

DOI: 10.24412/2707-6180-2022-64-182-189

УДК 613.62; 614.253.52

МРНТИ 76.75.75

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

С.Р. АКШУЛАКОВА

Медицинский университет Астана, Астана, Казахстан

Citation/

библиографиялық сілтеме/

библиографическая ссылка:

Akshulakova SR. Emotional Burnout in Palliative Care Nurses. West Kazakhstan Medical Journal. 2022;63(4):182-189. DOI: 10.24412/2707-6180-2022-64-182-189

Ақшулакова СР. Паллиативтік көмек мейірбикелерінің жұмысындағы эмоционалды күйіп қалу. West Kazakhstan Medical Journal. 2022;63(4):182-189. DOI: 10.24412/2707-6180-2022-64-182-189

Ақшулакова СР. Эмоциональное выгорание в работе медицинских сестер паллиативной помощи. West Kazakhstan Medical journal. 2022;63(4):182-189. DOI: 10.24412/2707-6180-2022-64-182-189

Emotional Burnout in Palliative Care Nurses

S.R. Akshulakova

Astana Medical University, Astana, Kazakhstan

The review article is devoted to an urgent problem in the healthcare system of professional nurses' burnout. According to domestic and foreign researchers, burnout syndrome occurs in medical workers in 30-90% of cases, depending on the specific professional activity. The problem of emotional burnout syndrome for secondary medical personnel providing palliative care is relevant. The formation of emotional burnout syndrome in nurses leads to a decrease in the quality of professional life, health problems, as a nurse is forced to constantly be in the oppressive atmosphere of other people's negative emotions, serve as a comforter and a target for irritation and aggression. Consequently, the presence of this condition in medical personnel will inevitably lead to a decrease in the quality of palliative care provided to incurable patients. This problem requires intervention, which is due to the dependence of medical services level (quality of life / death of patients) on the psycho-emotional state of the nursing staff.

Purpose: to study the causes of emotional burnout syndrome in palliative care nurses.

Methods. The articles that are in the public domain, in the context of the last 5 years, were studied using databases of scientific publications and specialized search engines: PubMed, Google Scholar, Cochrane Library, Web of Science, Scopus.

Results. During the review of studies, it was revealed that the main causes of qualitative and quantitative characteristics of emotional burnout syndrome in nurses, including palliative care nurses, are organizational features, that is, working conditions, social, psychological, physical conditions, the content of their professional activities-qualitative aspects of working with patients. A nurse specializing in the care of incurable patients is a necessary and significant tool in the structure of the formation of a high-quality palliative care program as a whole. Thus, studies of professional burnout in palliative care nurses will allow to identify the main causes of their occurrence, make forecasts for the response of stressful situations and carry out preventive measures.

Keywords: emotional burnout, nurse, palliative care, stress

Паллиативтік көмек мейірбикелерінің жұмысындағы эмоционалды күйіп қалу

С.Р. Ақшулакова

Астана медицина университеті, Астана, Қазақстан

Шолу мақаласы денсаулық сақтау жүйесіндегі медбикелердің кәсіби күйіп қалуының өзекті мәселесіне арналған. Отандық және шетелдік зерттеушілердің пікірінше, күйіп қалу синдромы белгілі бір кәсіби қызметке байланысты медициналық қызметкерлерде 30-90% жағдайда кездеседі. Паллиативтік көмек көрсететін орта медициналық персонал үшін күйіп қалу синдромын қалыптастыру мәселесі өзекті. Мейірбикелердегі күйіп қалу синдромының қалыптасуы кәсіби өмір сапасының төмендеуіне, денсаулыққа байланысты проблемаларға әкеледі, өйткені мейірбике үнемі басқалардың жағымсыз эмоцияларының қысымшылық атмосферасында болуға, тітіркену мен агрессия үшін жұбаныш ретінде де, нысана ретінде де қызмет етуге мәжбүр. Демек, медициналық қызметкерлерде бұл жағдайдың болуы сөзсіз емделмейтін науқастарға паллиативтік көмек көрсету сапасының төмендеуіне әкеледі. Бұл проблема медициналық қызмет көрсету деңгейінің (пациенттердің өмір сүру/



Ақшулакова С.Р.
e-mail: akshulakova99@mail.ru

Received/
Келін түсті/
Поступила:
31.10.2022

Accepted/
Басылымға қабылданды/
Принята к публикации:
01.12.2022

ISSN 2707-6180 (Print)
© 2021 The Authors
Published by West Kazakhstan Marat Ospanov
Medical University

өлім сапасы) орта медициналық персоналдың психоэмоционалды жағдайына тәуелділігіне байланысты араласуды қажет етеді.

Зерттеудің мақсаты: паллиативті көмек көрсететін медбикелердегі күйіп қалу синдромының себептерін зерттеу.

Іздеу стратегиясы: PubMed, Google Scholar, Cochrane Library, Web of Science, Scopus сияқты ғылыми жарияланымдар мен мамандандырылған іздеу жүйелерінің дерекқорларын қолдана отырып, соңғы 5 жыл ішінде ашық қол жетімді мақалалар зерттелді.

Зерттеу нәтижелері: зерттеулерге шолу жасау барысында мейірбикелердегі, оның ішінде паллиативтік көмек көрсететін апалы-сіңлілердегі күйіп қалу синдромының сапалық және сандық сипаттамаларының негізгі себептері ұйымдық ерекшеліктер, яғни еңбек жағдайлары, әлеуметтік, психологиялық, физикалық жағдайлар, олардың кәсіби қызметінің мазмұны пациенттермен жұмыс істеудің сапалық аспектілері болып табылатыны анықталды. Инкурабельді пациенттерге көмек көрсетуге маманданған медбике жалпы паллиативтік қызметтің сапалы бағдарламасын қалыптастыру құрылымында қажетті және маңызды құрал болып табылады. Осылайша, паллиативтік көмек медбикелеріндегі кәсіби күйіп қалуды зерттеу олардың пайда болуының негізгі себептерін анықтауға, стресстік жағдайларға жауап беру туралы болжам жасауға және алдын алу шараларын жүргізуге мүмкіндік береді.

Негізгі сөздер: күйіп қалу, мейірбике, паллиативті көмек, стресс

Эмоциональное выгорание в работе медицинских сестер паллиативной помощи

С.Р. Акшулакова

Медицинский университет Астана, Астана, Казахстан

Обзорная статья посвящена актуальной проблеме в системе здравоохранения профессиональному выгоранию медицинских сестер. По данным отечественных и зарубежных исследователей, синдром эмоционального выгорания встречается у медицинских работников в 30-90% случаев в зависимости от конкретной профессиональной деятельности. Проблема формирования синдрома эмоционального выгорания для среднего медицинского персонала, оказывающего паллиативную помощь, актуальна. Формирование синдрома эмоционального выгорания у медсестер ведет к снижению качества профессиональной жизни, проблемам со здоровьем, так как медицинская сестра вынуждена постоянно находиться в гнетущей атмосфере чужих отрицательных эмоций, служить как утешителем, так и мишенью для раздражения и агрессии. Следовательно, наличие данного состояния у медицинского персонала неизбежно будет приводить к снижению качества оказываемой паллиативной помощи неизлечимым больным. Данная проблема требует вмешательства, что обусловлено зависимостью уровня оказания медицинских услуг (качество жизни/смерти пациентов) от психоэмоционального состояния среднего медицинского персонала.

Цель исследования: Изучение причин появления синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер паллиативной помощи.

Результаты. В ходе обзора исследований было выявлено, что основными причинами качественных и количественных характеристик синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер, в том числе сестер паллиативной помощи, являются организационные особенности, то есть условия труда, социальные, психологические, физические условия содержания их профессиональной деятельности-качественные аспекты работы с пациентами. Медсестра, специализирующаяся на помощи инкурабельным пациентам, представляет собой необходимый и значимый инструмент в структуре формирования качественной программы паллиативной службы в целом. Таким образом, исследования профессионального выгорания у медицинских сестер паллиативной помощи позволят выявлять основные причины их возникновения, делать прогнозы на реагирования стрессовых ситуаций и проводить превентивные меры.

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, медицинская сестра, паллиативная помощь, стресс

Введение

На сегодняшний день профессиональное выгорание медицинских сестер является актуальной про-

блемой в системе здравоохранения. По данным отечественных и зарубежных исследователей, данный синдром встречается у медицинских работников в

30-90% случаев в зависимости от конкретной профессиональной деятельности. Медицинские сестры, осуществляющие уход за инкурабельными больными, чаще всего подвержены возникновению у них синдрома выгорания по причине интенсивного эмоционального характера их работы [1-4].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), деятельность сестринского персонала относится к профессиям, включающим в себя помощь пациентам во всех сферах его жизни. Российские исследователи определили тот факт, что профессия медсестры является энергозатратной как физически, так и эмоционально - постоянный контакт с тяжелыми больными и их родственниками воздействует негативно на психоэмоциональные системы и состояние медицинского работника [5-8].

Результаты многократных систематических обзоров и мета-анализов подтверждают необходимость дальнейшего изучения факторов риска эмоционального выгорания у медсестер для разработки превентивных мероприятий [9].

Таким образом, частота и разнонаправленность причин возникновения эмоционального выгорания у медицинских сестер в зависимости от социально-демографического, психологического статуса определила необходимость проведения обзора научных исследований в различных странах.

В настоящее время стресс у медицинских работников является объектом внимания и активного изучения не только медицинских психологов, но и клиницистов различных специальностей. Особое место занимает проблема профессионального стресса или синдрома «выгорания», которые оказывают негативное влияние на результаты труда, психическое и физическое здоровье самих медработников [1-4].

Синдром профессионального выгорания у медсестер наступает быстрее, чем у врачей в среднем на 5-9 лет. Весьма предрасполагает к выгоранию работа с тяжелыми неизлечимыми больными (геронтологические, онкологические пациенты, агрессивные и суицидальные больные, пациенты с зависимостями). Работа медицинской сестры связана с различными стрессовыми ситуациями, постоянное нервное напряжение приводит к ухудшению оперативной памяти и внимания, увеличивается скорость выполнения действий, количество ошибок, нарастают раздражительность, вспыльчивость, нетерпимость. Все это отражается на ее работе с пациентами: качество лечения и отношения с больными ухудшаются [5-7].

По данным современных исследований, уровень эмоционального выгорания медицинских сестер находится в прямой зависимости от уровня нервно-психической неустойчивости, личностно-адаптационного потенциала и выраженности акцентуированных черт характера. На развитие профессионального стресса у медицинских сестер влияют социально-демографические характеристики: возраст, уровень образования, должность и стаж работы [8-10].

По мнению ряда ведущих специалистов, до 90%

всех заболеваний – «стрессово-зависимые», социально-экономическая «цена» профессионального стресса у сестринского персонала очень высока. Среди опрошенных медсестер - 1/3 принимали препараты для снятия эмоционального напряжения. Исследования показывают, что стресс сопровождает повседневную, рутинную профессиональную деятельность, которая нередко требует от медсестер достаточно интенсивного, неспонтанного, не обязательно конфликтного, но по разным причинам эмоционально насыщенного общения с паллиативными больными и поэтому отнюдь не связан с его экстремальными состояниями [11-13].

Между тем, отдельные исследователи отмечают, что условия труда медсестры отличаются определенной спецификой, которая может быть значимой для формирования синдрома эмоционального выгорания (СЭВ). Большая производственная нагрузка, контакт с неизлечимыми пациентами, круглосуточный режим работы могут быть ведущими профессиональными факторами развития СЭВ. Причинами усталости и нервозности можно также назвать превышение нормативного числа пациентов, большой объем работы по оформлению документации, низкую техническую оснащенность рабочих мест. Также медсестры чаще всего отмечают напряжение зрения, перегрузку опорно-двигательного аппарата. Большинство медицинских работников имеют ненормативный рабочий день, сверхурочную работу, связанную с совмещением должностей или дополнительной профессиональной нагрузкой. Риск профессионального выгорания повышается, если отсутствуют интересы помимо работы, если работа является убежищем от остальных сторон жизни и профессиональная деятельность поглощает полностью [14-16].

По результатам исследований Henson J.W. и др., основные причины развития риска профессионального выгорания - это эмоциональные реакции, такие как вина перед собой и другими за то, обида на коллег и пациентов [17-19].

Одной из причин эмоционального выгорания является ощущение утраты собственной эффективности - падение самооценки в рамках выгорания, снижение удовлетворения работой, человек не видит перспектив в своей профессиональной деятельности [20-22].

В центре внимания проблемы профессионального стресса находится также соответствие/несоответствие между потенциальными возможностями профессионала и социальными условиями его деятельности. Поэтому данная проблема рассматривается в комплексе «специалист коммуникативной профессии - его социальная среда». Очень важен аспект профессионального стресса, что также подчеркивает его социальный характер. В качестве основных характеристик синдрома эмоционального выгорания и профессионального стресса находящихся в прямой зависимости отмечают: эмоциональное истощение, приводящее к снижению профессиональной продуктивности; обезличивание (анонимность и стремление формализовать работу); снижение профессиональной самооценки, тем самым

профессиональный стресс приводит к синдрому эмоционального выгорания [18, 23, 24].

Ряд исследований показал, что постепенно развивающаяся профессиональная деформация у медицинских сестер довольно часто приводит к тому, что при высокой степени «выгорания» нарастает тенденция к негативному, нередко даже скрыто-агрессивному отношению к больным, в общении с ними в общении – через критику, оценки, давление, от которого, конечно, страдают обе стороны. При этом наблюдается когнитивный диссонанс: чем усерднее работает медсестра, тем активнее она избегает мыслей и чувств, связанных с внутренним «выгоранием». Люди, работающие в медицинских учреждениях, часто подвержены значительному личному стрессу: им трудно открыться кому-либо [20, 25, 26].

Преобладающей чертой медсестер является отрицание проблем, связанных с личным здоровьем. Благодаря многим зарубежным и отечественным исследованиям, было выяснено, что среди медсестер широко распространено представление о том, что стресс на работе равносильен неудаче и личной слабости. Развитие этого состояния способствуют определенные личностные причины профессионального стресса: высокий уровень эмоциональной лабильности (невротизм); высокий самоконтроль, особенно при выражении отрицательных эмоций со стремлением их подавить; рационализация мотивов своего поведения (в медицинской профессии, как и в любой другой, есть интересы, легко выдаваемые за идеалы); склонность к повышенной тревожности и депрессивным реакциям, связанные с недостижимостью внутреннего эталона и блокировкой негативных переживаний в себе, жесткой структурой личности [19, 27, 28].

По данным британских исследователей, у лиц коммуникативных профессий, в частности медицинских работников, нетрудоспособность почти в половине случаев связана со стрессом. Среди 26-ти паллиативных медсестер, обследованных в Великобритании, высокий уровень тревожности выявлен в 41% случаев, клинически выраженная депрессия – в 26% случаев. Треть медсестер принимала препараты для коррекции эмоционального напряжения. Установлено, что одним из факторов профессионального стресса является длительность стрессовой ситуации, ее хронический характер [20, 28, 29].

Источником стресса медицинской сестры, в первую очередь, могут стать: возникающие в трудовом коллективе конфликты, профессиональная и личностная несовместимость сотрудников, отсутствие или неразвитые неформальные отношения в коллективе, конфликты с руководством, тревожность и напряжение у отдельных сотрудников [10, 15, 30].

Однако нередко факторами стресса становятся проблемы самой медицинской сестры: нехватка времени и его неграмотное распределение, недостаточная квалификация и уровень профессиональных возможностей, несоответствие уровня ответственности и профессиональных требований, скука, низкая адапти-

руемость к внешним и внутренним изменениям, происходящим в профессиональной среде, большое количество обязанностей и перегруженность на работе, нереализованность профессиональных навыков и знаний [6, 8, 12].

Многие авторы ссылаются в своих работах на то, что проблемы со здоровьем, со сном, общением с близкими и в целом с качеством жизни у медсестер связано именно с выгоранием. То есть, чем дольше они работают и находятся в стрессовой обстановке, тем меньше их удовлетворяет их профессиональная деятельность и повышается уровень эмоционального истощения [20-22].

Отсутствие достаточного количества персонала, увеличенная нагрузка на одного медицинского работника, нехватка ресурсов, а также профессиональные обязанности, которые чаще всего характеризуются низкой заработной платой – все это также способствует развитию эмоционального выгорания и снижению качества, оказываемых услуг [5, 13, 20].

В настоящее время, наряду с изучением причин синдрома эмоционального выгорания, все большее внимание специалистов привлекают новые технологии предупреждения и предотвращения этого состояния. Некоторые из них направлены на адекватное информирование представителей коммуникативных профессий о ранних признаках выгорания и факторах риска [11, 23, 28].

Для снижения возникновения уровня эмоционального выгорания у медицинских сестер необходимо улучшить условия труда и оптимизировать работу паллиативной помощи. Учитывая то, что оказание паллиативной помощи чаще всего осуществляется медсестрами расширенной практики, тем самым оказывая влияние на уровень стресса у медицинских работников, требует введения новой квалификации «Паллиативная медицинская сестра». С целью предотвратить эмоциональное выгорание медицинские сестры паллиативной помощи должны стараться предлагать социальную поддержку, поскольку это снижает уровень стресса и обеспечивает эмоциональное облегчение. Проведенный обзор показал, что в зарубежных странах уровень оказания паллиативной помощи выше, так как у них медсестры, оказывающие уход за терминальными пациентами, снабжаются персональным транспортом, инструментами для выполнения манипуляций и электронными гаджетами, тем самым снижая их нагрузку и риск возникновения эмоционального выгорания. [10, 15, 20, 29].

Внедрение данных новшеств позволит увеличить эффективность оказания сестринской паллиативной помощи в нашей стране.

В научно-психологической и медицинской литературе появилось большое количество исследований казахстанских ученых и зарубежных авторов, посвященных изучению стресса в связи с профессиональной деятельностью, в частности, синдрома эмоционального выгорания. По мнению многих исследователей, предотвращение эмоционального выгорания предус-

матрирует следующие направления: обучение эффективным стилям коммуникации и методам разрешения конфликтных ситуаций, обучение техникам убеждения, влияния и эффективного управления стрессом, обучение техникам релаксации (расслабления) – прогрессивная мышечная релаксация, аутогенная тренировка, самовнушение, медитация, умение разделить с пациентом ответственность за результат, хороший климат внутри коллектива, ощущение адекватной эмоциональной поддержки коллег и администрации, чувство защищенности, возможность доверительно обсуждать вопросы, связанные со стрессом в работе, развитие других интересов, не связанных с профессиональной деятельностью, поддержание своего здоровья, соблюдение режима сна и питания [18, 21, 30]. Следует отметить, что профилактика стресса ориентирована, прежде всего, на устранение его потенциальных источников, как во внешнем мире, так и внутри человека.

Осознание невозможности излечения, положительной динамики объективного состояния больного, с одной стороны, и критическая оценка профессиональной деятельности медицинского персонала родственниками неизлечимых больных, с другой стороны, создает неблагоприятные условия для формирования синдрома эмоционального выгорания медицинских сестер. Профессиональная деятельность среднего медицинского персонала относится к «помогающим» профессиям. Профессия медицинской сестры / медицинского брата является энергозатратной как физически — работа мобильная, чаще стоя, сменный график работы в стационарах по 12 или 24 часа, работа в ночное время суток; так и эмоционально — постоянный контакт с больными различных возрастных групп, их родственниками, законными представителями, работа в условиях патологически измененного функционирования органов и систем пациента, его психического состояния и т. д., что оказывает влияние на различные функциональные системы и психоэмоциональное состояние медицинского работника [16, 27, 30].

По мнению В. В. Бойко, «эмоции — уникальное творение живой природы, наиболее универсально реализованное в человеке. Они устроены так, что оказались на линии слияния двух миров — материального и идеального, обеспечивая преобразование разных видов энергий, воздействующих на индивида, в психическую энергию и обратно» [8, 10, 20, 29].

С одной стороны, эмоции медицинской сестры являются ресурсом профессиональной деятельности, с другой стороны, фактором, способствующим развитию различных негативных психических состояний. Необходимо отметить, что медицинская деятельность способствует развитию негативных психических состояний работника: эмоциональное истощение, утомление, усталость, стресс на фоне завышенных требований к себе при выполнении своих профессиональных обязанностей. В результате общей психофизической усталости и неудовлетворенности, разочарованности у медицинских работников формируется синдром

эмоционального выгорания. Исследования К. Маслач выявили «специфический вид эмоционального истощения: утрата профессионалами позитивных чувств, сочувствия и уважения к клиентам или пациентам. Дальнейшее развитие синдрома кристаллизуется в циничное и антигуманное восприятие клиентов, которое характеризует их негативным образом. Это во многих случаях приводит к ухудшению качества услуг, которые оказываются клиенту» [19, 25, 29, 30].

По мнению К. Маслач, эмоциональное выгорание — это «плата» за сочувствие — важное качество личности медицинского работника, определяющее его профессионализм.

По мнению Н.Е. Водопьяновой [7, 9, 13, 14], длительное воздействие стрессовых состояний или интенсивное воздействие стрессовых факторов в профессиональной среде может привести к серьезным эмоциональным и соматическим нарушениям, а также к профессиональной деформации. Медицинские работники включены в перечень профессий, связанных с опасностью «выгорания». Каждая профессия имеет свои специфические особенности эмоционального выгорания работников. Стресс медицинских работников обусловлен рядом специфических особенностей профессии: это огромная ответственность за жизнь и здоровье больных, неравномерный график работы с ночными и дневными сменами, нахождение в ситуациях ухода за умирающими больными, что негативно влияет на адаптационные способности организма и психическое здоровье в целом.

Большая часть научных работ посвящена изучению этого явления у медицинских сестер, оказывающих паллиативную помощь неизлечимо больным [3, 18, 20, 26]. В то же время «эмоциональное выгорание» у медицинских сестер, работающих в различных областях медицины, изучено недостаточно. В частности, большой интерес представляет вопрос эмоционального состояния медицинских сестер в такой эмоционально затратной области медицины, как паллиативная помощь. Медсестры на уровне эмоционального переживания постоянно имеют дело со смертью. Смерть как угроза, как потенциальная возможность постоянно присутствует в деятельности медицинского персонала отделения паллиативной помощи, вызывая тяжелое эмоциональное напряжение.

Исследователями синдрома эмоционального выгорания выявлены следующие стадии: 1) первая стадия — нарушение выполнения функций, произвольное поведение; не выделяется как симптом развивающегося синдрома, не определяется серьезность последствий «девичьей памяти», «склероза». Может формироваться в течение трех-пяти лет (в зависимости от характера деятельности, величины нервно-психических нагрузок и личностных особенностей специалиста); 2) вторая стадия — снижение интереса к работе, потребности в общении (на работе, дома, с друзьями), нарастание аппетита, появление устойчивых соматических симптомов («обессиливание», особенно к концу недели, головные боли по вечерам, «мертвый сон,

без сновидений», увеличение числа простудных заболеваний), повышенная раздражительность. Продолжительность формирования — от пяти до пятнадцати лет; 3) третья стадия — личностное выгорание: полная потеря интереса к работе и жизни, эмоциональное безразличие, ощущение постоянного отсутствия сил, стремление к уединению (общение с животными, природой). Стадия может формироваться от десяти до двадцати лет [5, 15, 22, 24]. Последствиями развития синдрома эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала могут быть циничность, астенический синдром, психопатии, психосоматические расстройства, вредные привычки, снижение профессиональных возможностей, уход из профессии, из социума. Данные последствия имеют значение как для уровня оказания медицинских услуг (качество жизни/смерти пациентов), так и для медицинского работника: его личности, психосоматического статуса, социального благополучия. Ведущим российским исследователем синдрома эмоционального выгорания В. В. Бойко разработана «Методика диагностики уровня эмоционального выгорания». По мнению В. В. Бойко, эмоциональное выгорание — это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на психотравмирующие воздействия. С одной стороны, эмоциональное выгорание является «сохраняющим» энергетические ресурсы функциональным стереотипом индивида, с другой — причиной дисфункциональных расстройств, влияющих на профессиональную деятельность и межличностные отношения. Данная методика различает ведущие симптомы эмоционального выгорания и дифференцирует фазы стресса (три стадии эмоционального выгорания): напряжение, резистенция, истощение [10, 15, 20, 29].

Эмоциональное выгорание разделено на следующие фазы:

I. Фаза напряжения — начало эмоционального выгорания, характеризуется постоянством или усилением психотравмирующих факторов, включает следующие симптомы:

- симптом «переживания» психотравмирующих обстоятельств (усиливающееся осознание трудных или неустрашимых психотравмирующих факторов профессиональной деятельности, усиливающееся раздражение ими, отчаяние и негодование);
- симптом неудовлетворенности собой (в результате неспособности повлиять на психотравмирующие обстоятельства развивается недовольство собой, избранной профессией);
- симптом «загнанности в клетку» (чувство безысходности, эмоционального и интеллектуального тупика в связи с невозможностью изменить психотравмирующую ситуацию);
- симптом «тревоги и депрессии» (чувство неудовлетворенности собой и работой преобразуется в переживания ситуационной и личностной тревоги, личностные и профессиональные разочарования).

II. Фаза резистенции — сопротивление нарастаю-

щему напряжению, включает следующие симптомы:

- симптом «неадекватного избирательного эмоционального реагирования» (ограничение эмоциональной отдачи за счет выборочного реагирования в ходе рабочих контактов);
- симптом «эмоционально-нравственной дезориентации» (работник не проявляет должного эмоционального отношения к субъекту, представляя субъектов как недостойных / не заслуживающих эмоциональной отдачи);
- симптом «расширения сферы экономии эмоций» (данная форма защиты осуществляется вне профессиональной области, в общении с семьей, друзьями, знакомыми);
- симптом редукции профессиональных обязанностей (облегчение или сокращение обязанностей, требующих эмоциональных затрат).

III. Фаза истощения — снижение энергетического тонуса и ослабление нервной системы. Фаза истощения включает следующие симптомы:

- а) симптом «эмоционального дефицита» (ощущение эмоционального «бессилия» помогать субъектам своей деятельности, невозможности сочувствия и сопереживания; более осложненная форма — редкие положительные эмоции и частые отрицательные, резкость, грубость, раздражительность, обиды, капризы);
- б) симптом «эмоциональной отстраненности» (эмоциональная защита в виде исключения эмоций из сферы профессиональной деятельности с сохранением полноценных эмоций вне работы); реагирование без чувств и эмоций — наиболее выраженный симптом эмоционального выгорания, признак профессиональной деформации личности, причиняющий ущерб субъекту общения;
- в) симптом «личностной отстраненности» или деперсонализации (деперсонализированный защитный эмоционально-волевой антигуманный настрой: полная или частичная утрата интереса к клиенту/пациенту, восприятие его как объект для манипуляций; изменение установок, принципов, системы ценностей личности). Может трансформироваться в невроты и психопатические состояния;
- г) симптом психосоматических и психовегетативных нарушений (мысли/действия с клиентом/пациентом вызывают плохое настроение, бессонницу, чувство страха, неприятные ощущения в области сердца, сосудистые реакции, обострение хронических заболеваний). Формирование психосоматики является признаком декомпенсации выгорания как эмоциональной защиты и вовлечение в патологический процесс других органов и систем индивида [6, 18, 26, 30].

Профессия медицинской сестры отличается от многих профессий: помимо профессиональных технических качеств (выполнение манипуляций), необходимо обладание такими личностными качествами, как спокойствие, долготерпение, дружелюбие, желание помогать, сочувствие. Обладание вышеперечисленны-

ми личностными качествами первично основывается на психофизиологических особенностях личности медработника, а в дальнейшем формируется в процессе профессионального становления. От высокого профессионализма медицинской сестры/медицинского брата как в техническом, так и в личностном плане зависит уровень качества жизни и качества смерти (в случае хосписа) пациентов. По данным Всемирной организации здравоохранения, качество жизни представляет собой «индивидуальное соотношение положения в жизни общества в контексте культуры и систем ценности этого общества с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью общего неустройства». Выделяют следующие показатели качества жизни:

- физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых);
- психологические (положительные и отрицательные эмоции, мышление, память, самооценка);
- уровень независимости (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лечения и лекарств);
- общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность);
- окружающая среда (благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинского и социального обеспечения, доступность информации, возможность обучения и повышения квалификации, досуг, экология) [15, 16, 27, 29].

Показатели качества смерти кардинально не отличаются от показателей качества жизни, являясь составной частью жизни, но в большей степени зависят от медицинского обслуживания, душевного участия медицинского персонала. Сочувствие, сопереживание и другие проявления эмоционального отклика среднего медицинского персонала — обязательное условие получения высококвалифицированной медицинской помощи. Препятствием формированию эмоционального отклика может являться синдром эмоционального выгорания медицинского работника.

Результаты

Таким образом, в ходе обзора исследований было выявлено, что основными причинами качественных и количественных характеристик синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер являются организационные особенности, то есть условия труда (временные параметры деятельности, социальные, психологические, физические условия) и содержания их профессиональной деятельности (качественные аспекты работы с клиентами: количество клиентов, частота их обслуживания, степень глубины контакта с ними). Медсестра, специализирующаяся на помощи инкурабельным пациентам, представляет собой необходимый и значимый инструмент в структуре формирования качественной программы паллиативной службы в целом. Следовательно, исследование профессионального выгорания у медицинских сестер паллиативной помощи позволит делать прогнозы на их реагирования при возникновении стрессовых ситуаций на работе и проводить превентивные меры.

Список литературы:

1. Шарапиева АМ, Абзалова РА, Мысаев АО. Изучение мнения родственников больных, получающих медицинскую помощь на дому. Развитие здравоохранения. 2018;12:125–126. *Sharapieva AM, Abzalova RA, Mysaev AO. Study of the opinion of relatives of patients receiving medical care at home. Healthcare development. 2018;12:125–126. (in Russian).*
2. Dizion J, Machingaidze S, Grimmer K. To adopt, to adapt, or to contextualise? The big question in clinical practice guideline development. *International Journal for Quality in Health Care. 2016;9(6):89–109.*
3. Маншарипова АТ, Ким ЗГ, Ахмад Н. Демографические индикаторы для реабилитации возрастзависимых заболеваний. Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. 2014;1:4–7. *Mansharipova AT, Kim ZG, Akhmad N. Demographic indicators for the rehabilitation of age-dependent diseases. Actual problems of theoretical and clinical medicine. 2014;1:4–7. (in Russian).*
4. Жаппарова АГ, Кунирова ГЖ. Оказание паллиативной помощи в Республике Казахстан: текущая ситуация и вопросы правовой регламентации. Доктрина медичного права. 2021;1(27):41–51. *Zhapparova AG, Kunirova GZh. Palliative care in the Republic of Kazakhstan: current situation and issues of legal regulation. The Doctrine of Medical Law. 2021;1(27):41–51. (in Russian).*
5. Третьякова СН, Калмаханов СБ, Кошимбеков МК. Перспективы роста населения в Республике Казахстан до 2021 года. Вестник КазНМУ. 2015;1:494–496. *Tret'yakova SN, Kalmakhanov SB, Koshimbekov MK. Prospects of population growth in the Republic of Kazakhstan until 2021. Vestnik of KazNMU. 2015;1:494–496. (in Russian).*
6. Сидоренко АВ, Ешманова АК, Абикулова АК. Старение населения в Республике Казахстан. Меры государственной политики. Успехи геронтологии. 2017;30(5):644–651. *Sidorenko AV, Eshmanova AK, Abikulova AK. Population aging in the Republic of Kazakhstan State policy measures. Successes of Gerontology. 2017;30(5):644–651. (in Russian).*
7. Ансатбаева ТН, Кайдарова ДР, Кунирова ГЖ, Хусайнова ИР. Работа мобильной бригады паллиативной помощи онкологическим пациентам на дому в городе Алматы, Республика Казахстан. Онкология и радиология Казахстана. 2018;4(50):4–7. *Ansatbaeva TN, Kaidarova DR, Kunirova GZh, Khusainova IR. Work of a mobile palliative care team for cancer patients at home in Almaty, Republic of Kazakhstan. Oncology and Radiology of Kazakhstan. 2018;4(50):4–7. (in Russian).*
8. Абдилова ТМ. Организация паллиативной помощи в гериатрической практике Республики Казахстан (обзор). Вестник Алматинского государственного института усовершенствования врачей. 2018;1:51–62. *Abdirova TM. Organization of palliative care in geriatric practice of the Republic of Kazakhstan (review). Vestnik of the Almaty State Institute of Advanced Medical Training. 2018;1:51–62. (in Russian).*
9. Хакиджанова ГД. Состояние и перспективы развития паллиативной помощи в Республике Казахстан. Проект «Продвижение

- права населения Казахстана на паллиативную помощь в конце жизни». Вестник Алматинского государственного института усовершенствования врачей. 2013;1:62–88.
- Khakimzhanova GD. The state and prospects of development of palliative care in the Republic of Kazakhstan. The project "Promotion of the right of the population of Kazakhstan to palliative care at the end of life". Vestnik of the Almaty State Institute of Advanced Medical Training. 2013;1:62–88. (in Russian).*
10. Bone A, Morgan M, Maddocks M, et al. Developing a model of short-term integrated palliative and supportive care for frail older people in community settings: perspectives of older people, carers and other key stakeholders. *Jornal Age Ageing. 2016;45:863–873.*
 11. Goodwin D, et al. An evaluation of systematic reviews of palliative care services. *Journal of palliative care. 2002;18(2):77–83.*
 12. Payne S, Hughes S, Wilkinson J, et al. Recommendations on priorities for integrated palliative care: transparent expert consultation with international leaders for the InSuP-C project. *Jornal BMC Palliative Care. 2019;18(32):5–11.*
 13. M den Herder-van der Eerden M, van Wijngaarden J, Payne S, et al. Integrated palliative care is about professional networking rather than standardisation of care: A qualitative study with healthcare professionals in 19 integrated palliative care initiatives in five European countries. *Journal Palliat Med. 2018;32(6):1091–1102.*
 14. Мовчун НА, Чайковская ВВ, Ешманова А. Помощь на дому людям пожилого возраста: формы и методы (аналитический обзор). Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. 2015;1–2(8–9):35–41.
 - Movchun NA, Chaikovskaya VV, Eshmanova A. Home care for elderly people: forms and methods (analytical review). Actual problems of theoretical and clinical medicine. 2015;1–2(8–9):35–41. (in Russian).*
 15. Куанова ЛБ. Новые диагностические критерии болезни Альцгеймера и умеренных когнитивных нарушений. Здоровье Казахстана. 2015;09(40):45–50.
 - Kuanova LB. Ew diagnostic criteria for Alzheimer's disease and moderate cognitive impairment. Health of Kazakhstan. 2015;09(40):45–50. (in Russian).*
 16. Ерназарова ЖШ. Когнитивные расстройства у пожилых лиц (обзор литературы). Медицина. 2016;11(173):87–92.
 - Ernazarova ZhSh. Cognitive disorders in the elderly (literature review). Medicine. 2016;11(173):87–92. (in Russian).*
 17. Козаченко НВ, Кунирова ГЖ. Оказание паллиативной помощи на дому. Паллиативная медицина и реабилитация. 2014;3:9–11.
 - Kozachenko NV, Kunirova GZh. Palliative care at home. Palliative Medicine and Rehabilitation. 2014;3:9–11. (in Russian).*
 18. Morin L, Aubry R, Frova L, MacLeod R, Wilson D, Loucka M, Csikos A, Ruiz-Ramos M, Cardenas-Turanzas M, Rhee Y, et al. Estimating the need for palliative care at the population level: a cross-national study in 12 countries. *Jornal Palliative medicine. 2017;31(6):526–536.*
 19. Абдирова ТМ. Исследование медико-социальных проблем и потребностей лиц пожилого возраста, проживающих в г. Алматы. Вестник Казахского Национального Медицинского Университета. 2020;4:546–551.
 - Abdirova TM. Research of medical and social problems and needs of elderly people living in Almaty. Vestnik of the Kazakh National Medical University. 2020;4:546–551. (in Russian).*
 20. Аканов АА, Тулебаев К, Ешманова А, Чайковская В, и др. Анализ состояния и перспективы развития гериатрической помощи населению Казахстана. Успехи геронтологии. 2014;27(3):589–595.
 - Akanov AA, Tulebaev K, Eshmanova A, Tchaikovsky V, etc. Analysis of the state and prospects of development of geriatric care to the population of Kazakhstan. Successes of Gerontology. 2014;27(3):589–595. (in Russian).*
 21. Benberin VV, Chaykovskaya VV, Yeshmanova A. Gerontology in the Republic of Kazakhstan. *Jornal Advances in Gerontology. 2015;28(1):37–40.*
 22. Ешманова АК, Абикулова АК, Нуфтиева АИ, и др. Реализация принципа интеграции «образование – наука – практика» в области геронтологии. Медицина. 2015;12(162):9–12.
 - Eshmanova AK, Abikulova AK, Nuftieva AI, etc. Implementation of the principle of integration "education – science – practice" in the field of gerontology. Medicine. 2015;12(162):9–12. (in Russian).*
 23. Абдирова ТМ. Современная модель интегрированной паллиативной помощи в неонкологической гериатрической практике. Вестник КазНМУ. 2020;2(1):419–425.
 - Abdirova TM. Modern model of integrated palliative care in non-oncological geriatric practice. Vestnik of KazNMU. 2020;2(1):419–425. (in Russian).*
 24. Абдирова ТМ. Интегрированная паллиативная помощь в гериатрии на уровне семьи и общества. Обзор CXVI международной научно-практической конференции «Молодой исследователь: вызовы и перспективы». Интернаука. 2019;16(116):155–159.
 - Abdirova TM. Integrated palliative care in geriatrics at the level of family and society. Review of the XVI International Scientific and practical conference "Young researcher: Challenges and prospects". Internauka. 2019;16(116):155–159. (in Russian).*
 25. Абдирова ТМ. Актуальные вопросы интегрированной паллиативной помощи в гериатрической практике. Сборник материалов международной научной конференции «Пожилые люди на Евразийском пространстве: интересы, проблемы и перспективы». Медицина. 2018;16(10):97–111.
 - Abdirova TM. opical issues of integrated palliative care in geriatric practice. Collection of materials of the international scientific conference "Elderly people in the Eurasian space: interests, problems and prospects". Medicine. 2018;16(10):97–111. (in Russian).*
 26. Абдирова ТМ. Текущее состояние паллиативной помощи в гериатрической практике в Республике Казахстан и городе Алматы. Инновационные подходы в современной науке. Сборник статей по материалам LV международного научно-практической конференции. Интернаука. 2019;19(55):7–14.
 - Abdirova TM. The current state of palliative care in geriatric practice in the Republic of Kazakhstan and the city of Almaty. Innovative approaches in modern science. Collection of articles based on the materials of the LV International scientific and practical conference. Internauka. 2019;19(55):7–14. (in Russian).*
 27. Кайдарова ДР, Кунирова ГЖ. Паллиативная помощь в Казахстане: этапы развития и текущие вызовы. Онкология и радиология Казахстана. 2016;3(41):114–121.
 - Kaidarova DR, Kunirova GZh. Palliative care in Kazakhstan: stages of development and current challenges. Oncology and Radiology of Kazakhstan. 2016;3(41):114–121. (in Russian).*
 28. Абикулова АК, Ешманова АК, Нуфтиева, Игисенова АИ, Алмагамбетова ЛА, Умутбаева ГБ. Самооценка здоровья пожилых людей города Алматы. Медицина. 2014;12(150):40–43.
 - Abikulova AK, Eshmanova AK, Nuftieva, Igisenova AI, Almagambetova LA, Umutbaeva GB. Self-assessment of the health of elderly people in Almaty. Medicine. 2014;12(150):40–43. (in Russian).*
 29. Кульжанов МК, Егеубаева СА, Нуркеримова АК, Досмаилова АМ. Современные подходы к организации паллиативной помощи в Республике Казахстан. Онкология и радиология Казахстана. 2011;1(18):55–60.
 - Kul'zhanov MK, Egeubaeva SA, Nurkerimova AK, Dosmailova AM. Modern approaches to the organization of palliative care in the Republic of Kazakhstan. Oncology and Radiology of Kazakhstan. 2011;1(18):55–60. (in Russian).*
 30. Абдирова ТМ. Интегрированная паллиативная помощь в гериатрии на уровне семьи и общества. Вестник КазНМУ. 2019;1(3):516–521.
 - Abdirova TM. Integrated palliative care in geriatrics at the level of family and society. Vestnik of KazNMU. 2019;1(3):516–521. (in Russian).*