Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации»
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)

Лечебный факультет

Кафедра сестринского дела

Выпускная квалификационная работа

ВЛИЯНИЕ СМЕННОЙ РАБОТЫ МЕДСЕСТРЫ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, СНА И ФОРМИРОВАНИЕ СИНДРОМА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Студент:

Специальность 34.02.01 «Сестринское дело», группа 1

Руководитель ВКР

д.м.н., профессор

Новосибирск 2020

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....3
1. Теоретические основы влияния сменной работы на деятельность медсестры.....6
1.1 Влияние сменной работы медсестры на качество жизни.....6
1.2 Влияние сменной работы медсестры на нарушение режима сна.....15
1.3 Влияние сменной работы медсестры на формирование синдрома психоэмоционального выгорания.....19
2. Исследование влияния сменной работы медсестры на качество жизни, сна и формирование синдрома психоэмоционального выгорания.....26
2.1 Диагностика влияния сменной работы медсестры.....26
2.2 Итоги результатов исследования и их обсуждение.....28
3. Пути предупреждение синдрома психоэмоционального выгорания.....37
Заключение.....40
Список литературы.....43
ПРИЛОЖЕНИЕ 1.....46
ПРИЛОЖЕНИЕ 2.....47
ПРИЛОЖЕНИЕ 3.....48

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы

Говоря о трудовой деятельности специалистов социономических профессий, исследователи акцентируют свое внимание на положительных ньюансах работы с людьми. Из социономических, или «помогающих», специальностей существуют такие, которые были, есть и будут востребованы: работы с большой текучкой кадров, тяжелыми и вредными условиями труда и тому подобные. Именно к таким относят труд многих работников здравоохранения, особенно среднего звена: медицинских сёстер, акушеров, фельдшеров. Всегда в дефиците также социальные работники, учителя и т.д. Как ни прискорбно, но помогающие профессии достаточно редко становятся популярными и достойно оплачиваемыми.

Именно подобная деятельность (из-за предъявления к специалистам данных профессий повышенных требований, большой ответственности и серьезных эмоциональных нагрузок) потенциально самая опасная в плане психологического здоровья, отрицательных эмоций, связанных с рабочими ситуациями, она увеличивает вероятность возникновения стресса, связанного с префессией, и эмоционального выгорания.

Термин «синдром эмоционального выгорания» («burnout») появился в психологической литературе относительно недавно. Он был предложен американским психиатром Х. Фроуденбергером в 1974 г. Этим термином автор определял психологическое состояние здоровых людей, интенсивно и тесно общающихся с пациентами (клиентами) и находящихся в эмоционально нагруженной атмосфере во время выполнения профессиональной деятельности.

Синдром выгорания – это плавное уменьшение разных видов энергии (эмоций, умственных и физических возможностей), что проявляется симптомами физической усталости, эмоционального и умственного истощения, появляется личностная отстраненность, пропадает удовлетворение от работы. По данным литературы, этот синдром тесно связан с психосоматикой и квалифицируется как состояние предболезни. В Международной классификации

болезней (МКБ – 10) синдром эмоционального выгорания принадлежит к рубрике Z73 – «Стресс, связанный с трудностями поддержания нормального образа жизни».

Профессия медицинского работника предъявляет к личности требования связанные с эмоциональными перегрузками, частыми стрессовыми ситуациями, необходимостью принимать решения в условиях дефицита времени и при ограниченном объеме информации, с высокой частотой и интенсивностью межличностного взаимодействия, что, в целом, характеризует профессиональную деятельность медиков как экстремальную, стрессогенную, такую, что скрывает в себе опасность формирования психической и психосоматической дезадаптации.

«Выгорание» — это непосредственная реакция на длительный стресс в сфере межличностного общения. Очень часто медицинские работники начинают «перегорать как лампочки». А затем наступает состояние эмоционального, психического и физического истощения вследствие непреодоленного стресса или неразрешенного рабочего конфликта. Итогом становится невозможность людей работать эффективно и это часто влечет за собой смену работы, что в свою очередь, негативно сказывается на психическом состоянии человека в частности и его здоровье в целом.

Формирование этого симптома наблюдается достаточно часто среди медицинских работников по разным причинам, одной из которых является сменная работа.

Объект исследования: сменная работа медсестры.

Предмет исследования: особенности сменной работы и их влияние на медсестру.

Цель работы: выяснить, какую роль играет сменный график работы в жизни медицинской сестры медсестры и каково его влияние на качество жизни, сон и формирование синдрома психоэмоционального выгорания.

Для достижения обозначенной цели необходимо решение следующих **задач:**

- рассмотреть влияние сменной работы медсестры на качество жизни

- описать влияние сменной работы медсестры на нарушение режима сна

- изложить влияние сменной работы медсестры на формирование синдрома психоэмоционального выгорания

- сделать диагностику влияния сменной работы медсестры

- подвести итоги результатов исследования и их обсуждение

- привести пути предупреждение синдрома психоэмоционального выгорания

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВЛИЯНИЯ СМЕННОЙ РАБОТЫ НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДСЕСТРЫ

1.1 Влияние сменной работы медсестры на качество жизни

О проблеме качества жизни ученые и мыслители задумывались еще с незапамятных времен, что подтверждают слова Аристотеля: «Цель государства – это совместное продвижение к высокому качеству жизни». В настоящее время интерес к этой теме не только не утрачен, наоборот, появляются различные подходы и понимания этой проблемы.

Понятие «качество жизни» (КЖ) связано с измерением благополучия человека. Этот термин широко используется в общественный науках, как категория, отражающая разнообразные условия жизни, степень удовлетворения потребностей человека.

В медицине применяется термин «качество жизни, связанное со здоровьем» (в англоязычной литературе «health-related quality of life»), под которым понимают степень благополучия и удовлетворенности теми сторонами жизни, которые затрагивает болезнь и ее лечение.

В нашей современности впервые термин «КЖ» упоминается в литературе в 1920 г., но основоположником исследований в медицине считают изучение D.A. Karnovsky некоторых составляющих КЖ у больных саркоидозом в 1947 г. После того, как ВОЗ расширила определение здоровья как «состояние физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней», количество исследований КЖ неуклонно растет. Общепринятого определения КЖ не существует. ВОЗ рекомендует понимать это понятие как субъективное соотношение положения индивидуума в обществе (с учетом культуры и систем ценностей этого общества) с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью общей неустроенности. Это интегральная характеристика физического, психологического и социального

функционирования человека на основании субъективного восприятия. Другими словами, КЖ – степень комфортности, которую человек испытывает как внутри себя, так и в рамках своего окружения, это показатель расхождений между ожиданиями и реальными успехами человека. Медицинские аспекты КЖ включают влияние заболевания на повседневную жизнедеятельность человека.

В настоящее время выделяют три основных подхода к изучению КЖ (20):

- **Экономический подход**, который лег в основу объективного понимания качества жизни. К представителям его относят Р. Арона, Дж. Кн. Гэлбрейта, Ж. Фурастье и др. Из современников можно выделить В. Ф. Безъязычного, П. Д. Коссинского, А. И. Субетто. Здесь КЖ – это, скорее, широкое толкование «уровня жизни», включающее не только размер потребления материальных благ и услуг, но и удовлетворение духовных потребностей, здоровье, продолжительность жизни, условия среды, окружающей человека, морально-психологический климат, душевный комфорт.
- **Философско-психологический подход** понимает КЖ как субъективную оценку степени удовлетворения духовных и материальных нужд людей. Его представители: А. Кэмбэлл, Ф. Конверс, В. Роджерс и др.
- **Социально-экономический подход** подразумевает комплексный, целостный подход к пониманию КЖ и чаще встречается в литературе современности. (Е. Г. Анимица, А. Л. Васильев, Г. М. Зараковский, Всемирная организация здравоохранения и т. д.).

В 2009 г. вышел Доклад международной Комиссии по основным показателям экономической деятельности и социального прогресса под руководством Нобелевских лауреатов Джозефа Стиглица и Амартия Сена, а также профессора Жан-Поля Фитусси, в котором авторы утверждают, что «качество жизни» зависит от объективных условий жизни человека, реализации имеющихся у него возможностей (прожить долгую здоровую жизнь, получить образование, жить в экологически чистом месте, быть удовлетворенным социальными связями, иметь политический голос или чувствовать себя в

безопасности) и субъективного благополучия человека. Такой подход можно назвать «интегрированным», он объединяет все предыдущие подходы к понятию «качество жизни» и включает в себя следующие ключевые понятия:

— возможности в материальном плане (уровень дохода, возможности потребления);

— здоровье;

— образованность и обладание различными навыками;

— личная деятельность, в том числе работа;

— наличие гражданских и политических прав и свобод;

— социальные отношения;

— состояние окружающей среды;

— безопасность, как в физическом, так и в экономическом плане.

Понимание необходимости оценки качества жизни привело к созданию и активному использованию подобных опросников. Несомненно, один опросник не может показать всю многомерную структуру качества жизни, в его теоретическом понимании, и, конечно, он не в состоянии передать механизмы законы его формирования. Тем не менее, опросники качества жизни, особенно при комплексном их применении, позволяют получать цельное понятие о самочувствии исследуемого, и являются основными стандартными инструментами оценки ситуации в целом.

Для изучения КЖ разработано около 400 опросников, условно разделенных на 2 большие группы: общие и специальные для болезни. Объединяет их то, что оценивают они как больной переживает свою болезнь.

Общие опросники могут охарактеризовать общее состояние здоровья и применимы как для больных, так и для здоровых людей. Они используются для оценки качества жизни вне зависимости от состояния здоровья и не связаны с определенной нозологией. Применение таких опросников дает возможность обозначить условные нормы качества жизни для разных группы респондентов. Целевой аудиторией для специальных опросников становятся больные с определенным заболеванием.

Самые популярные общие методики – это опросник ВОЗ (ВОЗКЖ-100), Sickness Impact Profile (SIP), Nottingham Health Profile (NHP), Stanford Physical Activity Recall, Миннесотский многопрофильный личностный опросник (MMPI), Medical Outcome Study Short-Form Health Survey (SF-36) и др.

Опросник ВОЗКЖ-100 исследует качество жизни, относящееся к здоровью, и показывает внутреннее благополучие опрашиваемых, их удовлетворенность своей жизнью. Этот опросник многоплановый инструмент, который позволяет получить как оценку качества жизни опрашиваемого в целом, так и по отдельным сферам его жизни в частности. Он может применятся к большому кругу респондентов, так как полностью охватывает все функции, неспособности и дистрессы, относящиеся к качеству жизни.

Методика SIP показывает влияние здоровья на гигиену сна, прием пищи, способность выполнения домашних обязанностей и т.д., включает в себя 136 вопросов.

По методике NHP можно ценить роль симптоматики в состоянии здоровья пациента. Плюсом этой методики является краткость опросника и его удобство для заполнения.

Методика Stanford Physical Activity Recall применяется в широкомасштабных исследованиях.

Опросник по методике MMPI часто применяется в психодиагностике и может отразить большой спектр таких структурных составляющих личности как самооценка, стиль межличностного поведения, полоролевой статус, черты характера, тип реагирования на стресс, степень адаптированности индивида или возможный тип дезадаптации, наличие психических отклонений, предрасположенность к алкоголизму и т. д.

Опросник SF-36 характеризует общее состояние здоровья, включает в себя 36 вопросов, освещающих 8 показателей (физическое функционирование, ролевая активность, интенсивность боли, общее состояние здоровья, жизненная активность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и его влияние, ролевое функционирование, психическое здоровье).

Самыми часто встречающимися в медицине стали специальные опросники, используемые для оценки качества жизни у больных различными заболеваниями или оценивающие различные симптомы. Однако, для полноты картины и достоверности результатов, желательно их применение только в качестве дополнения к общим методикам.

Стоит отметить, что большинство методик, так или иначе, изучающих качество жизни, разработаны иностранными специалистами, поэтому очень важно, чтобы каждый опросник был максимально корректно переведен на русский язык.

Неоднократные исследования доказывают влияние на здоровье врачей и специалистов со средним медицинским образованием различных факторов: это и лекарственные средства, микроклиматические условия, биологические агенты, неравномерное распределение нагрузки и др. На первом месте, несомненно, биологический фактор (бактерии, вирусы и др.), занимающий большую долю в профессиональной заболеваемости медицинских работников, инфекционные болезни в частности.

Значительную роль играют и нервно-эмоциональное напряжение, физическая усталость из-за ночных и круглосуточных дежурств. В профессиональной деятельности медицинских сестер (и иных сотрудников здравоохранения), работающих по сменному графику, противостоят друг другу естественные биологические ритмы человека и социально установленные требования к времени труда. Необходимость в особых временных условий труда сильно влияет на физиологию специалиста, выражаясь в нарушении циркадианных биоритмов — физиологическом десинхронозе. Кроме того, сменный график работы влияет не только на биоритмы жизнедеятельности, но и на организацию и осуществление качественного взаимодействия работников со значимым для них социальным кругом. Дисгармония, асинхрония, нарушение привычного порядка отправляют нас к категории времени. Проблема организации времени становится актуальной когда человеку требуется прикладывать усилия для создания желательного ритма жизни. Работающие в

режиме сменного графика попадают в ситуацию рассогласования своего времени жизни с графиком жизни важных для них людей, работающих, в основном, в обычном режиме.

Сотрудники Университета Оксфорд Брукс (Oxford Brookes University) в 2015 году сравнили специфику жизнедеятельности специалистов (врачи скорой помощи и медсестры), работающих в режиме сменного графика, со специалистами, труд которых организован в обычном режиме (стандартная пятидневная рабочая неделя). В результате было отмечено следующее (6).

Работа в ночное время, необходимость восстанавления своих сил в утренние и дневные часы, выполнения бытовых и семейных обязанностей ведет к формиованию нестандартной модели организации жизни. Привычная для многих модель для труженников по графику оказывается просто нерабочей.

Работающя посменно человек должен справляться не только с нарушением биоритмов организма (о чем мы будем говорить ниже), но и с рассогласованием в ритмах жизнедеятельности с социально важными близкими: родственниками, друзьями, приятелями. Возникает не только физиологический десинхроноз, но и «социальный десинхроноз» - разнобой между общесоциальной и индивидуальной временной концепциями.

В результате опросов выяснилось, что большая часть свободного от работы времени у сменных работников, в сравнении с другими, тратится на сон, домашнюю работу и организацию быта. Если рядовые работники чаще в свободное время общаются с друзьями, сменные выбирают узкий семейный круг. Одна из важнейших характеристик жизни при сменном графике работы – невозможность или сложность долгосрочного планирования. Дела в основном планируются на период между сменами, либо на текущий день. В целом все работники указывают на отлиичие их образа жизни от образа жизни их близких. Но степень отличий зависит от напряженности труда – чем выше напряженность, тем больше рассогласованности с близкими. Врачи и медсесты жалуются на то, что время им просто «не принадлежит». Влияние сменного графика на отношения со значимыми другими проявляется в нехватке времени на общение

с ними, в трудностях с согласованием времени с близкими людьми и в формировании специфического ритма жизни. Смены «дробят» время, цикл «работа-отдых» становится короче и исчисляется тремя сутками: рабочие сутки — двое выходных суток. Ритм жизни специалистов, работающих в режиме сменного графика, приходит в рассогласование с ритмом жизни значимых других, работающих в обычном режиме, большинству приходится прикладывать значительные усилия для согласования времени. Для устранения асинхронии специалисты, работающие в режиме сменного графика, используют сходные способы: отказ от сна после смены, подмены с коллегами и т.д.

Сменная работа, особенно ночью, может негативно повлиять на здоровье и общее благополучие сотрудников, вызывая:

- Нарушения нормальных циркадных ритмов психофизиологических функций, начиная с цикла сна / бодрствования.

- Помехи работе и эффективности работы в течение 24 — часового периода с последующими ошибками и авариями.

- Трудности в поддержании обычных отношений, как на семейном, так и на социальном уровне с последующим негативным влиянием на супружеские отношения, уход за детьми и социальные контакты.

- Ухудшение состояния здоровья, которое может при проявляться в нарушениях сна и привычках питания и, в конечном счёте, более тяжёлых нарушениях желудочно — кишечного тракта (колит, гастродуоденит и язвенная болезнь и т.п.), сердечно-сосудистой системы (гипертония, ИБС), плюс очень вероятны нейро-психические проблемы (хроническая усталость, тревога, депрессия).

Кроме того, смена и ночной труд неблагоприятно влияют на здоровье женщин путем нарушения функций их гормональной и репродуктивной систем, а также нарушения женских семейных ролей. Было подсчитано, что около 20% всех работников вынуждены оставлять работу по сменному графику в очень короткие сроки из-за серьёзных нарушений. Те, кто остаётся в смене,

показывают разные уровни (малой) адаптации и толерантности, которые могут проявляться в более или менее разное время и с разной интенсивностью.

В Американском журнале профилактической медицины были опубликованы результаты проводимого с 1976 года на протяжении более двух десятков лет исследования 74 862 медсестёр, которые были идеальной группой для изучения эффекта сменного ночного графика на организм.

Спустя 22 года исследователи обнаружили, что женщины, которые работали по сменному графику более пяти лет, на 11% умирали раньше тех, кто никогда не работал в ночную смену. Фактически, те, кто более 15 лет работает по сменному графику или только в ночную смену, увеличивают риск смерти от сердечных заболеваний на 38% по сравнению с медсестёрами, работающими только в течение дня. Удивительно, но сменный график также связан с 25процентным риском смерти от рака легких и 33процентным риском смерти от рака толкстой кишки. Повышенный риск развития рака легких преобладает у работников ночной смены.

Медсестры, долго работающие по сменному графику, также разделяют факторы риска, котороые угрожают их здоровью. В среднем, они больше весят, чем их «дневные коллеги», чаще курят и имеют высокое артериальное давление, скорее всего имеют диабет и повышенный уровень холестерина.

Таким образом, еще более 20ти лет назад американскими учеными была установлена прямая взаимосвязь между работой в ночные смены и повышенным коэффициентом смертности.

Данное исследование подтверждает, что сменный график работы влияет на большое количество составляющих понятие КЖ сфер:

1) материальные условия жизни (доход, потребление, богатство) – даже если не трогать доходную часть, гибкий график создает сложности с потреблением – просто благодаря несовпадению графиков работы, а также в связи с трудностями долговременного планирования;

2) здоровье – биологический десинхроноз, отказ от отдыха после смены в пользу других интересов и обязанностей. Сменный график влияет на

физиологическое и психологическое состояние человека, что будет рассмотрено подробнее в нижеследующих главах настоящей работы.

3) социальные связи и отношения – несовпадение графиков с близкими людьми, выбор премущественно спокойного отдыха против активного времяпровождения.

Известный русский физиолог Н.Е. Введенский отмечал, что бесплановость и беспорядочность жизни быстро утомляют нервную систему, ведут к изнашиванию организма. Он утверждал, что люди устают и изнемогают не столько от того, что много работают, сколько от того, что неправильно организуют свою работу.

Каждая профессия накладывает свой психологический отпечаток на личность человека и его состояние здоровья, по-своему «деформируя» их, т.е., заостряя те или иные качества в ущерб общей гармонии развития.

Сменный график работы медсестры, несомненно, имеет свое место в реализации данной профессиональной деформации.

1.2 Влияние сменной работы медсестры на нарушение режима сна

В соответствии со ст. 103 ТК РФ, под сменной работой понимается работа в две, три или четыре смены. В частности, при круглосуточной работе рабочие места, определенные штатным расписанием для данного подразделения, должны быть заняты в течение всех 24 часов.

Продолжительность смены законом не определена. Ограничения по его продолжительности распространяются только на несовершеннолетних работников, инвалидов и лиц, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда (статья 94 Трудового кодекса Российской Федерации). Поэтому медицинское учреждение в целях организации оказания медицинских услуг вправе прибегнуть к 2-х или 3-х сменному режиму работы.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 14.02.2003 N 101 устанавливается различное рабочее время медицинских работников в

зависимости от их должности и (или) специальности и условий труда. Согласно Трудовому кодексу РФ, работа в ночную смену осуществляется только с письменного согласия работника и при условии, что такая работа не запрещена по состоянию здоровья в соответствии с медицинским заключением. Нарушения сна являются очень актуальной проблемой. Медсестры работают в больнице, как правило, в две смены (днем и ночью), но иногда бывают и трехсменные смены по 8 часов. Это зависит от определенных условий и специфики самого отделения. Особое внимание уделяется передаче дежурства при работе с тяжелобольными или больными людьми, имеющими осложнение или ожидающим его, чтобы не упустить момент для принятия каких-либо срочных мер.

Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что сменный график работы негативно влияет на биоритмы человека и ведет к нарушению важных физиологических функций: сна, производства гормонов, работы мозга, пищеварения и кровообращения. Например, ночью сердце бьется медленнее, артериальное давление снижается – организм готовится к отдыху. В это время суток люди, особенно те из них, кто относится к типу «жаворонков», работают через силу.

Ночью эпифизом вырабатывается гормон, который называется мелатонин, – гормон ночи. Пик его появления в организме приходится на время от 00:00 до 03:00 часов ночи. Нарушение дневного-ночного режима приводит к тому, что происходят сбои в регуляции жизненных функций гормонов. Это укорачивает продолжительность жизни и может вести к опухолям. Исследования показали, что люди, работающие по обычному графику, живут в среднем на четыре года дольше тех, кто выходит на работу посменно.

По словам некоторых исследователей, медицинские сестры, работающие длительными сменами, чаще испытывают неудовлетворенность от работы, что в свою очередь, часто способствует формированию синдрома психоэмоционального выгорания, а пациенты, находящиеся под их опекой, могут страдать от недостатка внимания и заботы. [5]

Когда частые длительные дежурства сочетаются с переутомлением и переработками, ночными и дневными сменами, несколькими сменами, происходящими друг за другом - все это повышает риск появления таких проблем, как синдром выгорания на работе и истощение, что, естественно, влияет на качество ухода и лечения пациентов.

В больницах, где работает большее количество медицинских сестер на длительных дежурствах, более высокий процент пациентов сообщает, что медсестры иногда или никогда не общаются с пациентами должным образом. Кроме того, многие пациенты предъявляли жалобы на то, что болевые ощущения иногда или никогда не контролируются на должном уровне, а также пациенты иногда или никогда не получают экстренную помощь тогда, когда они этого хотят.

Я.И. Левин, известный профессор, доктор медицинских наук, который посвятил свою работу изучению нарушения сна, говорил: «Чем больше была продолжительность дежурства, тем выше оказывался риск совершения ошибок и ниже уровень бдительности».

Нарушение состояния сна и качества жизнедеятельности являются достаточно актуальной проблемой среди работников сменных профессий. В частности, у 62,0% медицинских сестер, непосредственно работающих в отделении неотложной медицинской помощи, развиваются нарушения сна. Распространенность расстройств сна и нарушения качества жизни среди медсестер разных специальностей и их основные причины недостаточно освещены в научной литературе. [5].

Нарушения сна часто наблюдались у медицинских сестер, работающих в подразделениях психиатрического, наркологического, анестезиолого-реанимационного, кожно-венерологического и терапевтического профиля. Относительно редко расстройства сна были выявлены у сотрудников вспомогательных и хирургических подразделений.

Медсестры из структуры психиатрических и наркологических отделений имели значительно более короткое время сна, очень частые пробуждения ночью

и плохой сон в целом, что непосредственно приводит к нарушению качества жизни. В свою очередь, сотрудники из отделения анестезиологии и реаниматологии плохо просыпались утром, что связывали с частыми ночными сменами. Медсестры из венерических учреждений долго не могли уснуть, а работники из терапевтических отделений видели много тревожных снов.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Большая часть медицинских сестер имеют расстройства сна и нарушение качество жизни, которое связывают со сменной работой.
2. Все медицинские сестры хирургического отделения чувствуют дневную сонливость, усталость и разбитость после пройденного ночного дежурства.
3. Большинство медсестер испытывают головные боли после дежурства, что отрицательно сказывается на качестве жизни

Современные врачи все чаще и чаще говорят об опасном влиянии сменного графика, особенно если это связано с ночными сменами. Для снижения вероятности возникновения проблем со здоровьем, которые связанны с хроническим недосыпанием, необходимы как режимные, так и лекарственные меры воздействия.

В первую очередь следует подумать над возможностью нормализации графика работы. Самым оптимальным вариантом является постоянная работа в одну смену, например, в ночную или вечернюю в течение долгого времени.

Показано, что наибольшие проблемы с изменением графика работы возникают у людей старше 50 лет, имеющих другую дополнительную работу и являющихся хронотипом "ранних пташек" (с максимальной производительностью в утренние часы).

Для повышения эффективности работы в ночную смену рекомендуется использовать различные методы стимуляции, основным из которых является использование яркого света. Яркий свет блокирует выработку мелатонина во время ночной работы, тем самым предотвращая повышение дневной сонливости. Эксперты расходятся в своих рекомендациях относительно интенсивности

светового потока, необходимого для блокирования высвобождения мелатонина. Эти значения варьируются от 2500 до 5000 Люкс. Применительно к реальным условиям жизни, 2000 люкс - это уровень освещенности на улице в пасмурный день, рекомендуемый уровень освещенности между рядами одежды в профильном магазине составляет 1000 люкс. К другим способам преодоления сонливости во время ночной смены относятся: занятия, связанные с положительной мотивацией (компьютерные игры), физическая активность (частые обходы пешком), употребление жевательной резинки (нужно не забывать о риске обострения гастрита и язвы желудка). При нерегулярной работе в ночное время производительность труда повышается, если есть возможность поспать днем перед дежурством.

1.3. Влияние сменной работы медсестры на формирование синдрома психоэмоционального выгорания

Основной причиной синдрома выгорания принято считать психологическую, умственную усталость. Профессия медика - одна из самых сложных, но и самая важная в социальной сфере. Медицинские работники являются представителями профессий в системе "человек-человеку", поэтому они часто становятся жертвами синдрома эмоционального выгорания. Среди основных профессиональных факторов, определяющих результаты длительного стресса, отмечается значительная эмоциональная насыщенность актов взаимодействия с пациентами. Среди медицинских специальностей существует ряд отраслей с более высоким риском этого проявления. К ним относятся психиатрия, онкология, наркология, паллиативная и другие отрасли медицины, где часто приходится сталкиваться с агрессивным поведением пациентов, часто контактировать с психически больными людьми. Работа с пожилыми людьми,

которые хронически и неизлечимо больны и нуждаются в постоянной интенсивной терапии и поддержке. Работа с детьми, особенно новорожденными, также связана с повышенным риском эмоционального выгорания.

Установлено, что синдром выгорания проявляется неадекватной реакцией на пациентов и коллег, отсутствием эмоциональной вовлеченности, потерей способности сопереживать пациентам, переутомлением, приводящим к снижению профессиональных обязанностей и негативному влиянию работы на личную жизнь.

Человеку всегда необходимо иметь и постоянно поддерживать высокую активность и выносливость при физических и умственных нагрузках. Известно, что ситуация в обществе или в конкретном коллективе всегда зависит от состояния и развития личности. Каждый член команды или сообщества имеет возможность изменить не только свой собственный маленький мир, но и внести достаточно существенные изменения в социальную среду вокруг себя. То есть каждый отдельный человек имеет возможность управлять (и фактически управлять) командой или сообществом в той или иной степени, управляя своим собственным внутренним миром [13].

Это воздействие на окружающих осуществляется ежедневно, но не всегда осознается в определенной степени, более того, что модель мышления "мы не такие, а жизнь такая" является достаточно распространенной и удобной, поскольку снимает чувство собственной ответственности за свое благополучие.

Не у всех есть сила воли радикально изменить окружающий мир, но каждый может и должен навести порядок в своем собственном мире (семья, рабочее место и т. д.) и в собственной душе. Для достижения этой цели в процесс включаются личностные качества человека: самостоятельность, творческий источник, самоопределение, самосовершенствование, которые С. Рубинштейн относит к базовым качествам личности, но главным личностным качеством является активность.

А психологическая саморегуляция выступает главным и необходимым атрибутом успешной личностной деятельности, которая непосредственно

действует в направлении сохранения биологического гомеостаза. Каждый человек рождается со способностью управлять своим поведением, исходя из собственных потребностей. Эта способность называется саморегуляцией. На биологическом уровне саморегуляция осуществляется независимо от воли и желания человека, но на уровне общения, работы можно регулировать свою жизнь, особенно учитывая наличие постоянных стрессовых ситуаций.

Конечно, стресс постоянно сопровождает деятельность медицинского работника. Начнем с того, что стресс (давление, напор), как правило, означает состояние напряжения, возникающее вследствие действия сильного раздражителя, необычной ситуации. В зависимости от стимула, воздействующего на человека, выделяют два типа стресса: дистресс вследствие действия отрицательных эмоций и эустресс вследствие действия положительных эмоций.

Когда работник здравоохранения не получает достаточной поддержки, принимает больше беспокойства и трудностей от своих клиентов и пациентов, чем можно себе представить, и он обнаруживает, что переутомлен. Источником стресса могут быть не только клиенты, но и особенности работы и организации, в которой работает медработник. Эти стрессоры (факторы, вызывающие стресс), в свою очередь, взаимодействуют с вашей личностью и со стрессами вне рабочей ситуации.

Согласно определению ВОЗ (2001), "синдром эмоционального выгорания - это физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся снижением производительности труда и утомляемостью, бессонницей, повышенным воздействием соматических заболеваний и употреблением алкоголя или других психоактивных веществ с целью получения временного облегчения, которое имеет тенденцию к развитию физиологической зависимости и (во многих случаях) суицидального поведения. Этот синдром обычно рассматривается как стрессовая реакция в ответ на неумолимые производственные и эмоциональные запросы, возникающая в результате

чрезмерной преданности своему делу с сопутствующим пренебрежением семейной жизнью или досугом.

Сегодня синдром выгорания рассматривается как длительная стрессовая реакция, возникающая в результате воздействия хронических профессиональных стрессов средней интенсивности. Не случайно первый исследователь этого феномена, К. Маслач, назвала свою книгу "Эмоциональное сгорание-плата за симпатию" [1615].

Синдром эмоционального выгорания (определяемый в научной литературе как болезнь МКБ-10) - это реакция организма, возникающая в результате длительного воздействия профессиональных стрессов средней интенсивности. Итак, СЭВ - это процесс постепенной потери эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющийся в симптомах эмоционального, умственного истощения, физической усталости, личной отстраненности и снижении удовлетворенности работой. В литературе термин "синдром психического выгорания" используется как синоним синдрома эмоционального выгорания.

Это также механизм психологической защиты, вырабатываемый индивидом в виде полного или частичного исключения эмоций в ответ на отдельные психотравмирующие воздействия. Это приобретенный стереотип эмоционального, часто профессионального поведения.

"Выгорание" является отчасти функциональным стереотипом, так как позволяет дозировать и расходовать энергетические ресурсы экономно. В то же время это может иметь дисфункциональные последствия, когда "выгорание" негативно сказывается на выполнении профессиональной деятельности и взаимоотношениях с партнерами. Иногда СЭВ ("выгорание") называют" профессиональным выгоранием", что позволяет рассматривать данное явление в аспекте личностной деформации под влиянием профессиональных стрессов [44].

Как отмечается, врачи, учителя, психологи, социальные работники, спасатели, сотрудники правоохранительных органов и юристы относятся к числу

профессий, в которых СЭВ наиболее распространена (от 30 до 90% работников). Почти 80 % психиатров, психотерапевтов и наркологов имеют различные степени синдрома эмоционального выгорания; 7,8% имеют выраженный синдром, приводящий к психосоматическим и психовегетативным расстройствам.

Среди медсестер признаки СЭВ встречаются в 62,9 % случаев.

Так, основной причиной СЭВ принято считать психологическое, психическое переутомление, когда потребности (внутренние и внешние) длительное время преобладают над ресурсами (внутренними и внешними) человека, нарушается состояние равновесия человека, что неизбежно приводит к СЭВ.

Установлена связь выявленных изменений с характером профессиональной деятельности, связанной с ответственностью за судьбу, здоровье и жизнь людей. Эти изменения расцениваются как результат длительного профессионального стресса. Среди профессиональных стрессоров, способствующих развитию СЭВ, есть обязательная работа в строго установленном режиме дня, большая эмоциональная насыщенность взаимодействующих актов. Ряд специалистов имеют стрессовое взаимодействие, которое обусловлено длительным общением, которое повторяется на протяжении многих лет, а реципиентами выступают пациенты с трудной судьбой, дети и подростки, жертвы катастроф, рассказывающие о своих переживаниях, страданиях, страхах и ненависти.

В настоящее время существует около сотни симптомов, которые так или иначе связаны с СЭВ. Следует отметить, что условия профессиональной деятельности иногда могут быть причиной синдрома хронической усталости, который нередко сопровождает данный синдром.

При синдроме хронической усталости типичными жалобами больных являются: прогрессирующая усталость, снижение работоспособности; плохая переносимость ранее привычных нагрузок; мышечная слабость, мышечные боли, нарушения сна, головные боли, забывчивость; раздражительность,

снижение умственной активности и способности к концентрации внимания. Люди, страдающие синдромом хронической усталости, могут иметь длительную субфебрильность и боль в горле. При постановке этого диагноза следует иметь в виду, что не должно быть никаких других причин или заболеваний, которые могут вызвать такие симптомы.

Известно, что существуют три основные особенности СЭВ. Развитию СЭВ предшествует период повышенной активности, когда человек полностью поглощен работой, отказывается от потребностей, не связанных с ней, забывает о собственных потребностях, тогда наступает первый признак-истощение. Оно определяется как чувство высокого напряжения и истощения эмоциональных и физических ресурсов, чувство усталости, которое не проходит после ночного сна. После отдыха эти явления уменьшаются, но возобновляются, когда они возвращаются к предыдущей рабочей ситуации.

Второй признак СЭВ - это личная отстраненность. Профессионалы, меняя свое сострадание к пациенту (клиенту), расценивают это как эмоциональный уход, попытку справиться с эмоциональными стрессорами на работе. В крайних случаях почти ничто не возбуждает человека в профессиональной деятельности, почти ничто не вызывает эмоционального отклика – ни положительные, ни отрицательные обстоятельства. Теряется интерес к клиенту (пациенту), который воспринимается на уровне неодушевленного предмета, само присутствие которого иногда неприятно.

Третий признак - это чувство потери самоэффективности или падение самооценки. Человек не видит перспектив в своей профессиональной деятельности, снижается удовлетворенность работой, теряется вера в свои профессиональные возможности.

Итак, СЭВ - это сочетание физического, эмоционального и когнитивного истощения или усталости, причем основным фактором является эмоциональное истощение. Дополнительные компоненты "выгорания" являются результатом поведения (снятия стресса), что приводит к деперсонализации или собственно

когнитивно-эмоциональному выгоранию, которое выражается в снижении личностных достижений.

В настоящее время нет единого взгляда на структуру СЭВ, но, несмотря на это, можно сказать, что это личностная деформация, обусловленная эмоционально сложными и напряженными отношениями в системе "человек-человек", имеющая непосредственное значение для социального и психосоматического здоровья индивида.

Таким образом, у людей, страдающих СЭВ, обычно наблюдается сочетание психопатологических, психосоматических, соматических симптомов и признаков социальной дисфункции. Есть хроническая усталость, когнитивные нарушения (нарушения памяти и внимания), нарушения сна и изменения личности. Возможно развитие тревоги, депрессивных расстройств, зависимости от психоактивных веществ, суицида. Распространенными соматическими симптомами являются головная боль, желудочно-кишечные (диарея, синдром раздраженного желудка) и сердечнососудистые (тахикардия, аритмия, гипертония) расстройства.

Конечно, одно из первых мест по риску СЭВ занимает профессия медсестры. Условия профессиональной деятельности, такие как частая сменная работа медицинских сестер, наличие постоянно действующих стрессовых факторов, порой могут явиться причиной синдрома хронической усталости, который довольно часто сопутствует непосредственному формированию синдрома эмоционального выгорания.

Как мы выяснили ранее, сменный график работы медицинской сестры, равно как и иных работников здравоохранения, оказывает огромное отрицательное влияние на физическое и психическое здоровье и, наряду с другими сложностями, значительно ухудшает ее качество жизни. Эти обстоятельства ведут к увеличению риска развития СЭВ, который, в свою очередь, еще больше оказывает негативное влияние на различные аспекты жизни и здоровья медицинской сестры (КЖ). Тем самым создается «порочный» замкнутый круг проблем, из которого медицинскому работнику чрезвычайно

трудно вырваться без значительных усилий с задействованием как внутренних (работа над собой), так и внешних (лекарственная, психологическая, медицинская и т.д. помощь) ресурсов.

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ СМЕННОЙ РАБОТЫ МЕДСЕСТРЫ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, СНА И ФОРМИРОВАНИЕ СИНДРОМА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

2.1. Диагностика влияния сменной работы

Эмпирическое исследование влияния сменной работы на особенности сна и формирования синдрома психоэмоционального выгорания у медицинских сестер было организовано и проведено на базе МБУЗ «ГКБ № 1» г. Новосибирск.

В опросах принимали участие около 300 медицинских сестер лечебно-профилактических учреждений г. Новосибирска в различной возрастной категории: от 18 до 70 лет, имеющие стаж работы от 3 месяцев до 46 лет.

Из них в стационарных условиях работало 216 человек, в амбулаторных – 84. В хирургических подразделениях трудились - 25% медицинских сестер, акушерско-гинекологических – 23,5%, терапевтических - 10,5%, на станции скорой помощи – 9,2%, психиатрических и наркологических – 8,8%, клинико-диагностических – 7,5%, кожно-венерологических – 6%, вспомогательных – 5%, анестезиолого-реанимационных – 4,5%.

Для скринингового исследования на выявление нарушений сна была использована анкета для оценки субъективных характеристик сна. Медсестер попросили самостоятельно оценить (от 0 до 5 баллов) следующие шесть показателей: непосредственно время для засыпания, продолжительность сна, количество ночных пробуждений, качество сна, количество снов и качество сна, а также утреннее пробуждение.

Варианты ответов отражают градацию выраженности признака и кодируются по убыванию тяжести симптома от одного балла (очень долго, очень короткий, множественные, очень плохо) до пяти (мгновенно, очень долгий, нет, отлично).

В конце исследования, при интерпретации результатов мы рассчитывали общее количество субъективных характеристик сна. Использовались три диапазона значений: 22 балла и более - «нормальный» (сон оценивается как нормальный), 18 баллов или менее - нарушение сна, 19–21 балл - предельные значения.

Чтобы определить хронотип среди медсестер, мы использовали небольшую анкету (Приложение 2), состоящую из пяти простых вопросов, чтобы определить, какой тип распространен в группе исследованных сотрудников. Полученные данные были соотнесены в процентах.

В ходе исследования влияния сменной работы на состояние сна у 167 из 300 человек определяли наличие депрессивных состояний по методике П. Пишо. Обработка полученных данных осуществлялась благодаря использованию описательной статистики и корреляционного анализа.

В результате анализа деятельности медицинских сестер различных подразделений на базе ГКБ №1, было так же проведено исследование влияния сменной работы на формирование синдрома психоэмоционального выгорания. Для оценки использовалась методика диагностики профессионального «выгорания» К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой в виде небольшого анкетирования (Приложение 3).

В проводимом исследовании всего приняло участия 8 медицинских сестер из разных отделений Городской клинической больницы №1. Им предлагалось ответить на вопросы, предложенные в анкете по каждому пункту: «никогда», «очень редко», «иногда», «часто», «очень часто», «каждый день». Опросник включал в себя три шкалы: «эмоциональное истощение» (9 утверждений), «деперсонализация» (5 утверждений), «редукция личных достижений» (8 утверждений).

Варианты ответов оценивались следующим образом: «никогда» - 0 баллов, «очень редко» - 1 балл, «иногда» - 3 балла, «часто» - 4 балла, «очень часто» - 5 баллов, «каждый день» - 6 баллов.

Ключ к опроснику.

«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, 22 (максимальная сумма баллов – 30).

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

Чем больше сумма баллов по каждой шкале в отдельности, тем больше у обследованного выражены различные стороны «выгорания». О тяжести «выгорания» можно судить по сумме баллов всех шкал.

2.2. Результаты исследования влияния сменной работы

В результате проведенных исследований, были получены следующие результаты. Расстройства сна были выявлены у 26,25% людей, в свою очередь, пограничные состояния – у 45,0%. В структуре расстройств сна явно преобладают частые пробуждения ночью (17,75%) и плохое пробуждение утром (15,75%).

Одно из перечисленных расстройств сна встречалось у 21,7% исследуемых медсестер, два и более – у 17% (таблица 1). Чаще всего (50% и выше) нарушения сна наблюдались у медицинских сестер, работающих в подразделениях психиатрического и наркологического, анестезиолого-реанимационного, кожно-венерологического и терапевтического профиля. В свою очередь, нарушение сна редко отмечались у сотрудников вспомогательных и хирургических подразделений.

Таблица 1.

Распространённость и структура расстройств сна у обследованных медицинских работников, %

Показатель	**Всего**	**Профиль подразделения**							
		А	**Б**	**В**	**Г**	**Д**	**Е**	**Ж**	**З**
Нарушение засыпания	10,0	6,0	13,7	10,0	15,0	21,1	25,0	-	20,0
Длительность сна	10,5	7,5	5,9	10,0	10,0	31,6	16,7	3,7	30,0
Частота пробуждения ночью	17,8	11,9	15,7	10,0	15,0	42,1	16,7	18,5	50,0
Качество сна	10,3	6,0	9,8	10,0	20,0	36,8	16,7	-	20,0
Сновидения	8,3	1,5	15,7	20,0	-	5,3	-	3,7	20,0
Качество утреннего пробуждения	15,8	16,4	17,6	30,0	10,0	21,1	25,0	3,7	50,0

А – хирургический, Б – акушерско-гинекологический, В – терапевтический, Г – скорая помощь, Д – психиатрический и наркологический, Е – кожно-венерологический, Ж – вспомогательные подразделения, З – анестезиолого-реанимационный.

Таким образом, у медицинских сестер отделения анестезиологии и реанимации, кроме перечисленных нами выше расстройств сна, наблюдалось плохое и очень плохое качество утреннего пробуждения.

В свою очередь, у медицинских сестер учреждений кожно-венерологического профиля отмечалось длительное время засыпания, а у медсестёр терапевтического профиля отмечались множественные и тревожные сновидения.

В таблице 2 приведены усредненные бальные значения всех расстройств

сна, которые непосредственно были выявлены среди медицинских сестер Городской клинической больницы г. Новосибирска, которые были получены в ходе анализа анкеты бальной оценки субъективных характеристик сна (Приложение 1).

На основании данных, приведенных в таблице 2, можно сделать вывод, что у медицинских сестер, работающих непосредственно на базе психиатрических и наркологических подразделений продолжительность сна была значительно меньше с достаточно частыми пробуждениями ночью и плохим качеством сна в целом.

Таблица 2

Бальная оценка расстройств сна у медицинских сестер различных подразделений

Показатель	Всего	А	Б	В	Г	Д	Е	Ж	З
Нарушение засыпания	3,4±0,8	3,4±0,8	3,3±0,8	3,8±1,0	3,4±0,9	3,2±0,9	2,9±0,7	3,6±0,8	3,0±0,9
Продолжительность сна	3,0±0,5	3,0±0,4	3,1±0,5	2,9±0,3	3,0±0,5	2,7±0,5	2,8±0,4	3,1±0,4	2,7±0,8
Пробуждение ночью	3,4±0,9	3,5±0,8	3,5±0,9	3,5±0,8	3,2±0,7	2,7±0,9	3,0±0,6	3,4±0,1	2,8±1,1
Качество сна	3,4±0,8	3,4±0,7	3,4±0,7	3,5±0,7	3,0±0,6	2,7±0,7	2,9±0,5	3,4±0,6	3,0±0,9
Сновидения	3,6±0,7	3,7±0,5	3,4±0,8	2,9±0,9	3,8±0,4	3,6±0,7	3,8±0,5	3,7±0,7	3,1±1,0
Качество утреннего пробуждения	3,2±0,8	3,2±0,8	3,2±0,7	3,0±0,8	3,4±0,7	2,8±0,5	2,8±0,5	3,5±0,8	2,5±0,8

Таким образом, можно сделать вывод, что неудовлетворительные показатели сна наблюдались у медицинских сестер, которые осуществляют работу непосредственно на базе терапевтического подразделения, психиатрического и наркологического, кожно-венерологического, а также отделения анестезиологии и реанимации.

У медицинских сестер, профессиональная деятельность которых, осуществляется в кожно-венерологическом отделении отмечались достаточно выраженные нарушения процесса засыпания; нарушение продолжительности

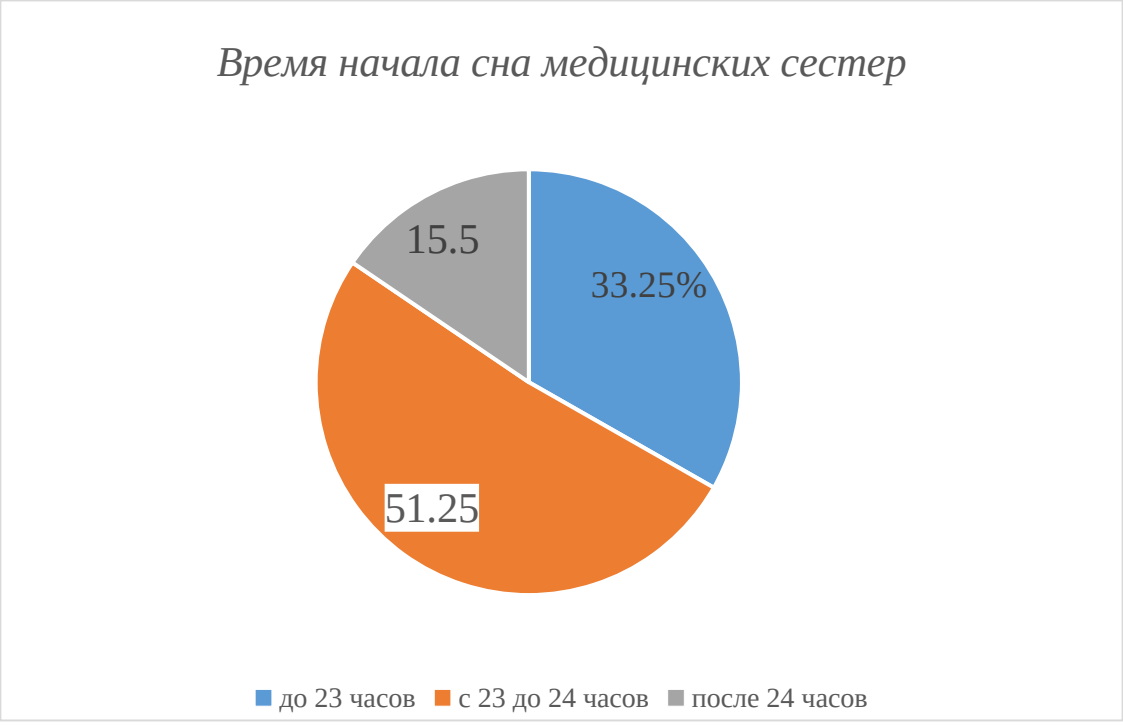
сна было выявлено у медсестер терапевтического, психиатрического и наркологическог отделения, а так же отделения анестезиологии-реаниматологии.

Нарушение качества сна наблюдалось у лиц психиатрическог и кожно-венерологическог отделений. Нарушение пробуждения по утрам, в свою очередь, было отмечено медицинскими сестрами терапевтического, психиатрического и наркологическог отделения, а так же отделения анестезиологии-реаниматологии.

Ночной сон среди опрошенных медицинских сестер различных подразделений составлял в среднем от 2 до 10 часов в сутки. Меньше 7 часов спали 35,5%. Дневной сон регулярно практиковали 10,75%, иногда – 47%. Только 33,25% ложились до 23 часов, 51,25% – от 23 до 24 и 15,5% – после полуночи. (рисунок 1)

Рисунок 1

Время начала сна медицинских сестер различных подразделений



Ночные смены отмечались среди 70% обследованных медсестер. Нами было выяснено, что практически все медицинские работники различных подразделений принимали снотворные средства. Доволь часто к данной группе

препаратов прибегали сотрудники неотложной медицинской помощи, однако нарушения сна среди них встречались относительно редко. В свою очередь, в результате опроса, медицинские сестры акушерско-гинекологических отделений, напротив, очень редко принимали снотворные средства.

Медицинские сестры, которые часто дежурили по ночам, в различных подразделениях больницы, в целом регистрировали больше расстройств сна, намног чаще у них наблюдалось пробуждение ночью. Главной причиной этог они считали сменную работу.

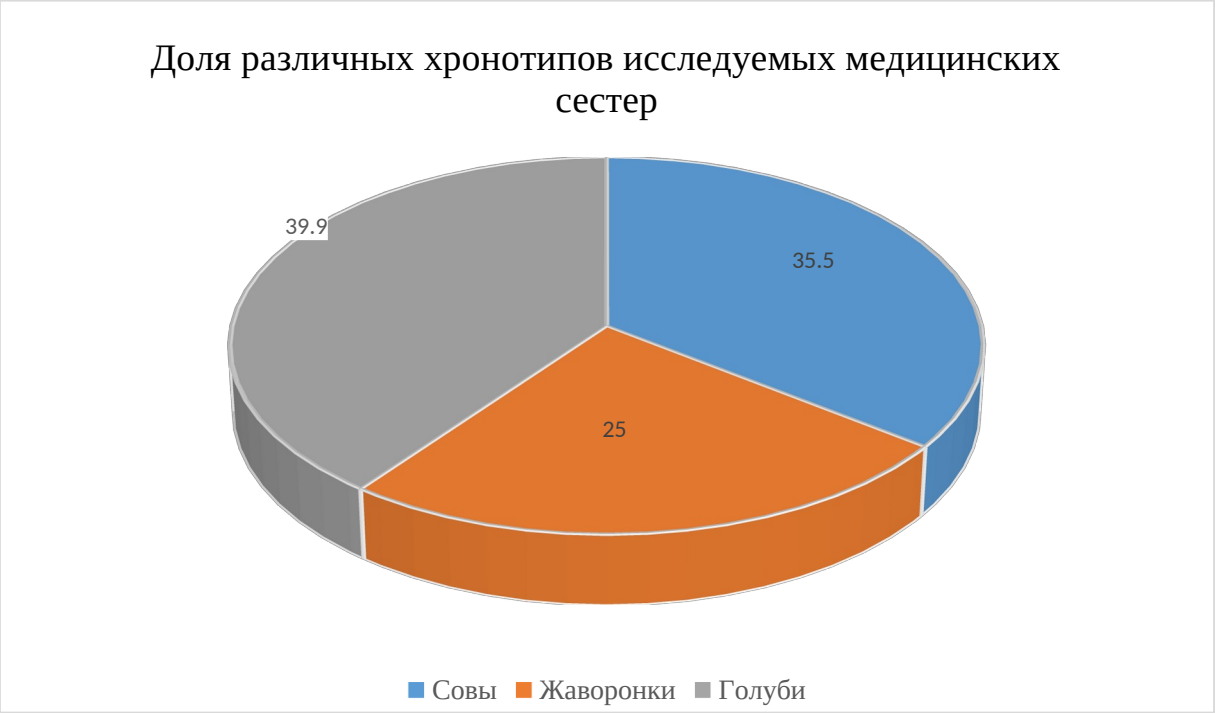
Достаточно часто ночные дежурства приходились на долю медицинских работников, деятельность которых осуществлялась в психиатрических, кожно-венерологических, анестезиолого-реанимационных подразделений и станции скорой медицинской помощи.

В результате проведенного опроса среди медицинских сестер на базе Городской больницы, при помощи небольшой анкеты, состоящей из пяти вопросов (Приложение 2), было выяснено, что поздно ложиться спать предпочитали 35,5% опрошенных («совы»), рано вставать – 25% («жаворонки»), не то и не другое 39,5% («голуби»).

Указанные отличительные особености сна оказались связанными с его продолжительностью, количеством расстройств и качеством утреннег пробуждения. Самыми неудовлетворительными перечисленные показатели были выявлены непосредственно у медицинских сестер, которые производили работу в психиатрических и наркологических отделениях 9»совы» среди них встречались в 67,9% случаев). Однако, в свою очередь, среди медицинских сестер хирургических и акушерско-гинекологических подразделений, часто преобладал хронотип «голуби» (56,2% и 49,9% соответственно) (рисункок 2).

Рисунок 2

Доля различных хронотипов исследуемых медицинских сестер



На основании данных, полученных в ходе исследований,можно сделать вывод, что среди медицинских сестер, зачастую преобладает хронотип «голубь», который характеризуется высокой дневной активностью, своеобразными трудностями во время пробуждения, а так же преобладанием прямой зависимости между утомлением и уровнем суточной нагрузки.

В ходе исследования было так же установлено, что самыми распространенными среди причин нарушения сна у медицинских сестер являлись стресс (54,25%) и сменная работа (45,5%).

Частый стресс непосредственно сопровождался частым пробуждением ночью, а сменная работа зачастую увеличивала время засыпания, ухудшала качество и продолжительность сна, приводила к частым пробуждениям, что вынуждало медицинских сестер различных подразделений принимать снотворые средства.

Сменна работа, как первостепенная и ведущая причина расстройств сна была визуализирована среди ответов медицинских сестер, работающих на базе психиатрических и наркологических, кожно-венерологических отделений и станции скорой помощи, реже - сотрудников вспомогательных подразделений лечебно-профилактических учреждений.

В результате проведенного исследования депрессивных состояний по

методике П.Пишо, изменения были выявлены у 9,7% среди 167 опрошенных медицинских сестер.

Они коррелировали со всеми вышеуказанными клиническими проявлениями нарушения сна, такими как продолжительность сна, прием снотворных средств и частота их приема.

Таблица 3

Соотношение расстройств сна и депрессии у обследованных медицинских сестер

Показатель	Без расстройств сна и депрессии	Расстройства сна без депрессии	С расстройством сна и депрессией
Нарушение засыпания	3,7±0,7	2,9±0,6	2,5±0,7
Продолжительность сна	3,1±0,4	2,8±0,4	2,3±0,9
Пробуждение ночью	3,8±0,8	2,6±0,7	2,3±0,7
Качество сна	3,7±0,6	2,9±0,5	2,3±0,8
Сновидения	3,7±0,6	3,2±0,9	3,1±1,2
Качество утреннего пробуждения	3,5±0,8	2,8±0,6	2,0±0,9

Данные, указанные в таблице 3, позволяют сделать вывод о том, что расстройства сна, выявленные среди медицинских сестер и депрессивные состояния непосредственно связаны между собой. Депрессивные состояния, как с нарушениями сна, так и без таковых в несколько раз чаще отмечались у медицинских сестер отделения анестезиологии и реанимации. (30% против 8,9% у остальных).

У медицинских сестер, профессиональная деятельность которых, осуществлялась на базе хирургического подразделения, редко выявлялись расстройства сна и депрессии, у них отмечалось раннее засыпание, а их сон отличался большей продолжительностью времени.

Более 27% мдицинских сестер различных отделений отмечали прием антидепрессантов, седативных и снотворных препаратов, от 24,6% до 35,3%

употребляли алкогольные напитки, чтобы ускорить процесс засыпания. Расстройства сна намного чаще выявлялись у медицинских сестер со сменным графиком работы, частым преобладанием ночных дежурств.

В ходе исследования воздействия сменного графика работы на формирование синдрома психоэмоционального выгорания, были получены следующие результаты, представленные в таблице 4.

Таблица 4

Результаты диагностики синдрома психоэмоционального выгорания среди девяти медицинских сестер

№ сотрудника	Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Редукция личностных достижений	Количество баллов
1	28	13	25	66
2	22	8	30	60
3	16	9	17	42
4	23	11	22	56
5	15	7	32	54
6	23	7	38	68
7	13	5	36	54
8	7	1	33	47
Общее количество баллов	147	61	233	

Таким образом, проведенная диагностика синдрома психоэмоционального выгорания, среди медицинских сестер различного профиля, показала, что со стороны сформированности синдрома эмоционального выгорания, отмечается его невысокий уровень сформированности.

«Эмоциональное истощение» - при сформированном синдроме эмоционального выгорания максимальная сумма баллов – 54. Испытуемые

медицинские сетры в среднем показали ниже 30 баллов.

«Деперсонализация» - при сформированном синдроме психоэмоционального выгорания максимальная сумма баллов – 30 баллов. Среди исследуемых медсестер показатели отмечались ниже 15 баллов.

«Редукция личных достижений» - при сформированном симптоме эмоционального выграния максимальная сумма баллов – 48. У всех испытуемых этот показатель гораздо ниже. Общий показатель при сформированном синдроме эмоционального выгорания составляет 132 балла. Среди участников эксперимента в данной группе такого результата никто не показал.

Таким образом, хочется отметить, что результаты проведенного исследования показывают, что в профессиональной группе медицинских сестер непосредственно сформировавшегося синдрома психоэмоционального выгорания не выявлено.

На основании полученных данных можно сделать вывод, что медициснкие сестры, имеющие сменные график работы, частые ночные дежурства, наиболее подвержены возникновению синдрома психоэмоционального выгорания в профессиональной деятельности: на них лежит большой груз ответственности за здоровье и жизнь своих пациентов.

ГЛАВА 3. ПУТИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Нормальное психическое и нравственное здоровье непосредственно подразумевает под собой спокойствие и уравновешенность, а также хорошее умение адаптироваться и прекрасно преодолевать достаточно непростые кризисные ситуации, и, несомненно, самоконтроль. В выраженных формах синдром психоэмоционального истощения часто подвержен полному медицинскому и психотерапевтическому лечению.

К большому сожалению, в некоторых случаях зачастую синдром психоэмоционального истощения настолько выражен, что единственным верным способом его лечения является, прежде всего, радикальное изменение профессиональной деятельности медицинских сестер, а также переход к административной работе или работе, не связанной с людьми.

Исходя из вышесказанного, можно сделать небольшой вывод, что именно поэтому настолько важно использовать различные меры профилактики для предотвращения выгорания среди работников здравоохранения, применяя различные подходы: личностно-ориентированные методы; методы саморегуляции; учебные курсы; меры по изменению рабочей среды и др.

Основываясь на работах различных ученых в области медицины, Всемирная организация здравоохранения разработала некоторые рекомендации

по реализации первичной профилактике синдрома выгорания у медицинских работников. [15]

Основные действия по профилактике:

• Избегать чрезмерно высоких требований к личностям, которые оказывают помощь другим людям;

• Необходимо производить обучение сотрудников наиболее благоприятному распределению времени, а также научить их различным техникам релаксации;

• Минимизировать направленное влияние факторов, которые непосредственно вызывают слишком сильный стресс;

На данный момент, необходимой первоочередной базовой частью профилактики эмоционального выгорания является психологическая подготовка личностей специалистов еще на уровне обучения в ВУЗе.

Необходимо реализовать не только теоретические основы психологии, но и практические курсы, которые направлены на развитие стрессоустойчивости в жизни и на работе.

На сегодняшний день существует невероятное множество различных методик, учебных курсов, советов, направленных непосредственно на профилактику синдрома психоэмоционального выгорания медицинских работников и не только. Среди них можно выделить следующие:

• Повышение коммуникативных умений с помощью всевозможных активных методов обучения (социально-психологические тренинги, деловые игры);

• Обучение наиболее эффективным стилям коммуникаций и разрешению конфликтных ситуаций;

• Разнообразные учебы и мастер-классы, которые направлены на стимулирование саморазвитие, личностный и профессиональный рост у медицинских сестер;

• Программы, разработанные для снятия стресса и поддержки групп, нацеленные на исправление личной самооценки, уверенности в себе, социальной

смелости, эмоциональной стабильности и психофизической гармонии, овладение методами саморегуляции и планирование личной и профессиональной карьеры.

• Необходимо соблюдать режим сна, отдыха и питания;

• Производить поиск каких-либо новых интересов, не связанных, в первую очередь, с профессиональной деятельностью;

• Стремление к тому, к чему хочется;

• Осуществлять постоянное участие в различных семинарах, где есть возможность познакомиться с новыми людьми.

В настоящий момент методика обучения людей в области антистрессовых мероприятий на рабочем месте широко реализуется непосредственно в профилактике эмоционального стресса. Однако существенным минусом этого метода является то, что многие не могут применять его на практике, поскольку их работа требует определенного поведения. [14]

Еще одним из наиболее эффективного метода профилактики развития синдрома психоэмоционального выгорания является использование саморегуляции и самовосстановления. Его непосредственно можно назвать «техникой безопасности» для человека, который благодаря своим профессиональным обязанностям поддерживает постоянные и многочисленные контакты с людьми.

Основными действенными инструментами предупреждения выгорания, как для отдельного врача, так и для всей команды, являются психологические тренинги, а также своевременное информирование сотрудников о командной работе и средствах борьбы с данным синдромом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Профессиональная деятельность медицинских работников среднего звена имеет свои определенные отличительные особенности: предусматривает своеобразный процесс взаимодействия персонала и пациентов и эмоциональную интенсивность, а также психофизическое постоянное напряжение и иные факторы, которые непосредственно вызывают стресс. Медицинской сестре следует обладать такими качествами, как: терпимость по отношению к коллегам, а также по отношению к пациентам и их родным, внимательность, сочувствие, гуманность и постоянная преданность к своей профессиональной деятельности.

Частая сменная работа, многочисленные ночные дежурства, высокая нагрузка, частое общение с людьми требуют от медицинских сестер значительной функциональной активности. Влияние внешних и внутренних воздействий на организм медицинского персонала, адаптационные ресурсы личности устанавливают своего рода функциональные резервы и их непосредственные отличительные черты в проявлении деструкции среднего медперсонала.

Необходимость и практическая важность проделанной мною работы обусловлена достаточно малой изученностью, недостаточностью знаний и общими последствиями эмоционального выгорания, карьерных и ценностных ориентаций, адаптационных сторон, как факторов, непосредственно

способствующих развитию нарушений качества жизни, сна и формирование синдрома эмоционального выгорания личности медицинской сестры.

Я считаю, что с возникновением эмоционального выгорания структура карьерных, а также ценностных ориентаций медицинской сестры значительно меняется. Изучив литературу по этой теме, с уверенностью можно сказать, что медицинский персонал, чья профессиональная деятельность направлена на благо обществу целом, это люди, работающие по сменному графику, имеющие постоянный повышенный стресс в условиях работы различных подразделений здравоохранения, измучены периодической нехваткой сна, часто подверженные эмоциональному выгоранию, вследствие особенностей профессиональной деятельности, большой ответственности за здоровье и за жизнь пациентов.

В результате проведенных исследований на базе Городской клинической больницы, мною были сделаны следующие выводы.

При изучении закономерностей постоянного влияния сменной работы на качество сна медицинских сестер, были получены следующие результаты, которые свидетельствуют о том, что расстройства сна были выявлены у 26,25% людей, в свою очередь, пограничные состояния наблюдались у 45,0%. В структуре расстройств сна непосредственно преобладали частые пробуждения ночью (17,75%) и плохое пробуждение утром (15,75%). Среди 50% медицинских сестер и более нарушения сна наблюдались у лиц, работающих в подразделениях психиатрического и наркологического, анестезиолого-реанимационного, кожно-венерологического и терапевтического профиля. Относительно редко нарушение сна наблюдалось у медсестер вспомогательных и хирургических подразделений.

Частый стресс постоянно сопровождался пробуждением ночью, а сменная работа значительно увеличивала время засыпания, ухудшала качество и продолжительность сна, приводила к частым пробуждениям, что зачастую вынуждало медицинских сестер принимать снотворные средства. Сменная работа, как основная и ведущая причина расстройств сна была обнаружена в ответах медицинских сестер, работающих в психиатрических и

наркологических, кожно-венерологических отделений и станции скорой помощи, реже – сотрудников вспомогательных подразделений лечебно-профилактических учреждений.

В результате выявления связи между имеющимися расстройствами сна и возникновением депрессии у медицинских сестер, были сделаны выводы, что расстройства сна и депрессивные состояния достаточно тесно связаны между собой. Депрессивные состояния как с нарушениями сна, так и без таковых в несколько раз чаще выявлялись у медицинских сестер отделения анестезиологии и реанимации (30% против 8,9% у остальных).

У медицинских сестер, работающих на базе хирургического подразделения, напротив, редко выявлялись расстройства сна и депрессии, они раньше отходили ко сну, их сон отличался большей продолжительностью.

В процессе изучения влияния сменной работы на формирование синдрома психоэмоционального выгорания, были получены следующие умозаключения, а именно - медицинские сестры, имеющие сменный график работы, частые ночные дежурства, наиболее подвержены возникновению синдрома психоэмоционального выгорания в силу специфики профессиональной деятельности: на них лежит большой груз ответственности за здоровье и жизнь своих пациентов.

Изучаемая данная проблема, на мой взгляд, представляется очень важной и актуальной в настоящее время, так как большое количество медицинских сестер, работающих по сменному графику, постоянно находящихся на ночных дежурствах, имеют различные степени нарушения сна, ведущие непосредственно к нарушению качества жизни, а также способствуют в дальнейшем, формированию синдрома психоэмоционального выгорания. Данный феномен способен оказывать негативное влияние не только на самих медсестер, но и на их деятельность и самочувствие, а так же на тех, кто находится рядом с ними. Это и близкие родственники, и друзья, в том числе коллеги по работе, пациенты, которые вынуждены находиться рядом, и в результате этого становятся заложниками синдрома.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агафонова Я.В. Здоровье медицинского специалиста на рабочем месте: психологические основы развития // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – № 1. URL: http://eduherald.ru/ru/article/view?id=14313 (дата обращения: 26.05.2020).
2. Бабанов С.А. Синдром эмоционального выгорания. Врач скорой помощи. -2012. №10 [Электронный ресурс] // режим доступа:http://ivo.garant.ru (дата обращения: 25.05.2020)
3. Башенкова Л. А., Кухарская Е. В. Диагностика синдрома эмоционального выгорания и мероприятия, направленные на его предупреждение // Среднее профессиональное образование. 2015 №11. С. 43 – 45 URL: http://cyberleninka.ru/article/n/diagnostika-sindroma-emotsionalnogo-vygoraniya-i-meropriyatiya-napravlennye-na-ego-preduprezhdenie (дата обращения: 26.05.2020).
4. Бухтиянов И.В. Рубцов М.Ю., Юшкова О.И. Профессиональный стресс в результате сменного труда как фактор риска нарушения здоровья работников// Анализ риска здоровью. 2016. №3
5. Воропаева Л.А., Голенков А.В., Аверин А.В. Влияние сменной работы на гигиену сна медицинских сестер. Здравоохранение Чувашии. 2012. № 4 (32). С. 21-24.

6. Гаранина О.А. Особенности организации времени жизни специалистов, работающих в режиме сменного графика // Организационная психология. 2015. Т. 5. № 2. С. 10–25.
7. Голенков А.В., Полуэктов М.Г., Аверин А.В., и др. Особенности нарушений сна у медицинских сестер // Главная медицинская сестра.–2011. – 2: 55–63.
8. Кадомцев Д.В., Пасечникова Е.А. Синдром «эмоционального выгорания», как одна из главных проблем психогигиены сотрудников отделения анестезиологии и реанимации // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – № 2. URL: http://eduherald.ru/ru/article/view?id=15386 (дата обращения: 26.05.2020).
9. Касимовская Н.А. Медико-организационные аспекты профилактики синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер ЛПУ стационарного типа. // Проблемы управления здравоохранением. – 2017 - № 4 - С. 53-58.
10. Колдубовская, Т.Б. Особенности проявления признаков эмоционального выгорания у врачей / Т.Б. Колдубовская // Вопросы психологии. – 2014 – № 2 – С. 75 – 80
11. Котова Е.В. Профилактика синдрома эмоционального выгорания: учебное пособие. Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева. Красноярск, - 2013 С.30-40.
12. Креслова Д.В., Костарев И.А., Зыкова Н.А. Влияние ночных смен на психологическое состояние медицинских сестер // Новая наука: проблемы и перспективы. – 2015 – № 1 (1). – С. 64–65.
13. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология / Менделевич В.Д. - М.: МЕДпресс-информ, 2011. - 432 с.
14. Новичкова Н.И., Каллистов Д.Ю., Романова Е.А. и др. Гигиенический анализ факторов, влияющих на распространенность расстройств сна//Гигиена и санитария. 2016 №11.
15. Островская И.В. Синдром «профессионального выгорания» у

сестринского персонала // Медицинская сестра. - 2014 - №2. – С.35-37.

16. Осухова Н. Г. Возвращение к жизни : методические материалы для ведущих тренингов и семинаров по профилактике профессионального выгорания / Осухова Н. Г., Кожевникова В. В. // Помощь помощнику: социально-психологическое сопровождение социальных работников ; под ред. Н.Г. Осуховой. – М. : Изд-во «Амиго-пресс», 2006. – 253 с.
17. Первичная профилактика психических, неврологических и психосоциальных расстройств. – М. : Смысл, 2002. – 127 с.
18. Сафиуллина Л.А. Профессиональный стресс и синдром выгорания у медицинских работников // Международный студенческий научный вестник. – 2018. – № 4-2. URL: http://eduherald.ru/ru/article/view?id=18521
19. Синицына О.Н. Профессионально- эмоциональное выгорание у медсестер хирургического отделения. [Электрон ресурс] / режим доступа: https://psy.su/feed/4712/
20. Талалушкина Ю.Н. Социально-экономический подход к изучению качества жизни населения региона// Региональная экономика и управление: электронный научный журнал. - 2015. — №4 (44). [Электрон ресурс] / режим доступа: https://eee-region.ru/article/4402/
21. Полуэктов М.Г., Голенков А.В. Нарушения сна при сменной работе медицинских сестер: возможности профилактики и коррекции // Медицинская сестра. - 2011. - № 7. - С. 33-35.
22. Руженков В.А., Сергеева Е.Л., Москвитина У.С. Качество жизни медицинских работников// Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. 2013 №18.
23. Целуйко Д.И. Влияние ночной работы на организм работника // Современная наука: актуальные проблемы и пути их решения. – 2016 – № 2 (24). – С. 49–51.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Анкета балльной оценки субъективных характеристик сна

1. Сколько часов Вы обычно спите ночью? _____

2. Спите ли Вы днем? Нет. Да. Иногда.

3. Время отхода ко сну? _____

4. Вы “сова” (предпочитаете поздно ложиться), “жаворонок” (рано вставать) или “голубь” (если не, то и не другое)?

5. Бывают ли у Вас нарушения сна? Нет. Иногда. Часто (3–5 раз в неделю). Постоянно (6–7 раз в неделю).

6. Приходится ли Вам принимать снотворные? Нет. Редко. Часто (более 2 раз в месяц).

7. Время засыпания? Мгновенно, недолго, средне, долго или очень долго

8. Какова продолжительность сна? (очень долго, долго, средне, короткий сон, очень короткий)

9. Часто ли Вы просыпаетесь ночью? (нет, редко, не часто, часто, очень часто)

10. Как вы оцениваете качество Вашего сна? (отлично, хорошо, средне, плохо, очень плохо)

11. Какое количество сновидений Вы наблюдаете? (нет, временами, умеренно, множественные, еще и тревожные)

12.Как вы оцениваете качество утренних пробуждений? (отлично, хорошо, средне, плохо, очень плохо)

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Анкета определения особенностей хронотипа среди медицинских сестер

1. Трудно ли Вам вставать рано утром?
2. Если бы у Вас была возможность выбора, в какое время Вы ложились бы?
3. Чувствуете ли Вы себя полностью проснувшимся в первые полчаса после подъема?
4. Если рано утром предстоят важные дела, насколько времени раньше Вы ложитесь спать по сравнению с обычным распорядком?
5. Легко ли Вы засыпаете?

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Диагностика синдрома «психоэмоционального выгорания» (К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н. Е. Водопьяновой)

Инструкция: Ответьте, пожалуйста, как часто вы испытываете чувства, перечисленные ниже в опроснике. Для этого на бланке для ответов отметьте, пожалуйста, по каждому пункту позицию, которая соответствует частоте ваших мыслей и переживаний: «никогда», «очень редко», «часто», «очень часто», «каждый день».

Опросник

1. Я чувствую себя эмоционально опустошённым.
2. После работы я чувствую себя, как «выжатый лимон».
3. Утром я чувствую усталость и нежелание идти на работу.
4. Я хорошо понимаю, что чувствует мои подчинённые и коллеги, и стараюсь учитывать это в интересах дела.
5. Я чувствую, что общаюсь с некоторыми подчинёнными и коллегами как с предметами (без теплоты и расположения к ним).
6. После работы на некоторое время хочется уединиться от всех и всего.
7. Я умею находить правильное решение в конфликтных ситуациях, возникающих при общении с коллегами.
8. Я чувствую угнетённость и апатию.

9. Я уверен, что моя работа нужна людям.

10. В последнее время я стал более «чёрствым» по отношению к тем, с кем 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 всё больше меня разочаровывает.

14.Мне кажется, что я слишком много работаю.

15.Бывает, что мне действительно безразлично то, что происходит с некоторыми моими подчиненными и коллегами.

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 подчинённые всё чаще перекладывают на меня груз своих проблем и обязанностей.

Регистрационный бланк

Ф.И.О_____

Возраст_____Пол_____Дата обследования_____

№.	Никогда	Очень редко	Редко	Иногда	Часто	Очень часто	Ежеднев но
1	0	1	2	3	4	5	6
2	0	1	2	3	4	5	6
3	0	1	2	3	4	5	6
4	0	1	2	3	4	5	6
5	0	1	2	3	4	5	6
6	0	1	2	3	4	5	6
7	0	1	2	3	4	5	6
8	0	1	2	3	4	5	6
9	0	1	2	3	4	5	6
10	0	1	2	3	4	5	6
11	0	1	2	3	4	5	6
12	0	1	2	3	4	5	6
13	0	1	2	3	4	5	6
14	0	1	2	3	4	5	6
15	0	1	2	3	4	5	6
16	0	1	2	3	4	5	6

17	0	1	2	3	4	5	6
18	0	1	2	3	4	5	6
19	0	1	2	3	4	5	6
20	0	1	2	3	4	5	6
21	0	1	2	3	4	5	6
22	0	1	2	3	4	5	6
Эмоциональное истощение____ Деперсонализация____ Редукция личных достижений _____							

Обработка результатов:

Опросник имеет три шкалы: «эмоциональное истощение» (9 утверждений), «деперсонализация» (5 утверждений), «редукция личных достижений» (8 утверждений).

Ответы испытуемого оцениваются: 0 баллов – «никогда», 1 балл – «очень редко», 2 балла – «редко», 3 балла – «иногда», 4 балла – «часто», 5 баллов – «очень часто», 6 баллов – «каждый день».

«Эмоциональное истощение» - ответы по пунктам 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

«Деперсонализация» - ответы по пунктам 5, 10, 11, 15, 22.

«Редукция личных достижений» - ответы по пунктам 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.