

РИСК ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

© Галина Львовна Микиртичан¹, Валентина Алексеевна Чулкова^{2,3,4,5},
Елена Викторовна Пестерева^{1,3,4}, Нина Павловна Штенцова²,
Дарья Сергеевна Зеленкова³, Ирина Владимировна Савицкая²

¹ ФГОУ ВО «Санкт-петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

² СПб ГБУ «Городская больница № 28 «Максимилиановская». 190000. г. Санкт-Петербург, ул. Декабристов, д. 1–3

³ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». 199034. Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6

⁴ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России. 175758. г. Санкт-Петербург, п.Песочный, ул. Ленинградская, д. 68

⁵ ФГБУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. 191015. г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

Контактная информация: Елена Викторовна Пестерева — к. психол. наук, кафедра гуманитарных дисциплин и биоэтики. E-mail: vi-lenal@mail.ru

РЕЗЮМЕ: Во всем мире развивается паллиативная медицина. Внимание к ней обусловлено тем, что новые методы лечения создают возможность продолжения жизни больных с тяжелыми, часто неизлечимыми заболеваниями. В связи с этим растет необходимость в подготовленных специалистах, умеющих работать в данной области медицины. Специалист, ухаживающий за тяжелобольным пациентом, является одной из главных составляющих паллиативной помощи и от него, как ни в какой другой области медицины, требуется реализация не только медицинских знаний и умений, но ожидаются навыки ухода за неизлечимо больным человеком, проявление сочувствия, эмпатии и чуткого отношения к его личности. В исследовании приняли участие 42 медицинские сестры, работающие на отделениях паллиативного и сестринского ухода. Изучены психологические трудности медицинской сестры в паллиативной медицине, особенности ее эмоционально-личностной сферы и выгорания. Для 62% медсестер самым трудным в работе, способствующим возникновению у них усталости и внутреннего напряжения, являлись эмоциональная включенность и общение с больным. При этом 50% медсестер указывали на сложности при взаимодействии с родственниками больных. Показано, что профессиональная деятельность медицинской сестры в паллиативной медицине вызывает у нее значительные психологические перегрузки, что влечет за собой состояние выгорания. Выявлены эмоциональные особенности медицинской сестры, обуславливающие у нее сложности в произвольном управлении своими эмоциями и эмоциональную ригидность. Проанализирована взаимосвязь эмоционального интеллекта медсестры, ее системы убеждений о себе и о мире и сформированностью симптомов выгорания. Психологические трудности, удовлетворенность работой взаимосвязаны с уровнем эмоционального интеллекта медсестры. Образовательные программы для среднего медицинского персонала в паллиативной медицине должны обязательно включать эмоциональную подготовку медицинских сестер, что способствует развитию у них эмоционального интеллекта и снижению выгорания.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: паллиативная медицина; медицинская сестра; эмоциональный интеллект; выгорание.

THE RISK OF A NURSE BURNOUT IN THE SPHERE OF PALLIATIVE MEDICINE

© Galina L. Mikirtichan¹, Valentina A. Chulkova^{2,3,4,5}, Elena V. Pestereva^{1,3,4},
Nina P. Shtensova², Daria S. Zelenkova³, Irina V. Savitskaya²

¹ Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint-Petersburg, Russia, 194100

² City Hospital 28 "Maksimilianovskaya". Decembrists str., 1–3, Saint-Petersburg, Russia, 190000

³ Saint-Petersburg State University. Makarova str., 6. Saint-Petersburg, Russia, 199034

⁴ National Medical Research Center Oncology N.N. Petrova. Leningradskaya str., 68, Pesochnyy, Saint-Petersburg, Russia, 175758

⁵ Northwestern state medical University. I.I. Mechnikov. Kirochnaya str.41. Saint-Petersburg, Russia, 191015.

Contact Information: Elena V. Pestereva — PhD (psychological sciences), Department of Humanities and Bioethics.

E-mail: vi-lenal@mail.ru

ABSTRACT: Palliative medicine is developing all over the world. Special attention paid to it is easily explained because new methods of treatment make it possible to continue life of patients with severe incurable diseases. A growing need for trained professionals who can work in palliative medicine is evident. A specialist caring for a seriously ill patient is one of the main components of palliative care: the former is required to realize not only medical knowledge and skills, but also the skills of caring for a terminally ill person, the manifestation of empathy and sensitivity to his personality is also expected. The study involved 42 nurses working in palliative and nursing departments. Psychological difficulties nurses in palliative medicine experience, particularly in its emotional-personal sphere and emotional burnout were studied. For 62% of nurses, the most difficult contributing to the emergence of fatigue and internal stress in them was emotional inclusion and communication with a seriously ill person. At the same time, 50% of nurses indicate difficulties in interacting with relatives of patients. The professional activity of a nurse in palliative medicine causes significant psychological overload, which entails a state of emotional burnout. The emotional characteristics of the nurse determine her difficulties in arbitrary control of her emotions and emotional rigidity, which, in turn, can lead to conflict situations in all areas of life. The article analyzes the relationship between the emotional intelligence of a nurse, her belief system about herself and the world, and the formation of burnout symptoms. Psychological difficulties, job satisfaction are interrelated with the level of emotional intelligence of the nurse. Educational programs for nurses in palliative medicine should necessarily include emotional training of nurses, which contributes to the development of their emotional intelligence and reduce emotional burnout.

KEY WORDS: palliative medicine; nurse; emotional intelligence; burnout.

Успехи современной медицины, использование высокотехнологичных методов лечения и новых линий фармацевтических препаратов приводят к увеличению продолжительности жизни больных с различными хроническими заболеваниями и поднимают вопрос о качестве их жизни. Особенно это актуально для больных, к которым нельзя применить радикальные методы лечения. В этой связи в настоящее время во всем мире развивается паллиативная медицина — раздел медицины, занимающийся неизлечимо больными людьми.

Истоки современной паллиативной медицины лежат в первых богоугодных заведениях (богадельни, дома приюта и сестринского ухода), которые возникали в Средневековье при

монастырях. В те времена во врачебной практике было не принято иметь дело с проблемами умирающих, поскольку считалось, что врач не должен браться за лечение тех болезней, которые он не может вылечить, в противном случае, это было дискредитацией медицины [5].

Несмотря на то, что врачебный обычай исключать по возможности из своей практики проблемы умирающих господствовал до Нового времени, тема ухода и конечности жизни никогда не была безразлична для человечества. У любого народа и в любую эпоху всегда была культура умирания и горевания в связи с утратой близкого. Более того, одна из основных функций культуры (мифологии, религии, науки) — это совладание человека с глобальным

страхом конечности жизни, «отведение взгляда» от того, что пугает к чему-то более понятному [8].

Изменение отношения общества к смерти связано с его изменением отношения к жизни [1]. Сегодня люди в целом живут дольше, умирают позже, несмотря на различные катаклизмы, происходящие в мире. В развитых странах качество жизни людей повышается, и как результат растет ценность жизни. Вместе с тем, ценность жизни не является абсолютной для всех: она может быть различна у разных людей и народов. Несмотря на это, в основе паллиативной помощи лежит уважение к жизни любого человека.

Основное положение паллиативной медицины — каждый человек имеет право на уважение, лечение и достойные условия жизни и смерти. Даже тогда, когда возможности интенсивного и радикального лечения исчерпаны и излечение бесперспективно, человек не должен оставаться без медицинской помощи и поддержки. Ключевым моментом в определении сущности паллиативной медицины является поддержание максимально возможного качества жизни пациента, поскольку эта помощь ориентирована на больного, а не на поразившую его болезнь.

Паллиативная медицина в мире развивается с 70-х годов XX века. В нашей стране паллиативная медицина стала развиваться только в последнее десятилетие. Однако хосписы, как вид паллиативной помощи, в России существуют с 90-х годов XX века. Несмотря на то, что хосписы рассчитаны на больных в терминальной стадии с любым заболеванием, в нашей стране в хосписах преобладают преимущественно онкологические больные. Таким образом, именно паллиативная помощь онкологическим больным в хосписах стала моделью развития паллиативной медицины в России.

В марте 2019 года президентом России подписан закон «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи» [9]. Внимание и интерес к паллиативной помощи растет, постепенно появляются новые отделения паллиативной помощи и сестринского ухода. В связи с этим растет необходимость в подготовленных специалистах, умеющих работать в данной области медицины.

Специалист, ухаживающий за пациентом, является одной из главных составляющих паллиативной помощи и от него, как ни в какой

другой области медицины, требуется реализация не только медицинских знаний и умений, но ожидаются навыки ухода за неизлечимо больным человеком, проявление сочувствия, эмпатии и чуткого отношения к его личности. Медицинские сестры при оказании помощи вступают непосредственно в контакт с больным. Профессор С.С. Вайль писал о том, что в самом названии профессии «медицинская сестра» (ранее — «сестра милосердия») кроется смысл, согласно которому больной ждет по отношению к себе именно сестринского отношения, то есть заботливого, внимательного, сердечного [6].

Медицинская сестра вкладывает много энергии и сил в помогающую деятельность, в ответ на это она может получать благодарный отклик и осознание того, что таким образом она может влиять на жизнь другого человека. Как отмечает Н.В. Гришина, «...потенциально помогающие профессии дают хорошую возможность самоактуализации за счет сильного эмоционального вовлечения в деятельность, что является важным элементом самоактуализации...», при этом «...выгорание — это плата не за сочувствие людям, а за свои нереализованные ожидания» [4].

А.В. Гнездилов, основатель первого в России хосписа, на протяжении долгих лет изучал особенности медицинского персонала, ухаживающего за онкологическими больными. Он отмечал, что специфичным для этого вида медицинской деятельности является постоянная встреча со смертью [3]. Медицинский персонал радикальной медицины может наблюдать результаты своей работы, а персонал хосписа, вкладывая все свои силы, не сможет увидеть исцеления пациента. Это совершенно другой уровень помощи, который требует большей эмоциональной включенности в процесс ухода за больным.

Медицинские сестры, ухаживающие за тяжелобольными людьми, постоянно находятся в соприкосновении с пациентом, обеспечивая ему круглосуточный уход. Постоянный уход способствует сближению медсестры с больным: включаются механизмы идентификации, происходит некоторое отождествление с переживаниями больного. И, безусловно, травматичным для персонала будет смерть тех пациентов, за которыми они долгое время ухаживали.

Представляется важным обратить внимание на особенности эмоционально-личностной сферы медицинской сестры как предикторов риска ее эмоционального выгорания, а также предложить меры профилактики выгорания.

Целью данной статьи является изучение психологических трудностей медицинской сестры в паллиативной медицине, особенностей ее эмоционально-личностной сферы и эмоционального выгорания.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 42 медицинские сестры, работающие в СПб ГБУ Городская больница № 28 «Максимилиановская» на отделениях паллиативной помощи и сестринского ухода. Возраст сотрудниц — от 21 до 70 лет, из них 57% (24 чел.) медсестер были старше 50 лет и 73% (31 чел.) медсестер имели стаж работы свыше 20 лет.

В исследовании использовались:

- анкетирование, направленное на выявление трудовой мотивации медсестры, затруднений, которые могут у нее возникать в процессе работы, а также профессиональной удовлетворенности в целом;
- «Методика оценки эмоционального интеллекта» (опросник EQ) [10] — выявление способности к пониманию и управлению эмоциями на внутриличностном и межличностном уровнях;
- «Тест жизнестойкости» — изучение системы убеждений, позволяющих выдерживать и преодолевать жизненные трудности [7];
- «Опросник эмоционального выгорания В.В. Бойко» — диагностика симптомов эмоционального выгорания в связи с профессиональной деятельностью [2].

Полученные результаты были обработаны с помощью методов математической статистики.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анкетирование выявило, что 86% (36 чел.) медсестер удовлетворены нынешним местом работы. Ответы на вопросы, касающиеся профессиональной мотивации, показали, что 65% (27 чел.) сотрудниц изначально считают работу медсестры своим призванием («Мечта с детства»), 35% (15 чел.) — отмечают, что именно эта профессия позволяет реально помогать другим людям. При этом 74% (31 чел.) медсестры указывали на то, что самое ценное в их работе, прежде всего, это возможность помогать людям и получаемая от этого психологическая удовлетворенность. Таким образом, большинство обследованных медсестер воспринимают свою профессию как имеющую для них ценность, а не «случайную» в их жизни. Вме-

сте с тем, следует обратить внимание на то, что люди, ассоциирующие свой труд с предназначением /миссией, склонны предъявлять к себе непомерные требования, и в этой связи они более подвержены риску эмоционального выгорания.

Работа на отделениях паллиативного и сестринского ухода требует от медицинского персонала соприкосновения с тяжелыми переживаниями пациента и вовлеченность в его жизненную историю, а также с физической и психологической уязвимостью человека. Ответы на вопросы о сложностях, возникающих на работе, показали, что для 62% (26 чел.) медсестер самым трудным в работе, способствующим возникновению у них усталости и внутреннего напряжения, является именно эмоциональная включенность и общение с тяжело больным человеком. Физические же нагрузки, которые также присутствуют при уходе за пациентом, отмечали 38% (16 чел.) медсестер.

В 36% (15 чел.) случаях медицинские сестры отмечали, что «трудными пациентами» для них являются больные, которые не способны контролировать свое эмоциональное состояние и проявляющуюся агрессию. Среди них особое место занимают пациенты с выраженным психопатическим радикалом и низким уровнем социализации. Взаимодействие с данными пациентами при оказании им медицинской помощи требует от медсестер осознание своих профессиональных границ и умения быть последовательными в рамках этих границ.

Наряду с «трудными пациентами», медсестры выделяли больных, с которыми они предпочитают работать: в 28% (12 чел.) — «больные, заинтересованные в лечении и уходе». Можно предположить, что для медицинской сестры лучше работать с пациентом, который, несмотря на тяжесть заболевания, готов участвовать в совместной деятельности по стабилизации своего состояния.

Кроме трудностей в общении с больным, 50% (21 чел.) медсестер указывали на сложности при взаимодействии с родственниками больных. Среди причин этих сложностей преобладали следующие: проблемные отношения между родственником и пациентом, которые актуализировались в ситуации болезни, а также несовпадение ожиданий родственников в отношении лечения больного с реальным положением вещей. Несоответствие между ожидаемыми результатами от лечения и реальностью, проявлялось в виде негативных реакций родственников вплоть до агрессии на медицинский персонал и медицинское учреждение в

целом, что могло выражаться в виде жалоб в вышестоящие организации. Следует отметить, что коррекция ожиданий возможна только при наличии контакта между медицинским персоналом и родственником, который строится на адекватном информировании родственника и понимании его состояния в ситуации возможной смерти близкого человека.

Таким образом, взаимодействие с пациентом и его родственниками сопутствует профессиональной деятельности медицинской сестры паллиативной медицины.

Изучение *эмоционального интеллекта* выявило у 45% (19 чел.) медсестер — средний уровень и у 17% (7 чел.) медсестер — высокий уровень эмоционального интеллекта. Эмоциональный интеллект понимается как способность человека управлять своим эмоциональным состоянием и уметь выстраивать межличностные отношения, учитывая эмоции других людей. У 62% (26 чел.) медсестер диагностирован средний и высокий уровни по шкале «эмпатии», которая свидетельствует об их способности понимать другого человека (больного), а не оценивать его, а также сочувствовать ему и принимать его чувства в расчет.

Вместе с тем, у обследуемых медсестер обнаружены эмоциональные особенности, обуславливающие у них сложности в произвольном управлении своими эмоциями и эмоциональную ригидность. Так, у 75% (32 чел.) медсестер — низкие показатели по шкале «управление своими эмоциями», у 45% (19 чел.) медсестер — низкие показатели по шкале «самотивация». Медсестры, у которых преобладают данные особенности, нередко по окончании работы «берут рабочие проблемы домой», то есть не перестраиваются с роли работника на роль матери, жены, друга. Они склонны к длительным переживаниям, особенно эмоционально неприятным, а это может обуславливать развитие у них таких личностных черт как злопамятность, упрямство, настороженность и подозрительность, что, в свою очередь, может приводить к конфликтным ситуациям во всех сферах жизни.

Медицинские сестры отделений паллиативной медицины и сестринского ухода испытывают «двойную» нагрузку, так как, кроме выполнения непосредственно медицинских и сестринских процедур, они по роду своей профессиональной деятельности находятся в ситуации утраты человеком здоровья, а нередко и жизни. В этой связи для медсестры очень важны личные качества, позволяющие ей справляться со своим внутренним напряжением, возникающим на работе.

Изучение убеждений, помогающих человеку выдерживать и эффективно преодолевать стрессовые ситуации — *уровень жизнестойкости* — показало, что у 50% (21 чел.) медсестер — средний уровень, у 21% (9 чел.) медсестер — высокий уровень жизнестойкости. Большинству обследованных сотрудниц свойственна система представлений о себе, о мире и о взаимоотношениях с миром, препятствующая усилению внутреннего напряжения в стрессовых рабочих ситуациях. Так, 81% (34 чел.) медсестер были убеждены, что происходящее в их рабочем пространстве заслуживает внимания и их профессиональная деятельность имеет смысл (фактор «вовлеченности»), что позволяло им ощущать удовлетворение от работы. В 79% (33 чел.) случаях медсестры считали, что они своими профессиональными действиями (медицинские процедуры, забота) способны повлиять на состояние пациента, то есть их деятельность результативна, даже если этот результат не абсолютен и не гарантирован (фактор «контроля»). При этом 69% (29 чел.) медсестер воспринимали свою жизнь как способ приобретения жизненного опыта и в этой связи в стрессовых ситуациях были способны рисковать, «действовать на свой страх и риск», а не стремились к спокойствию и безопасности (фактор «принятие риска»). Следует отметить, что в медицинской профессии в стрессовых ситуациях очень важно уметь действовать по обстоятельствам, так как любое заболевание потенциально несет в себе неопределенность.

Вместе с тем, 31% (13 чел.) медсестер относились к своей работе как жестко регламентированной и при выполнении профессиональных действий ориентировались, прежде всего, на свое ощущение безопасности и комфортности. У 21% (9 чел.) медсестер преобладало убеждение, что повлиять на состояние паллиативного больного невозможно и в связи с этим ощущали беспомощность. Всё это обуславливало у 29% (12 чел.) сотрудниц низкий уровень жизнестойкости в стрессовых рабочих ситуациях.

Изучение *эмоционального выгорания* как симптомокомплекса показало, что у 50% (21 чел.) медсестер был сформирован симптом «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование». Симптом проявляется в выборочном реагировании по принципу — «сочту нужным, есть настроение, то уделю внимание больному, откликнусь на его просьбы и потребности» — такое поведение чревато нарушением этических принципов медицинской профессии, в основе которых лежит отношение к па-

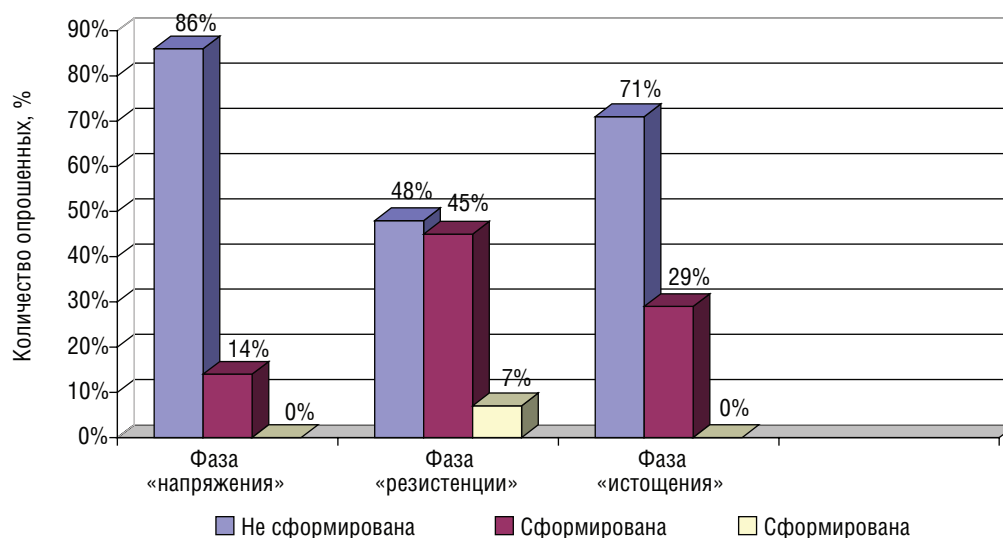


Рис. 1. Сформированность фаз эмоционального выгорания у медсестер (n=42)

циенту не как больному, а как к личности человека, находящегося в ситуации болезни. У 30% (13 чел.) обследуемого персонала выявлена следующая стадия развития «избирательного эмоционального реагирования» в виде симптома «эмоционально-нравственной дезориентации». В данном случае медсестра замечает, что она не проявляет должного внимания к пациенту и рационально смягчает дискомфорт по этому поводу («Всем не поможешь», «Почему я должна за всех волноваться, всем не посочувствуешь», «Если постоянно уделять внимание, потом на шею сядут», «Непонятно, как он жил, чтобы ему сочувствовать»). Симптом «редукция профессиональных обязанностей», проявляющийся в попытках сократить обязанности, которые требуют эмоциональных затрат, был выявлен у 30% (13 чел.) медсестер.

Указанная симптоматика обуславливает выделенную В.В. Бойко фазу «резистентности»: человек, стремясь к психологическому комфорту, старается сопротивляться нарастающему стрессу. На рисунке 1 представлена сформированность фаз эмоционального выгорания у медицинских сестер.

Фаза «резистенции» была сформирована у 7% (3 чел.) медсестер и находилась на этапе формирования у 45% (19 чел.) медсестер. Это свидетельствует о накоплении у большинства сотрудников усталости и психической напряженности, с которым они пытаются справиться, используя способы, нивелирующие взаимодействие с пациентом как с личностью при оказании ему помощи, что дискредитирует профессию, причиняет вред пациенту, а также личностно деформирует самого специалиста.

Таким образом, профессиональная деятельность медицинской сестры в паллиативной медицине вызывает у нее значительные психологические перегрузки, что влечет за собой состояние эмоционального выгорания.

Анализ корреляционных взаимосвязей выгорания и особенностей эмоционально-личностной сферы показал:

Развитие выгорания взаимосвязано с уровнем эмоционального интеллекта медицинской сестры ($r = -0,39$, $p = 0,01$). Медсестры с более высоким эмоциональным интеллектом не склонны идентифицироваться с чувствами больного, поэтому способны к эмпатии во взаимоотношениях с человеком в трудной жизненной ситуации. Эмпатичные медсестры, внимательные к чувствам другого человека, способны снизить эмоциональное напряжение больного, облегчить его состояние и от этого ощутить внутреннее удовлетворение, невзирая на тяжесть работы по физическому уходу.

Развитие выгорания взаимосвязано с уровнем жизнестойкости медицинской сестры ($r = -0,702$, $p = 0,000$): система убеждений относительно себя, мира и отношений с миром влияет на стрессоустойчивость сотрудниц в профессиональных ситуациях. Так, риск формирования фазы «резистентности» имеет взаимосвязь с убеждением медсестры относительно своих возможностей контролировать происходящее (фактор «контроль») ($r = -0,578$, $p = 0,000$): у медсестер, уверенных в своей профессиональной способности повлиять на состояние больного, облегчить его страдания, с меньшей вероятностью развивается избирательное отношение к пациентам.

Таблица 1

Анализ различий: группирующая переменная «Удовлетворенность работой»

Психологический параметр		Удовлетворенность работой (n=42)	
		да (n=36)	нет (n=6)
Уровень эмоционального интеллекта	Средний ранг	23,38	10,25
	Сумма рангов	841,50	61,50
Индекс выгорания	Средний ранг	19,65	707,50
	Сумма рангов	32,58	195,50

Таблица 2

Анализ различий: группирующая переменная «Самое тяжелое в работе»

Психологический параметр		Самое тяжелое в работе медсестры (n=42)	
		Эмоциональная включенность (n=25)	Физическая нагрузка (n=17)
Уровень эмоционального интеллекта	Средний ранг	25,04	16,29
	Сумма рангов	626,00	277,00
Индекс выгорания	Средний ранг	20,14	23,50
	Сумма рангов	503,50	399,50

Далее был проведен анализ различий между группами, выделенными исходя из ответов медсестер на анкету. Статистическая значимость была обнаружена в ответах на следующие вопросы:

«Удовлетворены ли Вы настоящим местом работы?» (табл. 1).

Большинство медсестер ответило на данный вопрос утвердительно. У медсестер, удовлетворенных местом работы, был выше уровень эмоционального интеллекта, в сравнении с теми, кого работа не устраивала. Развитый эмоциональный интеллект характеризуется способностью человека осознавать собственные эмоции и переживания, контакт с которыми позволяет ему «сверяться» с собой, отвечая на вопрос: «Нравится ли мне то, чем я занимаюсь?», что способствует более осознанному отношению к своей жизни в целом.

«Что является самым тяжелым в Вашей профессии?» (табл. 2).

Медицинские сестры с более высоким уровнем эмоционального интеллекта самым тяжелым в своей профессии выделяли общение с больным, эмоциональную включенность в его судьбу и здоровье. Осознание медсестрой с высоким эмоциональным интеллектом своих трудностей в общении создает у нее возможность разрешать эти трудности. Для медсестер с более низким эмоциональным интеллектом, самым тяжелым в профессии были физические нагрузки. Они не могут выделять и осознавать свои эмоциональные трудности как проблему, требующую решения, но это не значит, что этих трудностей у них нет.

Таким образом, образовательные программы для среднего медицинского персонала в паллиативной медицине должны обязательно включать эмоциональную подготовку медицинских сестер, что способствует развитию у них эмоционального интеллекта и снижению эмоционального выгорания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арьес Ф. Человек перед лицом смерти. М.: Прогресс; 1992.
2. Бойко В.В. Синдром эмоционального «выгорания» в профессиональном общении. СПб.: Питер; 1999.
3. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. СПб.: Речь; 2007.
4. Гришина Н.В. Помогающие отношения, профессиональные и экзистенциальные проблемы самореализации личности. В кн.: Психологические проблемы самореализации личности. СПб.; 1997: 143–156.
5. Дымарский Л.Ю. О некоторых исторических корнях современных деонтологических постулатов в онкологии. Вопросы онкологии. 1986; 32 (12): 67–73.
6. Кораблина Е.П. Субъект помогающей деятельности как предмет психологического исследования. Психологические проблемы самореализации личности: сб. статей. Вып. 4. СПб.; 2000: 147–154.
7. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл; 2006.
8. Леонтьев Д., Тищенко П., Мельников С. Беседа о смерти. Дискуссия в Еврейском музее и центре толерантности. 16.05.18. Доступен по: https://www.youtube.com/watch?v=K95MghSc_i0 (дата обращения 15.05.2019).
9. Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан»

дан в Российской Федерации» по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи» от 06.03.2019. Доступен по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_319586/ (дата обращения 15.05.2019).

10. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика личности и малых групп. М.: Изд-во Института Психотерапии; 2002.

REFERENCES:

1. Ar'es F. Chelovek pered litsom smerti. [Man in the face of death]. M.: Progress; 1992. (in Russian).
2. Boyko V.V. Sindrom emotsional'nogo «vygoraniya» v professional'nom obshchenii. [Emotional burnout syndrome in professional communication]. SPb.: Piter; 1999. (in Russian).
3. Gnezdilov A.V. Psikhologiya i psikhoterapiya poter'. [Psychology and psychotherapy of losses]. SPb.: Rech'; 2007. (in Russian).
4. Grishina N.V. Pomogayushchie otnosheniya, professional'nye i ekzistentsial'nye problemy samorealizatsii lichnosti. [Helping relationships, professional and existential problems of personal self-realization]. In.: Psikhologicheskie problemy samorealizatsii lichnosti. SPb.; 1997: 143–156. (in Russian).
5. Dymarskiy L. Yu. O nekotorykh istoricheskikh kornyakh sovremennykh deontologicheskikh postulatov v onkologii. [Historical roots of contemporary ethical tenets in Oncology]. Voprosy onkologii. 1986; 32 (12): 67–73. (in Russian).
6. Korablina E.P. Sub"ekt pomagayushchey deyatel'nosti kak predmet psikhologicheskogo issledovaniya. Psikhologicheskie problemy samorealizatsii lichnosti: sb. statey. [The subject of helping activity as a subject of psychological research]. Vyp. 4. SPb.; 2000: 147–154. (in Russian).
7. Leont'ev D.A., Rasskazova E.I. Test zhiznestoykosti. [Test of viability]. M.: Smysl; 2006. (in Russian).
8. Leont'ev D., Tishchenko P., Mel'nikov S. Beseda o smerti. Diskussiya v Evreyskom muzei i tsentre tolerantnosti. 16 maya 2018. [Talk about death. Discussion at the Jewish Museum and tolerance center. May 16, 2018]. Available at: https://www.youtube.com/watch?v=K95Mgh-Sc_i0 (accessed 15.05.2019). (in Russian).
9. Federal'nyy zakon «O vnesenii izmeneniy v Federal'nyy zakon «Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossiyskoy Federatsii» po voprosam okazaniya palliativnoy meditsinskoy pomoshchi» ot 06.03.2019. [Federal law «On amendments to the Federal law «About bases of health protection of citizens in the Russian Federation» on the provision of palliative care». 06.03.2019]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_319586/ (accessed 15.05.2019). (in Russian).
10. Fetiskin N.P., Kozlov V.V., Manuylov G.M. Sotsial'no-psikhologicheskaya diagnostika lichnosti i malykh grupp. [Social and psychological diagnostics of personality and small groups]. M.: Izd-vo Instituta Psikhoterapii; 2002. (in Russian).