

Среди студентов второй группы 36% болен хроническими заболеваниями. Полученные результаты по ПД составили $36,72 \pm 1,83$, что ближе к нижней границы нормальных значений. По индексу Кердо (показатель, использующийся для оценки деятельности вегетатики) показатель по группе составил $4,47 \pm 0,22$, что указывает на симпатикотонию (так как значения выше 0). По индексу Робинсона, отражающему зависимость миокарда от кислорода, результаты составили $86,7 \pm 4,33$. Подобные результаты свидетельствуют о недостаточности функционирования ССС. Показатели индекса Баевского равны $1,29 \pm 0,06$, что говорит об удовлетворительной адаптации. Показатели ИКф составили $75,84 \pm 3,79$ (соответствует норме). Средние значения УОС равны $56,64 \pm 2,83$ и находятся ближе к нижней границы нормы, что является индикатором начала развития патологических изменений в сердечной мышце. КЭЖ по группе равен $2896,0 \pm 114,8$. Данное значение характеризуется как норма. Так как показатель ТСК $95,52 \pm 4,77$ попадает в диапазон от 90 до 110 усл. ед., данный результат указывает на сердечно-сосудистый тип, который считают наиболее оптимальным в плане адаптации к стрессовым воздействиям.

Выводы

У 75 % студентов (которые вышли во вторую группу с КВ выше 16) более низкие значения по таким коэффициентам, как УОС, индексы Баевского и Кердо, поэтому данная группа нуждается в снижении и в некоторых случаях даже в исключении силовых и скоростных тренировок. Большинство учащихся из этой группы (95%) были распределены в основную подгруппу на занятиях физической культурой, которая не предусматривает каких-то ограничений по нагрузкам, что может негативно сказаться на здоровье студентов и привести к срыву адаптационных механизмов. Проведение распределения студентов в зависимости от значений КВ на занятиях физической культурой более физиологически верно, так как учитывает степень адаптации ССС к стрессу и нагрузке.

Список литературы

1. Фатеева Н.М. Адаптация студентов к экзаменационному стрессу // Символ науки. 2016. № 1. С. 32-34.
2. Сабадаш А.Г. Стратегии преодоления стрессов студентами вузов // Общество: социология, психология, педагогика. 2016. № 5. С. 44-46.
3. Бубнова И.С., Грязнов А.Н. Формирование стрессоустойчивости у студентов посредством фитнес-технологии // Казанский педагогический журнал. 2019. № 2. С. 125-129.
4. Акимова А.Р. Индивидуально-типологические особенности стрессоустойчивости личности // Russian Journal of Education and Psychology. 2017. № 5. С. 6-20.
5. Мельников В.И. Стресс студентов и методы его коррекции // Вестник СГУПС: гуманитарные исследования. 2018. № 1. С. 86-92.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС И СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Осипова Д.А., Степанова М.В., Лидохова О.В.

*Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, Воронеж,
e-mail: dariaosipova2002@mail.ru*

В настоящее время трудно найти человека, который не слышал бы о стрессе. В 1936 году термин «стресс» ввел в биологию канадский физиолог Ганс Селье. Он заимствовал его из техники, где термин «стресс» означает «напряжение, нажим, давление» [1]. В общем виде стресс применительно к человеку можно определить, как состояние организма, возникающее при воздействии на него различных факторов, или стрессоров, которые могут быть как физическими (холод, физическая нагрузка и т.д.), так и психическими (эмоциональными) стрессорами.

Стрессорные ситуации сильно влияют на душевное состояние, умственную и физическую деятельность людей, что в свою очередь может привести к истощению энергетических и личностных ресурсов. Вследствие этого можно говорить о синдроме эмоционального выгорания.

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) – это реакция организма, возникающая вследствие продолжительного воздействия профессиональных стрессов средней интенсивности, протекающий с утратой эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющийся в симптомах эмоционального, умственного истощения, физического утомления, личной отстраненности и снижения удовлетворения исполнением работы. Также это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия. Это приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального, поведения [4].

В настоящее время «выгорание» встречается среди представителей многих профессий, связанных с постоянными контактами с людьми, но у медицинских работников оно распространено очень высоко и признано «эпидемией».

В результате воздействия внешних и внутренних факторов человек становится безразличным к окружающим, больше не чувствует ценности жизни, его ничего не радует. Медицинский работник не только хуже выполняет свою работу, у него появляются проблемы с психическим и физическим здоровьем. По данным статистических исследований, 64% врачей в России страдают от невротических нарушений или находятся в пограничном состоянии. У 68% медицинских работников обнаружен синдром эмоционального выгорания. Недовольны своей

зарплатой 90% врачей. У 38% врачей обнаружена депрессия [3]. Чаще всего от невротических нарушений страдают врачи скорой помощи, хирурги, онкологи, терапевты.

Синдром психического выгорания начал изучаться с 70-х годов прошлого столетия. Впервые о нем заговорил Г. Фрейденбергер, наблюдавший за профессиональной деятельностью медицинских работников. В ходе исследования им было отмечено, что медицинские работники, проработавшие долгое время, проявляют при выполнении своих профессиональных обязанностей такие признаки, как снижение мотивации, ответственности, цинизм, равнодушие к пациентам и эмоциональную истощенность. Для обозначения наблюдаемого феномена ученый ввел понятие «burnout», что буквально означает «выгорание» и характеризует состояние сильного переутомления по ассоциации с затуханием пламени костра или свечи [5].

В настоящее время общепринятым является определение выгорания, данное К. Маслач и С. Джексоном (1984). Причиной возникновения выгорания выступает состояние психологического напряжения, связанное с конфликтами на рабочем месте, сложностями в разрешении рабочих проблем, стрессогенными отношениями с субъектами профессиональной деятельности и др. В качестве основных причин профессионального выгорания сотрудников организаций выделяются: высокая ответственность за жизнь и здоровье пациентов; динамичность ситуации и необходимость оперативного принятия решений (особенно в отделениях экстренной помощи, реанимации); длительность нахождения в поле отрицательных эмоций: страдание, боль, отчаяние; необходимость поддерживать высокую концентрацию внимания и контролировать свою деятельность независимо от ситуации и физиологического состояния; неравномерный режим работы с ночными и суточными дежурствами; непосредственная опасность, исходящая от некоторых пациентов (преступников, наркоманов, агрессивно настроенных); длительное пребывание (от 2 до 12 часов и более) в условиях закрытого пространства (например, операционной); длительное пребывание в статическом состоянии, в вынужденной позе; риск заражения инфекционными заболеваниями; недостаточное вознаграждение за труд, как моральное, так и материальное.

Вызванное этими причинами состояние повышенного напряжения, тревоги, хронического дискомфорта и неудовлетворенности воздействует на физиологическое и психологическое здоровье сотрудников, а также на эффективность их профессиональной деятельности.

Синдром профессионального выгорания развивается постепенно и включает в себя три стадии: психоэмоциональное истощение, деперсонализация, редукция личностных достижений.

Психоэмоциональное истощение – это процесс истощения эмоциональных, физических, энергетических ресурсов профессионала, работающего с людьми. Истощение проявляется в хроническом эмоциональном и физическом утомлении, равнодушии по отношению к окружающим с признаками депрессии и раздражительности [6].

Деперсонализация является специфической формой социальной дезадаптации профессионала, работающего с людьми, которая проявляется в уменьшении количества контактов с окружающими, повышении раздражительности и нетерпимости в ситуациях общения, негативном отношении к другим людям.

Редукция личностных достижений проявляется в тенденции сотрудника занижать самооценку и свои профессиональные достижения, снижать профессиональные амбиции, сложность профессиональных целей, фиксация на неудачах.

Также можно отметить концепцию М. Буриша, в которой он выделил несколько основных фаз в развитии синдрома «выгорания»:

1) Предупреждающая фаза. Характеризуется чрезмерной активностью, отказом от потребностей, не связанных с работой, ограничением социальных контактов, а также истощением (чувство усталости, бессонница, угроза несчастных случаев).

2) Снижение уровня собственного участия. Потеря положительного восприятия коллег, искусственное продление перерывов на работе, опоздания, уход с работы раньше времени, потеря жизненного идеала, концентрация внимания на собственных потребностях.

3) Эмоциональные реакции. К ним относятся депрессия (чувство вины, снижение самооценки, апатия) и агрессия (подозрительность, конфликты с окружением).

4) Фаза деструктивного поведения. Данная фаза затрагивает у работника сферы интеллекта (снижение концентрации внимания, отсутствие способности к выполнению сложных заданий), мотивационную (отсутствие собственной инициативы) и эмоционально-социальную сферы (безразличие, отсутствие участия в жизни других людей).

5) Психосоматические реакции. Снижение иммунитета, бессонница, повышение давления, тахикардия, головные боли, зависимость от никотина, кофеина, алкоголя.

6) Разочарование. Отрицательная жизненная установка, чувство беспомощности и бессмысленности жизни.

Профессиональный стресс – многообразный феномен, выражающийся в психических и соматических реакциях на напряженные ситуации в трудовой деятельности человека. Стресс может быть обусловлен как индивидуальными особенностями человека, так и особенностями

его профессиональной деятельности и рабочей обстановки [6].

Профессиональный стресс – это, прежде всего, следствие снижения профессиональной мотивации. Целым рядом исследований показано, что постепенно развивающаяся профессиональная деформация у медицинских работников достаточно часто приводит к тому, что при высокой степени «выгорания» нарастает тенденция к негативному, нередко даже скрыто-агрессивному отношению к пациентам, общению с ними в односторонней коммуникации путем критики, оценок, давления, от чего, естественно, страдают обе стороны.

Профилактика. В связи с увеличением частоты разных проявлений синдрома профессионального выгорания, его омоложения у медицинских работников, наличия социально значимых последствий манифестации профессионального выгорания у врачей, возникает необходимость дальнейшего поиска новых эффективных и максимально безопасных методов профилактики и коррекции расстройств функционального состояния, сопряженных с данным синдромом.

Для решения вопросов профилактики, учреждения программ в организациях в плане профилактики профессионального выгорания необходимы диагностические мероприятия, позволяющие выявить ключевые моменты социально-психологического климата в организации и состояние выгорания каждого сотрудника. Исходя из результатов диагностических мероприятий, составляется план работы с подразделением и индивидуальным подходом для программ психологической коррекции каждого сотрудника [2].

Во многих странах специальные курсы лекций и тренинговых занятий по развитию эффективной коммуникации врач-пациент и навыкам преодоления «выгорания» включены в учебные программы последипломной подготовки. В этих моделях проводится поэтапная трансформация субъективного видения и понимания ситуации с использованием различных стратегий преодоления профессионального стресса: эмоциональной (актуализация чувств, снижение эмоциональной напряженности), когнитивной (переоценка ситуации и собственных ресурсов по ее разрешению) и поведенческой (активного целенаправленного изменения ситуации). Наиболее эффективными являются групповые формы работы: специальные занятия в группах профессионального и личностного роста, повышения коммуникативной компетентности.

Профилактика профессионального выгорания специалиста – это многоуровневый процесс, в котором участвуют медики, психологи, руководители подразделений, коллективы, профессиональное сообщество. Необходимо подчеркнуть, что без активного и сознательного включения в систему профилактики самого специалиста невозможно добиться успеха в этом направле-

нии. Специалисты должны стать субъектами собственной деятельности, так как они являются активными участниками системы профилактики профессионального выгорания.

Таким образом, эмоциональное выгорание приобретает в процессе профессиональной деятельности медицинского работника и представляет собой комплекс психических переживаний и поведения, которые сказываются на работоспособности, физическом и психическом самочувствии.

Разработка профилактических и реабилитационных программ, снижающих риск выгорания, должна опираться на результаты анализа стресс-факторов организационной среды, психодиагностику личностных характеристик стрессоустойчивости персонала и осуществляться специалистами-психологами.

Список литературы

1. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. СПб.: Питер, 2005. 336 с.
2. Неги А. Профилактика синдрома эмоционального выгорания и профессиональной деформации с использованием когнитивного, телесно-ориентированного и экзистенциально-аналитического подходов. М.: Издательские решения, 2020. 311 с.
3. Выгорание и профессионализация: сб. науч. тр. / под ред. В.В. Лукьянова, А.Б. Леоновой, А.А. Обознова, А.С. Чернышева, Н.Е. Водопьяновой. Курск: изд-во Курского гос. ун-та, 2013. 440 с.
4. Чутко Л.С., Козина Н.В. Синдром эмоционального выгорания. Клинические и психологические аспекты. М.: МЕДпресс-информ, 2015. 256 с.
5. Орел В.Е. Исследование феномена «психического выгорания» в отечественной и зарубежной психологии // Проблемы общей и организационной психологии. 2016. № 4. 70-97 с.
6. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд-во СПб.: Питер, 2008. 338 с.

ОСОБЕННОСТИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА, КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЛИОМ

Пегина П.А., Мокашева Евг.Н., Мокашева Ек.Н.

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко», Воронеж, e-mail: apolinaria.pgina@mail.ru

Глиомы, являясь наиболее часто встречающимися опухолями мозга у взрослых, морфологически делятся на олигодендроглиомы (ОДГ), астроцитомы и смешанные олигоастроцитомы. ОДГ выявляется лишь в 5% случаев всех нейроэпителиальных опухолей центральной нервной системы и состоит по большей части из олигодендроцитов. Возникновение данной опухоли обусловлено соматическими мутациями в генах: изоцитратдегидрогеназы 1 (IDH1) и/или 2 (IDH2), являясь наиболее частыми в кодоне p.132 гена IDH1 (наиболее распространена мутация p.R132H), что может сопровождаться ко-делецией плеч хромосом 1p и 19q. При ко-делеция 1p/19q теряется гетерозиготность и изменяются функций генов