном состоянии медицинских сестер детской кардиохирургии. Высокая распространенность и интенсивность синдрома профессионального выгорания, охватывающего все уровни функционирования личности, делают актуальной задачу поиска эффективных методов его профилактики и коррекции. Одним из перспективных направлений представляется индивидуальное психологическое консультирование, позволяющее учесть специфику профессионального контекста и индивидуальные особенности личности каждого специалиста.

2.2 Организация и проведение формирующего эксперимента

При разработке программы индивидуального консультирования для снижения эмоционального выгорания у медсестер отделения детской кардиохирургии, необходимо опираться как на теоретические основы изучаемой проблемы, так и на результаты диагностики, проведенной на констатирующем этапе исследования.

Теоретический анализ показал, что синдром эмоционального выгорания у медсестер является комплексным феноменом, обусловленным сочетанным воздействием личностных и организационных факторов. Его развитие носит стадийный характер и затрагивает эмоциональную, личностную, поведенческую и когнитивную сферы. Индивидуальное консультирование рассматривается как перспективный метод психологической помощи, позволяющий учесть уникальные особенности личности и глубоко проработать проблему выгорания.

Данные констатирующего эксперимента свидетельствуют о высокой распространенности синдрома эмоционального выгорания в изучаемой профессиональной группе. Ключевыми проблемными зонами являются эмоциональное истощение, деперсонализация, психосоматические жалобы и когнитивные нарушения. При этом выявлена существенная индивидуальная вариативность показателей выгорания, что указывает на необходимость дифференцированного подхода при оказании психологической помощи.

Таким образом, разрабатываемая программа должна носить комплексный характер, охватывая основные «мишени» психологической работы с синдромом выгорания. При этом важно обеспечить индивидуальный подход, позволяющий учесть специфические потребности и особенности каждой медсестры. Необходимо сочетание информирования, обучения конкретным навыкам преодоления стресса и глубокой эмоциональной проработки.

Формирующий эксперимент был организован с целью апробации

разработанной модели индивидуального психологического консультирования для снижения уровня эмоционального выгорания у медицинских сестер отделения детской кардиохирургии. Программа консультирования реализовывалась на базе отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» г. Красноярска.

Основываясь на результатах теоретического анализа проблемы эмоционального выгорания у медицинских сестер отделения детской кардиохирургии и данных констатирующего эксперимента, была разработана программа индивидуального консультирования, направленная на снижение уровня эмоционального выгорания у данной профессиональной группы. В программе приняли участие 5 медсестер из экспериментальной выборки, продемонстрировавшие наиболее высокие показатели выгорания.

Цель программы: снижение уровня эмоционального выгорания у медицинских сестер детской кардиохирургии посредством индивидуального психологического консультирования.

Задачи программы:

1. проинформировать участниц о сущности, причинах и проявлениях синдрома эмоционального выгорания, его влиянии на личное благополучие и профессиональную эффективность;
2. обучить техникам самопомощи и саморегуляции, позволяющим справляться с эмоциональным напряжением и предотвращать развитие неблагоприятных состояний;
3. проработать травматичного эмоционального опыта, связанного с профессиональными стрессами, отреагирование «непрожитых» чувств;
4. привести к осознанию и укреплению личностных ресурсов, ценностно-смысловых оснований профессиональной деятельности как факторов противостояния выгоранию.
5. провести профилактику рецидивов эмоционального выгорания, разработка индивидуального «антистрессового» плана с учетом специфики

личности и трудовой ситуации.

Программа индивидуального консультирования включала 10 встреч с каждой участницей экспериментальной группы, проводимых 1 раз в неделю. Продолжительность одной консультации составляла 60 минут. Работа строилась в соответствии с разработанной пятикомпонентной моделью и включала следующие блоки:

В таблице 8 представлен план программы индивидуального консультирования.

Таблица 8. План индивидуального консультирования

Этап	Цель	Содержание
Работа с эмоциональным истощением (1-2 встречи)	Снизить уровень эмоционального истощения, освоить техники экспресс-регуляции эмоционального состояния	<ul style="list-style-type: none"> – Обучение техникам экспресс-регуляции эмоционального состояния (дыхательные практики, релаксация, визуализация) – Развитие навыков эмоциональной саморегуляции и самоподдержки – Работа с эмоциональными триггерами и реакциями на стресс – Освоение конструктивных способов выражения эмоций
Профилактика и коррекция профессиональной деформации личности (3-4 встречи)	Скорректировать профессиональные установки и ценности, повысить осознанность смыслов работы.	<ul style="list-style-type: none"> – Работа с профессиональными установками и ценностями – Работа с мотивацией и смыслами профессиональной деятельности – Развитие навыков профессиональной коммуникации и профилактика циничности – Расширение поведенческого репертуара в профессионально-трудных ситуациях
Работа с психосоматическими проявлениями (5-6 встречи)	Снизить уровень психофизического напряжения, освоить техники работы с психосоматическими симптомами.	<ul style="list-style-type: none"> – Обучение методам мышечной релаксации и снятия психофизического напряжения – Развитие навыков «заземления» и концентрации на телесных ощущениях – Работа с болевыми синдромами и психосоматическими симптомами – Обучение техникам экстренной самопомощи при острых состояниях

Коррекция когнитивных нарушений (7-8 встречи)	Восстановить когнитивную продуктивность, освоить техники управления когнитивными процессами.	<ul style="list-style-type: none"> – Освоение техник управления вниманием и работы с когнитивными искажениями – Развитие навыков целеполагания, планирования и приоритизации задач – Обучение техникам запоминания и работы с информацией – Освоение приемов быстрого восстановления работоспособности
Профилактика рецидивов и обучение самопомощи (9 встреча)	Сформировать устойчивые навыки заботы о себе и профилактики эмоционального выгорания.	<ul style="list-style-type: none"> – Составление индивидуального антистрессового плана – Обучение методам ранней самодиагностики признаков выгорания – Формирование устойчивых навыков заботы о себе и восполнения ресурсов – Определение опор и ресурсов в профессиональной и личной жизни
Подведение итогов и определение зон дальнейшего роста (10 встреча)	Проанализировать результаты работы, определить направления дальнейшего профессионально-личностного развития.	<ul style="list-style-type: none"> – Анализ динамики состояния и устойчивости позитивных изменений – Определение сфер и навыков для дальнейшего развития – Составление постконсультационного сопровождения – Обсуждение возможности повторных встреч и поддерживающих консультаций

Встречи 1-2. Работа с эмоциональным истощением. На первой встрече мы познакомились, обсудили запрос и ожидания от консультаций. Провели диагностику уровня эмоционального истощения, определили основные симптомы и триггеры. Освоили базовые техники диафрагмального дыхания и прогрессивной мышечной релаксации. На второй встрече продолжили осваивать техники саморегуляции, добавив визуализацию позитивных образов. Проанализировали типичные эмоциональные реакции на стресс, обсудили их конструктивные и неконструктивные проявления. Освоили технику «Я-высказываний» для выражения чувств. В качестве домашнего задания отрабатывали навыки в повседневных ситуациях.

Встречи 3-4. Профилактика и коррекция профессиональной

деформации. Провели углубленный анализ профессиональных установок, ценностей и мотивации, их влияния на развитие выгорания. Определили ключевые смыслы работы. Проанализировали сложные ситуации профессиональной коммуникации, типичное поведение и возможности его изменения. Освоили техники ассертивного общения, активного слушания, управления конфликтами. Смоделировали новые варианты реагирования в профессионально-трудных ситуациях, отработали их на практике. Провели ролевые игры для закрепления навыков.

Встречи 5-6. Работа с психосоматическими проявлениями. Обсудили связь тела и психики, провели диагностику психосоматических зон напряжения. Освоили техники сканирования тела, прогрессивной и пассивной мышечной релаксации, аутогенной тренировки. Использовали дыхательные техники и приемы «заземления» для быстрой стабилизации состояния. Проанализировали природу болевых ощущений, их триггеры и усилители. Освоили техники визуализации, расфокусировки внимания, снижения интенсивности боли. Составили «аптечку» экстренной самопомощи при острых психосоматических состояниях.

Встречи 7-8. Коррекция когнитивных нарушений. Провели диагностику когнитивных процессов (внимания, памяти, мышления). Освоили техники концентрации и переключения внимания, работы с «окнами внимания». Выявили типичные автоматические мысли и когнитивные искажения, научились их распознавать и корректировать. Провели работу по приоритезации жизненных целей и профессиональных задач, освоили навыки эффективного планирования. Освоили мнемотехники и приемы активного запоминания информации. Обучились экспресс-методам восстановления умственной работоспособности.

Встреча 9. Профилактика рецидивов и самопомощь. Проанализировали факторы, провоцирующие выгорание, и способы их нейтрализации. Освоили техники ранней диагностики эмоционального неблагополучия, работу с сигналами тела. Составили личный антистрессовый план с учетом разных

сфер жизни. Проработали тему баланса работы и отдыха, профессиональных границ и экологичной включенности. Развивали навыки расслабления, получения удовольствия, восполнения ресурсов. Определили персональные источники поддержки и опоры на работе и вне ее.

Встреча 10. Подведение итогов и определение дальнейших шагов. Провели общую оценку динамики состояния в ходе консультаций. Клиент поделился наиболее значимыми «инсайтами» и изменениями, которые произошли в ходе нашей работы. Отметим зоны роста и навыки, которые удалось сформировать и развить. Определили области и компетенции, над которыми предстоит работать дальше самостоятельно. Составили план посткоррекционного сопровождения и самоподдержки. Обсудили целесообразность повторных встреч, их возможный формат и фокус. Завершили консультационный процесс, отметив проделанную работу.

Завершающая встреча программы имела поддерживающий и профилактический характер. Ее цель – закрепить достигнутые изменения, обеспечить сопровождение медсестры в период после основного курса консультирования.

Подводились итоги проделанной работы. Медсестра делилась своими впечатлениями, отмечала зоны роста, прорабатывала возможные опасения по поводу будущих трудностей. Полученная обратная связь позволяла оценить эффективность программы и наметить точки для дальнейшего развития.

Составлялся индивидуальный план профилактических мероприятий, которые медсестра будет реализовывать самостоятельно для поддержания своего психологического благополучия. Он включает приемы самопомощи, освоенные в ходе консультаций (саморегуляция, когнитивная проработка, экспресс-техники восстановления ресурсов), рекомендации по оптимизации режима дня, построению сети поддержки.

Психолог информировал о возможности при необходимости получить дополнительные консультации в ситуациях обострения эмоционального неблагополучия. Это дает медсестре ощущение безопасности, уверенность в

том, что она не останется один на один со своими трудностями.

Таким образом, программа индивидуального консультирования охватывает различные аспекты проблемы эмоционального выгорания в соответствии с выделенной структурой эмоционального выгорания. Комплексное воздействие на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях способствует нормализации состояния медсестры, усилению ее стрессоустойчивости, наполнению профессиональной деятельности новыми смыслами. Пролонгированный формат работы и поддерживающие сессии обеспечивают устойчивость достигнутых изменений.

Последовательность и удельный вес блоков варьировались в зависимости от индивидуальной динамики работы с каждой медсестрой, ее актуальных проблем и потребностей. Акцент делался на тех направлениях, которые были наиболее актуальны для конкретного клиента. В Приложении Г представлена программа индивидуального консультирования более подробно.

Каждое занятие имело структуру, включающую:

1. Приветствие и обсуждение самочувствия, значимых событий, произошедших за неделю.
2. Краткое подведение итогов предыдущей встречи, проверка домашнего задания.
3. Разминочное упражнение на снятие эмоционального напряжения.
4. Основной этап работы в соответствии с задачами текущего блока.
5. Подведение итогов встречи, рефлексия эмоционального состояния.
6. Домашнее задание на закрепление полученных навыков.

Для оценки эффективности разработанной программы индивидуального консультирования были выделены следующие критерии:

1. Динамика уровня эмоционального истощения.
2. Изменения в выраженности симптомов профессиональной деформации личности (деперсонализации и редукации достижений).
3. Редукция психосоматических жалоб.

4. Улучшение показателей устойчивости и переключаемости внимания.

Положительная динамика по данным критериям, оцененная с помощью психодиагностического инструментария, использованного на этапе констатирующего эксперимента (опросники МВІ, В.В.Бойко, Гиссенский опросник соматических жалоб, тест Бурдона), будет свидетельствовать о результативности программы в снижении уровня эмоционального выгорания у медицинских сестер детской кардиохирургии

Таким образом, разработанная программа индивидуального консультирования охватывает основные «мишени» психологической помощи при эмоциональном выгорании с учетом специфики профессиональной деятельности медсестер детской кардиохирургии. Сочетание информирования, обучения конкретным навыкам преодоления стресса, эмоциональной проработки и экзистенциального осмысления своей роли позволяет обеспечить комплексное воздействие на различные компоненты синдрома выгорания. Предложенная структура и методы работы создают основу для индивидуализированной психологической помощи с опорой на уникальные особенности и потребности каждой участницы программы.

В ходе реализации программы профилактики и коррекции эмоционального выгорания у медицинских сестер детского отделения кардиохирургии использовался комплексный подход, включающий разнообразные методы психологической работы.

Одним из ключевых компонентов программы было психологическое просвещение участниц. Оно осуществлялось посредством проведения мини-лекций и презентаций, посвященных проблеме эмоционального выгорания, его причинам, проявлениям и последствиям. В ходе обсуждений медсестры имели возможность поделиться своим видением данной проблемы, задать интересующие их вопросы, получить поддержку и обратную связь от коллег и ведущего.

Важное место в программе занимало обучение медсестер техникам

саморегуляции. На занятиях они осваивали методы релаксации, дыхательные упражнения, визуализацию. Эти навыки помогают снизить уровень стресса, восстановить эмоциональное равновесие, повысить устойчивость к профессиональным нагрузкам.

В рамках программы также применялись методы когнитивно-поведенческой терапии. Работа велась с иррациональными установками медсестер, которые провоцируют повышенную тревожность, чрезмерную требовательность к себе и окружающим, негативное восприятие ситуаций. С помощью когнитивной реструктуризации участницы учились давать более адаптивную оценку стрессовым факторам, находить альтернативные интерпретации. Проводились поведенческие эксперименты, позволяющие проверить на практике неэффективные убеждения и сформировать более конструктивные модели реагирования.

Для проработки эмоций, связанных с профессиональным стрессом и выгоранием, активно использовались арт-терапевтические методы. Медсестры выполняли рисуночные техники, работали с метафорическими ассоциативными картами, создавали коллажи. Этот творческий процесс помогал им выразить трудные переживания, осознать свои потребности и ресурсы, найти новые жизненные ориентиры.

В ходе ролевых игр участницы получали возможность в безопасной обстановке проиграть сложные ситуации профессионального общения, с которыми они сталкиваются в реальной практике. Отрабатывались навыки конструктивного взаимодействия с коллегами, пациентами и их родственниками, эффективного разрешения конфликтов, противостояния манипуляциям.

Важным аспектом программы была работа с ценностно-смысловой сферой медсестер, которая велась с опорой на методы экзистенциальной терапии. На занятиях участницы исследовали свои жизненные и профессиональные ценности, определяли степень их реализованности, осознавали свои сильные стороны и ресурсы. Это способствовало

укреплению профессиональной идентичности медсестер, наполнению их деятельности смыслом, повышению удовлетворенности своей работой.

Участницы программы также обучались техникам самопомощи, которые они могли применять самостоятельно для профилактики и преодоления эмоционального выгорания. В их число входило ведение дневника для выражения чувств и анализа опыта, написание писем с благодарностью себе и другим значимым людям, работа со сновидениями как ресурсом бессознательной сферы психики.

На протяжении всего формирующего эксперимента осуществлялся мониторинг эмоционального состояния участниц с помощью экспресс-методик и обратной связи. В процессе консультаций использовались техники активного слушания, эмпатического отражения чувств, безусловного принятия, конфронтации, прояснения и интерпретации скрытых смыслов.

Психолог стремился к установлению доверительных отношений с каждой медсестрой, созданию безопасной и поддерживающей атмосферы. В то же время, оказывалось уважительное давление, побуждающее участниц к исследованию собственного опыта, принятию ответственности, поиску новых способов реагирования на стрессовые ситуации.

Таким образом, формирующий эксперимент позволил апробировать разработанную программу индивидуального консультирования, направленную на профилактику и коррекцию эмоционального выгорания у медицинских сестер отделения детской кардиохирургии. Результаты контрольной диагностики позволят оценить результативность данной модели психологического сопровождения специалистов с высоким риском развития профессионального стресса и его последствий.

2.3 Анализ результатов формирующего эксперимента

После завершения программы индивидуального консультирования была проведена повторная диагностика выраженности синдрома

эмоционального выгорания и его симптомов у медсестер экспериментальной и контрольной групп. Результаты контрольного этапа эксперимента сравнивались с данными первичной диагностики с целью оценки эффективности реализованной модели психологической помощи.

В Приложении Д представлены протоколы консультативных сессий с разными медицинскими сестрами, принимавшими участие в индивидуальном консультировании. Охарактеризуем кратко случаи данных медицинских сестер. Имена изменены.

Ольга С., 35 лет, стаж работы – 10 лет. Основная проблема – чувство усталости, опустошенности, трудности в общении с пациентами и коллегами, ощущение бессмысленности усилий. В ходе консультации удалось установить доверительный контакт, выявить причины выгорания (столкновение со смертью пациентов, ощущение беспомощности). Проведена работа по отреагированию травматичных переживаний с помощью техник эмоционально-образной терапии. Актуализированы позитивные смыслы профессиональной деятельности через воспоминание успешных случаев помощи пациентам. В качестве домашнего задания Ольге предложено вести дневник, фиксируя события рабочего дня, свои чувства и моменты удовлетворения от работы.

Марина К., 28 лет, стаж работы – 5 лет. Жалобы на постоянное напряжение, тревогу, страх ошибки, раздражительность, конфликты с окружающими. В ходе консультации исследованы иррациональные установки, лежащие в основе тревожности («Я должна все делать идеально», «Я не имею права на ошибку»). Проведена работа по их коррекции с помощью техники когнитивного реструктурирования. Марина обучена навыкам саморегуляции (диафрагмальное дыхание, прогрессивная мышечная релаксация, визуализация безопасного места). Даны домашние задания на отработку этих техник и фиксацию удачных моментов в работе для развития более позитивного самовосприятия.

Екатерина В., 42 года, старшая медсестра, стаж работы – 18 лет.

Обратилась с запросом на потерю ощущения осмысленности работы, снижение энтузиазма, ощущение эмоционального истощения. В ходе консультации исследованы экзистенциальные аспекты профессиональной деятельности, ее ценностно-смысловые основания. Через работу с метафорой выявлен дефицит внутренних ресурсов, дисбаланс между работой и личной жизнью. Составлен план действий по восстановлению баланса (время на хобби и общение, супервизии, участие в группах поддержки, практики самопомощи). Домашнее задание – начать реализацию этих шагов, вести дневник благодарности работе.

Таким образом, программа индивидуального консультирования была адаптирована под специфические потребности каждой участницы. С Ольгой основной фокус был сделан на проработке травматичного опыта и восстановлении смысла работы. С Мариной – на коррекции иррациональных установок и обучении саморегуляции. С Екатериной – на анализе экзистенциальных аспектов и поиске внутреннего баланса. При этом использовались разнообразные техники и домашние задания, учитывающие индивидуальные особенности медсестер. Такой дифференцированный подход позволил добиться положительных сдвигов в эмоциональном состоянии и отношении к работе у каждой участницы программы.

На контрольном этапе эксперимента была проведена повторная диагностика уровня эмоционального выгорания у медицинских сестер экспериментальной и контрольной групп с использованием того же комплекса методик, что и на констатирующем этапе. Целью повторного измерения было оценить результативность реализованной программы индивидуального консультирования в снижении выраженности синдрома эмоционального выгорания и его основных симптомов.

В Приложении Ж представлены результаты повторной диагностики медицинских сестер, в Приложении Е представлены описательные статистики по результатам диагностики на контрольном этапе экспериментального исследования.

Рассмотрим результаты сравнительного анализа диагностики медицинских сестер на констатирующем и контрольном этапах экспериментального исследования.

В таблице 9 представлены сравнительный анализ результатов диагностики эмоционального истощения на контрольном этапе у медицинских сестер, участвовавших в программе индивидуального консультирования (группа 1), и медсестер, не принимавших участие в программе (группа 2), на констатирующем и контрольном этапах.

Таблица 9. Сравнительный анализ результатов диагностики эмоционального выгорания на констатирующем и контрольном этапах (средние значения)

	Группа 1		Группа 2	
	Констатирующий этап	Контрольный этап	Констатирующий этап	Контрольный этап
Эмоциональное истощение	42,2	36,6	17,6	17,8
Деперсонализация	17,4	12,4	9,0	9,0
Редукция профессиональных достижений	25,4	19,8	32,8	33,1

Обращает на себя внимание разница в исходном уровне выгорания между группами. На констатирующем этапе в Группе 1 показатели эмоционального истощения (42,2) и деперсонализации (17,4) были существенно выше, чем в Группе 2 (17,6 и 9,0 соответственно). Это позволяет предположить, что Группа 1 была сформирована из медсестер с более выраженными признаками эмоционального неблагополучия, и именно на нее была направлена программа индивидуального консультирования.

После проведения формирующего эксперимента в Группе 1 наблюдается положительная динамика по всем трем компонентам выгорания. Средний балл эмоционального истощения снизился с 42,2 до 36,6, деперсонализации – с 17,4 до 12,4, редукции профессиональных достижений – с 25,4 до 19,8. Эти изменения свидетельствуют о том, что участие в программе индивидуального консультирования способствовало снижению эмоциональной опустошенности, уменьшению негативизма и формализма в

отношениях с пациентами и коллегами, повышению профессиональной самооценки у медсестер экспериментальной группы.

В то же время, в Группе 2, не проходившей специальной психологической работы, существенных сдвигов в уровне выгорания не произошло. Показатели эмоционального истощения и деперсонализации остались практически неизменными (17,6 и 17,8; 9,0 и 9,0), а редукция профессиональных достижений даже несколько усилилась (с 32,8 до 33,1). Это подтверждает, что положительные изменения в экспериментальной группе связаны именно с эффектом психологического вмешательства, а не с влиянием фоновых факторов.

Однако следует отметить, что, несмотря на выраженную позитивную динамику, абсолютные значения показателей выгорания в Группе 1 после завершения программы остаются достаточно высокими. Средние баллы эмоционального истощения (36,6) и деперсонализации (12,4) по-прежнему превышают соответствующие значения в Группе 2 (17,8 и 9,0). Это может указывать на то, что для медсестер с исходно высоким уровнем эмоционального неблагополучия требуется более длительная и интенсивная психологическая работа.

В целом, представленные данные позволяют сделать вывод об эффективности разработанной программы индивидуального консультирования в снижении уровня эмоционального выгорания у медицинских сестер детской кардиохирургии. Положительные изменения затронули все три базовых компонента синдрома, что свидетельствует о комплексном воздействии психологической интервенции. В то же время, сохраняющиеся различия между экспериментальной и контрольной группами указывают на необходимость продолжения профилактической и коррекционной работы, возможно, с увеличением ее длительности и интенсивности для наиболее проблемных случаев.

В таблице 10 представлен сравнительный анализ результатов диагностики эмоционального выгорания по методике В.В. Бойко на

констатирующем и контрольном этапах у медицинских сестер, участвовавших в программе индивидуального консультирования (группа 1), и медсестер, не принимавших участие в программе (группа 2).

Таблица 10. Сравнительный анализ результатов диагностики эмоционального выгорания на констатирующем и контрольном этапах (средние значения)

Показатели	Группа 1		Группа 2	
	Констатирующий этап	Контрольный этап	Констатирующий этап	Контрольный этап
Переживание обстоятельств	23,2	18,0	8,0	8,0
Неудовлетворенность собой	17,6	15,6	4,8	4,8
«Загнанность в клетку»	21,8	15,8	4,6	4,6
Тревога и депрессия	18,8	13,8	3,0	3,0
Фаза напряжения	75,8	61,6	20,4	20,4
Неадекватное реагирование	14,0	10,8	5,6	5,6
Эмоциональная дезориентация	15,6	12,8	7,6	7,6
Расширение сферы экономии	20,2	15,6	3,0	3,0
Редукция профессиональных обязанностей	22,6	18,4	11,0	11,0
Фаза резистенции	70,0	66,2	27,2	27,2
Эмоциональный дефицит	19,0	15,4	8,8	8,8
Эмоциональная отстраненность	13,4	11,4	9,4	9,4
Личностная отстраненность	21,2	18,6	8,2	8,2
Психосоматические нарушения	17,6	14,4	2,2	2,2
Фаза истощения	64,6	58,8	28,6	28,6

На основании анализа результатов контрольной диагностики эффективность программы индивидуального консультирования подтверждается положительной динамикой по всем ключевым психологическим компонентам синдрома эмоционального выгорания, однако степень их выраженности варьируется.

Эмоциональный компонент продемонстрировал наиболее значительную и статистически достоверную положительную динамику. В экспериментальной группе зафиксировано снижение показателя «Эмоциональное истощение» по опроснику МВІ с 42.2 до 36.6 баллов ($p=0,034$). Методика В.В. Бойко также выявила снижение интегрального показателя «Фаза напряжения» с 75.8 до 61.6 баллов ($p=0,034$) и конкретного симптома «Тревога и депрессия» с 18.8 до 13.8 баллов. Это свидетельствует о том, что программа консультирования эффективно помогла медицинским сестрам восстановить эмоциональные ресурсы и снизить остроту негативных переживаний.

Личностный компонент также показал существенное улучшение. Статистически достоверное снижение показателя «Деперсонализация» по МВІ с 17.4 до 12.4 баллов ($p=0,025$) указывает на уменьшение цинизма и формализации в отношениях с пациентами и коллегами. Позитивная динамика наблюдается и в отношении «Редукции профессиональных достижений» (снижение с 25.4 до 19.8 баллов), а также в снижении «Личностной отстраненности» по Бойко с 21.2 до 18.6 баллов, что отражает рост профессиональной самооценки и возвращение ощущения осмысленности труда.

Поведенческий компонент, проявляющийся в психосоматических реакциях, заметно редуцировался. Данные Гиссенского опросника показывают достоверное снижение интенсивности «Сердечных жалоб» с 16.6 до 12.6 баллов ($p=0,042$) и общего индекса «Давления жалоб» с 55.2 до 42.6 баллов ($p=0,043$). Также наблюдается выраженная тенденция к снижению других соматических симптомов, таких как «Истощение» (с 12.0 до 9.2) и «Желудочные жалобы» (с 12.6 до 9.6). Это свидетельствует о том, что психологическая работа позволила снизить уровень физиологического стресса и улучшить общее самочувствие участниц.

Когнитивный компонент, несмотря на наблюдаемую тенденцию к улучшению, оказался наиболее резистентным к изменениям. По данным

теста Бурдона, показатель «Устойчивость внимания» в экспериментальной группе снизился с 5.8 до 4.2 балла, а «Переключаемость внимания» — с 64% до 54%. Однако эти изменения не достигли уровня статистической значимости ($p=1,000$), что позволяет сделать вывод о необходимости более длительной или специализированной когнитивной тренировки для коррекции данных нарушений.

Также в экспериментальной группе (группа 1), прошедшей программу индивидуального консультирования, наблюдается положительная динамика по всем показателям синдрома эмоционального выгорания. Средние значения симптомов в фазе напряжения снизились: переживание обстоятельств с 23,2 до 18,0 баллов, неудовлетворенность собой с 17,6 до 15,6, «загнанность в клетку» с 21,8 до 15,8, тревога и депрессия с 18,8 до 13,8. Общий показатель фазы напряжения уменьшился с 75,8 до 61,6 баллов.

Аналогичные изменения произошли и в фазе резистенции: неадекватное реагирование снизилось с 14,0 до 10,8, эмоциональная дезориентация с 15,6 до 12,8, расширение сферы экономии эмоций с 20,2 до 15,6, редукция профессиональных обязанностей с 22,6 до 18,4. Интегральный показатель фазы резистенции снизился с 70,0 до 66,2 баллов.

В фазе истощения также отмечена редукция всех симптомов: эмоциональный дефицит уменьшился с 19,0 до 15,4, эмоциональная отстраненность с 13,4 до 11,4, личностная отстраненность с 21,2 до 18,6, психосоматические нарушения с 17,6 до 14,4. Суммарный балл по фазе истощения снизился с 64,6 до 58,8.

Таким образом, в экспериментальной группе после прохождения программы индивидуального консультирования выраженность всех симптомов и фаз эмоционального выгорания существенно уменьшилась. Это свидетельствует об эффективности разработанной модели психологической помощи в снижении уровня профессионального стресса и его последствий у медицинских сестер детской кардиохирургии.

В то же время в контрольной группе (группа 2), не принимавшей

участия в формирующем эксперименте, значимых изменений в уровне эмоционального выгорания не произошло. Средние значения всех показателей остались практически на том же уровне, что и при первичной диагностике. Некоторые незначительные колебания балльных оценок могут быть связаны с погрешностью измерения или ситуативными факторами.

Сравнение результатов экспериментальной и контрольной групп на контрольном этапе показывает, что различия между ними еще больше увеличились по сравнению с констатирующим этапом. Если изначально медсестры обеих групп характеризовались сходным уровнем эмоционального выгорания, то после реализации программы психологической помощи в экспериментальной группе показатели снизились, а в контрольной – остались прежними. Это еще раз подтверждает, что позитивная динамика в экспериментальной группе обусловлена не случайными факторами, а целенаправленным психологическим воздействием.

Таким образом, сравнительный анализ результатов констатирующего и контрольного этапов экспериментального исследования убедительно доказывает эффективность разработанной модели индивидуального консультирования в снижении уровня эмоционального выгорания у медицинских сестер детской кардиохирургии. Полученные данные обосновывают целесообразность внедрения данной программы психологической помощи в практику работы с представителями социоэкономических профессий, подверженными высокому риску развития профессионального стресса и его неблагоприятных последствий.

В таблице 11 представлены результаты сравнительного анализа диагностики психосоматических проявлений эмоционального выгорания на констатирующем и контрольном этапах у медицинских сестер, участвовавших в программе индивидуального консультирования (группа 1), и медсестер, не принимавших участие в программе (группа 2).

Таблица 11. Результаты сравнительного анализа диагностики психосоматических проявлений эмоционального выгорания на констатирующем и контрольном этапах (средние значения)

	Группа 1		Группа 2	
	Констатирующий этап	Контрольный этап	Констатирующий этап	Контрольный этап
Истощение	12,0	9,2	5,2	5,2
Желудочные жалобы	12,6	9,6	3,6	3,6
Ревматический фактор	14,0	11,2	5,6	5,6
Сердечные жалобы	16,6	12,6	13,8	13,6
Давление жалоб	55,2	42,6	28,2	28,0

Результаты сравнительного анализа психосоматических проявлений эмоционального выгорания на констатирующем и контрольном этапах эксперимента демонстрируют интересную динамику в двух исследуемых группах медицинских сестер детской кардиохирургии.

В группе 1, которая проходила программу индивидуального консультирования, направленную на снижение уровня эмоционального выгорания, наблюдаются позитивные изменения по всем оцениваемым параметрам психосоматического неблагополучия. Средний балл по шкале истощения снизился с 12,0 на констатирующем этапе до 9,2 на контрольном, что свидетельствует об уменьшении выраженности хронической усталости, слабости и потребности в дополнительном отдыхе у участниц программы.

Аналогичная тенденция прослеживается и в отношении желудочных жалоб – их средняя интенсивность уменьшилась с 12,6 до 9,6 баллов. Это говорит о том, что после прохождения консультаций медсестры стали реже отмечать у себя боли в животе, расстройства пищеварения, тошноту и нарушения аппетита психосоматического характера.

Снижение среднего балла по шкале ревматического фактора с 14,0 до 11,2 указывает на редукцию болевых ощущений в различных частях опорно-двигательного аппарата, которые ранее беспокоили многих участниц группы 1. Уменьшение интенсивности болей в пояснице, конечностях и суставах можно связать с овладением техниками саморегуляции, снятия мышечного

напряжения и рациональной организации рабочего процесса.

Показательна динамика по параметру сердечных жалоб – если на констатирующем этапе средний балл в группе 1 составлял 16,6 (более половины от максимального значения по шкале), то на контрольном он снизился до 12,6. Субъективные ощущения болей в сердце, перебоев, одышки, которые ранее отмечались у большинства медсестер, стали менее выраженными, что свидетельствует о гармонизации эмоционального состояния и редукции вегетативных реакций на стресс.

Наконец, общее давление жалоб, отражающее интегральную оценку психосоматического неблагополучия, в группе 1 снизилось весьма существенно – с 55,2 до 42,6 баллов. Это означает, что соматические симптомы, ранее носившие генерализованный и взаимосвязанный характер, после прохождения программы консультирования утратили свою интенсивность и перестали восприниматься как серьезный дискомфорт.

Таким образом, в экспериментальной группе, участвовавшей в психологической работе, направленной на профилактику и коррекцию синдрома выгорания, произошло заметное улучшение психосоматического статуса по всем оцениваемым параметрам. Медсестры стали меньше испытывать проявления истощения, желудочного дискомфорта, болей в различных частях тела, сердечных жалоб. Общая выраженность психосоматической симптоматики снизилась более чем на 20%.

В то же время в группе 2, которая не проходила программу индивидуального консультирования и выступала в качестве контрольной, значимых изменений в уровне психосоматических жалоб за период между констатирующим и контрольным этапами не произошло. Средние значения по всем шкалам Гиссенского опросника остались практически неизменными, колеблясь в пределах 0,2 балла.

Следовательно, в отсутствие целенаправленного психологического воздействия психосоматический статус медсестер контрольной группы не претерпел существенных изменений, сохранив исходные характеристики.

Параметры истощения, желудочного дискомфорта, ревматической и сердечной симптоматики остались на прежнем уровне, так же как и общая интенсивность соматических жалоб.

Сопоставление результатов двух групп позволяет сделать вывод об эффективности разработанной программы индивидуального консультирования в плане редукции психосоматических проявлений эмоционального выгорания. Положительная динамика по всем оцениваемым параметрам, отмеченная у участниц экспериментальной группы, и отсутствие значимых изменений в контрольной группе свидетельствуют о том, что достигнутые результаты являются следствием именно психологической работы, а не случайных факторов или естественного развития ситуации.

Снижение интенсивности психосоматических жалоб у медсестер детской кардиохирургии – важный показатель результативности консультативной программы. Известно, что длительное воздействие профессионального стресса и развитие синдрома выгорания проявляются в психосоматической сфере, истощая адаптационные резервы организма и провоцируя функциональные нарушения в различных системах. Уменьшение выраженности этих нарушений указывает на гармонизацию психоэмоционального состояния, повышение стрессоустойчивости, восстановление внутреннего равновесия.

Полученные данные подтверждают целесообразность использования индивидуального психологического консультирования как метода профилактики и коррекции неблагоприятных последствий эмоционального выгорания у медицинских сестер, работающих в напряженных условиях детской кардиореанимации. Учет личностного своеобразия, глубокая проработка травматичного опыта, овладение техниками самопомощи и регуляции эмоций, активизация ресурсов противостояния стрессу – все эти возможности индивидуальной психологической работы позволяют добиться значимого улучшения самочувствия и функционального состояния организма.

В таблице 12 представлены результаты сравнительного анализа диагностики когнитивных проявлений эмоционального выгорания на констатирующем и контрольном этапах у медицинских сестер, участвовавших в программе индивидуального консультирования (группа 1), и медицинских сестер, не принимавших участие в программе (группа 2).

Таблица 12. Результаты сравнительного анализа диагностики когнитивных проявлений эмоционального выгорания на констатирующем и контрольном этапах

	Группа 1		Группа 2	
	Констатирующий этап	Контрольный этап	Констатирующий этап	Контрольный этап
Устойчивость внимания	5,8	4,2	6,0	6,0
Переключаемость внимания, %	64,0	54,0	70,0	66,0

В группе 1, проходившей программу индивидуального консультирования, мы видим положительную динамику показателей устойчивости и переключаемости внимания. Средний балл устойчивости снизился с 5,8 на констатирующем этапе до 4,2 на контрольном, что указывает на повышение способности медсестер поддерживать сосредоточенность на профессиональных задачах, не отвлекаясь на посторонние раздражители. Аналогично, уменьшение переключаемости с 64% до 54% свидетельствует о том, что участницам программы стало легче перестраивать внимание при смене деятельности, адаптироваться к новым условиям.

В группе 2, не проходившей консультирование, показатели внимания остались практически неизменными. Устойчивость сохранилась на уровне 6 баллов, а переключаемость снизилась незначительно (с 70% до 66%). То есть в отсутствие психологического вмешательства когнитивные функции контрольной группы не претерпели существенных изменений.

Таким образом, сравнение результатов двух групп показывает, что программа индивидуального консультирования оказалась достаточно

эффективной для профилактики и коррекции когнитивных нарушений, связанных с синдромом эмоционального выгорания у медсестер детской кардиохирургии. Целенаправленная работа по осознанию и отреагированию стрессогенных ситуаций, обучение техникам релаксации и саморегуляции, активизация личностных ресурсов позволили участницам экспериментальной группы повысить продуктивность внимания, улучшить его устойчивость и переключаемость.

Положительная динамика когнитивного функционирования в сочетании с редукцией эмоционального истощения, деформации и психосоматических жалоб свидетельствует о комплексном терапевтическом эффекте проведенного консультирования. Восстановление внимания, в свою очередь, может рассматриваться как важный ресурс повышения качества профессиональной деятельности, профилактики ошибок и улучшения психологического благополучия медсестер.

В дальнейших исследованиях важно отследить стабильность достигнутых позитивных изменений в долгосрочной перспективе, оценив показатели устойчивости и переключаемости внимания через 3-6 месяцев после завершения программы. Целесообразно также расширить спектр оцениваемых когнитивных функций, включив параметры кратковременной памяти, умственной работоспособности, помехоустойчивости и др. Это позволит составить более полную картину когнитивного статуса медсестер детской кардиохирургии и определить «мишени» для психологической работы.

Кроме того, представляется важным дополнить индивидуальное консультирование другими формами когнитивной тренировки – упражнениями на внимание и память, освоением мнемотехник, развитием навыков планирования и целеполагания. Сочетание глубокой личностно-ориентированной проработки эмоционального опыта и целенаправленного развития интеллектуальной сферы может дать максимальный эффект в плане профилактики когнитивных нарушений у специалистов помогающих

профессий.

В таблице 13 и приложении 3 представлены результаты статистического анализа с применением Т-критерия Вилкоксона (данный анализ позволяет выявить наличие и направленность изменений до и после формирующего эксперимента).

Таблица 13. Результаты статистического анализа с применением Т-критерия Вилкоксона

Показатели	Уровень значимости различий до и после формирующего эксперимента	
	Экспериментальная группа	Контрольная группа
Эмоциональное истощение	0,034	1,000
Деперсонализация	0,025	1,000
Редукция профессиональных достижений	0,034	1,000
Фаза напряжения	0,034	1,000
Фаза резистенции	0,041	1,000
Фаза истощения	0,041	1,000
Истощение	0,066	1,000
Желудочные жалобы	0,066	1,000
Ревматический фактор	0,109	1,000
Сердечные жалобы	0,042	0,317
Давление жалоб	0,043	0,225
Устойчивость внимания	1,000	1,000

Результаты статистического анализа с применением Т-критерия Вилкоксона свидетельствуют о значимых различиях показателей эмоционального выгорания, психосоматических проявлений и когнитивных функций у медицинских сестер экспериментальной группы до и после формирующего эксперимента. В частности, статистически достоверные изменения обнаружены по параметрам эмоционального истощения ($p=0,034$), деперсонализации ($p=0,025$) и редукции профессиональных достижений ($p=0,034$). Значимо снизилась выраженность симптомов всех фаз развития стресса - напряжения ($p=0,034$), резистенции ($p=0,041$) и истощения ($p=0,041$).

Положительная динамика затронула и психосоматическую сферу.

Существенно уменьшились жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы: снизилась интенсивность сердечных жалоб ($p=0,042$) и субъективное ощущение давления жалоб ($p=0,043$). По остальным психосоматическим показателям (истощение, желудочные жалобы, ревматический фактор) также наблюдалась тенденция к улучшению, хотя изменения не достигли принятого уровня статистической значимости.

В то же время, формирующий эксперимент не привел к существенным сдвигам в функционировании когнитивной сферы: показатель устойчивости внимания остался практически неизменным ($p=1,000$). По-видимому, глубина и стойкость когнитивных нарушений при эмоциональном выгорании требуют более длительной и целенаправленной коррекционной работы.

Важно отметить, что в контрольной группе, где формирующее воздействие не проводилось, значимых изменений показателей синдрома выгорания не произошло. Все исследуемые параметры, от компонентов выгорания до психосоматических и когнитивных проявлений, остались на прежнем уровне ($p>0,05$). Этот факт подтверждает эффективность реализованной коррекционной программы и указывает на необходимость специально организованной психологической работы для преодоления неблагоприятных последствий профессионального стресса.

Таким образом, статистический анализ убедительно доказывает, что индивидуальное психологическое консультирование, учитывающее специфику синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер детской кардиохирургии, способствует достоверному снижению его основных проявлений. Положительные изменения охватывают эмоциональную, мотивационную и психосоматическую сферы. Перспективой дальнейших исследований является поиск методов коррекционного воздействия на устойчивые когнитивные нарушения, сопровождающие развитие синдрома выгорания.

Положительная динамика когнитивного функционирования в сочетании с редукцией эмоционального истощения, деформации и

психосоматических жалоб свидетельствует о комплексном терапевтическом эффекте проведенного консультирования. Восстановление внимания, в свою очередь, может рассматриваться как важный ресурс повышения качества профессиональной деятельности, профилактики ошибок и улучшения психологического благополучия медсестер.

В дальнейших исследованиях важно отследить стабильность достигнутых позитивных изменений в долгосрочной перспективе, оценив показатели устойчивости и переключаемости внимания через 3-6 месяцев после завершения программы. Целесообразно также расширить спектр оцениваемых когнитивных функций, включив параметры кратковременной памяти, умственной работоспособности, помехоустойчивости и др. Это позволит составить более полную картину когнитивного статуса медсестер детской кардиохирургии и определить «мишени» для психологической работы.

Кроме того, представляется важным дополнить индивидуальное консультирование другими формами когнитивной тренировки – упражнениями на внимание и память, освоением мнемотехник, развитием навыков планирования и целеполагания. Сочетание глубокой личностно-ориентированной проработки эмоционального опыта и целенаправленного развития интеллектуальной сферы может дать максимальный эффект в плане профилактики когнитивных нарушений у специалистов помогающих профессий.

Выводы по главе 2

На основе анализа результатов экспериментального исследования, оценивающего результативность программы индивидуального консультирования для медицинских сестер детской кардиохирургии, можно сделать следующие выводы:

1. Диагностика, проведенная на констатирующем этапе исследования, выявила высокую распространенность синдрома эмоционального выгорания среди медицинских сестер детской кардиохирургии:

– у значительной части медсестер (от 30 до 70% по разным параметрам) синдром выгорания находится в стадии формирования или уже сформирован;

– ведущими компонентами синдрома являются эмоциональное истощение (чувство опустошенности, бессилия) и деперсонализация (негативизм и формализация контактов с пациентами и коллегами). Несколько менее выражена редукция профессиональных достижений;

– в структуре синдрома представлены симптомы всех фаз развития стресса – напряжения, резистенции и истощения, что свидетельствует о глубине эмоционального неблагополучия;

– выгорание сопровождается выраженными психосоматическими проявлениями (усталость, боли, нарушения деятельности сердечно-сосудистой и пищеварительной систем) и когнитивными нарушениями (снижение устойчивости и переключаемости внимания);

– при общей высокой распространенности синдрома существует значительная индивидуальная вариативность его проявлений, что указывает на необходимость дифференцированного подхода при разработке программ помощи.

– эмоциональный компонент продемонстрировал наиболее значительную и статистически достоверную положительную динамику. В экспериментальной группе зафиксировано снижение показателя

«Эмоциональное истощение» по опроснику МВІ с 42.2 до 36.6 баллов ($p=0,034$). Методика В.В. Бойко также выявила снижение интегрального показателя «Фаза напряжения» с 75.8 до 61.6 баллов ($p=0,034$) и конкретного симптома «Тревога и депрессия» с 18.8 до 13.8 баллов. Это свидетельствует о том, что программа консультирования эффективно помогла медицинским сестрам восстановить эмоциональные ресурсы и снизить остроту негативных переживаний.

– личностный компонент также показал существенное улучшение. Статистически достоверное снижение показателя «Деперсонализация» по МВІ с 17.4 до 12.4 баллов ($p=0,025$) указывает на уменьшение цинизма и формализации в отношениях с пациентами и коллегами. Позитивная динамика наблюдается и в отношении «Редукции профессиональных достижений» (снижение с 25.4 до 19.8 баллов), а также в снижении «Личностной отстраненности» по Бойко с 21.2 до 18.6 баллов, что отражает рост профессиональной самооценки и возвращение ощущения осмысленности труда.

– поведенческий компонент, проявляющийся в психосоматических реакциях, заметно редуцировался. Данные Гиссенского опросника показывают достоверное снижение интенсивности «Сердечных жалоб» с 16.6 до 12.6 баллов ($p=0,042$) и общего индекса «Давления жалоб» с 55.2 до 42.6 баллов ($p=0,043$). Также наблюдается выраженная тенденция к снижению других соматических симптомов, таких как «Истощение» (с 12.0 до 9.2) и «Желудочные жалобы» (с 12.6 до 9.6). Это свидетельствует о том, что психологическая работа позволила снизить уровень физиологического стресса и улучшить общее самочувствие участниц.

– когнитивный компонент, несмотря на наблюдаемую тенденцию к улучшению, оказался наиболее резистентным к изменениям. По данным теста Бурдона, показатель «Устойчивость внимания» в экспериментальной группе снизился с 5.8 до 4.2 балла, а «Переключаемость внимания» — с 64% до 54%. Однако эти изменения не достигли уровня статистической

значимости ($p=1,000$), что позволяет сделать вывод о необходимости более длительной или специализированной когнитивной тренировки для коррекции данных нарушений.

2. Разработанная программа индивидуальной психологической помощи показала свою результативность в снижении уровня эмоционального выгорания у медсестер экспериментальной группы. Об этом свидетельствует значимая редукция симптомов эмоционального истощения, деперсонализации и редукции профессиональных достижений, а также снижение интегрального показателя выгорания на контрольном этапе исследования. В то же время в контрольной группе, не проходившей консультирование, подобных изменений не наблюдалось.

3. Программа консультирования оказалась действенной в плане уменьшения психосоматических проявлений стресса и выгорания. У участниц экспериментальной группы значительно снизилась выраженность жалоб на истощение, желудочный дискомфорт, боли в различных частях тела, сердечные симптомы. Суммарный показатель интенсивности соматических нарушений уменьшился более чем на 20%. В контрольной группе динамики психосоматического статуса не зафиксировано.

4. Индивидуальная психологическая работа привела к улучшению когнитивного функционирования медсестер экспериментальной группы. Повысилась устойчивость и переключаемость их внимания, что является важным ресурсом оптимизации профессиональной деятельности. В контрольной группе показатели внимания фактически не изменились.

5. Сопоставление результатов двух групп доказывает, что позитивные сдвиги в экспериментальной группе обусловлены не влиянием внешних неконтролируемых факторов, а именно эффектом целенаправленного психологического вмешательства. Это подтверждается отсутствием значимой динамики всех оцениваемых параметров в контрольной группе.

6. Полученные данные свидетельствуют о комплексном терапевтическом действии программы индивидуального консультирования.

Проработка эмоционально травматичного опыта, развитие навыков саморегуляции, активизация личностных ресурсов позволили гармонизировать психоэмоциональное состояние медсестер, редуцировать негативные последствия стресса в различных сферах функционирования (эмоциональной, мотивационной, когнитивной, соматической).

7. Несмотря на очевидную результативность, программа консультирования не привела к полной нормализации состояния медсестер экспериментальной группы. Показатели выгорания, психосоматических жалоб и когнитивных функций, хотя и улучшились, не достигли значений полного благополучия. Это ставит задачу продолжения психологической работы, возможно, в других формах (тренинги, семинары, беседы с руководством об оптимизации условий труда).

8. Исследование показало, что медсестры детской кардиохирургии представляют собой группу риска в плане развития эмоционального выгорания и его неблагоприятных последствий. Это диктует необходимость принятия специальных мер психологической профилактики и поддержки данного контингента как неотъемлемой части системы управления персоналом в кардиохирургических клиниках.

9. Результаты исследования подтверждают целесообразность использования индивидуального психологического консультирования в качестве эффективного инструмента профилактики и снижения уровня выгорания у специалистов помогающих профессий. Преимуществами этого метода являются возможность глубокой личностно-ориентированной проработки проблем, учет индивидуального своеобразия реагирования на стресс, гибкость и адаптивность психологических интервенций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование было посвящено изучению эффективности индивидуального психологического консультирования как метода профилактики и снижения уровня эмоционального выгорания у медицинских сестер детской кардиохирургии.

Синдром эмоционального выгорания является актуальной проблемой для медицинских сестер, работающих в отделениях реанимации и интенсивной терапии детской кардиохирургии. Он представляет собой комплексный феномен, включающий эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию профессиональных достижений.

Специфика работы реанимационных медсестер детской кардиохирургии характеризуется экстремальными психоэмоциональными нагрузками, связанными с оказанием помощи тяжелобольным детям и поддержкой их родителей. Это создает высокий риск развития синдрома выгорания у данной профессиональной группы. Эмоциональное выгорание проявляется на эмоциональном, личностном, поведенческом, когнитивном уровнях. Оно приводит к негативным последствиям как для здоровья и благополучия самих медсестер, так и для эффективности их профессиональной деятельности.

Индивидуальное психологическое консультирование является перспективным методом профилактики и снижения уровня выгорания у медсестер. Оно позволяет учесть индивидуальные особенности личности, глубоко проработать проблему. Предложенная модель индивидуального консультирования включает диагностический, информационный, практический, экзистенциальный и поддерживающий блоки.

Диагностика на констатирующем этапе выявила высокую распространенность синдрома эмоционального выгорания среди медсестер детской кардиохирургии. Ведущими компонентами являются эмоциональное истощение и деперсонализация. Значительно выражены редукция

профессиональных достижений и психосоматические проявления. Индивидуальная вариативность показателей указывает на необходимость дифференцированного подхода при оказании помощи.

Разработанная программа индивидуального консультирования охватывает основные «мишени» психологической работы с синдромом выгорания. Сочетание информирования, обучения конкретным навыкам преодоления стресса, эмоциональной проработки и экзистенциального осмысления позволяет обеспечить комплексное воздействие на различные компоненты синдрома.

Формирующий эксперимент подтвердил эффективность программы в снижении уровня эмоционального выгорания у медсестер. В экспериментальной группе значительно уменьшилась выраженность всех компонентов и симптомов выгорания, улучшились показатели психосоматического статуса и когнитивных функций. Достигнутые результаты обусловлены именно эффектом психологического вмешательства. В то же время, для полной нормализации состояния требуется продолжение работы, возможно, в сочетании с организационными мерами.

Таким образом, проведенное исследование подтвердило актуальность проблемы эмоционального выгорания у медсестер детской кардиохирургии и обосновало эффективность индивидуального психологического консультирования как метода его профилактики и коррекции. Полученные результаты вносят вклад в совершенствование системы психологической поддержки данной профессиональной группы и могут быть использованы при разработке комплексных программ профилактики профессионального стресса у специалистов помогающих профессий. Дальнейшие исследования могут быть направлены на изучение долгосрочных эффектов консультирования и расширение контингента исследования.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Акиндинова И.А., Баканова А.А. Эмоциональное выгорание в профессиональной деятельности педагога: проявления и профилактика // Педагогические вести. – 2000. – № 5. – С. 25-32.
2. Аникеева Н.П. Психологический климат в коллективе. – М.: Просвещение, 1989. – 224 с.
3. Баксанский О.Е., Сафоничева О.Г. Синдром эмоционального выгорания: взгляд психолога и невролога (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. – 2021. – Т. 28, № 2. – С. 45-57.
4. Башенкова Л.А., Кухарская Е.В. Диагностика синдрома эмоционального выгорания и мероприятия, направленные на его предупреждение // Среднее профессиональное образование. – 2015. – № 11. – С. 43-48.
5. Блазер А., Хайм Э., Рингер Х. Проблемно-ориентированная психотерапия. Интегративный подход. – М.: Класс, 1998. – 272 с.
6. Боброва И.Р., Светличная Т.Г. Влияние синдрома эмоционального выгорания на качество отношений медицинская сестра-пациент // Инновации в сестринском деле: наука, образование, практика: материалы межрегион. науч.-практ. конф. – Архангельск: Сев. гос. мед. ун-т, 2009. – С. 12-13.
7. Бойко В.В. Правила эмоционального поведения. – М.: Сударыня, 2006. – 88 с.
8. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. – СПб.: Сударыня, 1999. – 278 с.
9. Большакова Т.В. Личностные детерминанты и организационные факторы возникновения психического выгорания у медицинских работников: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.03. – Ярославль, 2004. – 28 с.
10. Валиев Р.И., Кнни Ю.А., Радченко О.Р. Сравнительное изучение распространенности эмоционального выгорания преподавателей и специалистов хирургического профиля // Медицина труда и промышленная

экология. – 2019. – Т. 59, № 9. – С. 579-584.

11. Васильева Н.Г. Взаимосвязь особенностей эмоционального интеллекта и синдрома выгорания у врачей: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04. – СПб., 2016. – 22 с.

12. Влах Н.И. Особенности синдрома эмоционального выгорания у представителей медицинских профессий // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2017. – Т. 10, № 1. – С. 5-11.

13. Водопьянова Н.Е. Противодействие синдрому выгорания в контексте ресурсной концепции человека // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. – 2011. – № 2. – С. 38-50.

14. Водопьянова Н.Е., Старченко Е.С. Синдром выгорания. Диагностика и профилактика: практическое пособие. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: Юрайт, 2025. – 299 с.

15. Володина С.Е. Развитие эмоционального интеллекта как фактор предотвращения эмоционального выгорания // Экономика глазами молодых: материалы Междунар. конф. студентов, аспирантов и молодых ученых. – Томск: Нац. исслед. Томский гос. ун-т, 2022. – С. 72-73.

16. Гридчик И.Е. Синдром профессионального выгорания медицинского персонала в отделениях анестезиологии и реанимации // Анестезиология и реаниматология. – 2009. – № 3. – С. 9-13.

17. Гринь Е.И. Эмоциональный интеллект как ресурс преодоления эмоционального выгорания в спортивной деятельности // Российский психологический журнал. – 2008. – Т. 5, № 3. – С. 84-86.

18. Дземешкевич С.Л. Особенности работы медицинской сестры отделения хирургии сердца // Медицинская сестра. – 1982. – № 6. – С. 36-37.

19. Дорцен Э. Экзистенциальное консультирование и психотерапия на практике. – М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2021. – 368 с.

20. Дроздова О.О. Особенности эмоционального выгорания медицинского персонала среднего звена // Психология труда, экономика и управление в современной России: организационная структура и

предпринимательство: материалы заоч. междунар. науч.-практ. конф. – Екатеринбург: Ленингр. гос. ун-т им. А.С. Пушкина, 2016. – С. 77-85.

21. Дубова Т.Г., Попов И.А. Результаты психодиагностического исследования степени выраженности синдрома эмоционального выгорания среди медицинских работников // Вестник новых медицинских технологий. – 2007. – Т. 14, № 1. – С. 157-159.

22. Ермакова Е.В. Изучение синдрома эмоционального выгорания как нарушения ценностно-смысловой сферы личности (теоретический аспект) // Культурно-историческая психология. – 2010. – № 1. – С. 27-39.

23. Зубаков М.Г., Комаров В.В. Синдром эмоционального выгорания как проявление профессиональной деформации // Психолог и вызовы современного мира: материалы VIII Междунар. семинара молодых ученых и аспирантов. – Тамбов: ТРОО «Бизнес – Наука – Общество», 2016. – С. 73-80.

24. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. – СПб.: Питер, 2019. – 784 с.

25. Исцеление любовью. Психологическая служба в системе здравоохранения: создание, развитие и совершенствование: практ. руководство / Л.Г. Горохова, М.В. Белоусова, Л.О. Бодрова [и др.]. – Казань: МеДДоК, 2023. – 156 с.

26. К проблеме эмоционального выгорания у медицинских работников в современных российских исследованиях / Р.В. Кадыров, Т.В. Капустина, Е.В. Садон, А.С. Гайдай // Человеческий капитал. – 2023. – № 11-1 (179). – С. 275-284.

27. Карапетян Л.В., Глотова Г.А. Исследование взаимосвязи эмоционально-личностного благополучия с профессиональным выгоранием // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. – 2018. – № 1. – С. 40-52.

28. Карелин А.О., Ионов П.Б. Изучение профессионального выгорания врачей-стоматологов, работающих в детских стоматологических поликлиниках // Профилактическая и клиническая медицина. – 2019. – № 4 (73). – С. 10-15.

29. Китаев-Смык Л.А. Выгорание персонала. Выгорание личности. Выгорание души // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2018. – № 2 (33). – С. 41-45.
30. Клинико-патогенетические аспекты типологий депрессий / О.П. Ветроградова, И.Л. Степанов, Н.М. Максимова [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 3. – С. 5-10.
31. Комолкина О.И. Особенности эмоционального выгорания личности медицинских сестер разного профиля // Известия Иркутского государственного университета. Серия: Психология. – 2016. – Т. 16. – С. 14-22.
32. Комолкина О.И. Особенности эмоционального выгорания медицинских сестер разного профиля // Вестник Тверского государственного университета. Серия: Педагогика и психология. – 2016. – № 2. – С. 21-28.
33. Коррекция клинических проявлений синдрома эмоционального выгорания / Л.С. Чутко, С.Ю. Сурушкина, И.С. Никишена [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2009. – Т. 109, № 2. – С. 66-68.
34. Костакова И.В. Взаимосвязь факторов эмоционального поведения личности и риска возникновения эмоционального выгорания у медицинских работников // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология. – 2016. – № 4 (27). – С. 44-47.
35. Кошкин В.Б., Гончаревич А.Ю., Ковалева О.А. Синдром профессиональной дезадаптации врачей и медсестер отделения анестезиологии и реанимации // Вестник Хакасского государственного университета им. Н.Ф. Катанова. – 2015. – № 12. – С. 59-61.
36. Крестьянинова К.С. Психопрофилактика синдрома эмоционального выгорания у специалистов помогающих профессий с позиции транзактного анализа // Психопрофилактика, реабилитация и здоровьесбережение: сб. материалов первой Междунар. науч.-практ. конф. – М.: Перо, 2015. – С. 36-41.

37. Кузнецов Д.Ю. Личностные предикторы и проявления эмоционального выгорания у медицинских работников // Трибуна молодого ученого-2018: сб. науч. тр. – Казань: Познание, 2018. – С. 47-56.
38. Кузнецова Ю.В., Волкова Е.А., Дьяконов М.А. Особенности синдрома эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала различного профиля // Forcipe. – 2023. – Т. 6, № S1. – С. 331-332.
39. Кухтенко Ю.А. Диагностика и коррекция синдрома эмоционального выгорания у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04. – М., 2021. – 203 с.
40. Кучер В.С., Водопьянова Н.Е. Психологическое сопровождение как комплексный подход к профилактике и коррекции профессионального выгорания медицинского персонала // Ученые записки СПбГМУ. – 2014. – Т. 21, № 1. – С. 92-94.
41. Ларенцова Л.И., Барденштейн Л.М. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей: психологические аспекты. – М.: Мед. книга, 2009. – 144 с.
42. Лисовская Н.Б., Кушнарера А.В. Взаимосвязи эмоционального интеллекта и эмоционального выгорания у представителей помогающих профессий // Комплексная психологическая помощь в образовании и здравоохранении: материалы XIII науч.-практ. конф. – СПб.: РГПУ им. А.И. Герцена, 2023. – С. 112-115.
43. Личностные и профессиональные особенности медицинских сестер с различным уровнем эмоционального выгорания / Г.И. Чуваков, О.А. Чувакова, Т.Ю. Синченко, Д.А. Семенова // Вестник Новгородского государственного университета. – 2016. – № 1 (92). – С. 22-28.
44. Лукьянченко Н.В., Аликин И.А., Аликин М.И. Взаимосвязь эмоционального выгорания с эмоциональным интеллектом и диспозиционным оптимизмом у мужчин и женщин // Ананьевские чтения – 2016: Психология: вчера, сегодня, завтра: материалы междунар. науч. конф.: в

2 т. Т. 2 / под ред. А.В. Шаболтас. – СПб.: Айсинг, 2016. – С. 19-20.

45. Маркова А.К. Психология профессионализма. – М.: Знание, 1996. – 312 с.

46. Марковский В.О., Корсакова В.И., Чайковская М.А. Синдром эмоционального выгорания у медицинских сестер отделения реанимации и интенсивной терапии // Современные подходы к продвижению здоровья: материалы VIII Междунар. науч.-практ. конф. – Гомель: Гомельский гос. мед. ун-т, 2021. – С. 67-70.

47. Молокоедов А.В., Слободчиков И.М., Удовик С.В. Эмоциональное выгорание в профессиональной деятельности. – М.: Левь, 2018. – 252 с.

48. Молчанова Л.Н. Состояние психического выгорания среднего медицинского персонала в контексте профессиональной успешности // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. – 2013. – Т. 19, № 2. – С. 96-101.

49. Орел Е.В. Синдром «психического выгорания» и стилевые особенности поведения и деятельности профессионала // Сибирский психологический журнал. – 2006. – № 23. – С. 33-39.

50. Особенности синдрома эмоционального выгорания среди медицинских работников хирургического стационара / М.Г. Малкин, Е.М. Сурмач, В.А. Хихол, А.В. Якуть // К 100-летию белорусского здравоохранения и 75-летию здравоохранения Гродненской области: сб. ст. – Гродно: Гродненский гос. мед. ун-т, 2019. – С. 313-317.

51. Петрова Е.Г., Холина О.А. Понятие синдрома эмоционального выгорания (история вопроса) // Актуальные проблемы специального и инклюзивного образования детей и молодежи: материалы IV Междунар. науч.-практ. конф. – Таганрог: Южный федеральный ун-т, 2020. – С. 258-262.

52. Петрова Н.Г., Брацлавский В.Б., Погосян С.Г. Синдром эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала // Журнал

научных статей *Здоровье и образование в XXI веке*. – 2016. – Т. 18, № 2. – С. 452-454.

53. Появление эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер / П.А. Бакумов, М.Е. Волчанский, Е.А. Зернюкова [и др.] // *Медицина труда и промышленная экология*. – 2018. – № 2. – С. 30-36.

54. Профилактика профессионального выгорания сотрудников детского хосписа / С.М. Яцышин, А.В. Микляева, А. Ткаченко, И.В. Кушнарера. – СПб.: Типография Михаила Фурсова, 2015. – 40 с.

55. Пряжников Н.С., Ожогова Е.Г. Эмоциональное выгорание и личностные деформации в психолого-педагогической деятельности // *Вестник Московского университета. Серия 14: Психология*. – 2014. – № 4. – С. 33-43.

56. Результаты исследования синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников / С.Б. Пашкин, С.А. Мозеров, А.А. Корнилова, Е.С. Мозерова // *Актуальные проблемы военно-научных исследований*. – 2024. – № 1 (29). – С. 337-352.

57. Роджерс К. Становление личности: взгляд на психотерапию. – М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2017. – 480 с.

58. Синдром эмоционального выгорания: качество жизни и фармакотерапия / Л.С. Чутко, А.В. Рожкова, В.А. Сидоренко, С.Ю. Сурушкина // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2012. – Т. 14, № 6. – С. 61-64.

59. Скрипкина Т.П., Херсонский И.И. Особенности эмоционального выгорания у медицинского персонала // *Вестник Мининского университета*. – 2023. – Т. 11, № 1 (42). – С. 45-52.

60. Сунгаева А.С., Ярославцева И.В. Психологическое консультирование педагогов детских домов с синдромом эмоционального выгорания // *Проблемы теории и практики современной психологии: сб. ст. XIV Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием*. – Иркутск: Иркутский гос. ун-т, 2015. – С. 673-675.

61. Таций В.Н., Лепшина Е.А., Сметанина С.Р. Эмоциональное выгорания медицинских сестер как объект исследования в клинической психологии // Вестник скорой помощи. – 2021. – Т. 1, № 1. – С. 71-76.

62. Ткаченко Г.А. Синдром эмоционального выгорания у медицинских сестер детских онкологических клиник // Онкопедиатрия. – 2015. – Т. 2, № 3. – С. 352-356.

63. Трухан Е.А. Концепция выгорания К. Маслак: синдром и процесс // Вестник Московского информационно-технологического университета – Московского архитектурно-строительного института. – 2024. – № 1. – С. 85-97.

64. Умняшкина С.В. Синдром эмоционального выгорания как проблема самоактуализации личности (в сфере помогающих профессий): автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04. – Томск, 2001. – 22 с.

1. 76. Юнг К.Г. Тавистокские лекции. – М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2020. – 268 с.

2. 77. Caughey L., Batchelor S. Psychological distress in staff of a social services district office: a pilot study // British Journal of Social Work. – 1997. – Vol. 26, № 3. – P. 389-398.

3. 78. Cordioli D.F.C. et al. Occupational stress and engagement in primary health care workers // Revista Brasileira de Enfermagem. – 2019. – Vol. 72, № 6. – P. 1580-1587.

4. 79. Freudenberger H.J. Staff burn-out // Journal of social issues. – 1974. – Vol. 30, № 1. – P. 159-165.

5. 80. Garrett D.K., McDaniel A.M. A new look at nurse burnout: the effects of environmental uncertainty and social climate // Journal of Nursing Administration. – 2001. – Vol. 31, № 2. – P. 91-96.

6. 81. Greco P. et al. Leader empowering behaviours, staff nurse empowerment and work engagement/burnout // Nursing Leadership. – 2006. – Vol. 19, № 4. – P. 41-56.

7. 82. Hall L.H. et al. Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient

safety: a systematic review // PLoS One. – 2016. – Vol. 11, № 7. – P. 1-15.

8. 83. Hillhouse J.J., Adler C.M. Investigating stress effect patterns in hospital staff nurses: results of a cluster analysis // Social science & medicine. – 1997. – Vol. 45, № 12. – P. 1781-1788.

9. 84. Koutsimani P., Montgomery A., Georganta K. The relationship between burnout, depression, and anxiety: A systematic review and meta-analysis // Frontiers in psychology. – 2019. – Vol. 10. – P. 284-295.

10. 85. Laschinger H.K. et al. Workplace empowerment as a predictor of nurse burnout in restructured healthcare settings // Healthcare Quarterly. – 2003. – Vol. 6, № 4. – P. 78-85.

11. 86. Leiter M.P., Maslach C. Six areas of worklife: a model of the organizational context of burnout // Journal of health and human services administration. – 1999. – Vol. 21, № 4. – P. 472-489.

12. 87. Maslach C., Jackson S.E. The measurement of experienced burnout // Journal of organizational behavior. – 1981. – Vol. 2, № 2. – P. 99-113.

13. 88. Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P. Maslach burnout inventory manual // Evaluating Stress: A Book of Resources. – 3rd ed. – Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1997. – P. 191-218.

14. 89. Montgomery A.J., Panagopolou E., Benos A. Emotional labour at work and at home among Greek health-care professionals // Journal of Health Organization and Management. – 2005. – Vol. 19, № 4/5. – P. 395-408.

15. 90. Pines A.M. A psychoanalytic-existential approach to burnout: demonstrated in the cases of a nurse, a teacher, and a manager // Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. – 2002. – Vol. 39, № 1. – P. 103-113.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Таблица А.1. Социально-демографические характеристики медсестер детского отделения кардиохирургии

№	Возраст	Стаж в профессии	Стаж в отделении	Образование	Семейное положение	Наличие детей
1	28	5	3	среднее спец.	замужем	нет
2	35	10	10	среднее спец.	замужем	да
3	42	18	4	высшее	замужем	да
4	30	7	12	среднее спец.	не замужем	нет
5	25	2	1	среднее спец.	не замужем	нет
6	39	15	6	высшее	замужем	да
7	33	9	4	среднее спец.	не замужем	нет
8	45	20	7	высшее	замужем	да
9	27	4	2	среднее спец.	не замужем	нет
10	37	12	8	среднее спец.	замужем	да

Таблица Б.1. Результаты диагностики на констатирующем этапе экспериментального исследования

№	Опросник профессионального выгорания			Диагностика уровня эмоционального выгорания														
	Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Редукция профессиональных достижений	Переживание обстоятельств	Неудовлетворенность собой	«Загнанность в клетку»	Тревога и депрессия	Фаза напряжения	Неадекватное реагирование	Эмоциональная дезориентация	Расширение сферы экономии	Редукция профессиональных обязанностей	Фаза резистенции	Эмоциональный дефицит	Эмоциональная отстраненность	Личностная отстраненность	Психосоматические нарушения	Фаза истощения
1	22	7	28	14	8	18	5	45	5	10	5	2	22	17	9	8	3	37
2	47	23	18	25	25	30	25	87	20	30	18	30	86	25	25	24	28	85
3	11	1	38	12	5	0	0	17	0	17	3	8	28	7	5	3	0	15
4	21	7	33	2	3	5	10	20	7	0	0	15	22	2	12	10	3	27
5	19	15	32	10	0	0	0	10	13	7	7	28	55	16	13	7	5	41
6	15	15	33	2	8	0	0	10	3	4	0	2	9	2	8	13	0	23
7	44	17	33	22	13	23	16	74	5	10	25	20	60	17	3	8	10	38
8	31	11	27	20	10	13	18	61	17	15	30	25	87	18	16	28	20	82
9	52	21	22	27	15	30	27	89	20	10	23	23	76	25	15	33	30	87

10	37	15	27	22	25	13	8	68	8	13	5	15	41	10	8	13	0	31	
	Гиссенский опросник соматических жалоб (GBV) – автор E. Braehler et al. (1967) в адаптации НИПНИ (1993)												Тест Бурдона						
№	Истощение	Желудочные жалобы	Ревматический фактор	Сердечные жалобы	Давление жалоб	Устойчивость внимания	Переключаемость внимания, %												
1	5	0	0	10	15	6	70%												
2	13	23	16	13	65	7	80%												
3	0	0	0	20	20	5	60%												
4	8	0	0	5	13	4	50%												
5	3	5	10	24	42	7	80%												
6	10	13	18	10	51	8	70%												
7	3	2	0	12	17	7	60%												
8	24	13	8	13	58	4	60%												
9	15	18	22	23	78	6	90%												
10	5	7	24	22	58	5	50%												

Приложение В

Таблица В.1. Описательная статистика по результатам диагностики на констатирующем этапе экспериментальной работы

	N	Минимум	Максимум	Среднее	Стандартная отклонения
Возраст	10	25	45	34,10	6,691
Стаж в профессии	10	2	20	10,20	6,033
Стаж в отделении	10	1	12	5,70	3,561
Эмоциональное истощение	10	11,00	52,00	29,9000	14,41797
Деперсонализация	10	1,00	23,00	13,2000	6,76264
Редукция профессиональных достижений	10	18,00	38,00	29,1000	5,93390
Переживание обстоятельств	10	2,00	27,00	15,6000	9,04556
Неудовлетворенность собой	10	0,00	25,00	11,2000	8,50882
«Загнанность в клетку»	10	0,00	30,00	13,2000	11,89584
Тревога и депрессия	10	0,00	27,00	10,9000	10,19204
Фаза напряжения	10	10,00	89,00	48,1000	31,77857
Неадекватное реагирование	10	0,00	20,00	9,8000	7,22342
Эмоциональная дезориентация	10	0,00	30,00	11,6000	8,18128
Расширение сферы экономии	10	0,00	30,00	11,6000	11,25660
Редукция профессиональных обязанностей	10	2,00	30,00	16,8000	10,20675
Фаза резистенции	10	9,00	87,00	48,6000	28,40266
Эмоциональный дефицит	10	2,00	25,00	13,9000	8,38583
Эмоциональная отстраненность	10	3,00	25,00	11,4000	6,34560
Личностная отстраненность	10	3,00	33,00	14,7000	10,06700
Психосоматические нарушения	10	0,00	30,00	9,9000	11,77049
Фаза истощения	10	15,00	87,00	46,6000	27,36665
Истощение	10	0,00	24,00	8,6000	7,16783
Желудочные жалобы	10	0,00	23,00	8,1000	8,25227
Ревматический фактор	10	0,00	24,00	9,8000	9,68160
Сердечные жалобы	10	5,00	24,00	15,2000	6,54557
Давление жалоб	10	13,00	78,00	41,7000	23,79566
Устойчивость внимания	10	4,00	8,00	5,9000	1,37032
Переключаемость внимания, %	10	50,00	90,00	67,0000	13,37494
N валидных (по списку)	10				

Таблица Г.1. Тематический план программы индивидуального консультирования медицинских сестер детского отделения кардиохирургии с целью снижения уровня эмоционального выгорания

№	Этап	Цель	Содержание	Методы
1	Работа с эмоциональным истощением (1-2 встречи)	Снизить уровень эмоционального истощения, освоить техники экспресс-регуляции эмоционального состояния	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обучение техникам экспресс-регуляции эмоционального состояния (дыхательные практики, релаксация, визуализация) 2. Развитие навыков эмоциональной саморегуляции и самоподдержки 3. Работа с эмоциональными триггерами и реакциями на стресс 4. Освоение конструктивных способов выражения эмоций 	Практикумы, ролевые игры, арт-терапевтические техники, дыхательные упражнения, методы визуализации и релаксации
2	Профилактика и коррекция профессиональной деформации личности (3-4 встречи)	Скорректировать профессиональные установки и ценности, повысить осознанность смыслов работы	<ol style="list-style-type: none"> 1. Работа с профессиональными установками и ценностями 2. Работа с мотивацией и смыслами профессиональной деятельности 3. Развитие навыков профессиональной коммуникации и профилактика циничности 4. Расширение поведенческого репертуара в профессионально-трудных ситуациях 	Дискуссии, методы логотерапии, упражнения на самопознание и целеполагание, ролевые игры, элементы психодрамы
3	Работа с психосоматическими проявлениями (5-6 встречи)	Снизить уровень психофизического напряжения, освоить техники работы с психосоматическими симптомами	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обучение методам мышечной релаксации и снятия психофизического напряжения 2. Развитие навыков «заземления» и концентрации на телесных ощущениях 3. Работа с болевыми синдромами и психосоматическими симптомами 4. Обучение техникам экстренной 	Практикумы по прогрессивной мышечной релаксации, аутогенной тренировке, медитативным техникам, методы краткосрочной телесно-ориентированной терапии

			самопомощи при острых состояниях	
4	Коррекция когнитивных нарушений (7-8 встречи)	Восстановить когнитивную продуктивность, освоить техники управления когнитивными процессами	<ol style="list-style-type: none"> 1. Освоение техник управления вниманием и работы с когнитивными искажениями 2. Развитие навыков целеполагания, планирования и приоритизации задач 3. Обучение техникам запоминания и работы с информацией 4. Освоение приемов быстрого восстановления работоспособности 	Когнитивно-поведенческие техники, упражнения на развитие памяти, внимания, логического мышления, методы тайм-менеджмента и планирования
5	Профилактика рецидивов и обучение самопомощи (9 встреча)	Сформировать устойчивые навыки заботы о себе и профилактики эмоционального выгорания	<ol style="list-style-type: none"> 1. Составление индивидуального антистрессового плана 2. Обучение методам ранней самодиагностики признаков выгорания 3. Формирование устойчивых навыков заботы о себе и восполнения ресурсов 4. Определение опор и ресурсов в профессиональной и личной жизни 	Психообразование, практикумы по самодиагностике и планированию профилактических мер, методы наставничества и взаимной поддержки в профессиональной среде
6	Подведение итогов и определение зон дальнейшего роста (10 встреча)	Проанализировать результаты работы, определить направления дальнейшего профессионально-личностного развития	<ol style="list-style-type: none"> 1. Анализ динамики состояния и устойчивости позитивных изменений 2. Определение сфер и навыков для дальнейшего развития 3. Составление постконсультационного сопровождения 4. Обсуждение возможности повторных встреч и поддерживающих консультаций 	Подведение итогов в формате структурированной дискуссии, техники постановки целей и планирования развития, элементы коучингового подхода

Протоколы консультативных сессий

Протокол консультативной сессии

Клиент: Ольга С., 35 лет, медсестра отделения детской кардиореанимации, стаж работы - 10 лет.

Запрос: «В последнее время я чувствую сильную усталость, опустошенность. Мне трудно заставить себя идти на работу, общаться с пациентами и коллегами. Кажется, что все мои усилия напрасны».

Ход консультации:

1. Установление контакта, прояснение запроса. Психолог проявляет эмпатию, отражает чувства клиента: «Я слышу, что вы переживаете очень непростой период. Постоянное столкновение с болью и страданиями детей действительно может приводить к эмоциональному истощению».

2. Исследование актуальной ситуации. Ольга рассказывает о нескольких тяжелых случаях из практики, которые сильно повлияли на ее состояние. Особенно травматичной была смерть 5-летней девочки после операции: «Мы столько боролись за нее, но в итоге ничего не смогли сделать. Я чувствовала такую беспомощность, опустошенность...».

3. Работа с эмоциями. Психолог помогает Ольге осознать и выразить свои чувства - печаль, вину, бессилие. Используются техники эмоционально-образной терапии: «Представьте, что ваша боль - это какой-то образ, какая она? Опишите ее. А теперь мысленно трансформируйте этот образ во что-то более светлое и спокойное. Какие чувства у вас теперь возникают?»

4. Поиск ресурсов. В ходе беседы выясняется, что главным мотивом в работе для Ольги является желание помогать детям, облегчать их страдания. Психолог предлагает вспомнить случаи, когда ее участие действительно помогло маленьким пациентам и их родителям: «Расскажите о ситуациях, когда вы чувствовали, что ваша забота и профессионализм меняют что-то к лучшему». Ольга делится несколькими позитивными историями, ее эмоциональное состояние заметно улучшается.

5. Домашнее задание. До следующей встречи вести дневник, в котором фиксировать события рабочего дня, свои чувства и мысли по их поводу, а также моменты, когда она ощущала удовлетворение от своего труда.

Резюме: в ходе консультации удалось установить доверительный контакт, прояснить основные причины эмоционального выгорания (столкновение со смертью пациентов, ощущение бессилия и бессмысленности усилий), отреагировать травматичные переживания,

актуализировать позитивные смыслы профессиональной деятельности. Намечены дальнейшие шаги работы.

Протокол консультативной сессии

Клиент: Марина К., 28 лет, медсестра отделения детской кардиореанимации, стаж работы – 5 лет.

Запрос: «Меня преследует постоянное напряжение, тревога. Я стала раздражительной, срываюсь на коллег и близких. Боюсь, что не справлюсь со своими обязанностями, допущу ошибку. Из-за этого не могу расслабиться даже дома».

Ход консультации:

1. Обсуждение самочувствия, событий прошедшей недели. Марина рассказывает о нескольких конфликтах с коллегами и пациентами, после которых долго не могла успокоиться. Ее тревожат перспективы профессионального роста: «Я хочу развиваться, но боюсь, что не потяну более ответственную работу».

2. Анализ стрессовых ситуаций. Психолог просит Марину вспомнить недавний эпизод, когда она испытывала сильное напряжение. Исследуются мысли, чувства, ощущения в теле, возникавшие в тот момент. Выясняется, что в основе тревоги лежат иррациональные установки: «Я должна все делать идеально», «Я не имею права на ошибку», «Если я покажу слабость, меня не будут уважать».

3. Работа с иррациональными убеждениями. Используется техника когнитивного реструктурирования. Психолог задает вопросы, побуждающие усомниться в правильности деструктивных мыслей: «Действительно ли все ваши действия должны быть безупречными? Возможно ли это в принципе?», «Как опыт преодоления трудностей и исправления ошибок влияет на профессиональный рост?». Совместно ищутся более реалистичные и конструктивные убеждения.

4. Обучение навыкам саморегуляции. Психолог демонстрирует несколько техник, помогающих совладать с тревогой и напряжением, предлагает попрактиковаться в их использовании прямо на сессии:

– Диафрагмальное дыхание. Марина учится делать медленные глубокие вдохи и выдохи, концентрируясь на ощущениях в области живота.

– Прогрессивная мышечная релаксация. Последовательное напряжение и расслабление различных групп мышц помогает снять физическое напряжение, успокоить нервную систему.

– Визуализация безопасного места. Психолог просит Марину представить место, в котором она чувствует себя максимально спокойно и

уверенно, мысленно «перенестись» туда, отметить возникающие приятные ощущения.

5. Домашнее задание. До следующей встречи Марине предлагается регулярно практиковать освоенные техники релаксации, фиксировать свое состояние до и после выполнения упражнений. Также она должна записывать удачные моменты в работе, чтобы научиться замечать свои успехи и достижения.

Резюме: во время второй консультации удалось прояснить иррациональные установки, лежащие в основе повышенной тревожности и напряженности клиента. Начата работа по их коррекции, освоены базовые техники саморегуляции. Намечены шаги по развитию более позитивного самовосприятия и уверенности в своих силах.

Протокол консультативной сессии

Клиент: Екатерина В., 42 года, старшая медсестра отделения детской кардиореанимации, стаж работы - 20 лет.

Запрос: «За годы работы я столкнулась со множеством трагических ситуаций, смертей детей. Раньше мне удавалось справляться, но сейчас я чувствую, что мои ресурсы на исходе. Нет былого запала, энтузиазма. Порой кажется, что я просто отбываю смены. Хочу вернуть ощущение осмысленности того, что делаю».

Ход консультации:

1. Обсуждение профессионального пути. Екатерина рассказывает о том, как пришла в профессию, что привлекло ее в работе с тяжелобольными детьми. Вспоминает случаи, когда чувствовала особую значимость своей деятельности, гордость за свою роль в спасении маленьких жизней.

2. Исследование экзистенциальных аспектов. Психолог обращает внимание на ценностно-смысловую сферу: «Что для вас по-настоящему важно в жизни? Ради чего вы встаете по утрам?». Екатерина говорит о своем предназначении - быть рядом с теми, кому очень плохо, облегчать страдания, поддерживать родителей. В то же время она признает, что собственные потребности и чувства часто отодвигались на второй план.

3. Работа с метафорой. Психолог предлагает представить свою жизненную энергию, ресурсное состояние в виде какого-то образа. Екатерина описывает полноводную реку, которая со временем обмелела, забила илом, утратила былую силу и чистоту. Исследуется, что могло привести к этим изменениям, как можно «расчистить русло», найти новые «притоки».

4. Поиск баланса. В ходе обсуждения Екатерина осознает, что для профилактики выгорания ей необходимо больше внимания уделять

собственным интересам, эмоциональной и духовной жизни. Составляется план действий по восстановлению внутреннего равновесия:

- выделять время на хобби, творчество, общение с близкими;
- регулярно проводить супервизии со старшими коллегами для обсуждения сложных случаев;
- практиковать методы самопомощи (ведение дневника, медитации, ритуалы завершения рабочего дня);
- участвовать в группах поддержки для медицинских работников.

5. Домашнее задание. Екатерине предлагается начать реализовывать намеченные шаги, фиксировать возникающие трудности и успехи. Также она должна каждый день записывать, за что благодарна своей работе, какой позитивный вклад она внесла в жизнь пациентов и их семей.

Резюме: консультация позволила раскрыть глубинные экзистенциальные основания эмоционального выгорания – утрату смысла, ощущения ценности своей деятельности. Через работу с метафорой удалось выявить дефицит ресурсов, дисбаланс между профессиональной и личной жизнью. Намечены конкретные действия, направленные на восстановление внутреннего равновесия и осмысленности существования.

Таблица Е.1. Результаты диагностики на контрольном этапе экспериментального исследования

№	Опросник профессионального выгорания			Диагностика уровня эмоционального выгорания														
	Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Редукция профессиональных достижений	Переживание обстоятельств	Неудовлетворенность собой	«Загнанность в клетку»	Тревога и депрессия	Фаза напряжения	Неадекватное реагирование	Эмоциональная дезориентация	Расширение сферы экономии	Редукция профессиональных обязанностей	Фаза резистенции	Эмоциональный дефицит	Эмоциональная отстраненность	Личностная отстраненность	Психосоматические нарушения	Фаза истощения
22	7	28	14	8	18	5	45	5	10	5	2	22	17	9	8	3	37	22
44	17	12	21	20	21	18	81	16	25	14	26	81	21	21	22	24	78	44
11	1	38	12	5	0	0	17	0	17	3	8	28	7	5	3	0	15	11
21	7	33	2	3	5	10	20	7	0	0	15	22	2	12	10	3	27	21
19	15	32	10	0	0	0	10	13	7	7	28	55	16	13	7	5	41	19
15	15	33	2	8	0	0	10	3	4	0	2	9	2	8	13	0	23	15
38	13	26	14	13	17	11	64	4	8	20	16	57	15	3	7	9	35	38
26	7	22	17	10	8	12	55	11	12	21	21	83	13	14	24	15	75	26
44	16	18	21	14	22	22	51	17	8	18	18	73	21	12	29	24	81	44

31	9	21	17	21	11	6	57	6	11	5	11	37	7	7	11	0	25	31	
	Гиссенский опросник соматических жалоб (GBV) – автор E. Braehler et al. (1967) в адаптации НИПНИ (1993)												Тест Бурдона						
№	Истощение	Желудочные жалобы	Ревматический фактор	Сердечные жалобы	Давление жалоб	Устойчивость внимания	Переключаемость внимания, %												
1	5	0	0	10	15	6	70%												
2	8	17	11	8	44	5	50%												
3	0	0	0	20	20	5	60%												
4	8	0	0	5	13	4	50%												
5	3	5	10	23	41	7	80%												
6	10	13	18	10	51	8	70%												
7	3	2	0	9	14	4	50%												
8	20	11	8	11	50	3	50%												
9	11	13	16	17	57	5	60%												
10	4	5	21	18	48	4	50%												

Примечание: выделены показатели женщин, участвовавших в программе индивидуального консультирования

Приложение Ж

Таблица Ж.1. Описательная статистика по результатам диагностики на контрольном этапе экспериментального исследования

	N	Минимум	Максимум	Среднее	Стандартная отклонения
Эмоциональное истощение	10	11,00	44,00	27,1000	11,74214
Деперсонализация	10	1,00	17,00	10,7000	5,25040
Редукция профессиональных достижений	10	12,00	38,00	26,3000	8,04225
Переживание обстоятельств	10	2,00	21,00	13,0000	6,78233
Неудовлетворенность собой	10	0,00	21,00	10,2000	6,89283
«Загнанность в клетку»	10	0,00	22,00	10,2000	8,86692
Тревога и депрессия	10	0,00	22,00	8,4000	7,66232
Фаза напряжения	10	10,00	81,00	41,0000	25,02443
Неадекватное реагирование	10	0,00	17,00	8,2000	5,75036
Эмоциональная дезориентация	10	0,00	25,00	10,2000	6,92499
Расширение сферы экономии	10	0,00	21,00	9,3000	8,19282
Редукция профессиональных обязанностей	10	2,00	28,00	14,7000	9,05600
Фаза резистенции	10	9,00	83,00	46,7000	26,76254
Эмоциональный дефицит	10	2,00	21,00	12,1000	7,17170
Эмоциональная отстраненность	10	3,00	21,00	10,4000	5,16828
Личностная отстраненность	10	3,00	29,00	13,4000	8,60491
Психосоматические нарушения	10	0,00	24,00	8,3000	9,49912
Фаза истощения	10	15,00	81,00	43,7000	24,84642
Истощение	10	0,00	20,00	7,2000	5,67255
Желудочные жалобы	10	0,00	17,00	6,6000	6,38053
Ревматический фактор	10	0,00	21,00	8,4000	8,16769
Сердечные жалобы	10	5,00	23,00	13,1000	5,93390
Давление жалоб	10	13,00	57,00	35,3000	17,63866
Устойчивость внимания	10	3,00	8,00	5,1000	1,52388
Переключаемость внимания, %	10	50,00	80,00	60,0000	10,54093
N валидных (по списку)	10				

Таблица 3.1. Результаты статистического анализа с применением Т-критерия Вилкоксона.

Экспериментальная группа

	Эмоциональное истощение после - Эмоциональное истощение	Деперсонализация после - Деперсонализация	Редукция профессиональных достижений после - Редукция профессиональных достижений	Фаза напряжения после - Фаза напряжения	Фаза резистенции после - Фаза резистенции	Фаза истощения после - Фаза истощения	Истощение после - Истощение	Желудочные жалобы после - Желудочные жалобы	Ревматический фактор после - Ревматический фактор	Сердечные жалобы после - Сердечные жалобы	Давление жалоб после - Давление жалоб	Устойчивость внимания после - Устойчивость внимания
Z	-2,121 ^b	-2,236 ^b	-2,121 ^b	-2,121 ^b	-2,041 ^b	-2,041 ^b	-1,841 ^b	-1,841 ^b	-1,604 ^b	-2,032 ^b	-2,023 ^d	,000 ^c
Асимп. знач. (двухсторонняя)	0,034	0,025	0,034	0,034	0,041	0,041	0,066	0,066	0,109	0,042	0,043	1,000

Контрольная группа

	Эмоциональное истощение после - Эмоциональное истощение	Деперсонализация после - Деперсонализация	Редукция профессиональных достижений после - Редукция профессиональных достижений	Фаза напряжения после - Фаза напряжения	Фаза резистенции после - Фаза резистенции	Фаза истощения после - Фаза истощения	Истощение после - Истощение	Желудочные жалобы после - Желудочные жалобы	Ревматический фактор после - Ревматический фактор	Сердечные жалобы после - Сердечные жалобы	Давление жалоб после - Давление жалоб	Устойчивость внимания после - Устойчивость внимания
Z	,000 ^b	,000 ^b	,000 ^b	,000 ^b	,000 ^b	,000 ^b	,000 ^b	,000 ^b	,000 ^b	-1,000 ^c	-1,214 ^d	,000 ^b
Асимп. знач. (двухсторонняя)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,317	0,225	1,000