

УДК 159.98(075)

*И.Н. Леонов***ВЗАИМОСВЯЗЬ ТОЛЕРАНТНОСТИ К НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ
С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ВЫГОРАНИЕМ У МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР**

В статье анализируется проблема профессионального выгорания у медицинских сестер. Ситуация неопределенности рассматривается как одна из ситуаций, с которыми медицинские сестры сталкиваются в своей профессиональной деятельности. Анализируется взаимосвязь толерантности к неопределенности как многомерно-психологического конструкта и личностных факторов принятия решений с выраженностью профессионального выгорания и отдельных его показателей. Обнаружено, что негативное отношение к ситуациям неопределенности способствует развитию эмоционального истощения, а неспособность справляться с неопределенностью за счет максимально полной ориентировки в ситуации может ускорять развитие и усиливать выраженность всех аспектов профессионального выгорания.

Ключевые слова: профессиональное выгорание, эмоциональное выгорание, толерантность к неопределенности, личностные факторы принятия решений, рациональность.

DOI: 10.35634/2412-9550-2019-29-4-441-449

Одна из проблем XXI в. – синдром выгорания (burnout) в профессиональной деятельности медицинских работников. В течение последних четырех десятилетий проблема профессионального выгорания встала особенно остро, что обусловлено и всевозрастающими требованиями со стороны общества к личности людей, выбравших «помогающую» профессию, и большой социальной важностью данных профессий. По мнению С. Maslach, S. Jackson и M. Leiter медицинские работники по степени психоэмоционального истощения находятся среди профессий социономического типа [17] на первом месте. В силу специфики своей деятельности медицинские работники постоянно сталкиваются с человеческими страданиями и обязаны брать на себя высокую ответственность за жизнь и здоровье пациентов.

Изучение синдрома выгорания в профессиональной деятельности медицинских работников особенно актуально в период постоянных реорганизаций и оптимизаций в сфере здравоохранения, которые приводят к интенсификации профессиональной деятельности. В последнее время отношение общества к медицинским работникам изменилось: возросли требования пациентов; участились проявления критики, понизилась степень уважения к медицинским работникам, а также – к их рекомендациям.

Понимание специфики развития выгорания позволяет ставить и разрешать задачи разработки программ психологического сопровождения специалистов разных профессий, включая и работников медицины, поскольку профессиональное выгорание ведет к существенному рассогласованию между работником и профессией, в дальнейшем способствующему негативным последствиям и для личности медработника, и для медицинской организации в целом.

Термин «выгорание» ввел американский психиатр Н.Ж. Freudenberger (1974) для характеристики психологического состояния здоровых людей, часто и тесно общающихся с клиентами, пациентами в эмоционально напряженной обстановке оказания профессиональной помощи [14], рассматривая его как состояние изнеможения в совокупности с ощущением собственной ненужности, бесполезности, опустошения. Развитию такого состояния способствуют работа в одном напряженном ритме с большой психоэмоциональной нагрузкой, а также отсутствие должного материального и морального поощрения за выполненную работу, что наводит специалиста на мысли о незначимости и неважности для людей его труда.

С. Maslach (1976) расширила такое толкование, и в настоящее время профессиональное выгорание определяется «как долговременная стрессовая реакция или синдром, возникший вследствие продолжительных профессиональных стрессов средней интенсивности, которые приводят к личной деформации работника, включая развитие отрицательной самооценки, негативного отношения к работе, утрату понимания и сочувствия по отношению к клиентам (пациентам)» [16]. В дальнейшем феномен «выгорания» был детализирован: выявили три его главных компонента:

1. *Эмоциональное истощение*, проявляющееся в чувствах эмоционального перенапряжения, опустошенности, истощенности своих эмоциональных ресурсов, в отсутствии воодушевления и желания трудиться с таким же энтузиазмом, как раньше.

2. *Деперсонализация* (личностная отстраненность), связанная с появлением равнодушного и даже негативного отношения к людям, обслуживаемым по роду работы. Контакты с ними становятся формальными и бездушными. Такие отрицательные установки могут сначала иметь скрытую форму и проявляться во внутренне сдерживаемом раздражении, которое со временем прорывается наружу и приводит к конфликтам и инцидентам. Крайнее проявление деперсонализации – отсутствие эмоционального отклика и на положительные, и на отрицательные негативные обстоятельства, когда профессиональная деятельность совсем перестает интересовать и волновать врача.

3. *Редукция личных достижений*, проявляющаяся в снижении самооценки своей компетентности и в снижении мотивации: в негативном восприятии себя как профессионала, недовольстве собой, отрицательном отношении к своей личности.

Проблема профессионального выгорания медицинских работников затрагивалась в исследовании Н.А. Орнегубова: оказалось, что у большинства врачей, участвовавших в исследовании, сформирована фаза резистентности, при этом симптом «редукция профессиональных обязанностей» доминирует; фаза «истощения» у подавляющего числа медицинских работников входит в стадию формирования [7]. П.И. Петров и Г.Г. Мингазов рассмотрели выраженность синдрома эмоционального выгорания у стоматологов: симптомы эмоционального выгорания выявлены у 53,8 % опрошенных; выраженность фаз эмоционального выгорания не зависела от возраста, половой принадлежности, а также от стажа работы врача-стоматолога; обнаружили различия при учете профессиональной специализации по показателю «загнанность в клетку» (в наибольшей степени он выражен у стоматологов-терапевтов); у стоматологов-ортопедов преобладал симптом «эмоциональной отстраненности» [9].

Выгорание изучалось в контексте профессиональной деятельности психиатров. Отмечается, что они относятся к группе профессий с самым высоким индексом тяжести работы. Так, у психиатров, придерживавшихся биологических подходов в терапии, синдром выгорания был более выражен по сравнению с врачами, использующими биологические методы терапии совместно с психотерапевтическими и психосоциальными [3; 12]. Обнаружена большая выраженность выгорания у психиатров по сравнению с врачами-психотерапевтами [11].

В исследовании Т.А. Саблиной и Т.В. Бутенко обнаружена взаимосвязь выгорания с трудовой мотивацией медицинских сестер: эмоциональное истощение снижает выраженность внутренней мотивации к труду как мотивации самовыражения; редукция личных достижений снижает альтруистическую мотивацию, усиливая дистанцирование от коллег [10].

Е.Р. Исаева и И.Л. Гуреева обнаружили взаимосвязь синдрома эмоционального выгорания с копинг-поведением у медицинских работников: с формированием синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников конструктивные копинг-стратегии постепенно заменяются пассивными, дезадаптивными, усугубляя их психоэмоциональное состояние и затрудняя успешную профессиональную и социальную адаптацию [4].

Таким образом, развитие профессионального выгорания у медицинских работников характеризует субъектно-личностный дезадаптационный период профессионализации, проявляющийся в нарушении оптимального функционирования личности как субъекта деятельности. Выгорание как психологическое явление представляет собой элемент расстройств сложной системы регуляции субъекта деятельности [2].

Выгорание (субъективно) проявляется в душевном дискомфорте вследствие несоответствия реальности ожиданиям: в переживаниях эмоционально-мотивационного «опустошения», в негативных установках к объектам и субъектам профессиональной деятельности, в усилении негативных ожиданий относительно положительного результата, позитивного подкрепления (вознаграждения) за результаты своей работы, в неудовлетворенности трудом в организации, потере смыслов «сверхусилий» в осуществляемой деятельности и прочих признаках уменьшения субъектной активности.

Внешне (объективно) эмоциональное выгорание в профессии проявляется в установках и действиях, способствующих субъективному снижению неопределенности трудовой деятельности. Человек использует неэффективные поведенческие стратегии (как избегание проблем, асоциальные саморазрушающие копинг-стратегии и др.), эмоционально-ориентированные стратегии притупления или «уплощения» эмоций в тяжелых ситуациях на работе, жесткие дегуманизированные стили общения, изменяет структуру и содержание профессиональной деятельности. В итоге страдают качество и эффективность работы и, как следствие, снижаются позитивное подкрепление результатов профессио-

нальной деятельности, удовлетворенность самореализацией; усугубляются дезадаптивные состояния и личностные деструкции.

Данная позиция актуализирует важность изучения субъективных способов реакции на неопределенность как фактора развития выгорания в профессиональной деятельности. При решении задач последней отсутствие необходимой информации, неясные критерии результативности, вероятностный характер развития ситуации порождают неопределенность.

S. Budner (1962) характеризует неопределенную ситуацию как ситуацию, в которой индивид в связи с недостатком информации не может адекватно структурировать или категорировать ее [13]. Он определил три типа таких ситуаций: 1) совершенно новая ситуация – нет привычных знаков; 2) сложная ситуация – имеется значительное число сигналов, которые необходимо брать в расчет; 3) противоречивая ситуация – имеются различные сигналы и элементы, предполагающие формирование различных структур. Это ситуации, определяющиеся новизной, сложностью и неразрешимостью.

Как отмечает К. Stoycheva, введение в аппарат психологии понятия *толерантность к неопределенности* связано с необходимостью объяснить особенности поведения личности в многозначных ситуациях, в частности, готовности ее либо принимать эти ситуации, либо избегать их [21].

D.L. McLain (1993) рассматривает *толерантность к неопределенности* как черту личности, «разброс реакций, от отвержения до привлекательности, при восприятии неизвестных, сложных, динамически неопределенных или имеющих противоречивые интерпретации стимулов» [18]. Он выделяет три ее аспекта: 1) восприятие новых, сложных и / или неразрешимых ситуаций как источников угрозы; 2) связь толерантности к неопределенности с авторитаризмом и предрассудками; 3) избегание признания неопределенности и суждения о вероятных событиях при недостаточно ясных условиях на основе своего прошлого опыта.

Толерантность к неопределенности изучалась в контексте профессиональной деятельности медицинских работников. S. Budner (1962) обнаружил, что толерантные к неопределенности студенты медицинских учебных заведений предпочитали относительно неструктурированные области практики: такие как психиатрия, – в то время как интолерантные к неопределенности предпочитали более структурированные области; например, хирургию [13]. G. Geller, R. Faden и D. Levine (1993) отмечают, что по результатам их исследования врачи, интолерантные к неопределенности, проявляют в своей деятельности патерналистические тенденции, демонстрируют такие характеристики, как ригидность, авторитарность, догматичность; не склонны обсуждать неопределенность, неясность ситуации и не уважают право пациента принимать самостоятельные медицинские решения [15]. R. Schog, D. Pilpel и J. Benbassat (2000) видят актуальность исследования возможной взаимосвязи между установками студентов медицинских образовательных учреждений относительно факторов, порождающих неопределенность в деятельности медика и социально-психологическими характеристиками данной образовательной среды [19]. В исследовании W.W. Sherill (2005) обнаружено, что толерантность к неопределенности может выступать как значимый индикатор управленческого потенциала и готовности к лидерству при отборе среди врачей кандидатов для дальнейшего продвижения в управленческой сфере [20]. P.A. Taylor (2000) отмечает необходимость специальной подготовки медсестер для действий в ситуациях неопределенности [22].

В концепции Т.В. Корниловой рассматриваются личностные свойства саморегуляции, позволяющие человеку принимать решения и действовать в ситуациях неопределенности [5]. Личностные факторы принятия решений (готовность к риску и рациональность) отражают характеристики регуляции выборов субъекта (как принятия решений) в широком контексте жизненных ситуаций. Готовность к риску понимается как личностное свойство саморегуляции, позволяющее человеку принимать решения и действовать в ситуациях неопределенности. Рациональность представляет собой готовность обдумывать свои решения и действовать при возможно полной ориентировке в ситуации, что может характеризовать разные, в т. ч. Рискованные, решения субъекта. Таким образом, готовность к риску позволяет действовать в ситуации неопределенности принятием риска, а рациональность – снижением неопределенности в процессе когнитивной работы.

Возникает вопрос: «Как толерантность к неопределенности и личностные факторы принятия решений участвуют в регуляции профессионального выгорания у медицинских сестер?».

Цель данного исследования – установление связи толерантности к неопределенности и личностных факторов принятия решений с профессиональным выгоранием у медицинских сестер.

Выборка исследования составила 69 медицинских сестер, работающих в клиниках г. Ижевска. Возраст испытуемых – от 22 до 66 лет ($M = 48,0$, $SD = 10,8$); стаж работы в медицине – от 2,5 до 48 лет ($M = 27,5$, $SD = 11,2$).

Методы исследования. Для оценки профессионального выгорания использовался опросник «Диагностика профессионального выгорания» (MBI) С. Maslach, S. Jackson и M. Leiter в адаптации Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой [1], дополненный формулой для вычисления интегрального индекса выгорания, разработанной в НИПНИ им. Бехтерева [6]. В структуре опросника помимо определения общего индекса выгорания выделены три субшкалы, оценивающие выраженность показателей выгорания: эмоциональное истощение, деперсонализация, редукция профессиональных достижений.

Толерантность к неопределенности измерялась при помощи опросника «Шкала толерантности к неопределенности» (MSTAT) D. McLain в адаптации Е.Н. Осина [8]. В процессе анализа его структуры на русскоязычной выборке Е.Н. Осиним выделены шесть субшкал, отражающих различные аспекты отношения к неопределенности: отношение к новизне, отношение к сложным задачам, отношение к неопределенным ситуациям, предпочтение неопределенности, толерантность/избегание неопределенности, общий показатель толерантности к неопределенности. В исследованиях на студенческих выборках было обнаружено, что субшкалы демонстрируют существенные содержательные различия в связях с другими психологическими переменными.

Опросник «Личностные факторы принятия решений» (ЛФР-25) Т.В. Корниловой позволил оценить выраженность двух личностных свойств: готовности к риску и рациональности – как психологических переменных, отражающих характеристики личностной регуляции выборов субъекта (как принятия решения) в широком контексте жизненных ситуаций [5].

Методы анализа данных. Первичные данные обрабатывались с помощью статистической программы Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 23.0). Для проверки на нормальность распределения использовался метод оценки показателей асимметрии и эксцесса выборочного распределения признака; оценка взаимосвязи осуществлялась при помощи параметрического коэффициента корреляции Пирсона с коррекцией для множественной проверки гипотез методом Бенджамини–Хохберга; построение модели прогноза осуществлялось при помощи множественного регрессионного анализа.

Результаты и их обсуждение. На первом этапе исследования нами была осуществлена проверка экспериментальных данных на соответствие их нормальному закону распределения. Для этого использовали две основные характеристики: эксцесс и асимметрию выборочного распределения признака. В большинстве случаев выборочное распределение с эксцессом и асимметрией в пределах от -1,5 до +1,5 свидетельствует о нормальном распределении признака в генеральной совокупности и позволяет использовать параметрические методы анализа данных. Описательные статистики исследуемых признаков представлены в табл. 1.

Таблица 1

Описательные статистики показателей профессионального выгорания и толерантности к неопределенности у медсестер (N=69)

Переменная	Min	Max	M	SD	As	Kur
Стаж работы в медицине	2,50	48,00	27,54	11,23	-0,21	-0,78
Интегральный индекс выгорания	0,08	0,68	0,43	0,14	-0,42	-0,57
Эмоциональное истощение	5,00	46,00	26,04	8,20	-0,25	0,05
Деперсонализация	0,00	21,00	11,03	5,48	-0,07	-0,77
Профессиональная успешность	12,00	47,00	29,06	9,43	-0,08	-1,03
Общий показатель ТН	31,00	115,00	60,88	16,00	0,50	0,63
Отношение к новизне	3,00	18,00	10,28	3,72	-0,15	-0,43
Отношение к сложным задачам	7,00	49,00	22,77	8,93	0,47	-0,07
Отношение к неопределенным ситуациям	12,00	51,00	28,13	7,52	0,20	0,27
Предпочтение неопределенности	16,00	58,00	33,84	10,43	0,29	-0,78
Толерантность/избегание неопределенности	12,00	57,00	27,04	8,38	0,61	1,16
Рациональность	-3,00	12,00	7,33	3,12	-0,77	0,75
Готовность к риску	-9,00	10,00	-1,35	3,82	0,41	0,19

Обозначения: Min – минимум; Max – максимум; M – среднее значение; SD – стандартное отклонение; As – асимметрия; Kur – эксцесс.

Значения асимметрии и эксцесса рассматриваемых показателей профессионального выгорания, толерантности к неопределенности, личностных факторов принятия решений и стажа работы у медсестер свидетельствуют о близости формы распределения к нормальному виду, что позволяет использовать среднее значение и стандартное отклонение как меры центральной тенденции для оценки выраженности признака, а также использовать параметрические методы для анализа данных.

Для проверки гипотезы о существовании взаимосвязи между показателями профессионального выгорания, толерантностью к неопределенности, личностными факторами принятия решений и стажем работы у медсестер использовался корреляционный анализ. Статистическим критерием был выбран параметрический коэффициент корреляции г-Пирсона. Результаты представлены в табл. 2.

Таблица 2

Взаимосвязь профессионального выгорания со стажем работы, показателями ТН и ЛФР (N=69)

Переменная	Интегральный индекс выгорания	Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Профессиональная успешность
Стаж работы в медицине	-0,117	-0,110	-0,046	0,166
Общий показатель ТН	-0,241*	-0,234	-0,073	0,258*
Отношение к новизне	0,073	-0,022	0,114	-0,085
Отношение к сложным задачам	-0,191	-0,130	-0,040	0,269*
Отношение к неопределенным ситуациям	-0,310**	-0,356**	-0,163	0,224
Предпочтение неопределенности	-0,220	-0,291*	-0,005	0,230
Толерантность к неопределенности	-0,187	-0,084	-0,133	0,206
Рациональность	-0,450**	-0,425**	-0,318**	0,387**
Готовность к риску	0,013	-0,023	0,149	0,077

Обозначения: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$

Таблица 3

Результаты коррекции для множественной проверки гипотез о взаимосвязи (представлены только связи с $p < 0,05$)

Ранг	Переменная 1	Переменная 2	г	р	q	Оценка
1	Рациональность	Интегральный индекс выгорания	-0,450	0,0001	0,003	Д
2	Рациональность	Эмоциональное истощение	-0,425	0,0003	0,006	Д
3	Рациональность	Профессиональная успешность	0,387	0,001	0,008	Д
4	Отношение к неопределенным ситуациям	Эмоциональное истощение	-0,356	0,003	0,011	Д
5	Рациональность	Деперсонализация	-0,318	0,008	0,014	Д
6	Отношение к неопределенным ситуациям	Интегральный индекс выгорания	-0,310	0,010	0,017	Д
7	Предпочтение неопределенности	Эмоциональное истощение	-0,291	0,015	0,019	Д
8	Отношение к сложным задачам	Профессиональная успешность	0,269	0,026	0,022	ЛП
9	Общий показатель ТН	Профессиональная успешность	0,258	0,032	0,025	ЛП
10	Общий показатель ТН	Интегральный индекс выгорания	-0,241	0,046	0,028	ЛП

Обозначения: Д – достоверная; ЛП – ложноположительная.

Поскольку в корреляционном анализе одновременно проверялось 36 статистических гипотез, была применена коррекция для множественной проверки гипотез методом Бенджамини – Хохберга.

Допустимой долей ложноположительных гипотез было установлено значение в 10 %. Все проверяемые гипотезы ранжировались по увеличению значения p для коэффициента корреляции; затем для каждой статистической гипотезы вычислялось значение q . Все гипотезы, для которых выполнялось условие $p > q$, признавались ложноположительными и/или незначимыми. Результаты коррекции представлены в табл. 3.

В результате коррекции взаимосвязи между интегральным индексом выгорания и общим показателем толерантности к неопределенности; между показателем выгорания профессиональная успешность и общим показателем толерантности к неопределенности, а также с отношением к сложным задачам были признаны ложноположительными. Таким образом, имеющиеся данные не позволяют утверждать их воспроизводимость.

Также не обнаружена достоверная связь между стажем работы в медицине и профессиональными выгоранием, а также отдельными его показателями.

Выявлена средняя по величине эффекта взаимосвязь между интегральным индексом выгорания и рациональностью – $r(67) = -0,450$; 95 % CIs [-0,620; -0,239]; $p < 0,01$; при этом в генеральной совокупности в 95 % случаев величина эффекта связи будет находиться в интервале от очень слабой до средней по шкале Чеддока.

Выявлена слабая по величине эффекта взаимосвязь между интегральным индексом выгорания и отношением к неопределенным ситуациям – $r(67) = -0,310$; 95 % CIs [-0,509; -0,080]; $p = 0,01$; в генеральной совокупности в 95 % случаев величина эффекта связи будет находиться в интервале от очень слабой и до средней по шкале Чеддока.

Таким образом, чем позитивнее медсестры относятся к неопределенным ситуациям (не испытывая трудностей в реагировании на них, не видя в них источник угрозы, не стремясь избежать их, испытывая меньше переживаний, когда приходится искать выход в неожиданной ситуации), а также чем сильнее демонстрируют готовность обдумывать свои решения и действовать при возможно полной ориентировке в ситуации, тем менее выражено у них профессиональное выгорание.

Дальнейший анализ взаимосвязей позволяет констатировать их наличие между личностными факторами принятия решений, отдельными аспектами толерантности к неопределенности и показателями профессионального выгорания.

Выявлена слабая по величине эффекта взаимосвязь между отношением к неопределенным ситуациям и эмоциональным истощением – $r(67) = -0,356$; 95 % CIs [-0,546; -0,131]; $p = 0,003$; в генеральной совокупности в 95 % случаев величина эффекта связи по шкале Чеддока будет находиться в интервале от очень слабой до средней.

Выявлена очень слабая по величине эффекта взаимосвязь между предпочтением неопределенности и эмоциональным истощением – $r(67) = -0,291$; 95 % CIs [-0,493; -0,059]; $p = 0,015$; в генеральной совокупности в 95 % случаев величина эффекта связи будет находиться в интервале от очень слабой до слабой по шкале Чеддока.

Чем позитивнее медсестры относятся к неопределенным ситуациям, не испытывая дискомфорта от пребывания в них, тем менее у них выражено эмоциональное истощение, проявляющееся в чувстве опустошенности, исчерпанности эмоциональных ресурсов.

Личностный фактор принятия решений – *рациональность* – оказался связанным со всеми тремя показателями профессионального выгорания.

Выявлена слабая по величине эффекта взаимосвязь между рациональностью и эмоциональным истощением – $r(67) = -0,425$; 95 % CIs [-0,604; -0,210]; $p < 0,01$; в генеральной совокупности в 95 % случаев величина эффекта связи будет находиться в интервале от очень слабой до средней по шкале Чеддока.

Выявлена также слабая по величине эффекта взаимосвязь между рациональностью и профессиональной успешностью – $r(67) = 0,387$; 95 % CIs [0,166; 0,571]; $p < 0,01$; в генеральной совокупности в 95 % случаев величина эффекта связи будет находиться в интервале от очень слабой до средней по шкале Чеддока.

Выявлена слабая по величине эффекта взаимосвязь между рациональностью и деперсонализацией – $r(67) = -0,318$; 95 % CIs [-0,515; -0,088]; $p < 0,01$; в генеральной совокупности в 95 % случаев величина эффекта связи будет находиться в интервале от очень слабой до средней по шкале Чеддока.

Можно сделать вывод: чем менее медсестры склонны обдумывать свои решения и действовать при возможно полной ориентировке в ситуации, снимая таким образом субъективную неопределен-

ность, тем сильнее у них проявляется эмоциональное истощение, чувство истощенности своих ресурсов, нежелание трудиться с энтузиазмом как прежде, равнодушие и негативное отношение к пациентам; негативное восприятие себя как профессионала.

На следующем этапе проводился множественный регрессионный анализ, позволивший дать ответ на вопрос, как хорошо отношение к неопределенным ситуациям и рациональность позволяют прогнозировать интегральный индекс профессионального выгорания.

Модель оказалась статистически значимой – $F(2, 66) = 12,81$; $p < 0,01$. Она позволяет объяснить 28 % дисперсии зависимой переменной, что является приемлемым значением для психологических исследований. Распределение стандартизированных остатков соответствует нормальному ($As = 0,189$; $Kur = -0,418$). Результаты множественного регрессионного анализа представлены в табл. 4.

Таблица 4

Результаты множественного регрессионного анализа для прогноза интегрального индекса профессионального выгорания на основе отношения к неопределенности и рациональности (N = 68)

Переменная	B	SEB	β	t	p
Рациональность	-0,019	0,005	-0,430	-4,10	< 0,001
Отношение к неопределенным ситуациям	-0,005	0,002	-0,279	-2,66	0,010
Константа	0,721	0,065	–	11,14	< 0,001

Зависимая переменная: интегральный индекс выгорания

Примечание: $R^2 = 0,280$; $F(2, 66) = 12,81$, $p < 0,001$

Все предикторы, включенные в модель, оказались статистически значимыми. Анализ регрессионных коэффициентов предикторов в модели позволяет сделать вывод, что рациональность ($\beta = -0,430$) вносит больший вклад в изменчивость зависимой переменной интегральный индекс выгорания, чем предиктор отношение к неопределенным ситуациям ($\beta = -0,279$).

При увеличении на 1 балл рациональности интегральный индекс выгорания будет уменьшаться на 0,019 балла, а при увеличении на 1 балл отношения к неопределенным ситуациям интегральный индекс выгорания снизится на 0,005 балла.

Необходимо отметить, что доля объяснимой дисперсии составила лишь 28 %, что свидетельствует о наличии дополнительных факторов, влияющих на проявление профессионального выгорания.

В качестве альтернативы была построена модель, включающая в себя рациональность и общий показатель толерантности к неопределенности в качестве предикторов. Модель оказалась статистически значимой – $F(2, 66) = 11,02$; $p < 0,01$. Она позволяет объяснить 25 % дисперсии зависимой переменной. Распределение стандартизированных остатков соответствует нормальному ($As = 0,126$; $Kur = -0,181$). Результаты множественного регрессионного анализа представлены в табл. 5.

Таблица 5

Результаты множественного регрессионного анализа для прогноза интегрального индекса профессионального выгорания на основе общего показателя ТН и рациональности (N = 68)

Переменная	B	SEB	β	t	p
Рациональность	-0,020	0,005	-0,439	-4,11	< 0,001
Общий показатель толерантности к неопределенности	-0,002	0,001	-0,220	-2,06	0,043
Константа	0,695	0,067	–	11,14	< 0,001

Зависимая переменная: интегральный индекс выгорания

Примечание: $R^2 = 0,250$; $F(2, 66) = 11,02$, $p < 0,001$

Альтернативная модель позволяет объяснить меньшую долю изменчивости зависимой переменной (25 % против 28 %), также статистическая значимость регрессионного коэффициента для предиктора общий показатель толерантности к неопределенности оказалась на границе допустимых значений ($p = 0,043$).

Полученные результаты свидетельствуют в пользу принятия первой модели и рассмотрения толерантности к неопределенности как многомерного конструкта, отдельные аспекты которого по-разному влияют на проявления профессионального выгорания. В частности, именно отношение к неопределенным ситуациям вносит больший вклад в развитие профессионального выгорания, чем толерантность к неопределенности как генерализованная черта.

Выводы. Толерантность к неопределенности как многомерный психологический конструкт и рациональность как личностный фактор принятия решений оказались связаны с выраженностью профессионального выгорания у медсестер. При этом обнаружено, что такой аспект толерантности к неопределенности, как отношение к неопределенным ситуациям, оказывает большее влияние на выраженность профессионального выгорания, чем толерантность к неопределенности как генерализованная черта. Имеющиеся данные позволяют сделать вывод о наличии способа преодоления неопределенных ситуаций, способствующего развитию профессионального выгорания. Так, негативное отношение к неопределенным ситуациям, восприятие их как источник угрозы и переживание дискомфорта от пребывания в них, нежелание рассматривать проблемными ситуациями с разных точек зрения и избегание сложных ситуаций приводят к развитию эмоционального истощения. Неспособность справляться с неопределенностью путями поиска информации, обдумывания своих действий, максимально полной ориентировки в ситуации могут ускорять развитие и усиливать выраженность всех аспектов профессионального выгорания. Исследование не обнаружило взаимосвязи стажа работы с профессиональным выгоранием медсестер, что еще раз подтверждает гипотезу о том, что не стаж работы обуславливает развитие профессионального выгорания, а характер ситуаций, с которыми сталкивается профессионал в своей деятельности, и способ реагирования на них.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания. Диагностика и профилактика: практическое пособие. 3-е изд., испр. и доп. М.: Изд-во Юрайт, 2018. 343 с.
2. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С., Наследов А.Д. Стандартизированный опросник «Профессиональное выгорание» для специалистов социномических профессий // Вестник СПбГУ. Сер. 12. Социология. 2013. № 4. С. 17-27.
3. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Психосоциальная реабилитация в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. Т. 11, № 3. С. 5-139.
4. Исаева Е.Р., Гуреева И.Л. Синдром эмоционального выгорания и его влияние на копинг-поведение у медицинских работников // Ученые записки университета Лесгафта. 2010. № 6 (64). С. 26-30.
5. Корнилова Т.В. Психология риска и принятия решений: учеб. пособие для вузов. М.: Аспект Пресс, 2003. 286 с.
6. Лозинская Е.И., Лутова Н.Б., Вид В.Д. Системный индекс синдрома перегорания (на основе теста МВИ). Методические рекомендации. М.: НИПНИ им. Бехтерева, 2007. 17 с.
7. Огнерубов Н.А. Синдром эмоционального выгорания у врачей // Вестник российских университетов. Математика. 2013. № 4-1. С. 1337-1341.
8. Осин Е.Н. Факторная структура русскоязычной версии шкалы общей толерантности к неопределенности Д. МакЛейна // Психологическая диагностика. 2010. № 2. С. 65-86.
9. Петров П.И. Синдром эмоционального выгорания у стоматологов // Казанский медицинский журнал. 2012. Т. 93, № 4. С. 657-660.
10. Саблина Т.А., Бутенко Т.В. Профессиональное выгорание и трудовая мотивация медицинских сестер // Педагогика и психология образования. 2010. № 3. С. 86-92
11. Фоминых Е. Синдром выгорания у врачей, оказывающих психиатрическую помощь: доклад на XI Летней Школе ЕКПП-Россия, Санкт-Петербург (Репино), 26-30 июня 2011 года // Вестник психоанализа. 2011. № 1. С. 169-172.
12. Юрьева Л.Н. Некоторые характеристики ментальности и эмоционального состояния врачей-психиатров // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 1999. № 1 (5). С. 106-109.
13. Budner S. Intolerance of Ambiguity as a Personality Variable // Journal of Personality. 1962. Vol.30. P. 29-50.
14. Freudenberger H.J. Staff burnout // Journal of Social Issues. 1974. № 30. P. 159-165.
15. Geller G., Faden R., Levine D. Tolerance for ambiguity among medical students // Social Science and Medicine. 1990. Vol. 31, iss. 5. P. 619-629.
16. Maslach, C. Burned-Out // Human Behavior. 1976. Vol. 5, no. 9. P. 16-22.
17. Maslach C., Jackson S.E., Leiter M. Maslach burnout inventory manual (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc., 1996.

18. McLain D.L. The MSTAT-I: A new measure of an individual's tolerance for ambiguity // *Educational and Psychological Measurement*. 1993. Vol. 53, № 1. P. 183–189.
19. Schor R., Pilpel D., Benbassat J. Tolerance of uncertainty of medical students and practicing physicians // *Medical Care*. 2000. Vol. 38, iss. 3. P. 272–280.
20. Sherrill W.W. Tolerance of ambiguity among MD/MBA students: Implications for management potential // *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2005. Vol. 21, № 2. P. 117–122.
21. Stoycheva K. Tolerance for ambiguity, creativity, and personality // *Bulgarian Journal of Psychology (SEERCP 2009 Conference Papers, Part Two)*. 2010. Vol. 1, № 4. P. 178-188.
22. Taylor, M. Cultural variance as a challenge to global public relations: A case study of the Coca-Cola scare in Europe // *Public Relations Review*. 2000. Vol. 26, iss.3. P. 277–293.

Поступила в редакцию 20.09.2019

Леонов Илья Николаевич, кандидат психологических наук,
доцент кафедры социальной психологии и конфликтологии
ФГБОУ ВО «Удмуртский государственный университет»
426034, Россия, г. Ижевск, ул. Университетская, 1 (корп. 6)
E-mail: inleonov@mail.ru

I.N. Leonov

CORRELATION OF TOLERANCE FOR AMBIGUITY WITH BURNOUT IN NURSING PROFESSION

DOI: 10.35634/2412-9550-2019-29-4-441-449

The paper analyzes the problem of burnout in nursing profession. The situation of ambiguity is considered as one of the situations that nurses face in their professional activities. The correlation of tolerance for ambiguity as a multidimensional psychological construct and personal decision-making factors with professional burnout and its indicators is analyzed. It was found that a negative attitude to situations of ambiguity contributes to the development of emotional exhaustion, and the inability to cope with ambiguity due to the most complete orientation in a situation can accelerate development and increase the intensity of all aspects of professional burnout.

Keywords: professional burnout, emotional burnout, tolerance for ambiguity, personal decision-making factors, rationality.

Received 20.09.2019

Leonov I.N., Candidate of Psychology, Associate Professor at Department
of Social Psychology and Conflictology
Udmurt State University
Universitetskaya st., 1/6, Izhevsk, Russia, 426034
E-mail: inleonov@mail.ru