

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ДЕТСКИЙ ХОСПИС

ПРОФИЛАКТИКА
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ
СОТРУДНИКОВ ДЕТСКОГО ХОСПИСА

**ПРОФИЛАКТИКА
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ
СОТРУДНИКОВ ДЕТСКОГО ХОСПИСА**

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

2015

Авторы-составители:

Яцышин С. М. – кандидат психологических наук
Микляева А. В. – кандидат психологических наук
Прот. А. Ткаченко
Кушнарева И. В.

Профилактика профессионального выгорания сотрудников детского хосписа. — СПб.: Типография Михаила Фурсова, 2015. — 40 с.
ISBN 978-5-9905643-5-0

ВВЕДЕНИЕ

Профессиональная деятельность сотрудников медицинских учреждений связана с высокой степенью ответственности, эмоциональной напряженностью, ежедневным интенсивным общением с различными людьми – пациентами, их родственниками, коллегами, руководством. В силу этих особенностей профессиональной деятельности персонал медицинских учреждений входит в «группу риска» развития неблагоприятных функциональных состояний, психологических дисфункций, профессиональных деформаций личности¹.

Главным действующим лицом в паллиативной помощи детям, как, впрочем, и в медицине в целом, является, безусловно, ребенок. Ответственность за повышение качества жизни детей, страдающих неизлечимыми заболеваниями, за реализацию их прав на сохранение человеческого достоинства и поддержку (медицинскую, психологическую, духовную и социальную) выходит за пределы компетенции специалистов Детского хосписа и распространяется на многие институты общества. Однако достижение основных целей помощи ребенку и его семье на практике во многом зависят от людей, которые задействованы в оказании паллиативной помощи: врачей, медицинских сестер, других членов команды, волонтеров, самих больных и членов их семей.

Риск неблагоприятного профессионального развития сотрудника медицинского учреждения во многом зависит от специализации его деятельности. В этой связи отдельного внимания заслуживает персонал, работающий с особыми группами пациентов, в число которых входят, безусловно, и дети с неизлечимыми заболеваниями, в том числе находящиеся в терминальной стадии развития болезни.

Нужды и потребности персонала детского хосписа определяются, в первую очередь, спецификой осуществляемой профессиональной деятельности. Работа с тяжелобольными и умирающими детьми, а также их близкими, требует от персонала огромных эмоциональных и личностных затрат, переосмысления собственной системы жизненных целей и ценностей. Деятельность сотрудников характеризуется высокой сте-

¹Специфика медицинских работников как представителей особой профессиональной группы подробно охарактеризована в целом ряде работ, например: Большакова Т. В. Личностные детерминанты и организационные факторы возникновения психологического выгорания у медицинских работников: Автореферат дисс. канд. психол. наук. – Ярославль, 2004; Ясько Б. А. Психология личности и труда врача. – Ростов-н/Д.: Феникс, 2005.

пенью неопределенности, связанной с трудностью прогнозирования динамики развития заболеваний ребенка, его эмоциональных реакций и реакций его родных. Помимо этого, под угрозу попадает социальный статус сотрудника, что обусловлено явлением стигматизации, выражающимся с неоднозначным отношением общества к паллиативной медицине.

1. ПРОБЛЕМА МОТИВАЦИИ СОТРУДНИКОВ ДЕТСКОГО ХОСПИСА

Работа персонала детского хосписа сопряжена со смертью и человеческим горем. Вкладывая в заботу о пациентах и их близких много сил, сотрудники могут оценить результативность своей профессиональной деятельности лишь по косвенным признакам, например, благодаря обратной связи от ребенка, членов его семьи, более опытных коллег. Такая особенность профессиональной деятельности позволяет некоторым авторам говорить о безнадежности их труда².

В этой связи на первый план выходит вопрос о мотивации сотрудников паллиативных команд. Известно, что ответ на вопрос «Зачем человек работает?» в значительной мере связан с эффективностью его профессиональной деятельности, а во многих случаях и с личностным благополучием. В самом общем виде можно выделить три группы мотивов профессиональной деятельности:

- побуждения общественного характера, включающие в себя осознание необходимости приносить пользу людям, связанную с общественной установкой на значимость профессиональной деятельности;
- удовлетворение потребности в самореализации, которая связана с тем, что человек по природе не только потребитель, но и созидатель;
- получение определенных материальных благ для себя и своей семьи.

Эти мотивы побуждают человека к тому, чтобы более или менее активно включаться в трудовую деятельность и работать с определенной степенью эффективности. Однако применительно к работе в сфере паллиативной помощи эти мотивы являются неоднозначными стимулами, что связано со спецификой этого вида деятельности.

Во-первых, неоднозначное влияние на эффективность деятельности специалиста паллиативной команды оказывает установка на необходимость приносить пользу людям. Безусловно, потребность быть включенным в общество посредством общественно полезной деятельности является одним из критериев личностного и профессионального благополучия человека. Однако, будучи гипертрофированным мотивом профессиональной деятельности специалиста, она приобретает

²Паренская М. Последняя обитель // И жизнь, и слезы, и любовь: Сборник статей, опубликованных в газетах о работе хосписа городской клинической больницы №2. – Астрахань, 2001. // <http://www.pallcare.ru> (10.04.2014).

невротический оттенок, что сказывается и на самом специалисте, и на его взаимодействии с пациентами, и их близкими, а также коллегами. Чрезмерная потребность быть полезным может перерасти в «комплекс спасательства», который способствует быстрому истощению личностных ресурсов, еще более подкрепляющему эту негативную профессиональную установку, создавая тем самым неконструктивный «замкнутый психологический круг».

Аналогичным образом может быть проанализирован и мотив самореализации, который, будучи сильно преувеличен, способен привести специалиста к излишней концентрации на процессе оказания помощи и выпадению из поля внимания реальных нужд и потребностей пациента и его семьи. Тем самым нарушается баланс между процессом и результатом паллиативной помощи, соблюдение которого является одним из важнейших факторов ее эффективности.

И, наконец, ориентация на удовлетворение материальных потребностей посредством профессиональной деятельности может привести к ее формализации, выхолащиванию процесса взаимодействия с пациентами и их родственниками, сведения его лишь к средству заработка, что негативно влияет на эффективность оказываемой помощи.

Согласно результатам исследования, проведенного П. Сидоровым и И. Новиковой³, оптимальной для сотрудника паллиативной команды является такая мотивация деятельности, при которой понимание и сочувствие к пациенту основываются не на идентификации с ним, а на позиции эмпатии, на понимании его психологического состояния на различных этапах лечения, а также на адекватной оценке своих профессиональных возможностей в оказании ему необходимой помощи.

Как указывают М. М. Абдуллаева и О. С. Киеня⁴, проводившие наблюдение за профессиональной деятельностью сотрудников хосписа для взрослых, при подобной мотивации смерть больного не означает невозможности испытывать положительные чувства в отношении своей работы. Удовлетворенность профессиональной деятельностью определяется, прежде всего, «внутренней ценностью» работы в хосписе, пониманием и высокой оценкой ее значимости. Согласно полученным в их исследованиях результатам, сотрудники хосписа в целом дают положительную оценку своей профессиональной деятельности.

³По: Эккерт Н.В., Новиков Г.А., Хетагурова А.К., Шарафутдинов М.Г. Методические рекомендации по организации паллиативной помощи // <http://rudocctor.net/medicine2009/bz-gw/med-qmpur/pg-2.htm> (10.04.2014).

⁴Абдуллаева М.М., Киеня О.С. Особенности мотивационной направленности медицинских работников хосписов // Национальный психологический журнал. – 2010. – № 1(3).

У сотрудников постепенно формируется новая парадигма профессиональной деятельности: работа на выздоровление пациента, стоящая на первом месте в системе задач сотрудника учреждения общей лечебной сети, сменяется ориентацией на поддержку, помощь, присутствие с ребенком, жизнь которого близка к завершению, и с любящими его родственниками. Эти навыки формируются постепенно и приходят на смену «выученной» в период обучения и предшествующей профессиональной деятельности идее о том, что единственным критерием эффективности медицинской помощи является полное выздоровление пациента.

В процессе этих изменений начинающие сотрудники детского хосписа сталкиваются с целым рядом проблем, среди которых нужно называть, в первую очередь:

- необходимость лично включаться в общение с пациентами и их близкими, в том числе с теми, которые в силу тех или иных причин не вызывают человеческой симпатии, высокая интенсивность общения, приводящая к эмоциональному истощению;
- соприкосновение со смертью пациентов, которое неизбежно приводит к размышлениям о собственной смертности, смертности близких людей, создавая постоянный тревожный эмоциональный фон, актуализируя страх смерти;
- соприкосновение с горем родителей и других родственников умершего ребенка, которое может принимать самые разнообразные формы (от апатии и минимизации активности до ярких аффективных вспышек, агрессивных выпадов в адрес сотрудников хосписа) и требует от персонала устойчивых навыков совладания с собственным эмоциональным откликом на подобные реакции;
- разграничение профессиональных задач и собственной личной жизни (отношений с родственниками, друзьями), требующее, с одной стороны, отвлечения от «личных дел» во взаимодействии с пациентами и их близкими, и, с другой стороны, способность не переносить те эмоции, которые возникают на работе, в отношения с людьми за ее пределами.

М. Е. Липтуга описывает несколько стадий, которые проходят сотрудники паллиативных команд в процессе преодоления обозначенных выше, а также целого ряда других проблем, связанных с оказанием помощи неизлечимо больным пациентам⁵. Прохождение этих стадий, как правило, занимает несколько лет, их продолжительность индивидуальна, но последовательность, как правило, одинакова:

⁵Липтуга М.Е. Паллиативная помощь. – Архангельск, 2006

1. **Стадия познания.** На этой стадии сотрудники сконцентрированы на профессиональных знаниях, решении профессиональных вопросов. Они стараются «вписать» свой профессиональный опыт в необходимые в паллиативной медицине нормы и алгоритмы работы, зачастую чрезмерно активно, компенсируя возникающий эмоциональный дискомфорт. Общение с пациентом и его близкими довольно отстраненное, смерть представляется неприемлемым результатом помощи.
2. **Стадия эмоционального выживания.** Переход на эту стадию, как правило, происходит внезапно. Главным признаком этого перехода является осознание реальности собственной смерти на фоне наблюдения за развитием болезни и смертью пациентов. Весьма вероятным на этой стадии является развитие чувства вины и фрустрации, появляющихся благодаря осознанию контраста между своим собственным состоянием здоровья и состоянием пациента, благополучием собственной семьи и болью, которые испытывают близкие больного ребенка.
3. **Стадия депрессии.** Доминирующий эмоциональный фон сотрудников, находящихся на этой стадии, представлен эмоциями тревоги и печали, эмоциональной болью. Субъективно решается проблема принятия смерти как естественного и неизбежного завершения жизни, принятия ограниченности возможностей современной медицины. Итогом прохождения этой стадии является принятие специалистом решения о том, оставаться ли в системе паллиативной помощи или сменить сферу деятельности.
4. **Стадия принятия.** На этой стадии происходит субъективная дифференциация смерти пациента и собственного умирания, минимизируется фрустрация и вина. Повышается способность лично участвовать в процессе оказания помощи пациенту, повышается способность к восстановлению адаптационных ресурсов организма и психики.
5. **Стадия сострадания.** Характеризуется способностью сочувственно оказывать помощь пациенту и его близким, полностью принимая его смерть. Помощь носит конструктивный характер, поведение и общение специалиста с пациентом и его близкими наполнены достоинством и уважением. Достижение этой стадии означает профессиональную и личностную зрелость специалиста, работающего с неизлечимо больными детьми.

Прохождение обозначенных стадий сопровождается существенными затратами эмоциональных и личностных ресурсов, которые требуются от специалиста для того, чтобы достигнуть профессиональной зрелости в области оказания паллиативной помощи. В этой связи по мере продвижения по перечисленным этапам возрастает риск развития так называемого «синдрома эмоционального выгорания».

2. СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Согласно результатам отечественных и зарубежных исследований, синдром эмоционального выгорания встречается у 30-90% медицинских работников, причем частота его встречаемости варьируется, в том числе, в зависимости от конкретной сферы профессиональной деятельности⁶. В этой связи сфера паллиативной помощи детям, как ни одна другая сфера деятельности, характеризуется выраженными эмоциональными нагрузками и является фактором риска формирования у сотрудников неадаптивных реакций на профессиональный стресс, которые и составляют «ядро» синдрома эмоционального выгорания.

Понятие «эмоциональное выгорание» было введено американским психиатром Х. Дж. Фрейденбергом в 1974 году. Он определил его как некое расстройство неизвестной природы, возникающее у профессионалов, работающих в кризисных центрах и психиатрических клиниках.

К. Маслач выделила три аспекта в симптоматике синдрома⁷:

1. Чувство эмоционального истощения. По мере истощения эмоциональных ресурсов профессионалы чувствуют, что не могут больше отдавать себя клиентам так, как они делали это раньше.
2. Тенденция развивать отрицательное отношение к клиентам («дегуманизация» или «деперсонализация»).
3. Развитие негативного отношения к себе и своей работе («потерей ощущения личных достижений»).

Впоследствии Дж. Сонек добавил к этой триаде симптомов ещё один – «витальную нестабильность», все вместе они представляют собой первые признаки «развития предсуицидального состояния». Он приводит следующие симптомы витальной нестабильности: депрессия, подавленное настроение, возбудимость, чувство стеснённости, тревожность, беспокойство, чувство безнадёжности и раздражительность. Синдром эмоционального выгорания, по его мнению, представляет собой реальную специфическую угрозу здоровью, в особенности в профессиональных группах врачей⁸.

⁶Эккерт Н. В. Проблемы «эмоционального выгорания» в практике паллиативной помощи // Проблемы управления здравоохранением. 2008. N 5. С. 14-19.

⁷Maslach C., Jackson S.E. The measurement of experienced burnout // Journal of Occupational Behavior. 1981. №2. P. 99-113.

⁸Sonneck G. (1994): Selbstmorde und Burnout von Ärzten. In: Z. f. ärztliche Fortbildung ZAF, 7, 3/4, 22-28.

Х. Кюйнарпуу показал, что главным содержанием синдрома является эмоциональный аспект психического состояния человека⁹. Таким образом, синдром эмоционального выгорания можно определить как нарушения в эмоциональном состоянии профессионалов, работающих в условиях тесного и интенсивного взаимодействия с другими людьми в эмоционально напряжённой атмосфере.

Согласно МКБ-10, синдром эмоционального выгорания обозначен как «Стресс, связанный с трудностями поддержания нормального образа жизни» (Z 73). В «Список профессиональных заболеваний», утвержденный Приказом № 90 МЗ и МП РФ от 14.03.1996 «О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентах допуска к профессии», включены профессиональные невроты медицинских работников, определяющиеся как «психогенные функциональные расстройства психических (преимущественно эмоционально-волевых) и нейровегетативных функций при сохранении у больного достаточно правильного понимания и критической оценки симптоматики себя и окружающего с негрубым нарушением социальной адаптации»¹⁰, что в целом соответствует содержанию синдрома эмоционального выгорания.

Этот синдром можно представить в виде деформированного в процессе повседневной деятельности стереотипа профессионального поведения, характеризующегося поэтапной утратой эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющегося в существенном снижении качества жизни специалиста¹¹. Он является своеобразной «защитой», возникающей как реакция на стрессогенные условия работы, связанные с оказанием помощи тяжелобольным и умирающим детям. Однако эта защита носит условный характер, поскольку она постепенно приводит к возникновению у специалиста, работающего в паллиативной команде, разнообразных проблем со здоровьем и нарушениям личностного благополучия. По некоторым данным, средняя степень развития синдрома эмоционального выгорания констатируется у 51 % сотрудников хосписа, высокая степень выраженности этого синдрома – у 27 %¹².

⁹Kuurnarpuu H. The burnout syndrom // Проблемы практической психологии. Таллинн. 1984. С 65-77.

¹⁰Цит. по: Михалев С.В. Краткосрочная клиническая ориентированная мультимодальная психотерапия ПТСР у лиц опасных профессий // НИИ психического здоровья СО РАМН. — 2007. — № 1(44). — С. 107-111.

¹¹Эккерт Н. В. Проблемы «эмоционального выгорания» в практике паллиативной помощи // Проблемы управления здравоохранением. 2008. N 5. С. 14-19.

¹²Гулак О. В. Как справиться с синдромом эмоционального выгорания? Из опыта групповой работы с сотрудниками хосписа // <http://www.all-psy.com/stati/detail/534/1/> (10.04.2014).

Традиционно выделяют 5 ключевых групп симптомов, характерных для синдрома эмоционального выгорания:

- **физические симптомы** (усталость, физическое утомление, истощение; изменение веса; недостаточный сон, бессонница; плохое общее состояние здоровья, в т.ч. по ощущениям; затрудненное дыхание, одышка; тошнота, головокружение, чрезмерная потливость, дрожь; повышение артериального давления; язвы и воспалительные заболевания кожи; болезни сердечно-сосудистой системы);
- **эмоциональные симптомы** (недостаток эмоций; пессимизм, цинизм и черствость в работе и личной жизни; безразличие, усталость; ощущение беспомощности и безнадежности; агрессивность, раздражительность; тревога, усиление иррационального беспокойства, неспособность сосредоточиться; депрессия, чувство вины; истерики, душевные страдания; потеря идеалов, надежд или профессиональных перспектив; увеличение деперсонализации своей или других – люди становятся безликими, как манекены; преобладает чувство одиночества);
- **поведенческие симптомы** (рабочее время более 45 часов в неделю; во время работы появляется усталость и желание отдохнуть; безразличие к еде; малая физическая нагрузка; оправдание употребления табака, алкоголя, лекарств; несчастные случаи – падения, травмы, аварии и пр.; импульсивное эмоциональное поведение);
- **интеллектуальное состояние** (падение интереса к новым теориям и идеям в работе, к альтернативным подходам в решении проблем; скука, тоска, апатия, падение вкуса и интереса к жизни; большее предпочтение стандартным шаблонам, рутине, нежели творческому подходу; цинизм или безразличие к новшествам; малое участие или отказ от участия в развивающих экспериментах – тренингах, образовании; формальное выполнение работы);
- **социальные симптомы** (низкая социальная активность; падение интереса к досугу, увлечениям; социальные контакты ограничиваются работой; скудные отношения на работе и дома; ощущение изоляции, непонимания других и другими; ощущение недостатка поддержки со стороны семьи, друзей, коллег).

Кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова было проведено исследова-

ние формирования синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников (врачей и медицинских сестер) хосписов и хосписных отделений многопрофильных больниц г.г. Москвы, Санкт-Петербурга, Волгограда, Нижнего Новгорода, Архангельска и Северодвинска. Результаты показали, что у 64,3% опрошенных работа с больными, нуждающимися в паллиативной помощи, со временем приносит все меньше и меньше удовлетворения. Почти 80% опрошенных признались, что из-за дефицита времени, усталости и напряжения в процессе трудовой смены они часто уделяют внимание пациентам хосписа меньше, чем этого требует специфика их деятельности. 53% опрошенных отметили, что устают на работе настолько, что зачастую стараются общаться как можно меньше дома с родными. 43,5% указали, что мысли о работе не покидают их и дома¹³.

В исследовании П. А. Антипина, проводившего анкетирование среди сотрудников паллиативных команд, было показано, что те или иные признаки эмоционального выгорания наблюдаются у большинства сотрудников. В частности, для многих из них типичны частые головные боли (56%), эмоциональная напряженность (40%), выраженная утомляемость (36%), вегетативные расстройства (28%), нарушения сна (24%), повышенная раздражительность (16%), тревожность и мнительность (16%) и другие проявления эмоционального выгорания. 32% опрошенных констатировали разочарование в профессии из-за отсутствия положительных эмоций¹⁴.

Первыми признаками развития эмоционального выгорания у специалиста являются снижение мотивации, отсутствие интереса к своим профессиональным обязанностям, формализация деятельности, снижение ее продуктивности несмотря на большие затраты времени. В дальнейшем, по мере нарастания выгорания, его симптомы генерализуются и проявляются не только в психологической и поведенческой сферах, но и в психосоматических изменениях (см. таблицу 1).

¹³По: Эккерт Н. В. Проблемы «эмоционального выгорания» в практике паллиативной помощи // Проблемы управления здравоохранением. 2008. N 5. С. 14-19.

¹⁴Антипин П. А. Социальная среда онкологического больного: проблема реабилитации и психологической помощи: автореферат дисс. ... канд. социол. наук. - Архангельск, 2006.

Проявления синдрома эмоционального выгорания¹⁵

Физические проявления	Психологические проявления	Поведенческие проявления
<ul style="list-style-type: none"> ● утомляемость, усталость; ● мышечное напряжение; ● нарушения аппетита; ● нарушения сна; ● головная боль; ● повышение артериального давления; ● обострение хронических заболеваний 	<ul style="list-style-type: none"> ● гнев, раздражение; ● снижение интереса к работе; ● чувство вины; ● депрессия; ● тревога и страхи; ● лабильность настроения; ● снижение эмоционального самоконтроля; ● чувство безнадежности и разочарования 	<ul style="list-style-type: none"> ● аффективные вспышки; ● снижение самокритичности; ● пренебрежение обязанностями; ● сокращение активности в общении с близкими, друзьями и коллегами; ● употребление психоактивных веществ

Приведенный список симптомов эмоционального выгорания, безусловно, не является исчерпывающим. В современной литературе, посвященной проблеме эмоционального выгорания, выделяется около ста симптомов, так или иначе характеризующих проявления этого синдрома. В частности, значимым индикатором формирования синдрома эмоционального выгорания является появление у сотрудника так называемой «хронической усталости», которая, как правило, сопутствует его развитию. В этом случае сотрудники начинают жаловаться на прогрессирующую усталость, снижение работоспособности, плохую переносимость ранее привычных нагрузок, рассеянность, снижение мыслительной активности и способности к концентрации внимания.

¹⁵По: Maher E. Burnout and Commitment : A Theoretical Alternative // The Personnel and Guidance Journal. 1983. №61(7). P. 390-393.

3. ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

На сегодняшний день различают три дополняющие друг друга подхода к созданию объяснительных моделей возникновения синдрома эмоционального выгорания:

1. **индивидуально-психологический подход:** в нем подчёркивается характерное для некоторых людей несоответствие между их слишком высокими ожиданиями от работы и действительностью, с которой им приходится сталкиваться ежедневно.
2. **социально-психологический подход:** в нем причиной феномена выгорания считается специфика самой работы в помогающей сфере, отличающейся большим количеством нагружающих психику неглубоких контактов с разными людьми.
3. **организационно-психологический подход:** причина синдрома связывается с типичными проблемами личности в организационной структуре: недостатком автономии и поддержки, ролевыми конфликтами, неадекватной или недостаточной обратной связи от руководства в отношении отдельного работника и т.д.

Соответственно, факторы, способствующие возникновению и развитию синдрома эмоционального выгорания можно условно разделить на три группы, выделив личностные, ролевые и организационные предпосылки.

Личностными качествами, которые способствуют развитию синдрома эмоционального выгорания, являются авторитаризм, низкий уровень эмпатии и ригидность, не позволяющие специалисту гибко реагировать на изменяющиеся потребности пациента и его близких. Наиболее уязвимыми оказываются те сотрудники, кто реагируют на стресс агрессивно, в соперничестве, несдержанно, в высоком темпе, любой ценой. Те изменения в состоянии пациентов и их близких, которые расцениваются ими как «профессиональная неудача», вызывают у них чувство подавленности, уныния, разочарования из-за неосуществления своих планов, собственной некомпетентности и несостоятельности.

Исследования также обнаруживают тесную связь синдрома эмоционального выгорания с мотивационным фактором. Известно, что одним из важнейших мотивов профессиональной деятельности человека яв-

ляется достижение чувства значимости и осмысленности жизни. Даже если работа сложна и недостаточно высоко оплачивается, но представляется человеку важной и необходимой, даёт ему ощущение собственной значимости, вероятность развития синдрома эмоционального выгорания снижается. Однако слишком сильная вовлеченность в работу, наносящая ущерб другим сторонам жизни (так называемый «трудоголизм», профессиональную аддикцию), напротив, является фактором, способствующим эмоциональному выгоранию сотрудников.

Более всего риску возникновения выгорания подвержены специалисты, предъявляющие непомерно высокие требования к себе. Настоящий медик или психолог в их представлении – это образец профессиональной неуязвимости и совершенства. Входящие в эту категорию сотрудники ассоциируют свой труд с предназначением, миссией, поэтому у них стирается грань между работой и частной жизнью.

Выделяют три типа специалистов хосписа, которым особенно угрожает синдром эмоционального выгорания:

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

Ролевые факторы в возникновении и развитии синдрома эмоционального выгорания связаны, прежде всего, с возникновением у сотрудников ролевых конфликтов. Ролевой конфликт возникает в ситуации нечётких служебных обязанностей, непостоянных ожиданий, противоречивых требований и общей атмосферы неуверенности. В практике работы паллиативной команды такое положение дел может стать отражением, прежде всего, несогласованности совместных действий, отсутствия интеграции усилий, конкуренции внутри команды, в то время как эффективная работа зависит от слаженности действий персонала.

Организационными факторами возникновения и развития синдрома эмоционального выгорания могут выступать нерегламентированная продолжительность рабочего дня сотрудника, низкая оценка деятельности (в том числе, материальная), непоследовательность или некомпетентность руководства.

Работа в детском хосписе таит в себе огромное количество эмоционально-напряженных моментов, способствующих быстрому развитию синдрома эмоционального выгорания у сотрудников. В их числе в первую очередь необходимо назвать:

- принципиально иные, в сравнении с лечебными заведениями общей сети, ориентированными на выздоровление пациента, критерии эффективности профессиональной деятельности;
- постоянное столкновение со смертью, физическими и душевными страданиями людей;
- необходимость проведения «трудных разговоров» (разговоров о развитии заболевания, прогнозах, вероятности летального исхода) с родителями или самим ребенком, необходимость принимать агрессию и обвинения в свой адрес (в случае их возникновения);
- необходимость взаимодействия со специалистами «не своего» профиля (обусловленная работой в междисциплинарной команде), что снижает эффективность профессиональной коммуникации и требует дополнительных усилий для достижения взаимопонимания;
- актуализация собственных экзистенциальных и личностных затруднений: страха смерти, чувства вины и др.

Данные, полученные в исследованиях М. Е. Липтуга, позволяют обобщить описанные выше факторы эмоционального выгорания специалистов паллиативных команд¹⁶:

¹⁶Липтуга М.Е. Паллиативная помощь. – Архангельск, 2006

ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СОТРУДНИКОВ ПАЛЛИАТИВНЫХ КОМАНД

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ:

- возраст (молодые люди более подвержены риску выгорания);
- высокий уровень ожиданий (как собственных, так и со стороны окружающих);
- высокий уровень вовлеченности, преданности, идеализма;
- потребность в тяжелой работе, «испытание себя», «искупление»;
- проблема сказать «нет»;
- проблема с распределением ответственности («все сам»);
- ярко выраженная ориентированность на достижение цели;
- склонность к самопожертвованию, неумение принимать поддержку

СИТУАЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ:

- ролевой конфликт;
- слишком большие нагрузки;
- межличностные конфликты (с пациентами и их близкими, коллегами и руководством, родственниками и друзьями);
- недостаточная подготовленность к роли ухаживающего;
- слабое понимание своих функций;
- недостаток ресурсов;
- неадекватная социальная поддержка;
- «рабочие моменты» (нереалистичные задачи, напряженный график и т. д.)

Необходимо отметить, что перечисленные факторы являются условиями, в которых синдром эмоционального выгорания развивается с большей вероятностью, но не непосредственными причинами его формирования. К числу таких причин относятся конкретные обстоятельства профессиональной деятельности сотрудника паллиативной команды, среди которых, в первую очередь, необходимо упомянуть¹⁷:

- неожиданные изменения в состоянии больного или его близких;
- необходимость внесения изменений в привычный график жизни и деятельности;
- увеличение профессиональных нагрузок;
- этические дилеммы;
- множественные потери;
- стигматизация.

¹⁷По: Липтуга М.Е. Паллиативная помощь. – Архангельск, 2006; Эккерт Н.В., Новиков Г.А., Хетагурова А.К., Шарафутдинов М.Г. Методические рекомендации по организации паллиативной помощи // <http://rudocctor.net/medicine2009/bz-gw/med-qmpur/pg-2.htm> (10.04.2014)

4. СТАДИИ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Выгорание – это синдром, группа симптомов, появляющихся вместе. Однако все симптомы ни у кого не проявляются одновременно, потому что выгорание – процесс сугубо индивидуальный.

Среди первых симптомов – общее чувство усталости, неприязни к работе, общего неопределенного чувства беспокойства, все более и более тяжелая работа, приводящая ко все меньшим и меньшим результатам. Отсутствие заинтересованности, отстраненность. Далее появляются раздражительность по отношению и к клиентам и к коллегам и гнев. Гнев, который чувствует индивидуум, может вести к развитию подозрительности.

Человек, подверженный выгоранию, может пытаться справиться с ситуацией, избегая сотрудников и клиентов, физически и мысленно дистанцируясь от них. Избегание и дистанцирование могут проявляться многими способами. Например, он может часто отсутствовать на работе. Он может общаться безличными способами с коллегами и клиентами и может снижать свою вовлеченность в контактах с ними. В итоге человек просто перестает видеть «живых людей» и сам в большей степени действует механически.

В конечном счете, человек впадает в депрессию и начинает воспринимать ситуацию как «безнадежную». Он может оставить свою настоящую должность или сменить профессию, а также может пристратиться к алкоголю и наркотикам.

Согласно К. Маслач¹⁸, выгорание может проявляться в виде трех стадий. На первой стадии выгорания индивидуум истощен эмоционально и физически и может жаловаться на головные боли, простуду, и различные боли. Для второй стадии выгорания характерны два набора симптомов. У специалиста может развиваться отрицательное, циничное, и обезличенное отношение к людям, с которыми он работает (включая и персонал, и клиентов), или у него могут возникать негативные мысли относительно себя из-за чувств, которые возникают к пациентам. Чтобы избежать этих негативных чувств, специалист уходит в себя, выполняет только минимальное количество работы, и не хочет ни с кем ссориться. У индивидуума могут проявляться

¹⁸Maslach C., Jackson S.E. The measurement of experienced burnout // Journal of Occupational Behavior . 1981. №2. P. 99-113.

признаки и симптомы одной или обеих групп. Заключительная стадия, полное выгорание, которая, согласно К. Маслач, обнаруживается не часто, выливается в полное отращение ко всему на свете. Специалист обижен на самого себя и на все человечество. Жизнь кажется неуправляемой, сотрудник неспособен выражать свои эмоции и не способен сосредоточиться.

На первых двух стадиях выгорания индивидуум может восстановиться, но чтобы «вернуться» ему необходимо либо научиться жить с тем, что есть, либо изменить ситуацию. Полностью выгоревший человек, вероятно, не изменится.

Специфика стадий выгорания описана также в работах Дж. Гринберга, который выделяет пять ступеней эмоционального выгорания и рассматривает его как постепенно прогрессирующий процесс¹⁹:

- **первая стадия эмоционального выгорания («медовый месяц»):** сотрудник доволен работой, относится к выполнению профессиональных обязанностей с энтузиазмом, однако по мере накопления «рабочего стресса» удовлетворенность профессиональной деятельностью начинает снижаться, и сотрудник становится менее энергичным;
- **вторая стадия («недостаток топлива»):** характеризуется появлением усталости, апатии, возможны проблемы со сном, в случае отсутствия дополнительных мотивирующих мер у сотрудника снижается интерес к своему труду и продуктивность деятельности, наблюдается дистанцирование от профессиональных обязанностей; в случае высокой мотивации работник может продолжать работать, подпитываясь внутриличностными ресурсами, но тем самым нанося ущерб своему здоровью;
- **третья стадия («хронические симптомы»):** характеризуется усталостью, измождением и подверженностью различным заболеваниям, а также психологическими изменениями (хронической раздражительностью или чувством подавленности, «загнанности в угол», постоянным переживанием нехватки времени);
- **четвертая стадия («кризис»):** характерно развитие хронических заболеваний, усиление переживаний неудовлетворенности собственной профессиональной деятельности и качеством жизни в целом;
- **пятая стадия («пробивание стены»):** характеризуется переходом физических и психологических проблем в острую форму, развитием опасных заболеваний, угрожающих жизни человека, нарастанием проблем до такой степени, что его карьера находится под угрозой.

¹⁹По: Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. - СПб., 1999

Сформировавшийся синдром эмоционального выгорания оказывает неблагоприятное влияние не только на соматическое и психологическое состояние сотрудников, но и негативно влияет на качество оказания помощи пациентам и их близким, снижая эффективность профессиональной деятельности. Так, в исследовании М. В. Барабановой было установлено, что у врачей с высоким уровнем выгорания имеет место неслучайная тенденция негативного отношения к больному человеку. Эмоциональное опустошение сотрудника делает его менее восприимчивым к потребностям и нуждам пациента, помощь оказывается механически, ее качество неуклонно снижается. Напротив, низкий уровень выраженности симптомов выгорания отмечается у врачей с позитивным отношением как к больному, так и к себе²⁰.

Помимо этого, можно отметить негативное влияние эмоционального выгорания сотрудников и на функционирование системы паллиативной помощи как элемента системы здравоохранения. Оно проявляется, прежде всего, в «текучке» кадров, увольнении опытных специалистов, а также в росте показателя числа госпитализаций пациентов по социальным показаниям.

Для диагностики и самодиагностики синдрома эмоционального выгорания в настоящее время разработано большое количество методик. В частности, в Приложении 1 представлен тест К. Маслач и С. Джексон в адаптации Н. Е. Водопьяновой «Диагностика профессионального выгорания».

Таким образом, потребности специалистов, входящих в команды паллиативной помощи детям, связаны, прежде всего, с получением психологической и профессиональной поддержки в тех формах, которые отвечали бы их ожиданиям, создавая тем самым возможность для ассимиляции нового профессионального и личного опыта.

²⁰Барабанова М.В. Изучение психологического содержания синдрома выгорания. // Вестник МГУ. Серия 14. 1995. №1. С. 54-55

5. ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ДЕТСКОЙ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

5.1 ТРЕБОВАНИЯ К ПЕРСОНАЛУ ДЕТСКОГО ХОСПИСА

Философия хосписного движения сформулирована в Заповедях хосписа, предложенных А. В. Гнездиловым, главным врачом Санкт-Петербургского взрослого хосписа²¹:

ПРИНЦИПЫ ХОСПИСНОГО ДВИЖЕНИЯ

1. *Услуги хосписа — бесплатны. За смерть нельзя платить, как и за рождение.*
2. *Хоспис — дом жизни, а не смерти.*
3. *Контроль за симптомами позволяет качественно улучшить жизнь больного.*
4. *Смерть, как и рождение — естественный процесс. Его нельзя торопить и тормозить. Хоспис является альтернативой эвтаназии.*
5. *Хоспис — система комплексной медицинской, психологической и социальной помощи больным.*
6. *Хоспис — школа и поддержка родственников и близких пациента.*
7. *Хоспис — это мировоззрение гуманизма.*

Эти заповеди, бесспорно, абсолютно справедливы и для детских хосписов, однако они могут быть уточнены благодаря анализу особенностей паллиативной помощи детям. В частности, значимыми уточнениями могут послужить принципы работы с тяжелобольными и умирающими детьми, предложенные К. Фулкнер²²:

²¹ А.В.Гнездилов. Путь на Голгофу. Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе. – СПб.: АОЗТ фирма «Клинт», 1995. – С. 133.

²² Faulkner K.W. Children's Understanding of Death // Hospice Care for Children / Ed. By A. Armstrong-Dailey and S. Zarbok Goldzer. – Oxford: Oxford University Press, 1993. – xvi; 294 p. – P. 9-21, цит. по: Понкин И.В., Понкина А.А. Паллиативная медицинская помощь. Понятие и правовые основы. – М.: Библиотека главного врача, 2014 (с сокращениями).

- необходимо полностью следовать желаниям ребенка относительно распределения времени и меры общения с ним. «Доступные моменты» могут быть мимолетными, и немедленный ответ может быть необходимым в их накоплении;
- необходимо обеспечить полноту жизни детей, даже если этой жизни остался короткий срок. Необходимо помочь ребенку обрести чувство выполненного долга и достигнутой в жизни цели, пусть ребенок знает о своем влиянии на свою семью и социум в целом, о своем значении для них;
- целью общения с умирающим ребенком является удовлетворение конкретных потребностей этого ребенка. Умирающий ребенок всегда заслуживает того, чтобы его рассматривали в первую очередь как ребенка и только во вторую очередь как умирающего человека.

Оказание помощи такому специфическому контингенту, как неизлечимо больные дети и их семьи, требует от сотрудников Детского хосписа, с одной стороны, высокого профессионализма, и, с другой стороны, больших эмоциональных и личностных затрат. В этой связи требования к персоналу Детского хосписа базируются на следующих критериях:

- уровень профессиональной подготовленности специалиста;
- опыт работы, в том числе в сфере паллиативной помощи или помощи детям-инвалидам;
- наличие профессионально важных качеств и конструктивной мотивации к осуществлению паллиативной помощи.

К работе в системе паллиативной помощи неизлечимо больным детям должны привлекаться специалисты с высшим или средним специальным профильным образованием, имеющие опыт работы по специальности, а также прошедшие дополнительную подготовку в области паллиативной помощи детям в соответствии с профилем профессиональной деятельности.

В числе профессионально важных качеств особое значение имеют милосердие, доброжелательность и коммуникативная компетентность специалистов, позволяющие в максимальной степени реализовывать философию хосписного движения. Конструктивность мотивации профессиональной деятельности, предполагающая сочетание стремления оказывать помощь тяжелобольным детям и понимание ограниченности возможностей этой помощи в силу неизлечимости заболевания, является важнейшим фактором защиты от профессионального выгорания. Сотрудник Детского хосписа, обладающий неконструктивной

мотивацией («спасательства», замещения в случае недавней потери близкого человека, «замаливания грехов», материальной выгоды и др.), не только не имеет возможности в полной мере реализовать принципы Детского хосписа, но и с большой долей вероятности может нанести урон собственному психологическому благополучию, а также психическому здоровью пациента и членов его семьи.

5.2 ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФОРМЫ ПОДДЕРЖКИ ПЕРСОНАЛА

Несоответствие между личностью и предъявляемыми к ней требованиями на рабочем месте является ключевым компонентом возникновения синдрома эмоционального выгорания. К основным организационным факторам, способствующим выгоранию, относятся: высокая рабочая нагрузка, отсутствие или недостаток социальной поддержки со стороны коллег и руководства, недостаточное вознаграждение за работу, высокая степень неопределенности в оценке выполняемой работы, невозможность влиять на принятие решений, двусмысленные, неоднозначные требования к работе, постоянный риск штрафных санкций, однообразная, монотонная и бесперспективная деятельность, необходимость внешне проявлять эмоции, не соответствующие реалиям, отсутствие выходных, отпусков и интересов вне работы.

Работа по профилактике эмоционального выгорания персонала детского хосписа может осуществляться двумя взаимосвязанными путями. Первый путь заключается в создании таких условий работы, которые позволяли бы сотруднику получать посильный для него объем эмоциональной нагрузки, а также отвлекаться от профессиональных проблем вне рабочего времени. Решение этих задач осуществляется преимущественно административным путем. Опыт работы Санкт-Петербургского Детского хосписа позволяет выделить следующие меры административной поддержки персонала, доказавшие свою продуктивность:

- гибкий подход к планированию графика работы и нагрузки сотрудников, позволяющий учитывать их актуальное состояние и потребности;
- возможность обсуждения сотрудниками хосписа возникающих профессиональных и организационных затруднений с непосредственным руководством, позволяющая снизить степень эмоционального напряжения;

- обеспечение сотрудникам возможности систематически повышать квалификацию;
- содействие организации досуга персонала хосписа (предоставление билетов в театр, приглашений на выставки, абонементов в спортзал и т.д.).

Предупреждение синдрома выгорания естественным образом начинаются с ситуативной разгрузки. Прежде всего, руководству хосписа следует подумать о том, как можно помочь человеку, работающему в конкретных условиях конкретного медицинского учреждения. К этому в первую очередь относятся меры, ориентированные на изменение поведения, целью которого будет делегирование и разделение ответственности, постановка реалистичных целей, исключение попадания в ситуацию цейтнота. Дополнительно, если это необходимо, следует обсудить представления о норме, догматах веры, обратить внимание на характерные образцы мышления, также важно обнаружить и восполнить отсутствующую информацию для повышения эффективности труда.

5.3 ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПОДДЕРЖКА ПЕРСОНАЛА

Важным направлением психологической работы в Детском хосписе является деятельность по психологической поддержке сотрудников. Специфика работы в Детском хосписе, заключающаяся в постоянном столкновении с физическими и душевными страданиями детей и любящих их людей, осознание ограниченности возможностей помощи пациентам и их близким провоцируют у персонала хосписа возникновение психологических проблем, затрудняющих эффективную профессиональную деятельность, в особенности в аспекте реализации в ней основных принципов хосписной философии. Поэтому задача психологической поддержки персонала в конечном итоге работает на основную цель функционирования Детского хосписа, позволяя улучшить качество жизни его пациентов.

Собственно психологическая работа по личностно-ориентированной поддержке персонала в детской паллиативной помощи осуществляется в форме индивидуального консультирования или в организации групповых форм поддержки персонала.

Супервизия

Супервизия – особая форма консультирования, предназначенная для профессионалов различных областей практики. Целью этого процесса является улучшение личных качеств специалиста, а также повышение качества работы хосписной службы. Может быть индивидуальной и групповой. Она предполагает анализ трудных, проблемных или нестандартных ситуаций из опыта профессионалов и поиск новых эффективных решений. Супервизия дает возможность получить ясное представление о персональных «зонах риска», дает возможность составить банк идей для их преодоления и доступ к внутренним ресурсам.

Важно отметить, что, несмотря на то, что супервизия в большей мере инструмент помощи психологам, психотерапевтам, необходимо вовлечь в этот процесс всех сотрудников детского хосписа, в том числе врачей, социальных работников и т.д.

Основополагающие принципы супервизии:

1. Работа «консультант-клиент» предполагает способность консультанта к саморефлексии, умение управлять собственными аффективными состояниями, знание своих проблем и возможность дистанцироваться от них. Использование личностных особенностей, собственных реакций как инструмента в консультировании.
2. Эмпатия, открытость, конфиденциальность, умение говорить на языке клиента – условия, без которых трудно создать атмосферу доверия и совместного исследования. Обучение может проходить плодотворно в случае, если человек чувствует себя защищенным.
3. Принцип следования за энергией клиента подразумевает постоянное прояснение и углубление сказанного клиентом, не прерывая установленной связи между консультантом и клиентом.
4. Правило «Стоп», позволяющее клиенту и консультанту остановить процесс, дает возможность дозировать психологическое внедрение на основании личных ощущений.

При организации супервизорского процесса необходимо учитывать следующие моменты:

1. Результаты психологической работы зачастую носят абстрактно-субъективный характер, неопределенны, отсрочены во времени и не всегда зависят от профессионализма специалиста.

2. Предметом работы психолога и психотерапевта в основном являются чувства, страдания, патология.
3. Часто приходится выдерживать критику и прямые эмоциональные реакции клиентов, направленные на терапевта, который не имеет возможности отреагирования.

Все перечисленное оказывает влияние на самооценку супервизируемого специалиста и предъявляет повышенные требования к его личности. Любой даже опытный специалист оказывается в дестабилизирующем состоянии, попадая в ситуацию супервизируемого. Следовательно, первостепенной задачей супервизора является умение создать условия, в которых процесс может протекать наиболее плодотворно.

Одной из задач супервизора на обучающих супервизиях является формирование у супервизируемых специалистов способности отслеживать собственные ощущения, чувства, мысли. Обучение протекает за счет грамотно даваемой обратной связи, которую помогает сформировать супервизор.

Супервизора не следует рассматривать, как человека, который лучше знает или более компетентен в отношении того, как лучше сотруднику выполнять свою работу. Это не исключает необходимости супервизору быть достаточно опытным в практике и теории оказания помощи. Но это тот человек, который находит возможность мотивировать специалиста к поиску новых возможностей, исходя из имеющихся у него личных и профессиональных ресурсов. Эта установка делает центральной фигурой само качество контакта между терапевтом и супервизором, превращая его в универсальный ресурс развития специалиста.

Главным в супервизии являются отношения доверия и открытости между двумя и более людьми. Хороший супервизор – это человек, который верит в уникальность, обучаемость и потенциальные возможности своего подопечного; человек, который высоко ценит качество человеческих взаимоотношений, формирует честность, открытость, заботу, кроме того, является человеком, который использует разнообразие подходы и методы для того, чтобы дать возможность специалисту исследовать и оценить свою работу с клиентами.

Самое главное правило супервизии – это профессиональная помощь, а не контроль над профессиональными качествами. Поэтому супервизор – это не «дамклов меч», а помощник. Отсюда вытекают определения задач для супервизора:

1. Удержание контакта со специалистом с целью развития его ресурсов.
2. Направленность активности супервизора на поддержание и восстановление целостности сотрудника и как специалиста, и как личности в целом.
3. Сохранение собственной безоценочной позиции.

Существуют различные виды супервизии:

- индивидуальная, где супервизор – более опытный коллега;
- индивидуальная, где супервизор и супервизируемый – равные коллеги;
- супервизия с двумя участниками, когда происходит обмен ролями и каждый, по очереди, является супервизором для другого;
- групповая, где супервизор действует как лидер, поровну распределяет время между членами супервизорской группы и сосредотачивается на работе с каждым специалистом по очереди;
- групповая, где проходящие супервизию сами распределяют время супервизии между собой, используя супервизора как источник профессиональных знаний.
- групповая супервизия с равными коллегами. Участвуют трое или больше специалистов, которые проводят супервизию работы друг для друга. Обычно они равны по положению и опыту работы.

Балинтовские группы

Опыт работы Санкт-Петербургского Детского хосписа свидетельствует о том, что наиболее целесообразной организационной формой такой поддержки является создание балинтовских групп, функционирующих на базе хосписа. В процессе работы в рамках балинтовской группы сотрудники хосписа получают возможность:

- расширить представления о возможностях реализации своих профессиональных функций и философии хосписа за счет знакомства с опытом коллег;
- повысить качество профессиональной коммуникации, уровень взаимопонимания в междисциплинарной команде;
- обсудить ситуации, вызвавшие профессиональные или личностные затруднения, отреагировать сопровождающие их эмоции и наметить пути преодоления подобных ситуаций.

Отличия балинтовских групп от других форм работы:

- работа балинтовской группы направлена на исследование и осознание эмоциональной и бессознательной части технологии работы специалиста;
- ориентирована на безопасность работы специалиста (восстановление, защита, предупреждение профессионального стресса и выгорания);
- балинтовская группа не занимается дидактическим обучением, оценкой работы и личности специалиста, оптимизацией и методической организацией знаний и технологий, психотерапией участников, решением проблем специалиста, алгоритмами диагностики, лечения или курации, анализом знаний специалиста;
- объектами работы балинтовской группы являются коммуникации, эмоции, чувства, иррациональные идеи и установки, психологические защиты, переносы, контрпереносы, ожидания, смысл;
- в балинтовской группе запрещены: оценки, советы, решение клинических проблем, обмен профессиональными знаниями;
- в балинтовской группе приветствуется полифония точек зрения и обсуждение, направленное на поиск новых смыслов в отношениях и новых взглядов на коммуникацию;
- в балинтовской группе не ведётся поиск единственно правильного решения.

Группа может включать в себя от 5 до 15 человек, работающих в любом из структурных подразделений хосписа вне зависимости от профессиональных функций, которые они выполняют. Единственным существенным ограничением при формировании состава группы является нежелательность включения в одну группу сотрудников, находящихся в отношениях служебной иерархии (начальник-подчиненный). В основе формирования балинтовской группы лежит принцип добровольности участия в ее работе.

Периодичность встреч балинтовской группы составляет примерно 1 раз в 2 недели, продолжительность каждой встречи – 1,5-2 часа. Основной формой организации пространства является круг. Ведущим группы становится кто-либо из штата психологов, поскольку эта работа требует навыков консультирования, ведения групп и управления групповой динамикой.

Ниже перечислены основные этапы работы в рамках одной встречи балинтовской группы, позволяющие структурировать ее работу:

- определение «заказчика» (человека, который будет предъявлять для обсуждения возникшее затруднение);
- рассказ «заказчика» возникших трудностях и формулирование вопросов к группе;
- проясняющие вопросы «заказчику» от участников группы;
- окончательная формулировка «заказчиком» вопросов к группе;
- ответы от членов группы, свободная дискуссия;
- подведение итогов обсуждения.

В целом, основные необходимые умения и навыки, важные с точки зрения предупреждения эмоционального выгорания, представлены в Таблице 2.

Таблица 2
Профилактика синдрома выгорания

№	Необходимые умения, действия	От кого зависит	Комментарии, следствия
1.	Четкое определение задач поставленных перед специалистами	Руководитель	<ul style="list-style-type: none"> • Повышение чувства удовлетворения от работы
2.	Детальное описание должностных обязанностей	Руководитель	<ul style="list-style-type: none"> • Повышение чувства удовлетворения от работы
3.	Умение разбить задачи на более мелкие (ежедневные, еженедельные...)	Специалист	<ul style="list-style-type: none"> • Повышение чувства удовлетворения от работы
4.	Понимание невозможности достижения целей типа «спасти мир»	Специалист	<ul style="list-style-type: none"> • Структурирование целей и их реалистичность позволяет легче ее достичь и получить больше удовлетворения
5.	Реалистичная оценка своих возможностей в помощи	Специалист	<ul style="list-style-type: none"> • Критичное отношение к себе и своим возможностям позволит избежать эмоциональных и физических перегрузок • Понимание, что всего знать невозможно и нет проблемы в том, чтобы ответить «не знаю»

№	Необходимые умения, действия	От кого зависит	Комментарии, следствия
6.	Проведения собраний коллектива	Руководитель	<ul style="list-style-type: none"> ● обмен опытом преодоления неприятных ситуаций/стресса ● снятие стресса ● возможность поделиться ● возможность спросить совета ● корректировка плана дальнейших действий, конкретизация целей и задач ● выявление потребностей целевой группы для оказания наиболее эффективной помощи, приносящей удовлетворение сотрудникам ● проведение тренингов по релаксации, планированию ● оценка собственных нужд
7.	Использование консультаций психолога	Специалист	<ul style="list-style-type: none"> ● если вы чувствуете дискомфорт или стресс немедленно обратитесь за помощью к психологу
8.	Умение пользоваться свободным временем, отдыхать	Специалист	<ul style="list-style-type: none"> ● правильное планирование режима труда и отдыха, наличие увлечений в свободное время
9.	Преодоление конфликтов внутри коллектива	Специалист Руководитель	<ul style="list-style-type: none"> ● разрешение конфликтов и спорных ситуаций по мере возникновения наиболее эффективным способом ● стараться не заострять конфликт ● поиск взаимопонимания ● учет мнения обеих сторон
10.	Постоянное повышение квалификации	Специалист	<ul style="list-style-type: none"> ● выявление потребностей целевой группы для оказания наиболее эффективной помощи, приносящей удовлетворение сотрудникам ● проведение тренингов по релаксации, планированию ● приобретение новых знаний
11.	Умение справляться со стрессом, повышение стрессоустойчивости	Специалист	<ul style="list-style-type: none"> ● не входить в стрессовые ситуации ● отдыхать ● заниматься спортом и т.д. ● не терять чувства юмора, не относиться ко всему слишком серьезно ● не брать на себя чужую ответственность ● отвечать за свои поступки ● планировать правильно свою деятельность

№	Необходимые умения, действия	От кого зависит	Комментарии, следствия
12.	Развитие личных навыков разрешения проблем	Специалист	<ul style="list-style-type: none"> ● критически подходить к своей деятельности ● не бояться спросить совета ● анализировать ошибки ● развивать в себе гибкость
13.	Использование механизмов социальной поддержки	Специалист Руководитель	<ul style="list-style-type: none"> ● группы взаимопомощи ● собрания
14.	Понимание психологических аспектов взаимоотношений внутри коллектива и с клиентами	Специалист Руководитель	<ul style="list-style-type: none"> ● развитие коммуникативных навыков ● понимание механизмов консультирования ● развитие навыков эмпатии ● работа с границами

Как отмечает А. Ленгле, значение всех вышеперечисленных методов неоспоримо для предупреждения синдрома выгорания. Однако работа над планированием труда и отдыха, четкая постановка целей и задач, личная и групповая работа и т.д. будут полезны лишь в том случае, если одновременно с этим и даже до этого ведется работа над экзистенциальными установками и ситуативными позициями. Лишь на этом фоне отдых и расслабление могут иметь продолжительное действие. Здесь экзистенциальный анализ выходит на уровень развития личности, что особенно важно для специалистов в области детской паллиативной помощи. Вот некоторые типичные экзистенциальные вопросы по предупреждению и по работе с синдромом выгорания через вопросы к себе самому:

- Для чего я это делаю? Что мне это дает? Дает ли мне это также и что-то еще, может быть что-то, о чем я не так охотно готов признаться самому себе?
- Нравится ли мне то, что я делаю? Нравится ли мне только результат, или также и процесс? Что я получаю от процесса? Охотно ли я вступаю в него? Захватывает ли он меня? Переживаю ли я в нем себя свободно обменивающимся с миром (в потоке, в диалоге)?
- Хочу ли я посвятить этому жизнь – это то, ради чего я живу?²³

²³А. Ленгле. Экзистенциальный анализ синдрома эмоционального выгорания. <http://psyhelp-myself.ru/library/53-sev.html>

6. ПРОБЛЕМА ПОДГОТОВКИ ПЕРСОНАЛА

На сегодняшний день отмечается острая необходимость разработки и утверждения дополнений в программы профессиональной подготовки врачей и среднего медицинского персонала. Крайне важно, что подобные программы должны включать в свое содержание, помимо сугубо медицинских вопросов, обсуждение широкого спектра социально-психологических проблем, сопряженных с улучшением качества жизни неизлечимо больного ребенка и его семьи. Особую сложность представляет подготовка специалистов по уходу за тяжелобольным ребенком, в том числе на последних стадиях болезни, где на первый план выходит симптоматическое лечение и поддержка семьи до и после смерти ребенка, а также преемственность и взаимозаменяемость персонала.

Ключевым вопросом подготовки персонала в области паллиативной помощи детям становится, помимо перечисленных выше проблем, обучение специалистов немедицинских специальностей, прежде всего, психологов, социальных работников, педагогов. Мировая практика подготовки специалистов в области паллиативной помощи уделяет существенное внимание социально-психологической составляющей. В частности, в рекомендациях Европейской ассоциации паллиативной помощи выделены следующие уровни социально-психологической подготовки персонала²⁴ :

1. Обучение навыкам эффективного общения и психологической поддержки (для всех специалистов, вовлеченных в оказание помощи детям в целом, в том числе врачей, педагогов социальных работников);
2. Обучение навыкам поддержки клиента в совладании с трудными жизненными ситуациями (для всех специалистов, вовлеченных в оказание паллиативной помощи детям);
3. Обучение специальным навыкам в области консультирования и психотерапии для профильных специалистов в системе паллиативной помощи.

²⁴По: Основные компетенции, необходимые для оказания паллиативной помощи: Белая книга Европейской ассоциации паллиативной помощи (ЕАПП) по вопросам профессионального обучения. Часть 2. Европейская ассоциация паллиативной помощи (ЕАПП), 2013г.// <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=N1uAGD7xuHY%3D> (10.05.2014).

Приложение 1

ДИАГНОСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

(К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н. Е. Водопьяновой)

Шкалы: эмоциональное истощение, деперсонализация, редукция личных достижений.

Назначение теста: изучение степени профессионального «выгорания».

Опросник «Профессиональное (эмоциональное) выгорание» был разработан на основе трехфакторной модели К. Маслач и С. Джексон и адаптирован Н. Водопьяновой, Е. Старченковой. Методика предназначена для диагностики «эмоционального истощения», «деперсонализации» и «профессиональных достижений». Тест содержит 22 утверждения о чувствах и переживаниях, связанных с выполнением рабочей деятельности.

О наличии высокого уровня выгорания свидетельствуют высокие оценки по субшкалам «эмоционального истощения» и «деперсонализации» и низкие – по шкале «профессиональная эффективность» (редукция персональных достижений). Соответственно, чем ниже человек оценивает свои возможности и достижения, меньше удовлетворен самореализацией в профессиональной сфере, тем больше выражен синдром выгорания.

Диагностируя выгорание, следует учитывать конкретные значения субшкал (факторов), которые имеют возрастные и гендерные особенности.

Инструкция к тесту

Ответьте, пожалуйста, как часто вы испытываете чувства, перечисленные ниже в опроснике. Выберите по каждому пункту вариант ответа: «никогда»; «очень редко»; «иногда»; «часто»; «очень часто»; «каждый день».

Текст опросника

1. Я чувствую себя эмоционально опустошенным
2. После работы я физически чувствую себя, как «выжатый лимон»
3. Утром я чувствую усталость и нежелание идти на работу
4. Я хорошо понимаю, что чувствуют мои коллеги и клиенты и стараюсь учитывать это в интересах дела
5. Я чувствую, что общаюсь с некоторыми клиентами и коллегами без теплоты и расположения к ним
6. После работы мне на некоторое время хочется уединиться
7. Я умею находить правильное решение в конфликтных ситуациях, возникающих при общении с коллегами и клиентами
8. Я чувствую угнетенность и апатию
9. Я уверен, что моя работа нужна людям
10. В последнее время я стала более черствой по отношению к тем, с кем я работаю
11. Я замечаю, что моя работа ожесточает меня
12. У меня много планов на будущее, и я верю в их осуществление
13. Моя работа все больше меня разочаровывает
14. Мне кажется, что я слишком много работаю
15. Бывает, что мне действительно безразлично то, что происходит с некоторыми моими клиентами и коллегам
16. Мне хочется уединиться и отдохнуть от всего и всех
17. Я легко могу создать атмосферу доброжелательности и сотрудничества в коллективе
18. Во время работы я чувствую приятное оживление
19. Благодаря своей работе я уже сделал в жизни много действительно ценного
20. Я чувствую равнодушие и потерю интереса ко многому, что радовало меня в моей работе
21. На работе я спокойно справляюсь с эмоциональными проблемами
22. В последнее время мне кажется, что коллеги и клиенты все чаще перекладывают на меня груз своих проблем и обязанностей

Обработка результатов

Опросник имеет 3 шкалы «эмоциональное истощение» (9 утверждений), «деперсонализация» (5 утверждений) и «редукция личных достижений» (8 утверждений). Ответы испытуемого оцениваются:

0 баллов – «никогда», 1 балл – «очень редко», 3 балла – «иногда», 4 балла – «часто», 5 баллов – «очень часто», 6 баллов – «каждый день».

Ключ:

«Эмоциональное истощение» – ответы «да» по пунктам 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. (максимальная сумма баллов – 54).

«Деперсонализация» – ответы «да» по пунктам 5, 10, 11, 15, 22 (максимальная сумма баллов – 30).

«Редукция личных достижений» – ответы да по пунктам 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 (максимальная сумма баллов – 48).

Выводы

Чем больше сумма баллов по первой и второй шкале в отдельности, тем больше у обследуемого выражены различные стороны «выгорания».

Чем меньше сумма баллов по третьей шкале, тем меньше профессиональное «выгорание».

Интерпретация, обработка результатов

В соответствии с общим «ключом» подсчитывается сумма баллов для каждого субфактора. Оценка степени выгорания может осуществляться как для каждого отдельного показателя, так и по интегральному показателю. Для этого складываются шкальные оценки трех показателей (табл. Уровни показателей выгорания) и соотносятся с тестовыми нормами (табл. Тестовые нормы для интегрального показателя выгорания).

Таблица 3
Уровни показателей выгорания

Субшкала	Группы	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень
Шкальные оценки		1 балл	2 балла	3 балла	5 баллов
Эмоциональное истощение	Мужчины	5-15	16-24	25-34	Больше 34
	Женщины	6-16	17-25	26-34	Больше 34
Деперсонализация/цинизм	Мужчины	2-4	5-12	13-15	Больше 15
	Женщины	1-4	5-10	11-13	Больше 14
Профессиональная успешность	Мужчины	37-48	34-28	27-23	22 и меньше
	Женщины	37-48	35-28	27-22	21 и меньше

Таблица 4

Тестовые нормы для интегрального показателя выгорания

Низкая степень	Средняя степень	Высокая степень	Крайне высокая степень
3-4 балла	5-6 баллов	7-9 баллов	10 баллов и больше

Диагностируя выгорание, следует учитывать конкретные значения субшкал (факторов), которые имеют возрастные и гендерные особенности. Например, некоторую степень эмоционального истощения можно считать нормальным возрастным изменением, а определенный уровень деперсонализации – необходимый механизм психологической защиты для целого ряда социальных (или коммуникативных) профессий в процессе профессиональной адаптации.

При анализе индивидуальных показателей по шкале «профессиональная эффективность» следует учитывать возраст и этап становления человека в профессии. Начальный период профессиональной адаптации неизбежно связан с осознанием молодым специалистом некоторой недостаточности своих знаний и умений требованиям практической деятельности. Это, естественно, обуславливает определенную напряженность (психологический стресс) в рабочих ситуациях профессиональной деятельности. Если подобное явление не учитывать, можно ошибочно интерпретировать у начинающих специалистов низкие баллы по шкале «персональные достижения» как симптомы выгорания. У сформировавшихся специалистов на этапе зрелости и поздней зрелости низкие баллы по шкале «профессиональная эффективность» часто свидетельствуют о сниженной самооценке значимости действительно достигнутых результатов и вторичном снижении продуктивности из-за изменения отношения к работе.

Таким образом, при исследовании динамики выгорания необходимо брать в расчет как конкретные значения по всем трем субшкалам, так и их взаимосвязь. Взаимосвязь и взаимовлияние факторов выгорания определяют динамику процесса его развития. Ниже представлены средневозрастные и зависящие от стажа значения по российской выборке, позволяющие определить персональные характеристики выгорания.

Таблица 5

Показатели выгорания в различных возрастных группах

Возраст	Эмоциональное истощение	Цинизм	Профессиональная успешность	Критерий	Уровень значимости
20-30	19,44	7,70	30,19	t-критерий Стьюдента	p>0,05 p>0,05
30-40	19,29	7,55	28,79	t-критерий Стьюдента	p>0,05 p>0,05
40-50	20,92	7,29	27,82	t-критерий Стьюдента	p<0,05 p>0,05
>50	21,48	7,71	31,52	t-критерий Стьюдента	p<0,05 p>0,05

Таблица 6

Показатели выгорания в зависимости от стажа работы

Стаж	Эмоциональное истощение	Цинизм	Профессиональная успешность	Критерий	Уровень значимости
0,5-3	20,96	6,91	28,23	t-критерий Стьюдента	p>0,05
4-10	19,24	7,19	28,57	t-критерий Стьюдента	p>0,05
10-20	20,74	8,21	30,19	t-критерий Стьюдента	p>0,05
>20	19,78	8,22	29,44	t-критерий Стьюдента	p>0,05

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
1. Проблема мотивации сотрудников Детского хосписа	5
2. Синдром эмоционального выгорания	10
3. Факторы, способствующие возникновению синдрома эмоционального выгорания	15
4. Стадии развития синдрома эмоционального выгорания	19
5. Профилактика синдрома эмоционального выгорания специалистов детской паллиативной помощи	22
5.1 Требования к персоналу Детского хосписа.....	22
5.2 Организационные формы поддержки персонала.....	24
5.3 Личностно-ориентированная поддержка персонала.....	25
6. Проблема подготовки персонала	33
Приложение 1	
Методика «Диагностика профессионального выгорания» (К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н. Е. Водопьяновой).....	34

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ДЕТСКИЙ ХОСПИС

**Профилактика
профессионального выгорания
сотрудников детского хосписа**

Авторы-составители:

Яцышин С. М. – кандидат психологических наук
Микляева А. В. – кандидат психологических наук
Прот. А. Ткаченко
Кушнарева И. В.

Верстка: Грошева Н. Н.

Подписано в печать 6.03.2015
Печать офсетная. Гарнитуры Minion Pro, Myriad Pro
Тираж 500 экз.

Отпечатано в типографии Михаила Фурсова
Санкт-Петербург, ул. Заставская, 14



САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ДЕТСКИЙ ХОСПИС

197229, Санкт-Петербург,
Коннолахтинский пр., д. 23, лит. А

www.детскийхоспис.рф
info@kidshospice.org
тел.: 8-800-333-90-06

Медицинское учреждение

«Детский хоспис»

ИНН 7813338590

КПП 781401001

ОГРН 1067847118900

ПАО «Банк «Санкт-Петербург»

Р/с 40703810827000003920

К/с 30101810900000000790

БИК 044030790

При реализации проекта
используются средства государственной поддержки,
выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением
Президента Российской Федерации от 17.01.2014 №11-рп
и на основании конкурса, проведенного Обществом «Знание» России»

Распространяется бесплатно