

## Дипломная работа по психологии

**Тема: «Изучение взаимосвязи синдрома эмоционального выгорания и особенности саморегуляции у медсестер»**

### Содержание

Введение.....	4
Глава I. Теоретический анализ особенностей синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников и его взаимосвязи с характеристиками саморегуляции .....	8
1.1. Понятие эмоционального выгорания.....	8
1.1.1. Синдром эмоционального выгорания и его фазы.....	8
1.1.2. Факторы, способствующие возникновению симптомов эмоционального выгорания.....	12
1.1.3. Эмоциональное выгорание медицинских работников .....	17
1.2. Психическая саморегуляция как способ профилактики синдрома эмоционального выгорания.....	30
1.2.1. Понятие и структура саморегуляции .....	30
1.2.2. Общие подходы к нейтрализации синдрома эмоционального выгорания.....	35
1.2.3 Взаимосвязь особенностей синдрома эмоционального выгорания и саморегуляции у медицинских работников .....	37
Глава II. Эмпирическое исследование взаимосвязи синдрома эмоционального выгорания и особенностей саморегуляции у медсестер.....	42
2.1. Характеристика выборки .....	42
2.2. Описание методик исследования .....	43
2.3 Анализ и обсуждение результатов исследования .....	46
2.4. Корреляционный анализ .....	71

2.5. Особенности саморегуляции у медицинских работников с разными уровнями эмоционального выгорания.....	75
Заключение .....	80
Список использованной литературы:.....	82
Приложения	

WWW.STUDRESEARSH.RU

## Введение

**Актуальность исследования** особенностей синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников и его взаимосвязи с характеристиками саморегуляции связана с массовым проявлением синдрома эмоционального выгорания среди медицинского персонала. Характер профессиональной деятельности медсестер хирургического и терапевтического отделения различен, что может отразиться на степени выраженности проявлений синдрома эмоционального выгорания и особенностей их саморегуляции.

Синдром эмоционального выгорания — сложный психологический феномен, который часто затрагивает профессиональную деятельность специалистов, работа которых так или иначе требует вовлечения в непрерывный прямой контакт с людьми и оказание им психологической поддержки [53]. Эта профессиональная деятельность может быть весьма различной, но для нее характерно общение с людьми, которое с психологической точки зрения нередко очень трудно бывает поддерживать продолжительное время.

По данным многочисленных исследований, у многих специалистов «помогающих профессий» постепенно снижается уровень проявления заботы о людях, с которыми они работают. Через какое-то время они начинают понимать, что просто не могут выдержать необходимости персональной заботы, обязательств и ответственности, которых требует сущность их работы. И тогда начинают проявляться первые признаки эмоционального истощения.

Работа медицинской сестры, как правило, эмоционально насыщена. Весь ее рабочий день — это теснейшее общение с людьми, в первую очередь с пациентами, требующими неусыпной заботы и внимания, их родственниками. Сталкиваясь часто с негативными эмоциями, которыми паци-

енты выражают отношение к своему состоянию, медсестра начинает и сама испытывать повышенное эмоциональное напряжение [64].

По мнению К. Маслач, одной из основоположников теории, описывающей данное явление, профессиональное выгорание — это эмоциональное истощение, возникшее как следствие стресса межличностного взаимодействия, утрата позитивных чувств, сострадания и уважения к пациентам [39]. Дальнейшее развитие синдрома может привести к формальному, лишённому чувства сопереживания пациентам профессиональному поведению, что в конечном счете ухудшает качество медицинской помощи. При этом сама медсестра часто крайне недовольна собой и результатами своей деятельности.

Итак, синдром эмоционального выгорания — это синдром физического и эмоционального истощения, что включает развитие отрицательной самооценки, отрицательного отношения к работе и утрату понимания и сочувствия по отношению к лицам, с которыми приходится вступать в психологический контакт по работе. Выгорание — это не потеря творческого потенциала, не реакция на однообразную, неинтересную деятельность, а истощение, возникающее на фоне стресса, вызванного межличностным общением.

Возникает необходимость организационной целенаправленной психологической деятельности по формированию саморегуляции психических состояний, поскольку умение человека регулировать свое состояние, управлять своим поведением в различных ситуациях является важным показателем зрелости личности, от чего во многом зависит ее успешность в процессе ее жизнедеятельности и профессиональной деятельности.

**Проблема** исследования заключается в том, что недостаточно сведений о том, каким образом взаимосвязан синдром эмоционального выгорания с уровнем и особенностями саморегуляции.

Исследованием синдрома эмоционального выгорания занимались Г.С. Абрамов, Н.В. Водопьянова, Г.С. Никифоров, В.Е. Орел, Г.А. Робертс,

Т.И. Ронгинская, Е.С. Старченкова, Д.Г. Трунов, А.М. Хатагурова и др. Саморегуляция является предметом исследования в работах Л.П. Гримак, О.А. Конопкина, Н.Д. Линде, Х. Линдемана, В.Л. Марищука, В.И. Моросановой, И.В. Плахотниковой, А.О. Прохорова и др.

**Объект исследования:**

Синдром эмоционального выгорания.

**Предмет исследования:**

Взаимосвязь синдрома эмоционального выгорания и саморегуляции медицинских сестер.

**Цель исследования:**

Определить взаимосвязь синдрома эмоционального выгорания и особенностей саморегуляции медицинских сестер.

**Задачи:**

1. Провести теоретический анализ особенностей синдрома эмоционального выгорания и особенностей саморегуляции у медицинских работников среднего звена.
2. Подобрать адекватные методы исследования и сформировать выборку.
3. Выявить особенности синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер.
4. Выявить особенности саморегуляции у медицинских сестер.
5. Определить взаимосвязь синдрома эмоционального выгорания и особенностей саморегуляции в исследуемых группах.

**Гипотеза:**

Имеется взаимосвязь синдрома эмоционального выгорания с уровнем саморегуляции у медицинских сестер. При этом, чем лучше развита саморегуляция человека, тем меньше уровень сформированности симптомов эмоционального выгорания.

**Методики исследования:**

1. Методика «Способность самоуправления», разработанная в лаборатории психологических проблем высшей школы Казанского университета под руководством Н.М. Пейсахова.

2. Методика диагностики уровня эмоционального выгорания по В.В. Бойко.

**Теоретическая значимость исследования** заключается в изучении синдрома эмоционального выгорания и представлении взаимосвязи целостных характеристик психической деятельности, связанных со спецификой работы медицинских сестер за определенный период времени.

**Практическая значимость дипломного исследования:**

Предложенный в ходе исследования блок диагностических методик возможно использовать для диагностики синдрома эмоционального выгорания на ранних стадиях формирования с целью предотвращения негативных последствий его развития для профессиональной деятельности и личности; в соответствии с выявленным особенностями саморегуляции планировать и реализовывать программу профилактики, в которую включить блок психокоррекционных мероприятий.

**Структура дипломной работы.**

Работа состоит из введения, где представлены актуальность проблемы, предмет, объект, цель, гипотеза, задачи, практическая значимость проводимого исследования; теоретической главы, в которой рассматриваются основные подходы к изучению СЭВ, анализируются механизмы возникновения СЭВ, аспекты деятельности медработников, влияющие на развитие СЭВ; а также особенности саморегуляции и ее значение для профилактики СЭВ; собственного экспериментального исследования, где представлены описание выборки, методов, процедуры проводимого исследования, анализа и обсуждения полученных результатов; выводов; заключения; списка литературы; приложения.

# **Глава I. Теоретический анализ особенностей синдрома эмоционально-го выгорания у медицинских работников и его взаимосвязи с характеристиками саморегуляции**

## **1.1. Понятие эмоционального выгорания**

### **1.1.1. Синдром эмоционального выгорания и его фазы**

Научный и практический интерес синдрома выгорания обусловлен тем, что этот синдром – непосредственное проявление всевозрастающих проблем, связанных с самочувствием работников, эффективностью их труда и стабильностью деловой жизни организации. Синдром «выгорания» представляет собой набор негативных психических переживаний, «истощение» от длительного воздействия напряжения в профессиях, которые связаны с интенсивными межличностными взаимодействиями, сопровождающимися эмоциональной насыщенностью и когнитивной сложностью [10].

Впервые термин «выгорание» был введен американским психиатром Х. Фреденбергером в 1974 году для характеристики психического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами при оказании им профессиональной помощи. Первоначально под «выгоранием» понималось состояние изнеможения с ощущением собственной бесполезности, затем оно стало содержательно неоднозначным и многокомпонентным, что вызвало значительные затруднения в его изучении. В настоящее время выделяют около 100 симптомов, так или иначе связанных с «выгоранием». Среди них есть такие, которые связаны с мотивацией на работу (потеря энтузиазма, интереса к тем, кого обслуживают). Б. Пелман и Е. Хартман (1982), обобщив многие определения «выгорания», выделили три главных компонента: эмоциональное и/или физическое истощение, деперсонализация, сниженная рабочая продуктивность [43].

В.В. Бойко дает следующее определение: эмоциональное выгорание — это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетике) в ответ на избранные психотравмирующие воздействия [4].

Эмоциональное выгорание представляет собой приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального, поведения. «Выгорание» отчасти функциональный стереотип, поскольку позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. В то же время могут возникать его дисфункциональные следствия, когда «выгорание» отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности и отношениях с партнерами. Данный стереотип эмоционального восприятия действительности складывается под воздействием ряда факторов и предпосылок — внешних и внутренних.

Эмоциональное выгорание является формой профессиональной деформации личности [53].

Состояние «выгорания» развивается подспудно, в течение длительного времени. Поэтому целесообразно время от времени проводить обследование работников для выявления ранних симптомов этого состояния и предупреждения снижения мотива к выполняемой профессиональной деятельности.

Таким образом, синдром выгорания представляет собой личностную деформацию вследствие эмоциональных затруднений или напряженных отношений в системе «человек-человек», развивающуюся во времени.

Наиболее популярная модель выгорания разработана К. Носач и С. Джексон, описана В.В. Бойко [5]. Она включает 3 группы симптомов.

I. Фаза «Тревожное напряжение». Нервное напряжение — этот запускающий механизм — обнаруживается в четырех симптомах.

1. Переживание психотравмирующих обстоятельств: проявляется усиливающимся осознанием психотравмирующих факторов профессиональной деятельности.

2. Неудовлетворенность собой: проявляется в чувстве недовольства собой, избранной профессией, занимаемой должностью; развивается при невозможности конструктивно разрешить ситуацию.

3. Загнанность в клетку: проявляется в чувстве безысходности, остро переживается, когда психотравмирующие обстоятельства очень давят и устранить их невозможно. Развивается при тщетных попытках устранить нажим психотравмирующих обстоятельств. Это состояние интеллектуально-эмоционального затора, тупика.

4. Тревога и депрессия: обнаруживается в тревожно-депрессивной симптоматике, касающейся профессиональной деятельности в особо осложненных обстоятельствах. Чувство неудовлетворенности деятельностью и собой порождает мощные энергетические напряжения в форме переживания ситуативной или личностной тревоги.

Фаза «Тревожного напряжения» является предвестником и «запускающим механизмом» в формировании эмоционального выгорания. Напряжение имеет динамический характер, что обуславливается изматывающим постоянством или усилением психотравмирующих факторов [14].

II. Фаза «Резистенция» (сопротивление нарастающему стрессу). Формирование защиты на данной фазе проявляется в следующих симптомах выгорания.

1. Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование: наблюдается в случаях, когда профессионал перестает улавливать разницу между двумя принципиально отличающимися явлениями: экономичным проявлением эмоций и неадекватным избирательным эмоциональным реагированием. То есть профессионал неадекватно «экономит» на эмоциях, ограничивает эмоциональную отдачу за счет выборочного реагирования на ситуации субъектов деятельности; эмоциональный контакт устанавливается не со всеми субъектами, а по принципу «хочу — не хочу» — неадекватным или избирательным образом [61].

2. Эмоционально-нравственная дезориентация: проявляется в том, что у работника эмоции не пробуждают или недостаточно стимулируют нравственные чувства. Не проявляя должного эмоционального отношения к своему подопечному (ученику, клиенту, покупателю и др.), он защищает свою стратегию: оправдаться перед собой за допущенную грубость или отсутствие внимания к субъекту, рационализируя свои поступки или проецируя вину на субъекта, вместо того чтобы адекватно признать свою вину. В эмоционально сложных ситуациях используются суждения: «Это не тот случай, чтобы переживать», «Таким людям нельзя сочувствовать».

3. Расширение сферы экономии эмоций: проявляется вне профессиональной деятельности — дома, в общении с приятелями и знакомыми. На работе специалист так устает от контактов, разговоров, ответов на вопросы, что ему не хочется общаться даже с близкими [55].

4. Редукция профессиональных обязанностей: обнаруживается в попытках облегчить или сократить обязанности, которые требуют эмоциональных затрат.

III. Фаза «Истощение». Характеризуется более или менее выраженным падением общего тонуса и ослабленностью нервной системы.

Эмоциональная защита становится неотъемлемым атрибутом личности. Данная фаза также проявляется в ряде симптомов:

1. Эмоциональный дефицит: заявляет о себе в ощущении, что эмоционально профессионал уже не может помочь субъектам своей деятельности.

2. Эмоциональная отстраненность: работник почти полностью исключает эмоции из сферы своей профессиональной деятельности. Его почти ничто не волнует, не вызывает эмоционального отклика: ни позитивные, ни отрицательные обстоятельства.

3. Личностная отстраненность, или деперсонализация: проявляется в широком диапазоне умонастроений и поступков профессионала в сфере общения. Прежде всего отмечается полная или частичная утрата интереса к человеку — субъекту профессиональной деятельности.

4. Психосоматические и психовегетативные нарушения: обнаруживаются на уровне психического и физического самочувствия. Данный симптом обычно образуется по условно-рефлекторной связи негативного свойства: многое из того, что касается субъектов профессиональной деятельности, провоцирует отклонения в соматических и психических состояниях [27].

**Таблица 1. Фазы стресса и симптомы выгорания по В. В. Бойко.**

Фаза	Симптом
Тревожное напряжение	Переживание психотравмирующих обстоятельств Неудовлетворенность собой Ощущение «загнанности в клетку» Тревога и депрессия
Резистенция	Неадекватное (избирательное) эмоциональное реагирование Эмоционально-нравственная дезориентация Экономия эмоций Редукция профессиональных обязанностей
Истощение	Эмоциональный дефицит Эмоциональная отстраненность Деперсонализация Психосоматические и психофизиологические нарушения

Таким образом, последствия выгорания могут проявляться как в психосоматических нарушениях, так и в сугубо-психологических (когнитивных, эмоциональных, мотивационно установочных) изменениях личности. Синдром эмоционального выгорания включает три фазы: «тревожное напряжение», «резистенция», «истощение». Своевременная оценка степени выгорания позволит предотвратить или оказать психотерапевтическую помощь эмоционально-выгорающему работнику.

### **1.1.2. Факторы, способствующие возникновению симптомов эмоционального выгорания**

Быстрота возникновения «выгорания» зависит от личностных особенностей. Необщительные, застенчивые, эмоционально неустойчивые люди,

импульсивные и нетерпеливые, с меньшей самодостаточностью, высокой эмпатией и реактивностью более склонны к развитию выгорания [37].

Имеют значение и производственные факторы. Выгорание развивается раньше, если работник:

- а) оценивает свою работу как незначимую;
- б) не удовлетворен профессиональным ростом;
- в) испытывает недостаток самостоятельности, считает, что его излишне контролируют;
- г) полностью поглощен своей работой (трудоголик);
- д) испытывает ролевую неопределенность вследствие нечетких к нему требований;
- е) испытывает перегрузку или, наоборот, недогрузку (последнее порождает чувство своей ненужности).

Бойко рассматривает эмоциональное выгорание как профессиональную деформацию личности, которая возникает под воздействием ряда факторов — внешних и внутренних.

Внешние факторы, провоцирующие выгорание:

#### 1. Хроническая напряженная психоэмоциональная деятельность.

Такая деятельность связана с интенсивным общением, точнее, с целенаправленным восприятием партнеров и воздействием на них. Профессионалу, работающему с людьми, приходится постоянно подкреплять эмоциями разные аспекты общения: активно ставить и решать проблемы, внимательно воспринимать, усиленно запоминать и быстро интерпретировать визуальную, звуковую и письменную информацию, быстро взвешивать альтернативы и принимать решения.

Признаками дестабилизирующей организации деятельности являются: нечеткая организация и планирование труда, недостаток оборудования, плохо структурированная и расплывчатая информация, наличие в ней «бюрократического шума» — мелких подробностей, противоречий, завышенные нормы контингента, с которым связана профессиональная дея-

тельность, например, учащихся в классе, пациентов, принимаемых за рабочую смену, клиентов, обслуживаемых за день [7]. При этом следует учитывать, что дестабилизирующая обстановка вызывает многократный негативный эффект: она сказывается на самом профессионале, на субъекте общения — клиенте, потребителе, пациенте и т. п., а затем на взаимоотношениях обеих сторон.

## 2. Повышенная ответственность за исполняемые функции и операции.

Представители массовых профессий обычно работают в режиме внешнего и внутреннего контроля. Прежде всего это касается медиков, педагогов, воспитателей, блюстителей общественного порядка, обслуживающего персонала. Процессуальное содержание их деятельности заключается в том, что постоянно надо входить и находиться в состоянии субъекта, с которым осуществляется совместная деятельность. Надо всматриваться, вслушиваться, вчувствоваться в него; сопереживать, сострадать, сочувствовать; предвосхищать его слова, настроения, поступки. А главное, постоянно приходится принимать на себя энергетические разряды партнеров [19].

На всех, кто работает с людьми и честно относится к своим обязанностям, лежит нравственная и юридическая ответственность за благополучие вверенных деловых партнеров — заказчиков, пациентов, учащихся, клиентов, пассажиров, покупателей. Особенно высока ответственность за здоровье и жизнь человека. Плата высока — нервное перенапряжение. Например, хирурги работают «на износ», ответственность и самоконтроль столь велики, что, по данным исследований, врачи этой медицинской специализации уходят из жизни раньше других своих коллег.

## 3. Неблагополучная психологическая атмосфера профессиональной деятельности.

Таковая определяется двумя основными обстоятельствами: конфликтностью по вертикали, в системе «руководитель — подчиненный», и по горизонтали, в системе «коллега — коллега». Нервозная обстановка побуж-

дает одних растрачивать эмоции, а других — искать способы экономии своих психических ресурсов [8].

Рано или поздно осмотрительный человек с крепкими нервами будет склоняться к тактике эмоционального выгорания: держаться от всего и всех подальше, не принимать все близко к сердцу, беречь нервы.

4. Психологически трудный контингент, с которым имеет дело профессионал в сфере общения.

У врачей это тяжелые и умирающие больные. У педагогов и воспитателей — дети с аномалиями характера, нервной системы и с задержками психического развития. У руководителя или командира — подчиненные с акцентированными характерами, неврозами, признаками психопатизации, нарушители дисциплины, безответственные работники, неумеренно пьющие. У обслуживающего персонала — капризные и грубые клиенты. У сотрудника милиции — злостные нарушители общественного порядка. Работнику социальной профессии почти ежедневно попадает клиент или пациент, который «попортит вам нервы» или «доведед до белого каления». Невольно человек начинает упреждать подобные случаи и прибегать к экономии эмоциональных ресурсов, убеждая себя при помощи формулы: «не следует обращать внимания...». В зависимости от статистики своих наблюдений, он добавляет, кого именно надо эмоционально игнорировать: невоспитанных, распущенных, неумных, капризных или безнравственных. Механизм психологической защиты найден, но эмоциональная отстраненность может быть использована неуместно, и тогда он не включается в нужды и требования вполне нормального партнера по деловому общению. На этой почве возникают недоразумение и конфликт — эмоциональное выгорание проявилось своей дисфункциональной стороной [22].

Внутренние факторы, обуславливающие эмоциональное выгорание.

1. Склонность к эмоциональной ригидности.

Естественно, эмоциональное выгорание как средство психологической защиты возникает быстрее у тех, кто менее реактивен и восприимчив, бо-

лее эмоционально сдержан. Напротив, формирование симптомов «выгорания» будет проходить медленнее у людей импульсивных, обладающих подвижными нервными процессами. Повышенная впечатлительность и чувствительность могут полностью блокировать рассматриваемый механизм психологической защиты и не позволяет ему развиваться. Жизнь многократно подтверждает сказанное. Нередко случается так, что, проработав «в людях» до пенсии, человек тем не менее не утратил отзывчивость, эмоциональную вовлеченность, способность к соучастию и сопереживанию.

2. Интенсивная интериоризация (восприятие и переживание) обстоятельств профессиональной деятельности.

Данное психологическое явление возникает у людей с повышенной ответственностью за порученное дело, исполняемую роль. Довольно часто встречаются случаи, когда по молодости, неопытности и, может быть, наивности, специалист, работающий с людьми, воспринимает все слишком эмоционально, отдается делу без остатка. Каждый стрессогенный случай из практики оставляет глубокий след в душе. Судьба, здоровье, благополучие субъекта деятельности вызывает интенсивное соучастие и сопереживание, мучительные раздумья и бессонницу. Постепенно эмоционально-энергетические ресурсы истощаются, и возникает необходимость восстанавливать их или беречь, прибегая к тем или иным приемам психологической защиты [23]. Так, некоторые специалисты через какое-то время меняют профиль работы и даже профессию. Часть молодых учителей покидает школу в первые пять лет трудового стажа. Но типичный вариант экономии ресурсов — эмоциональное выгорание. Учителя спустя 11 — 16 лет приобретают энергосберегающие стратегии исполнения профессиональной деятельности.

Нередко бывает, что в работе профессионала чередуются периоды интенсивной интериоризации и психологической защиты. Временами восприятие неблагоприятных сторон деятельности обостряется, и тогда чело-

век очень переживает стрессовые ситуации, конфликты, допущенные ошибки. К примеру, врач, который, казалось бы, привык проявлять выдержку, наблюдая смерть больных, периодически переживает сильные отрицательные эмоции. Вместе с тем нередки моменты, когда он ловит себя на мысли, что ему все безразлично и ничто уже не волнует. Педагог, научившийся спокойно реагировать на аномалии характеров подросткового возраста, вдруг «срывается» в общении с определенным ребенком, возмущен его бестактными выходками и грубостью. Но случается - тот же учитель понимает, что надо проявить особое внимание к ученику и его семье, однако не в силах предпринять соответствующие шаги. Эмоциональное выгорание обернулось безразличием и апатией.

3. Слабая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности. В этом случае вероятны два варианта:

- профессионал не считает для себя необходимым или по какой-то причине не заинтересован проявлять сопереживание к объекту деятельности;
- человек не привык, не умеет поощрять себя за сопереживание и участие, проявляемые к субъектам деятельности.)

4. Нравственные дефекты и дезориентация личности.

Таким образом, выгорание обычно оказывается следствием профессиональных стрессов (особенно длительных и хронических), но его развитие может не ограничиваться только профессиональной сферой, а проявляться в различных ситуациях бытия человека.

### **1.1.3. Эмоциональное выгорание медицинских работников**

Медицинские работники — социальная группа населения, с одной стороны, испытывающая на себе все реальные проблемы современной общественной жизни, с другой — призванная смягчать эти проблемы в про-

цессе контакта населения с системой здравоохранения. Таким образом, медики находятся в кругу как своих собственных проблем, так и проблем своих пациентов, неся при этом двойную социально-психологическую нагрузку. Зачастую они, как ни парадоксально, отличаются худшим состоянием здоровья, чем представители других специальностей. Такое положение вещей обусловлено значительными физическими и эмоциональными нагрузками, постоянной суперинфекцией.

Профессиональная деятельность медицинских работников предполагает эмоциональную насыщенность и большое количество факторов, вызывающих стресс.

Ответственная работа медика с большим количеством нездоровых людей может привести к возникновению своеобразного расстройства — «отравления людьми». Для него характерны такие симптомы, как раздражительность, вспыльчивость (часто без всякой видимой причины), холодность и равнодушие как защитное поведение.

По роду своей деятельности медицинские работники подвергаются воздействию различных неблагоприятных факторов рабочей среды и самого трудового процесса, к которым относятся вредные химические вещества и биологические агенты, ионизирующие излучения, шум, вибрация, канцерогены, высокое нервно-психическое напряжение, вынужденное положение тела во время работы, перенапряжение анализаторных систем и др. [15] Загрязнение воздуха рабочих помещений медицинских учреждений лекарственными веществами может быть причиной развития у медицинского персонала аллергических заболеваний, токсических поражений различных органов, дисбактериозов. Многие лекарственные препараты — это промышленные яды (например, бром, йод, мышьяк, камфора) и при определенных условиях способны вызвать острые и хронические интоксикации. Также существует угроза заражения медработников инфекционными заболеваниями.

Среди физических факторов, оказывающих вредное воздействие на здоровье медицинских работников, следует назвать различные виды ионизирующего и неионизирующего излучения. Например, СВЧ, широко применяемые в медицинской практике, неблагоприятным образом влияют на кровь, сердечно-сосудистую систему, на центральную и периферическую нервную систему.

Труд большинства медицинских работников осуществляется в таких условиях, что на них воздействует комплекс неблагоприятных производственных факторов различной природы, нервно-эмоционального перенапряжения, высокой ответственности. К числу психологических стресс-факторов, эффект которых сказывается на медицинском персонале, относятся:

- большое количество контактов с больными людьми и их родственниками, постоянное соприкосновение с чужими проблемами и чужой болью, с негативными эмоциями, которые несут отрицательную энергию;
- повышенные требования к профессиональной компетентности врача и к служению другим, самоотдаче;
- ответственность за жизнь и здоровье других людей;
- производственная среда с новыми факторами социального риска, такими как преступность, наркомания, бездомность и др.

По мнению Г. Робертса, существует общая обеспокоенность относительно того, что сама по себе специальность врача способствует развитию болезненных состояний [51]. Согласно данным Британской медицинской ассоциации, это проявляется как разочарование в профессии и деморализация, нарастающая склонность к размышлению о том, чтобы оставить эту профессию, а также в ухудшении состояния психического здоровья практикующих врачей, снижении устойчивости браков среди медиков, развитии склонности к употреблению психоактивных веществ и алкоголя. Такие тенденции приписывались, по крайней мере частично, пролонгированному

(продолжительному) рабочему стрессу и неудовлетворенности работой, которые, в свою очередь, могут быть главной детерминантой качества медицинской помощи. В течение определенного времени данные проблемы замалчивались, и только понятие выгорания открыло простор для их выявления и творческого обсуждения.

Предложив термин выгорание для описания деморализации, разочарования и крайней усталости, которые он наблюдал у работников психиатрических учреждений, Фрейденбергер (1974) разработал новую модель для рассмотрения дистресса и функциональных нарушений, связанных с работой. Оказалось, что она удобна и подходит для всех врачей и многих других специалистов, занятых в системе здравоохранения. Она сфокусирована на патологии профессиональной деятельности и оказывается средством разрушения табу, которого врачи обычно придерживались, обсуждая друг с другом свою внутреннюю жизнь, личную борьбу и уязвимость [39].

Созданы специальные модели для объяснения низкой самооценки, стресса, тревоги и депрессии у больных, но врачи неохотно применяют их к себе. Накопление наблюдений и идей о состоянии выгорания позволило представителям профессий, предполагающих оказание медицинской помощи, рассмотреть скрытые механизмы собственной лечебной работы, способные привести к тому, что на более поздней стадии медики не справляются с профессиональными отношениями, ролями и стрессами.

Одним из выводов, которые сделал Кинг при изучении эмоционального дистресса у врачей: «Врачи, работающие в медицинском учреждении, подвержены значительному личностному дистрессу... им трудно раскрыться перед кем-нибудь за пределами своей непосредственной семьи и круга друзей... Преобладающая особенность врачебной профессии — отрицать проблемы, связанные с личным здоровьем» [1].

Существует явная обеспокоенность, вызванная патогенностью медицинской работы для практикующих врачей, и, поскольку их здоровье жизненно важно для безопасности и качества оказываемой ими помощи, необ-

ходимо проявить серьезную озабоченность психическим и физическим благополучием медиков. Особенно это касается психиатров, психотерапевтов, невропатологов, к которым часто обращаются за помощью, когда лечат других врачей или пытаются найти ответы на вопросы о профессиональном стрессе у коллег. Поэтому особенно важно для медицинских работников вначале позаботиться о себе и «содержать собственный дом в порядке».

Причины выгорания медиков западные исследователи видят в социальной сфере и культуре. Фрагментарность и расслоение общества, снижение доступа к общественным и семейным ресурсам предъявляют все более высокие требования к работе специалистов, диктуя вместе с тем необходимость помощи и изменений. В то же время специалисты здравоохранения находятся под неусыпным общественным вниманием. Они пребывают в трудном положении, обладая все меньшей властью, становясь одновременно все более подотчетными.

В целом существует общая тенденция — ожидания и требования все больше и больше увеличиваются, а ресурсы уменьшаются. Кроме этого, здравоохранению навязывается примитивный бизнес — культура, которая изображает персонал как «анонимные единицы производства», а отделения как «единицы извлечения доходов», лишает привилегий тех, кто лично предан своей работе [20].

Изменения в общественном сознании отражаются в сдвиге установок к пациентам, к профессиональным обязанностям, к себе как специалисту. В настоящее время существует много исследований, документально подтверждающих широко распространенную неудовлетворенность профессией и чувство сожаления в связи с выбором медицинской карьеры.

Изменения в поведении: врач часто смотрит на часы; усиливается его сопротивление выходу на работу; откладывает встречи с больными; часто опаздывает (поздно приходит и поздно уходит); утрачивает творческие подходы к решению проблем; работает усерднее и дольше, а достижения

становятся меньше; уединяется и избегает коллег; присваивает собственность учреждения; увеличивает употребление меняющих настроение психоактивных веществ (включая кофеин и никотин); утрачивает способность удовлетворять свои потребности в развлечениях и восстановлении здоровья; подвержен несчастным случаям.

Изменения в чувствах: утрата чувства юмора или юмор «висельника»; постоянное чувство неудачи, вины и самообвинения; часто испытывает гнев, чувство обиды и горечи; повышенная раздражительность, проявляемая на работе и дома; ощущение как будто к нему придираются; чувство обескураженности и равнодушия; бессилие; снятие стресса, а не творческая деятельность.

Изменения в мышлении: все более упорные мысли о том, чтобы оставить работу; не способен концентрировать внимание; ригидное мышление, сопротивляющееся изменениям; усиление подозрительности и недоверчивости; циничное, порицающее отношение к больным; негуманное отношение к больным, менталитет жертвы; озабоченность собственными потребностями и личным выживанием.

Изменения в здоровье: нарушенный сон; частые, продолжающиеся длительное время незначительные недуги; повышенная восприимчивость к инфекционным заболеваниям; утомляемость — усталость и истощение на протяжении целого дня; ускорение нарушений психического и соматического здоровья [11].

Известна эмблема медицинской деятельности, предложенная еще в XVII веке голландским врачом Николасом ван Тульпиусом — горящая свеча, и под ней девиз: «Светя другим, сгораю сам». Безусловно, «выгорание» не предполагает смерть или моральное опустошение, но профессиональная деформация личности, проявляющаяся негативными ее изменениями, часто создает трудности в дальнейшей работе врача. Среди причин профессиональной деформации называют социальные факторы и факторы

среды (место работы, психологическая атмосфера в коллективе), а также личностные факторы [58].

Рассмотрим социально-средовые факторы, отрицательно влияющие на личность медицинского работника. Среди них: низкая материально-техническая база, отсутствие медикаментов, нехватка врачей, напряженный график дежурств, непризнание истинных заслуг врача, ограничения его права на свободу выбора (стиля жизни, направления научного исследования), несоответствие нравственно-этических требований к профессии реальной ситуации на рабочем месте (конфликтность или равнодушие в коллективе) и т.п.

Личностные факторы, предрасполагающие к появлению у врача симптомов эмоционального выгорания: завышенный уровень притязаний, идеализм и недостаточная связь с реальностью, неумение критически оценивать неблагоприятные внешние факторы, низкая устойчивость к стрессу.

Симптомы эмоционального выгорания включают: чрезмерную усталость, переутомление, истощение (после активной профессиональной деятельности), психосоматические проблемы (колебания артериального давления, головные боли, заболевания пищеварительной и сердечно-сосудистой систем, неврологические расстройства), бессонницу, негативное отношение к пациентам (после прежнего позитивного), отрицательный настрой к работе (вместо прежнего «это дело на всю жизнь»), стереотипизацию личностной установки, стандартизацию общения, деятельности, принятие готовых форм знания, сужение репертуара рабочих действий, ригидность мыслительных операций, агрессивные тенденции (раздражительность и гнев по отношению к коллегам и пациентам), негативное отношение к себе, тревожное состояние, пессимистический настрой, депрессию, ощущение бессмысленности происходящих событий, чувство вины [57].

Поведение врачей и медсестер, работающих в экстремальных условиях, тяготеет к двум крайностям: дистанцирование и полное слияние.

В первом случае врачом сознательно или бессознательно вырабатываются определенные психотехнические приемы защиты от стресса по типу «дистанцирования»: «К этому невозможно привыкнуть, я просто надеваю маску», «Я отключаюсь, перестаю что-либо чувствовать», «Стараюсь отгородиться», «Действую автоматически, как робот, выключаю все свои чувства». Добавим, что в этих случаях врачи также прибегают к использованию черного юмора.

В итоге, картина предстает следующая: маскообразный облик и роботообразное поведение врача, стена из высоких медицинских технологий, возведенная между медработником и умирающим человеком.

Другая крайность вырисовывается следующим образом. Между врачом и умирающим больным образуется глубокая личностная связь, особенно усиленная в тех случаях, когда больной является ровесником врача, и во многих своих жизненных устремлениях они сходны. Тогда пациент как бы вторгается в жизнь врача, а врач связав, себя многозначными эмоциональными узами с умирающим и стараясь заменить собою всех лечащих врачей, в своей глубокой личностной вовлеченности подчас с трудом отделяет от родственников больного. Вместе с последними он, он по-детски, протестуя, отрицает неотвратимость смерти («Не смей покидать меня!»), после смерти пациента неизбежно испытывает все тягостные переживания «работы горя», не понимая психологической сущности происходящего с ним, и, в силу этого, еще более утрачивая свою профессиональную идентичность [26].

Обе крайности одинаково пагубны с точки зрения их влияния на личность врача. Они вносят свой вклад в профессиональные и личностные деформации, обуславливая так называемый «синдром сгорания (или выгорания) личности» врача.

Выгорание - не эпизод, а конечный результат процесса «сгорания дотла» [59]. Практикующие врачи работают в беспокойной обстановке, требующей устойчивого внимания и напряжения, единственным постоян-

ством которой является ее постоянная изменчивость. Стресс вызывается множеством требований (стрессорами), которые непрерывно суммируются в разных сферах нашей жизнедеятельности.

Главной причиной синдрома выгорания большинство исследователей данной проблемы считает психологическое, душевное переутомление. Особенно быстро и заметно оно наступает при чрезмерной нагрузке у медицинского персонала, который по долгу службы должен «дарить» пациентам тепло своей души. Существует множество факторов, которые способствуют накоплению такого переутомления. Часть из них связана с отношением персонала к своей деятельности и к проблемам пациентов, часть — со способностью организовать свою работу и разграничить ее с личной жизнью, со способностью и умением справляться с эмоциональными стрессами, часть факторов кроется в организации деятельности коллектива в конкретном учреждении, в значении объективной специфики профессиональной ситуации [64]. Если в отделении или учреждении в целом вместо атмосферы повышенной требовательности царит поиск «козла отпущения», отсутствуют теплые доверительные, уважительные отношения среди персонала, риск выгорания возрастает. Есть также объективные предпосылки выгорания, которые отчасти заключаются в специфике того или иного отделения. Так, в блоке интенсивной терапии, в онкологических отделениях при оказании паллиативной помощи больным, находящимся в терминальном состоянии, деятельность медицинского персонала зачастую не ассоциируется с положительным результатом. При всех усилиях персонала высок процент смертельных исходов, кроме того, работа постоянно проходит в условиях напряженности, сверхответственности. К сожалению, очень редко люди получают положительное эмоциональное подкрепление за выполненную работу: смерти пациентов происходят на глазах персонала, что оказывает на него сильное психологическое воздействие. При работе в этих условиях риск выгорания объективно выше, и поэтому особенно

важен позитивный и доверительный настрой всего коллектива, его сработанность.

Риск выгорания повышается, если отсутствуют интересы помимо работы, если работа является убежищем от остальных жизненных проблем и профессиональная деятельность поглощает полностью. Если человек при общении и оказании помощи полностью растворяется в этом, забывая о себе, собственных нуждах и личностных особенностях, то он больше подвержен выгоранию. С другой стороны, наоборот, если он закрыт для искреннего общения и заставляет себя сопереживать из чувства долга (хотя это ему явно в тягость), — риск выгорания также повышается. Не следует искать отвлечения в работе от проблем своей собственной жизни. Такие нерешенные проблемы все равно останутся, и работа не сможет их компенсировать. Существует несколько видов эмоциональных реакций в профессиональной деятельности человека, которые повышают риск выгорания:

- вина перед собой и другими за то, что не успел что-либо сделать для пациента;
- стыд за то, что результат работы не такой, как хотелось бы;
- обида на коллег и пациентов, которые не оценили его усилий;
- страх, что не удастся что-либо сделать, что его работа не дает права на совершение ошибки, и возможности непонимания его действий коллегами и пациентами [63].

Синдром профессионального выгорания — это целый комплекс психологических и физических симптомов, которые имеют существенные индивидуальные различия у каждого конкретного человека. Известны следующие основные признаки профессионального выгорания: физические, связанные с субъективным самочувствием и состоянием здоровья, поведенческие и психологические [16].

Выгорание — очень индивидуальный процесс, поэтому все симптомы не проявляются одновременно и у различных лиц могут проявляться с раз-

ной степенью выраженности. Среди первых симптомов — общее чувство усталости, неприязни к работе, неопределенного чувства беспокойства. Медсестра может приходить на работу рано и уходить поздно, боясь не успеть выполнить свою работу; она может легко впадать в гнев, раздражаться и чувствовать себя разбитой, уделять слишком много внимания деталям; у нее формируется негативный настрой к работе. От эмоциональной перегрузки может нарушаться контроль над собственными чувствами и проявлением их в адекватной форме. Часто развивается подозрительность, которая выражается в убежденности, что сотрудники и пациенты не хотят с ней общаться. Это состояние может быть усилено чувством невовлеченности, особенно если раньше медсестра активно участвовала во всех событиях, затрагивающих жизнь коллектива. Кроме того, любой, кто спрашивает совета, включая сотрудников, вызывает у нее раздражение. Серьезными проявлениями выгорания являются изменения в поведении. Если человек обычно болтлив и несдержан, он может стать тихим и отчужденным. Или наоборот, человек, который обычно молчалив и сдержан, становится очень разговорчивым, с каждым вступает в беседу. Жертва выгорания, становясь жесткой и ригидной в мышлении, начинает неукоснительно следовать всем формальным предписаниям, игнорируя уникальность отдельных пациентов и специфику ситуаций.

Медсестра, подверженная профессиональному выгоранию, может пытаться справиться с ситуацией, избегая коллег и пациентов, отдаляясь от них физически и мысленно. Это проявляется следующим образом: на работе медсестра начинает под разными предлогами уединяться, избегая встреч с коллегами и общения с пациентами. Она входит в палаты только тогда, когда этого требуют экстренные обстоятельства, и относится к пациентам формально, обезличенно, видя в них только недуги, которые привели их в больницу («пиелонефрит из третьей палаты», «стенокардия с койки у окна»). В разговоре с пациентами она использует научные, профессиональные термины, которые увеличивают дистанцию в общении и не

располагают пациентов к доверительной беседе. В конечном счете медсестра перестает видеть в каждом пациенте индивидуальную личность. В то же время, когда кто-либо из старших сотрудников привлекает ее к решению проблем пациентов, она становится чрезмерно вовлеченной и чувствует себя полностью ответственной за них.

Синдром профессионального выгорания в наибольшей степени изменяет эмоциональную сферу человека

Профессиональное выгорание не только ухудшает результаты работы, физическое и эмоциональное самочувствие человека, оно также часто провоцирует семейные конфликты, нарушение взаимоотношений с близкими [9]. После эмоционально насыщенного дня, проведенного с пациентами, медсестра испытывает потребность уйти на некоторое время ото всех, и это желание уединения обычно реализуется за счет семьи и друзей. Нередко по окончании работы она берет рабочие проблемы домой, т. е. не перебивается с роли работника на роль матери, жены, друга. Кроме того, из-за общего душевного переутомления от общения с пациентами, она уже не в состоянии выслушать и принять еще какие-то проблемы своих близких, что, безусловно, вызывает их непонимание, обиду и часто приводит к серьезным конфликтам вплоть до угрозы распада семьи.

Выгорание — длительный динамичный процесс, который проходит несколько стадий, поэтому особенно важно распознать подобные профессиональные проблемы как можно раньше.

Выделяют три основные стадии развития синдрома профессионального выгорания: на первой стадии выгорания человек истощен эмоционально и физически и может жаловаться на головные боли, простуду и общее недомогание. Однако эти симптомы проявляются лишь изредка и непродолжительно. Для второй стадии выгорания характерна следующая картина: у медсестры может развиться отрицательное и обезличенное отношение к людям, с которыми она работает (включая и персонал, и пациентов), или у нее могут возникать негативные мысли относительно себя из-за раздраже-

ния, которое у нее вызывают пациенты. Чтобы избежать этих негативных эмоций, она уходит в себя, выполняет только минимальное количество работы и не хочет ни с кем ссориться; чувство усталости и разбитости наблюдается даже после хорошего сна или выходных. Заключительная, третья стадия (полное выгорание), которая, к счастью, встречается не слишком часто, выливается в полное отвращение ко всему на свете. Медсестра обижена на саму себя и на все человечество. Жизнь кажется ей неуправляемой, она не способна выражать свои эмоции и не способна сосредоточиться.

Необходимо отметить, что профессиональное выгорание касается не только медицинского персонала, проработавшего с людьми значительное количество лет. Молодые специалисты, недавно начавшие свою профессиональную деятельность, также подвержены синдрому выгорания. Их представления о работе и помощи людям зачастую идеализированы, и реальная ситуация оказывается далекой от их ожиданий и представлений. Кроме того, им свойственна завышенная оценка собственных профессиональных и личностных возможностей, что приводит к быстрому истощению и недовольству собственными реальными достижениями [17].

Таким образом, специфика работы людей медицинской профессии отличается тем, что существует большое количество ситуаций с высокой эмоциональной насыщенностью и когнитивной сложностью межличностного общения, а это требует от специалиста значительного личного вклада в установление доверительных отношений и умения управлять эмоциональной напряженностью делового общения.

## **1.2. Психическая саморегуляция как способ профилактики синдрома эмоционального выгорания**

### **1.2.1. Понятие и структура саморегуляции**

Саморегуляция психических состояний личности – сложное системное психологическое образование, представляющее собой сознательный целенаправленный процесс воздействия человека на самого себя, проявляющееся в намеренной регуляции своего состояния [38].

По определению В.И. Моросановой, осознанная саморегуляция произвольной активности человека - это целостная система психических средств, при помощи которой человек способен управлять своей целенаправленной активностью [40]. Осознанную саморегуляцию можно рассматривать как процесс инициации и управления произвольной активностью. Система осознанной саморегуляции служит для субъекта средством реализации этого процесса, организации психических ресурсов для выдвижения и достижения целей.

Системы психической саморегуляции имеют универсальную структуру для разных видов активности человека, и в этой структуре можно выделить основные компоненты, выполняющие различные функции в осознанном произвольном управлении.

Функциональные компоненты системы саморегуляции реализуются одним из частных регуляторных процессов, к которым относятся:

- планирование целей,
- моделирование значимых для достижения цели условий,
- программирование действий,
- оценивание,
- коррекция результатов.

Эти процессы взаимосвязаны между собой, имеют сложную архитектуру и могут осуществляться как последовательно, так и параллельно

Представления о модели саморегуляции были разработаны и экспериментально проверены в работах сотрудников лаборатории психологии саморегуляции Психологического института РАО, сначала применительно к сенсомоторной деятельности человека, а затем успешно применялись и к анализу регуляторных процессов в учебной и различных видах профессиональной деятельности, а также в спорте высших достижений.

Формирование саморегуляции психических состояний осуществляется успешней при задействовании таких психологических механизмов, как рефлексивный (базовый), мотивационный, волевой (производные), эффективность которых возрастает, когда они выступают единой взаимосвязанной системой.

Саморегуляция осуществляется как единый процесс, обеспечивая мобилизацию и интеграцию психологических особенностей человека для достижения целей деятельности и поведения. Процесс саморегуляции способствует выработке гармоничного поведения, на его основе развивается способность управлять собой сообразно реализации поставленной цели, направлять свое поведение в соответствии с требованиями жизни и профессиональными или учебными задачами.

Исследованиями В.И. Моросановой и И.В. Плахотниковой было доказано, что успешность различных видов практической деятельности обеспечивается сформированностью целостной системы саморегуляции, а любой структурно-функциональный дефект (недостаточная реализация какого-либо функционального компонента саморегуляции, неразвитость межфункциональных связей) процесса регуляции существенно ограничивает эффективность выполнения самых разных видов деятельности [44].

Можно выстроить целую иерархию самопроцессов, начиная ее с авторегуляции, т. е. произвольной саморегуляции в системе жизнеобеспечения организма животных и человека, затем надстроить более сложные процессы произвольной регуляции и психического самоуправления, а на самом высоком уровне поместить взаимоуправление по ходу совместной

деятельности и общения — как самый сложный процесс психического управления и регуляции, в котором участвуют не менее двух человек — субъектов самоуправления и саморегуляции. На каждом из уровней появляются новые качества, которых не было на предыдущих, что и дает право говорить об их специфичности и относительной самостоятельности, а вместе с тем и об их целостности.

Линдеман Х. отмечает, что развитие способности саморегулирования проходит две стадии. На первой стадии происходит формирование горизонтальной ее структуры. Прежде чем начнет складываться система саморегуляции, должна возникнуть потребность в ней. Такая нужда действительно возникает, когда привычные, ранее сложившиеся способы и средства общения, поведения, деятельности не «срабатывают», не приводят к успеху. У человека появляется чувство неудовлетворенности своими поступками и действиями, недовольства собой. Человек начинает действовать методом проб и ошибок, перебирает известные и неизвестные подходы, приемы. Когда и они не приводят к успеху, то возникает необходимость перейти к рациональному анализу сложившегося положения, к анализу ситуации, к выработке цели и к целенаправленному изменению (самоуправлению) его. С этого момента и начинается собственно формирование системы самоуправления, включающей в себя восемь последовательно развивающихся этапов анализ противоречий, прогнозирование, целеполагание, формирование критериев, оценки качества, принятия решения к действию, контроль, коррекции [34].

Пейсахов Н.М. цикл самоуправления рассматривает следующим образом.

1. Анализ противоречий или ориентировка в ситуации — человек формирует субъективную модель ситуации, отвечая на вопросы, которые ставит сам себе, почему сейчас не получается так, как это было раньше? Что изменилось по сравнению с прошлым? Что происходит со мной? В

чем причина моих неудач (во мне, в других, в сложившихся обстоятельствах)? Что происходит вокруг меня? Каково реальное положение вещей?

2. Прогнозирование — человек формирует модель прогноз, которая основана на анализе прошлого и настоящего, на анализе противоречий между прошлым и настоящим Прогноз — это попытка заглянуть в будущее, Предсказать ход событий или желаемые действия Человек пытается получить ответы на вопросы: можно ли что то изменить? Что может измениться, если я вмешаюсь и буду как-то действовать? Что будет, если я не вмешаюсь в ход событий?

3. Целеполагание — человек формирует субъективную модель желаемого или должного. В основе целеполагания лежит прогноз. Это переход от предположения о принципиальной возможности произвести изменения к предположению о вероятных результатах Люди стремятся получить ответы на такие вопросы, какими должны быть результаты? В каком направлении нужно изменять себя, свое общение, поведение или деятельность? Что конкретно можно изменить, ситуацию или самого себя?

Целеполагание — это процесс создания системы целей, соотнесения их между собой и выбора предпочтительных. При выборе целей их сравнивают по длительности (стратегические цели рассчитаны на всю жизнь, на их основе выдвигают тактические цели, осуществление которых требует 5—7 лет, а они, в свою очередь, определяют оперативные цели, реализация которых требует дней, месяцев). С точки зрения субъективной привлекательности оцениваются вероятность достижения цели, усилия, необходимые для ее достижения.

4. Планирование — человек формирует модель средств достижения цели и последовательности их применения. В соответствии с целями планы могут быть стратегически ми, тактическими, оперативными Человек ищет ответы на такие вопросы какие средства нужны для достижения цели? В какой последовательности их следует применять?

5. Критерии оценки качества — человек должен решить вопросы, какими должны быть показатели, позволяющие оценить успехи в реализации плана? Как оценить, что сделанное было необходимым? Как оценить, что мои поступки и действия достаточны? Систему оценок желательно заготовить до начала практических действий и поступков, а по ходу действия их лучше корректировать. Поспешная выработка критериев может привести к тому, что они окажутся недостаточно обоснованными или просто ошибочными, а это может привести к совершенно иным результатам, чем было первоначально задумано.

6. Принятие решения — это переход от плана к действиям, это самоприказ начать действовать! Но для этого человеку предстоит ответить на совсем не простые вопросы, все ли я предусмотрел? Есть ли у меня еще время? Начинать действовать или еще нужно подождать немного?

Человек стремится найти оптимальное решение, которое предполагает сочетание смелости и осмотрительности. Не стоит поступать «сломя голову», «лезть в воду, не зная броду», но и нельзя слишком оттягивать исполнение задуманного. Упущенное время может быть потеряно безвозвратно. Когда человек наконец решился на активные действия, то оказалось, что к этому моменту все изменилось настолько значительно, что любое, даже очень хорошо подготовленное, действие теряет всякий смысл.

7. Самоконтроль — сбор информации о том, как идет выполнение плана в реальном общении, поведении, деятельности. Человек отвечает себе на вопросы, как идет дело? Есть ли движение к цели? Нет ли ошибок в моих поступках?

8. Коррекция — изменения реальных действий, поведения, общения, переживаний, а также самой системы самоуправления. Человек ищет ответ на вопрос - как быть дальше? Ответ на этот вопрос зависит от результатов самоконтроля. Если идет как задумано, то человек может продолжать действовать так же, повторить еще и еще раз, чтобы убедиться в эффективности найденной системы самоуправления. Фактически — это переход к са-

морегуляции, закрепление того нового, что было найдено в процессе самоуправления. Если самоконтроль показывает, что имеется разрыв между желаемым и действительным, что есть ошибки в поведении и деятельности, то возникают новые вопросы что нужно изменить в своих поступках и действиях? Когда нужно произвести изменения, немедленно или через некоторое время? Есть ли время на обдумывание? Что конкретно нужно пересмотреть в процессе самоуправления, чтобы получить желаемый результат?

После этого начинается новый цикл самоуправления, новый анализ ситуации, прогнозирование, целеполагание и т. д. Эти циклы повторяются до тех пор, пока не исчезнет потребность в совершенствовании отдельных звеньев, этапов процесса самоуправления, пока не произойдет переход к саморегуляции, т. е. к привычным поступкам и действиям, совершаемым на основе найденных целей, планов, критериев оценки качества.

### **1.2.2. Общие подходы к нейтрализации синдрома эмоционального выгорания**

Существует много методов коррекции психоэмоционального стресса, и задача состоит в том, чтобы выбрать те из них, которые отвечали бы, с одной стороны, индивидуальным особенностям конкретной личности, а с другой — реальным условиям, существующим в данном месте и в данное время. В монографии «Индивидуальная устойчивость к эмоциональному стрессу» К. В. Судаков, перечисляя важнейшие пути антистрессорных мероприятий, указывает на следующие способы:

- аутогенную тренировку;
- различные методы релаксации;
- системы биологической обратной связи;
- дыхательную гимнастику;
- включение в жизнь человека положительных эмоций;

- музыку;
- физические упражнения;
- психотерапию;
- физиотерапевтические мероприятия (массаж, сауна, электросон);
- иглоукалывание и др. [56]

При этом отмечается, что выбор какого-то метода коррекции стресса должен определяться той системой организма, показатели которой наиболее сильно отклоняются от нормальных значений. Особо подчеркивается, что речь должна идти не о «среднестатистической норме», а о нормальных именно для данного индивидуума жизненных показателях.

Кроме того, для коррекции стресса необходимо помимо специфических мер психологического воздействия использовать и общеукрепляющие методы. Например, профилактика нарушений сердечно-сосудистой системы, вызванных экзаменационным стрессом, должна быть комплексной, включающей в себя уменьшение гиподинамии, мероприятия по оптимизации режима дня, чередование напряжения нервной системы с отдыхом, систематическое пребывание на свежем воздухе и правильное питание.

Среди различных способов снятия стресса можно выделить как последние научные разработки психологов, так и традиционные народные средства, проверенные временем: общение с природой, музыку, алкоголь, сон, домашних животных, общение с друзьями, экстремальные физические нагрузки, секс, хобби, парную баню, просмотр хорошего видеофильма, чтение книги, занятие спортом и т. д.

Помимо этих, «житейских», приемов, можно назвать и методы, которые можно назвать «психологическими»:

- загрузить себя работой так, чтобы не хватило времени и сил на переживания;
- изменить отношение к ситуации;
- вспомнить о тех людях, которым еще хуже;

- излить душу другу или подруге;
- отнестись к ситуации с юмором;
- выслушать совет компетентного человека и т. д. [30]

Данный пример показывает, что множество людей обладают знаниями о методах уменьшения стресса, но тем не менее испытывают стрессы в своей жизни. Такая ситуация связана с тем, что в большинстве случаев антистрессорные методы применяются спонтанно и не всегда обоснованно, а в результате — с низкой эффективностью.

Американский психолог Джозеф Вольпе в свою очередь полагает, что существуют только три, занятия несовместимых с напряжением: это секс, еда и упражнения на релаксацию. Таким образом, перед практическими психологами стоит задача дифференциации антистрессорных методов, а также оптимального подбора тех методов, которые в максимальной степени соответствуют характеру стресса и индивидуальным особенностям человека [12].

### **1.2.3 Взаимосвязь особенностей синдрома эмоционального выгорания и саморегуляции у медицинских работников**

Существуют рекомендации по профилактике начального синдрома профессионального выгорания, которым легко может следовать каждый индивидуально. Ниже предлагается несколько таких рекомендаций.

1. В рамках профессиональной деятельности подбирайте работу, соответствующую вашим склонностям и возможностям. Это позволит вам поверить в свои силы и испытать радость от хорошо исполняемой работы.

2. Повышение квалификации и уровня профессиональной компетентности является мощным фактором профилактики синдрома выгорания.

3. Следует периодически изменять свой режим работы. Если вы обнаруживаете у себя признаки эмоционального истощения, режим работы должен быть изменен как можно скорее, а время пребывания на работе со-

крашено до разумных пределов, не угрожающих здоровью и психологическому комфорту.

4. В случаях, когда у вас возникает желание сделать чью-то работу, следует оценить, насколько ваша помощь является необходимой и какие последствия могут быть, если вы не выполните ее.

5. Необходим регулярный достаточный, полноценный отдых со сменной обстановки и особенно с активными видами отдыха. Не следует забывать о том, что отдых и личная жизнь — необходимая составляющая успешной и длительной работы.

6. Не переносите ваше рабочее напряжение и проблемы на взаимоотношения с близкими, но и не позволяйте домашним проблемам влиять на качество вашего общения с пациентами.

7. Старайтесь отключаться от мыслей о работе, уходя домой. Этому может способствовать прогулка пешком, встреча с кем-либо из друзей, посещение магазина и т.д.

8. Не следует думать, что можно жить жизнью других людей. Необходимо жить вместе с ними, помогая и принимая помощь.

9. Благоприятное влияние оказывает посещение выставок, театров, концертных залов. Следует регулярно заниматься любимым делом, увлечением, отводя для него специальное время. При этом особенно благоприятно на эмоциональное состояние действует выращивание цветов, общение с домашними животными и т.д.

Для профилактики развития профессионального выгорания полезно использовать методы прогрессирующей мышечной релаксации и приемы аутогенной тренировки. Приемы аутогенной тренировки являются прекрасным средством преодоления стрессов, нервных напряжений и укрепления здоровья [13]. Обучение этим приемам желательно проводить под руководством специалиста в кабинете психологической разгрузки.

Эмоциональное выгорание — это клиническое и социально-психологическое выражение психического стресса, особенности которого

обусловлены спецификой коммуникативной деятельности специалиста. В этой связи профилактические, лечебные и реабилитационные мероприятия для лиц, занятых такого рода деятельностью, должны быть направлены на снятие стрессогенных факторов. Необходимо снизить рабочее напряжение, повысить профессиональную мотивацию, выровнять баланс между затрачиваемыми усилиями и получаемым вознаграждением, при появлении и развитии признаков эмоционального выгорания представляется необходимым обратить внимание на улучшение условий труда, характер складывающихся отношений в коллективе, личностные реакции и заболеваемость [6]. Реализация указанных мероприятий, по-видимому, может осуществляться руководителями учреждений с привлечением психологов и психотерапевтов.

Профилактика стресса у своих сотрудников должна занять важное место в деятельности руководителя любого ранга.

Если не можешь изменить ситуацию, — есть смысл изменить свое отношение к ней.

Важно самому научиться определять у себя первые признаки профессиональной деформации, пока еще скрытые от окружающих, и своевременно принимать необходимые меры.

Общепризнанным на сегодняшний день способом решения этих проблем являются так называемые балинтовские группы.

Программа групповых занятий нацелена на улучшение профессиональных качеств медработников путем привлечения внимания к психологическим аспектам работы с больными, к отношениям в диаде «врач — больной».

Начавшись с семинаров для врачей общего профиля, балинтовские группы вскоре распространились на другие категории медицинских работников, охватив медицинских сестер. Балинтовская группа собирается 1—2 раза в месяц для проведения работы в течение 1—2 часов. В хорошо тренированной группе возникает особый микроклимат взаимного уважения,

снижаются тормозные пороги, на обсуждение выносятся сложные коммуникативные проблемы. В атмосфере коллегиальности хорошо удается проанализировать психодинамику профессиональных отношений, отражения и свободных ассоциаций.

Медицинский персонал нуждается в помощи, ему необходимо научиться адаптироваться к ситуации, справляться с эмоциональным напряжением, страхом боли и смерти.

Группы психологической поддержки, отдых, переключение на другие виды деятельности и другие приемы очень важно использовать сегодня для поддержания здоровья самих медиков, качества их жизни, удовлетворенности своим трудом.

Таким образом, чтобы избежать синдрома эмоционального выгорания, необходимо, во-первых, стараться рассчитывать и обдуманно распределять свои нагрузки; во-вторых, учиться переключаться с одного вида деятельности на другой; проще относиться к конфликтам на работе и, как ни странно это звучит, не пытаться всегда и во всем быть лучшими. Помните, что работа — всегда лишь часть жизни.

## **Выводы**

На основании теоретического анализа особенностей синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников и его взаимосвязи с характеристиками саморегуляции можно сделать следующие выводы:

1. Эмоциональное выгорание представляет собой приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального, поведения в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетики) в ответ на избранные психотравмирующие воздействия, предполагающий моральное опустошение и профессиональную деформацию личности медицинского работника, проявляющуюся негативными ее изменениями в поведении, мышлении, чувствах и здоровье.

2. По роду своей деятельности медицинские работники подвергаются воздействию различных неблагоприятных факторов рабочей среды и самого трудового процесса (ответственность за жизнь и здоровье других людей, повышенные требования к профессиональной компетенции, самоотдаче, большое количество контактов с больными людьми, их родственниками, с негативными эмоциями и др.).

3. Саморегуляция психических состояний личности – сложное системное психологическое образование, представляющее собой сознательный целенаправленный процесс воздействия человека на самого себя, проявляющееся в намеренной регуляции своего состояния. Функциональными компонентами системы саморегуляции являются: планирование целей, моделирование значимых для достижения цели условий, программирование действий, оценивание, коррекция результатов.

4. Постоянное профессиональное совершенствование, творческий, личностный и интеллектуальный рост врача или другого медицинского работника способствуют предупреждению симптомов эмоционального выгорания. Эффективная саморегуляция может выступать одним из способов профилактики синдрома эмоционального выгорания.

## **Глава II. Эмпирическое исследование взаимосвязи синдрома эмоционального выгорания и особенностей саморегуляции у медсестер**

### **2.1. Характеристика выборки**

Экспериментальное исследование эмоционального выгорания и особенностей саморегуляции у медицинских сестер проводилось на базе Самарской Областной Клинической больницы им. М.И. Калинина.

В исследовании принимали участие 60 медицинских сестер, из них 30 человек работают в терапевтических отделениях: пульмонологии, кардиологии, эндокринологии, гастроэнтерологии, нефрологии; а 30 – в хирургических отделениях: интенсивной терапии и реанимации, абдоминальной хирургии, торакальной хирургии, нейрохирургии, челюстно-лицевой хирургии. Стаж работы испытуемых в сфере здравоохранения от 8 до 15 лет, их возраст – от 27 до 38 лет. Исследование проводилось с 15 апреля по 20 августа 2007 г.

В ходе беседы было выявлено, что вредные привычки как способ снятия напряжения отмечаются у 43% медсестер терапевтического отделения и у 67% медсестер хирургического отделения, из них 30% прибегают к алкоголю.

Многие медсестры (63%) в ходе беседы отметили у себя такие симптомы, как потеря интереса к профессиональной деятельности, высокий уровень нервно-эмоционального напряжения и др.

Семейное положение испытуемых: замужем – 38 человек; разведенных – 12; не замужем – 10. У 46 испытуемых имеются дети.

## 2.2. Описание методик исследования

### 2.2.1. Методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко

Текст опросника представлен в приложении 1. Предложенная методика дает подробную картину синдрома «эмоционального выгорания». Прежде всего надо обратить внимание на отдельно взятые симптомы. Показатель выраженности каждого симптома колеблется в пределах от 0 до 30 баллов: 9 и менее баллов — не сложившийся симптом, 10-15 баллов — складывающийся симптом, 16 и более — сложившийся.

Симптомы с показателями 20 и более баллов относятся к доминирующим в фазе или во всем синдроме «эмоционального выгорания».

Методика позволяет увидеть ведущие симптомы «выгорания». Существенно важно отметить, к какой фазе формирования стресса относятся доминирующие симптомы и в какой фазе их наибольшее число.

Дальнейший шаг в интерпретации результатов опроса — осмысление показателей фаз развития стресса — «напряжение», «резистенция» и «истощение». В каждой из них оценка возможна в пределах от 0 до 120 баллов. Однако сопоставление баллов, полученных для фаз, не правомерно, ибо не свидетельствует об их относительной роли или вкладе в синдром. Дело в том, что измеряемые в них явления существенно разные — реакция на внешние и внутренние факторы, приемы психологической защиты, состояние нервной системы. По количественным показателям правомерно судить только о том, насколько каждая фаза сформировалась, какая фаза сформировалась в большей или меньшей степени:

36 и менее баллов — фаза не сформировалась;

37-60 баллов — фаза в стадии формирования;

61 и более баллов — сформировавшаяся фаза.

Оперируя смысловым содержанием и количественными показателями, подсчитанными для разных фаз формирования синдрома «выгорания»,

можно дать достаточно объемную характеристику личности и, что не менее важно, наметить индивидуальные меры профилактики и психокоррекции.

### 2.2.2. Тест «Способность самоуправления»

Методика «Способность самоуправления» разработана в лаборатории психологических проблем высшей школы Казанского университета под руководством Н. М. Пейсахова.

Текст опросника представлен в приложении 2.

Предлагаемая анкета дает возможность узнать о способностях владеть собой в различных ситуациях. В анкете приведены две группы утверждений:

I. Утверждения, требующие обращения к опыту, например, п. 5. Если вы действительно часто оцениваете свои действия и поступки, стараетесь найти ответ на поставленный вопрос, то смело отвечайте «да», а если вы это делаете редко, то отвечайте «нет».

II. Утверждения, характеризующие ваши отношения к общепринятому мнению, например, п. 28. Если вы согласны с мнением, то отвечайте «да», а если не согласны, то отвечайте «нет». Ответ «да» обозначен «+», ответ «нет» обозначен «-».

Способность самоуправления оценивается по данной методике на основе обработки результатов анкеты.

Подсчитать количество ответов «да» и «нет» в первой строке (см. контрольную карточку), найти сумму; затем — количество ответов «да» и «нет» во второй строке, найти сумму и т. д.

Определить общую способность к самоуправлению:

$$\sum_{i \in \Omega} = \sum_1 + \sum_2 + \sum_3 + \sum_4 + \sum_5 + \sum_6 + \sum_7 + \sum_8 ,$$

а затем  $\sum_{iii}$  . сравнить с психодиагностической шкалой, учитывая свою половую принадлежность.

Если результаты анкетирования лежат в правой части шкалы, то в целом система самоуправления у данного человека имеется, однако в этом случае существует опасность того, что данный человек слишком расчетлив и рационален, что ему не хватает эмоций. Об этом стоит подумать, следует понаблюдать за собой, проанализировать свои поступки и действия с точки зрения уравнивания рационального и эмоционального.

Если результаты анкетирования легли в зоне низких оценок, то у данного человека еще нет целостной системы самоуправления, а сформированы лишь отдельные звенья. Скорей всего такой человек сильно переживает свои неудачи, но дальше этого не идет. У него эмоциональная оценка преобладает над рациональным анализом, т. е. полноценный цикл самоуправления в этом случае даже не начинается, а поэтому и не формируется.

Чтобы лучше узнать о сформированности отдельных этапов системы управления, сравните свои результаты  $\sum_i$  с цифрами, приведенными в шкале и определите степень развития каждого из восьми звеньев процесса самоуправления. Все они оцениваются по одной шкале от 0 до 6 баллов. Посмотрите, какие из этих восьми звеньев развиты хорошо, а какие слабо. Подумайте над этим и решите, что нужно делать дальше, как развить у себя способность прогнозировать, планировать, контролировать и т. д. До сих пор речь шла о первой стадии развития системы самоуправления, о ее горизонтальной структуре.

Создание вертикальной организации системы самоуправления является целью второй стадии развития. Человек должен научиться сознательно и целенаправленно изменять всю иерархию форм своей активности общение, поведение, деятельность, переживания. Это можно осуществлять последовательно, начиная с нижнего этажа, — с чувств и эмоций. Возможны и другие пути, например можно начинать совершенствование способности

управлять собой с того, что лучше получается, к чему есть устойчивый интерес.

### 2.3 Анализ результатов исследования

Данные, полученные в ходе эмпирического исследования эмоционального выгорания и саморегуляции медсестер представлены в приложениях 4 и 5.

1. Учитывая влияние особенностей деятельности на проявления синдрома эмоционального выгорания, мы сочли корректным рассмотреть отдельно проявления синдрома эмоционального выгорания у медсестер терапевтического и хирургического отделения.

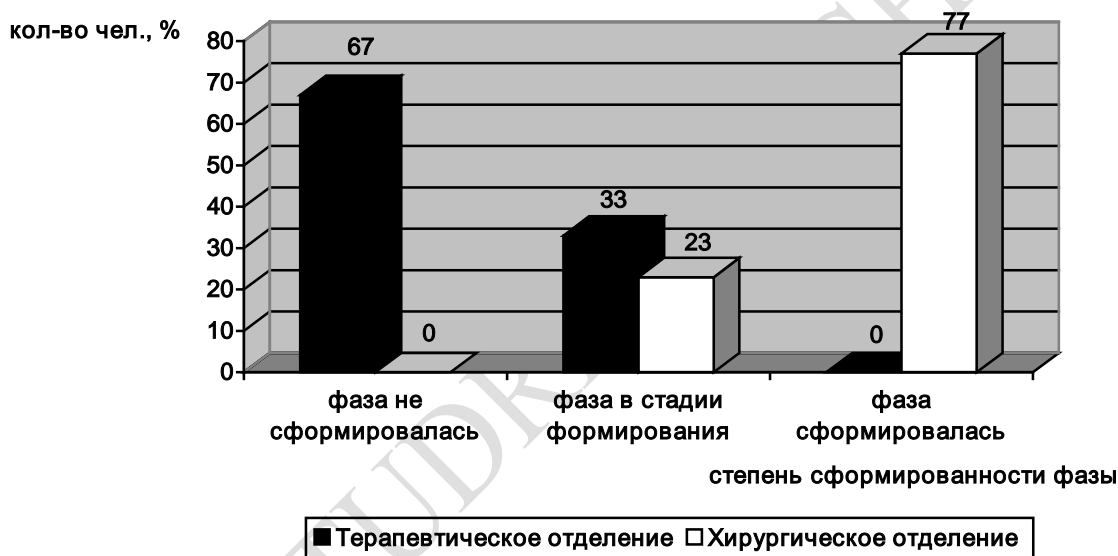
В ходе проведенного исследования феномена эмоционального выгорания по методике В.В. Бойко у медицинских работников были получены следующие результаты (см. таблицу 1).

**Таблица 1 – Результаты исследования эмоционального выгорания в фазе напряжения у медсестер терапевтического и хирургического отделения**

Фаза / Симптомы	Терапевтическое отделение		Хирургическое отделение	
	человек	%	человек	%
I. Напряжение:				
фаза не сформировалась	20	67	0	0
фаза в стадии формирования	10	33	7	23
сформировавшаяся фаза	0	0	23	77
1. Переживание психотравмирующих обстоятельств:				
не сложившийся симптом	19	63	0	0
складывающийся симптом	0	0	2	7
сложившийся симптом	11	13	28	93
2. Неудовлетворенность собой:				
не сложившийся симптом	28	93	5	17
складывающийся симптом	2	7	17	56
сложившийся симптом	0	0	8	27
3. Загнанность в клетку:				
не сложившийся симптом	15	50	2	7

Фаза / Симптомы	Терапевтическое отделение		Хирургическое отделение	
	человек	%	человек	%
складывающийся симптом	6	20	7	23
сложившийся симптом	9	30	21	70
4. Тревога и депрессия:				
не сложившийся симптом	30	100	0	0
складывающийся симптом	0	0	12	40
сложившийся симптом	0	0	18	60

На рисунке 1 приведены данные о степени сформированности фазы напряжения у медсестер терапевтического и хирургического отделения.

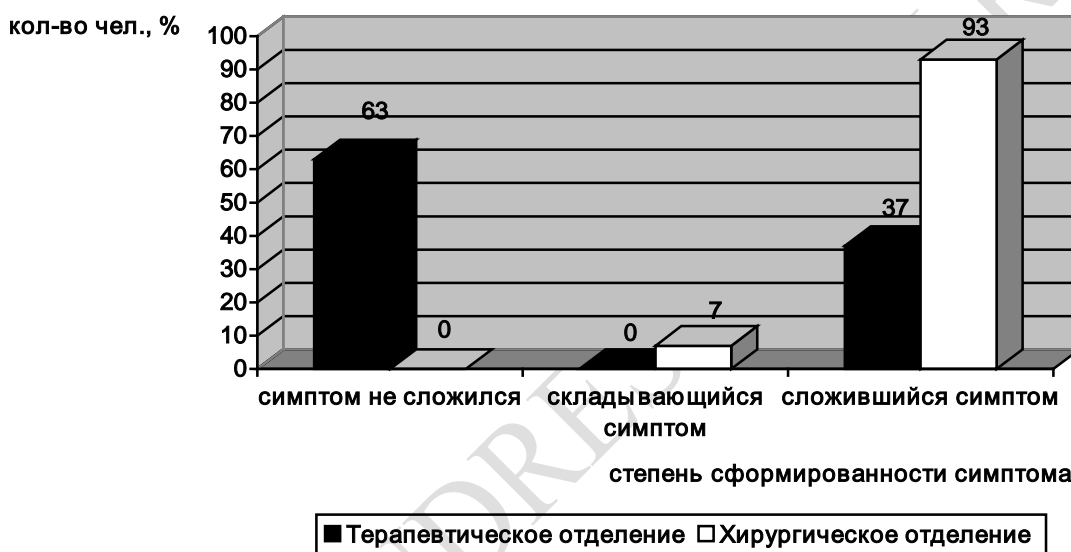


**Рисунок 1 – Степень сформированности фазы напряжения у медсестер терапевтического и хирургического отделения (в %)**

Фаза напряжения – начальная стадия эмоционального выгорания. Фаза напряжения находится в стадии формирования у 33% медсестер терапевтического и 23% медсестер хирургического отделения. Эта фаза сформировалась у 77% медсестер хирургического отделения. По критерию Манна-Уитни (см. приложение 7) эти различия можно считать статистически значимыми ( $p \leq 0,01$ ). Таким образом, степень выраженности эмоционального выгорания в фазе напряжения на 67% выше у сотрудников хирургического отделения.

Средний показатель сформированности фазы напряжения у медсестер терапевтического отделения равен 30 баллов, а у медсестер хирургического отделения 75 баллов, что свидетельствует о более высокой степени сформированности у них фазы напряжения.

На рисунке 2 представлены данные о степени сформированности симптома переживания психотравмирующих обстоятельств у медсестер терапевтического и хирургического отделения.



**Рисунок 2 – Степень сформированности симптома переживания психотравмирующих обстоятельств у медсестер терапевтического и хирургического отделения (в %)**

Переживания психотравмирующих обстоятельств проявляется усиливающимся осознанием психотравмирующих факторов профессиональной деятельности. Этот симптом сложился у 37% медсестер терапевтического и 93% хирургического отделения. Результаты исследования по критерию Манна-Уитни свидетельствуют о том, что эти различия имеют статистически значимое значение ( $p \leq 0,01$ ). Таким образом, выраженность эмоционального выгорания на стадии симптома переживания психотравмирующих обстоятельств у медсестер хирургического отделения выше, чем у медсестер терапевтического отделения на 56%.

Средний показатель сформированности симптома переживания психотравмирующих обстоятельств у медсестер терапевтического отделения равен 10 баллов, а у медсестер хирургического отделения 23 балла, что свидетельствует о более высокой степени сформированности у них данного симптома.

На рисунке 3 представлены данные о степени сформированности симптома неудовлетворенности собой у медсестер терапевтического и хирургического отделения.

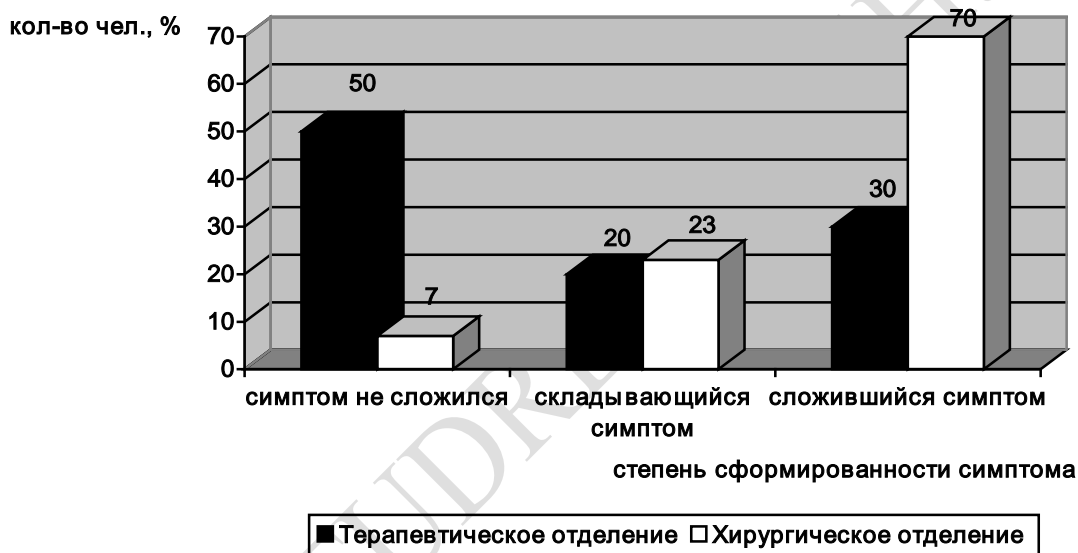


**Рисунок 3 – Степень сформированности симптома неудовлетворенности собой у медсестер терапевтического и хирургического отделения (в %)**

Неудовлетворенность собой проявляется в чувстве недовольства собой, избранной профессией, занимаемой должностью. Неудовлетворенность собой развивается при невозможности конструктивно разрешить ситуацию. По результатам исследования у 27% медсестер хирургического отделения наблюдался сложившийся симптом неудовлетворенности собой, у 56% из них находится в стадии формирования, а среди большинства медсестер терапевтического отделения (93%) этот симптом еще не сложился. Различия по критерию Манна-Уитни являются значимыми ( $p \leq 0,01$ ). Сред-

ний показатель сформированности симптома неудовлетворенности собой у медсестер терапевтического отделения равен 5 баллов, а у медсестер хирургического отделения 13 баллов. Таким образом, выраженность эмоционального выгорания по симптому неудовлетворенности собой выше у медсестер хирургического отделения.

На рисунке 4 представлены данные о степени сформированности симптома «загнанности в клетку» у медсестер терапевтического и хирургического отделения.

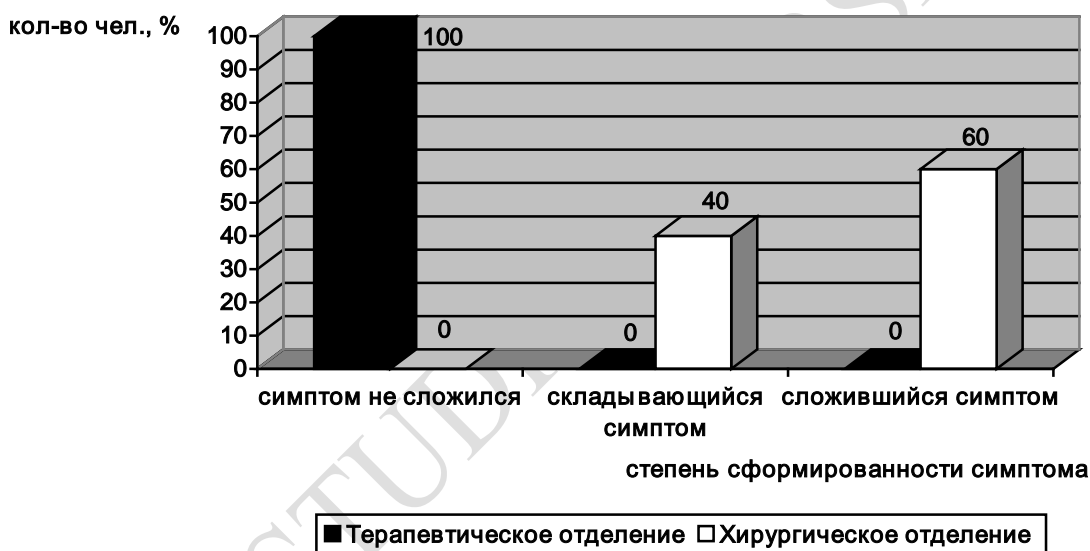


**Рисунок 4 – Степень сформированности симптома «загнанности в клетку» у медсестер терапевтического и хирургического отделения (в %)**

«Загнанность в клетку» проявляется в чувстве безысходности, остро переживается когда психотравмирующие обстоятельства очень давят и устранить из невозможно. Это состояние интеллектуально-эмоционального затора, тупика. Этот симптом развивается при тщетных попытках устранить нажим психотравмирующих обстоятельств. Сложившийся симптом «загнанности в клетку» обнаружен у 20% медсестер терапевтического и у 70% медсестер хирургического отделения. Эти различия являются статистически значимыми ( $p \leq 0,01$ ). Таким образом, выражен-

ность эмоционального выгорания по симптому загнанности в клетку у сотрудников хирургического отделения на 40% выше, чем у медработников терапевтического отделения. Средний показатель сформированности симптома «загнанности в клетку» подтверждает это - у медсестер терапевтического отделения он равен 10 баллов, а у медсестер хирургического отделения 19 баллов.

На рисунке 5 представлены данные о степени сформированности симптома тревоги и депрессии у медсестер терапевтического и хирургического отделения.



**Рисунок 5 – Степень сформированности симптома тревоги и депрессии у медсестер терапевтического и хирургического отделения (в %)**

Симптом тревоги и депрессии обнаруживается в тревожно-депрессивной симптоматике, касающейся профессиональной деятельности в особо осложненных обстоятельствах. Чувство неудовлетворенности деятельностью и собой порождает мощные энергетические напряжения в форме переживания ситуативной или личностной тревоги. Сложившийся симптом тревоги и депрессии обнаружен у 60% медсестер хирургического отделения. У 100% медсестер терапевтического отделения симптом не

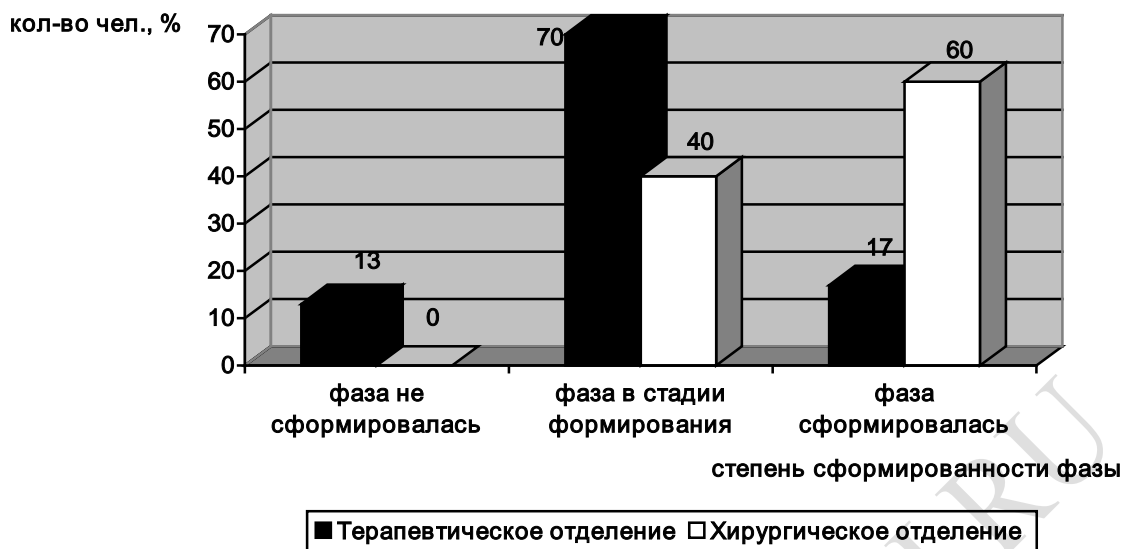
сложился. Эти различия являются статистически значимыми ( $p \leq 0,01$ ). Таким образом, выраженность эмоционального выгорания по симптому тревоги и депрессии у сотрудников хирургического отделения на 100% выше, чем у медработников.

Средний показатель сформированности симптома тревоги и депрессии у медсестер терапевтического отделения равен 4 балла, а у медсестер хирургического отделения 19 баллов.

**Таблица 2 – Результаты исследования эмоционального выгорания в фазе резистенции у медсестер терапевтического и хирургического отделения**

Фаза / Симптомы	Терапевтическое отделение		Хирургическое отделение	
	человек	%	человек	%
II. Резистенция:				
фаза не сформировалась	4	13	0	0
фаза в стадии формирования	21	70	12	40
сформировавшаяся фаза	5	17	18	60
1. Неадекватное эмоциональное реагирование:				
не сложившийся симптом	2	7	0	0
складывающийся симптом	12	40	8	27
сложившийся симптом	16	53	22	73
2. Эмоционально-нравственная дезориентация:				
не сложившийся симптом	14	47	15	50
складывающийся симптом	6	20	4	13
сложившийся симптом	10	33	11	37
3. Расширение сферы экономики эмоций:				
не сложившийся симптом	20	67	15	50
складывающийся симптом	10	33	11	37
сложившийся симптом	0	0	4	13
4. Редукция профессиональных обязанностей:				
не сложившийся симптом	13	43	0	0
складывающийся симптом	9	30	4	13
сложившийся симптом	8	27	26	87

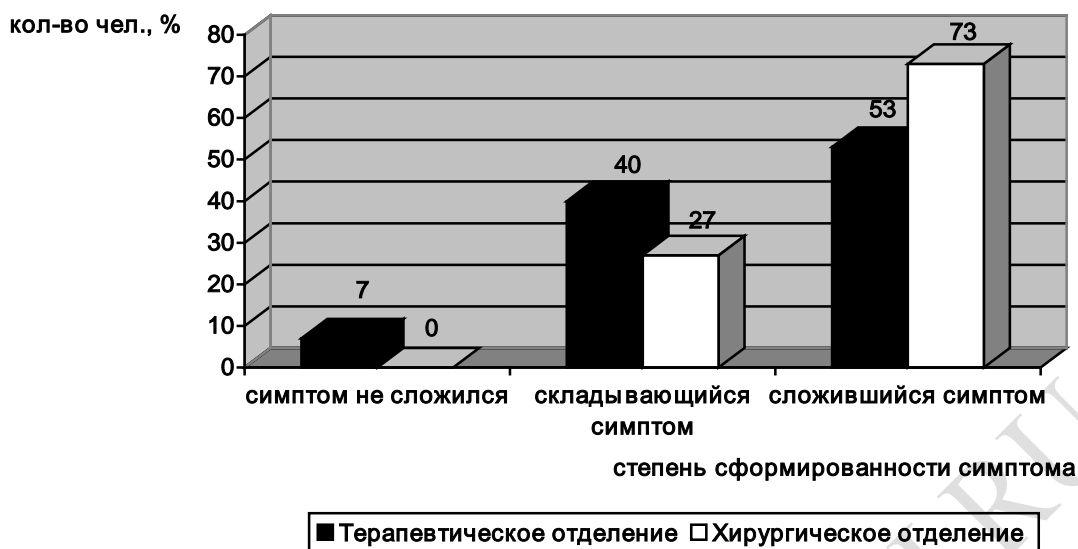
На рисунке 6 представлены данные о степени сформированности фазы резистенции у медсестер терапевтического и хирургического отделения.



**Рисунок 6 - Степень сформированности фазы резистенции у медсестер терапевтического и хирургического отделения (в %)**

Фаза резистенции – сопротивление нарастающему стрессу. Фаза резистенции сформировалась у 17% медсестер терапевтического и 60% медсестер хирургического отделения. Фаза в стадии формирования у 70% медсестер терапевтического и 40% медсестер хирургического отделения. Средний показатель сформированности фазы резистенции у медсестер терапевтического отделения равен 49 баллов, а у медсестер хирургического отделения 60 баллов. По критерию Манна-Уитни эти различия можно считать статистически значимыми ( $p \leq 0,01$ ). Таким образом, степень выраженности эмоционального выгорания в фазе резистенции на 43% выше у сотрудников хирургического отделения.

На рисунке 7 представлены данные о степени сформированности симптома неадекватного эмоционального реагирования у медсестер терапевтического и хирургического отделения.

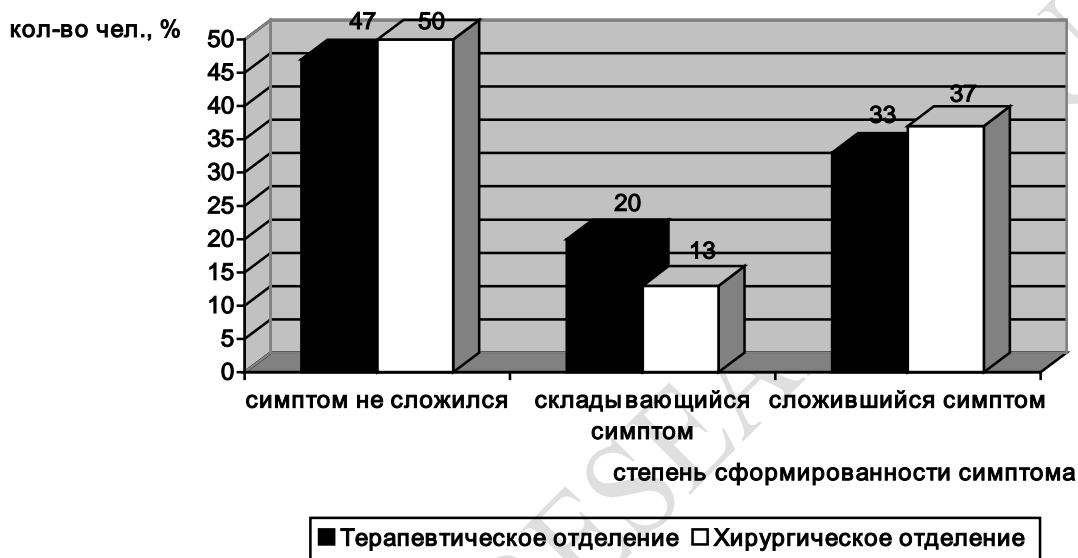


**Рисунок 7 – Степень сформированности симптома неадекватного эмоционального реагирования у медсестер терапевтического и хирургического отделения (в %)**

Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование наблюдается в случаях, когда профессионал перестает улавливать разницу между двумя принципиально отличающимися явлениями: экономичным проявлением эмоций и неадекватным избирательным эмоциональным реагированием. То есть профессионал неадекватно «экономит» на эмоциях, ограничивает эмоциональную отдачу за счет выборочного реагирования на ситуации субъектов деятельности; эмоциональный контакт устанавливается не со всеми субъектами, а по принципу «хочу — не хочу» — неадекватным или избирательным образом. Сложившийся симптом неадекватного эмоционального реагирования обнаружен у 53% медсестер терапевтического и у 73% медсестер хирургического отделения. Средний показатель сформированности симптома неадекватного эмоционального реагирования у медсестер терапевтического отделения равен 18 баллов, а у медсестер хирургического отделения 20 баллов. Эти различия не являются статистически значимыми ( $p=0,462$ ). Таким образом, выраженность эмоционального выгорания по симптому неадекватного эмоционального реагирования у со-

трудников хирургического отделения на 20% выше, чем у сотрудников хирургического отделения.

На рисунке 8 представлены данные о степени сформированности симптома эмоционально-нравственной дезориентации у медсестер терапевтического и хирургического отделения.

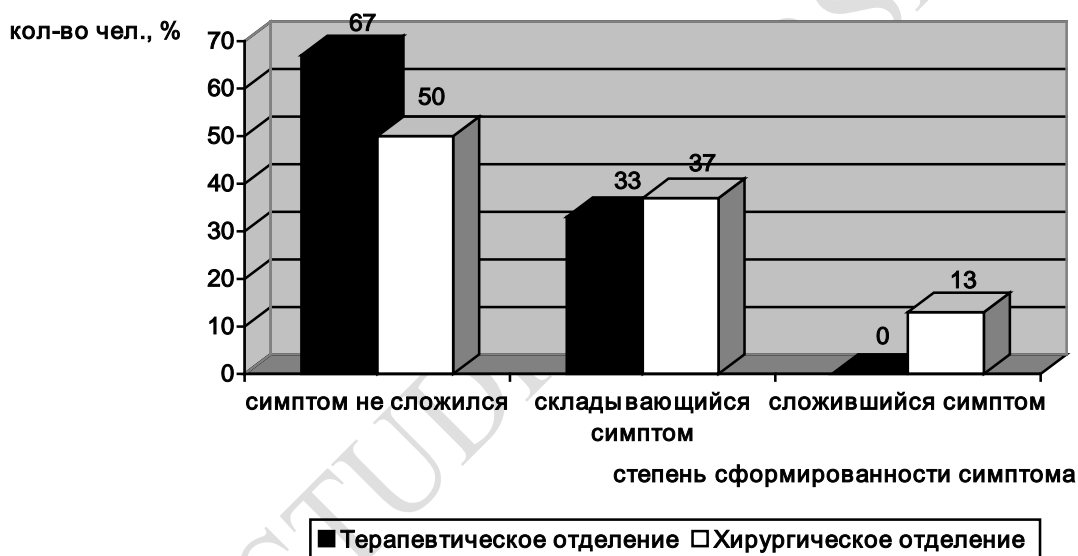


**Рисунок 8 – Степень сформированности симптома эмоционально-нравственной дезориентации у медсестер терапевтического и хирургического отделения (в %)**

Эмоционально-нравственная дезориентация проявляется в том, что у работника эмоции не пробуждают или недостаточно стимулируют нравственные чувства. Не проявляя должного эмоционального отношения к своему пациенту, он защищает свою стратегию, оправдывается перед собой за допущенную грубость или отсутствие внимания к субъекту, рационализируя свои поступки или проецируя вину на субъекта, вместо того чтобы адекватно признать свою вину. Сложившийся симптом эмоционально-нравственной дезориентации обнаружен у 33% медсестер терапевтического и у 37% медсестер хирургического отделения. Средний показатель сформированности симптома эмоционально-нравственной дезориентации

у медсестер терапевтического отделения равен 12 баллов, а у медсестер хирургического отделения 11 баллов. Эти различия не являются статистически значимыми ( $p=0,875$ ). Таким образом, выраженность эмоционального выгорания по симптому эмоционально-нравственной дезориентации у сотрудников терапевтического и хирургического отделения не имеет выраженных различий.

На рисунке 9 представлены данные о степени сформированности симптома расширения сферы экономии эмоций у медсестер терапевтического и хирургического отделения.

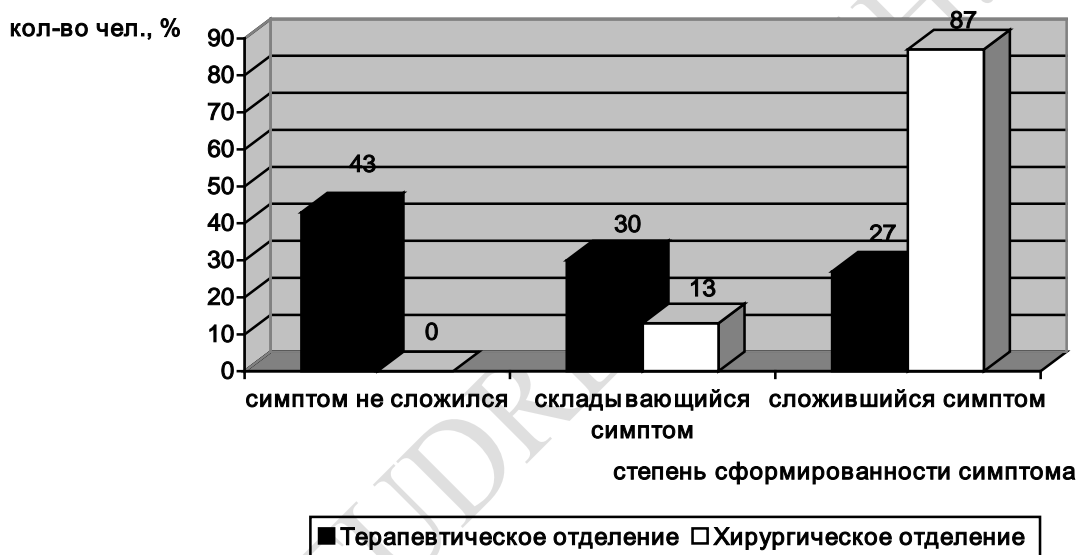


**Рисунок 9 – Степень сформированности симптома расширения сферы экономии эмоций у медсестер терапевтического и хирургического отделения (в %)**

Расширение сферы экономии эмоций проявляется вне профессиональной деятельности — дома, в общении с приятелями и знакомыми. На работе специалист так устает от контактов, разговоров, ответов на вопросы, что ему не хочется общаться даже с близкими. Сложившийся симптом расширения сферы экономии эмоций обнаружен у 13% медсестер хирургического отделения. Средний показатель сформированности симптома расширения сферы экономии эмоций у медсестер терапевтического отделения ра-

вен 8 баллов, а у медсестер хирургического отделения 10 баллов. Различия по критерию Манна-Уитни являются не значимыми ( $p=0,893$ ). Таким образом, эмоциональное выгорание по симптому расширения сферы экономики эмоций у сотрудников терапевтического и хирургического отделений не имеет выраженных различий.

На рисунке 10 представлены данные о степени сформированности симптома редукции профессиональных обязанностей у медсестер терапевтического и хирургического отделения.



**Рисунок 10 – Степень сформированности симптома редукции профессиональных обязанностей у медсестер терапевтического и хирургического отделения (в %)**

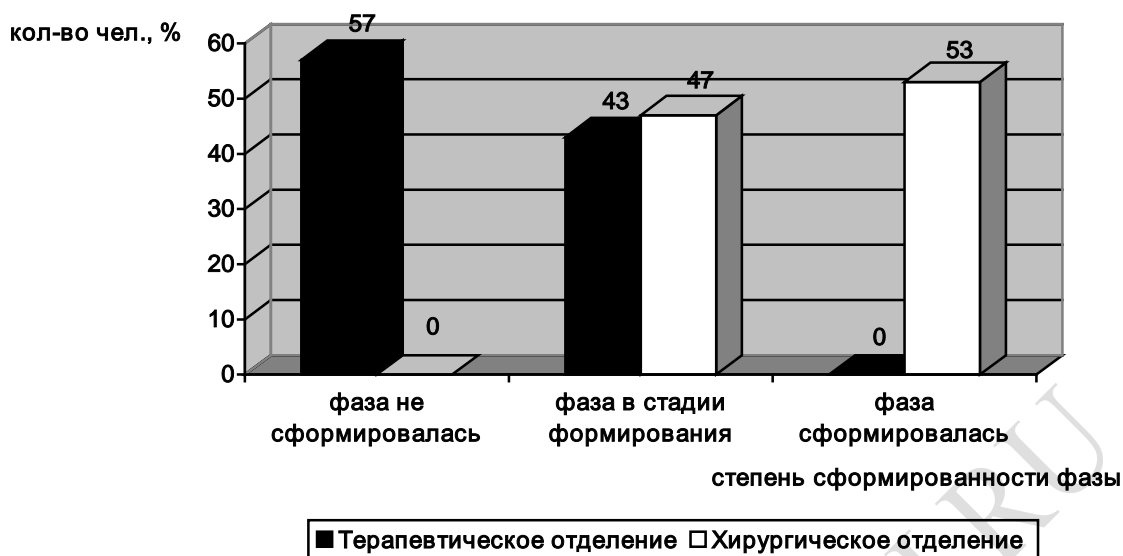
Редукция профессиональных обязанностей обнаруживается в попытках облегчить или сократить обязанности, которые требуют эмоциональных затрат. Сложившийся симптом редукции профессиональных обязанностей обнаружен у 27% медсестер терапевтического и у 87% медсестер хирургического отделения. Средний показатель сформированности симптома редукции профессиональных обязанностей у медсестер терапевтического отделения равен 12 баллов, а у медсестер хирургического отделения 20 баллов. Эти различия являются статистически значимыми ( $p \leq 0,01$ ).

Таким образом, выраженность эмоционального выгорания по симптому редукции профессиональных обязанностей у сотрудников хирургического отделения на 60% выше, чем у медработников хирургического отделения.

**Таблица 3 – Результаты исследования эмоционального выгорания в фазе истощения у медсестер терапевтического и хирургического отделения**

Фаза / Симптомы	Терапевтическое отделение		Хирургическое отделение	
	человек	%	человек	%
III. Истощение:				
фаза не сформировалась	17	57	0	0
фаза в стадии формирования	13	43	14	47
сформировавшаяся фаза	0	0	16	53
1. Эмоциональный дефицит:				
не сложившийся симптом				
складывающийся симптом	13	43	6	20
сложившийся симптом	7	24	0	0
	10	33	24	80
2. Эмоциональная отстраненность:				
не сложившийся симптом	23	77	0	0
складывающийся симптом	7	23	6	20
сложившийся симптом	0	0	24	80
3. Личностная отстраненность:				
не сложившийся симптом				
складывающийся симптом	17	57	4	14
сложившийся симптом	13	43	13	43
	0	0	13	43
4. Психосоматические нарушения:				
не сложившийся симптом	28	93	8	27
складывающийся симптом	2	7	8	27
сложившийся симптом	0	0	14	46

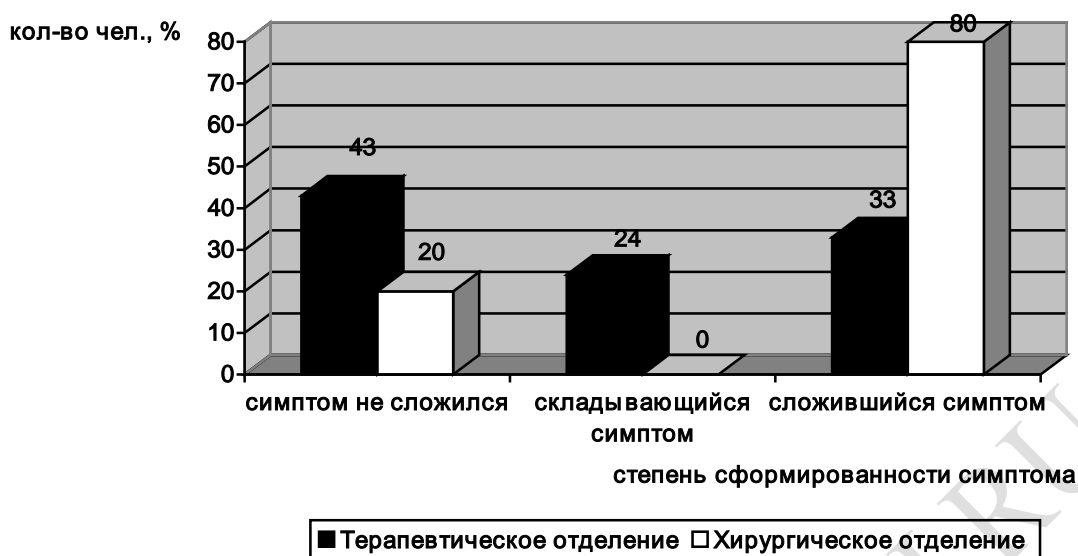
На рисунке 11 представлены данные о степени сформированности фазы истощения у медсестер терапевтического и хирургического отделения.



**Рисунок 11 – Степень сформированности фазы истощения у медсестер терапевтического и хирургического отделения (в %)**

Фаза истощения характеризуется более или менее выраженным падением общего тонуса и ослабленностью нервной системы. Эмоциональная защита становится неотъемлемым атрибутом личности. Фаза истощения сформировалась у 53% медсестер хирургического отделения. У медсестер терапевтического отделения фаза истощения не сформировалась. Средний показатель сформированности фазы истощения у медсестер терапевтического отделения равен 31 балл, а у медсестер хирургического отделения 72 балла. По критерию Манна-Уитни эти различия можно считать статистически значимыми ( $p \leq 0,01$ ). Таким образом, степень выраженности эмоционального выгорания в фазе истощения на 57% выше у сотрудников хирургического отделения.

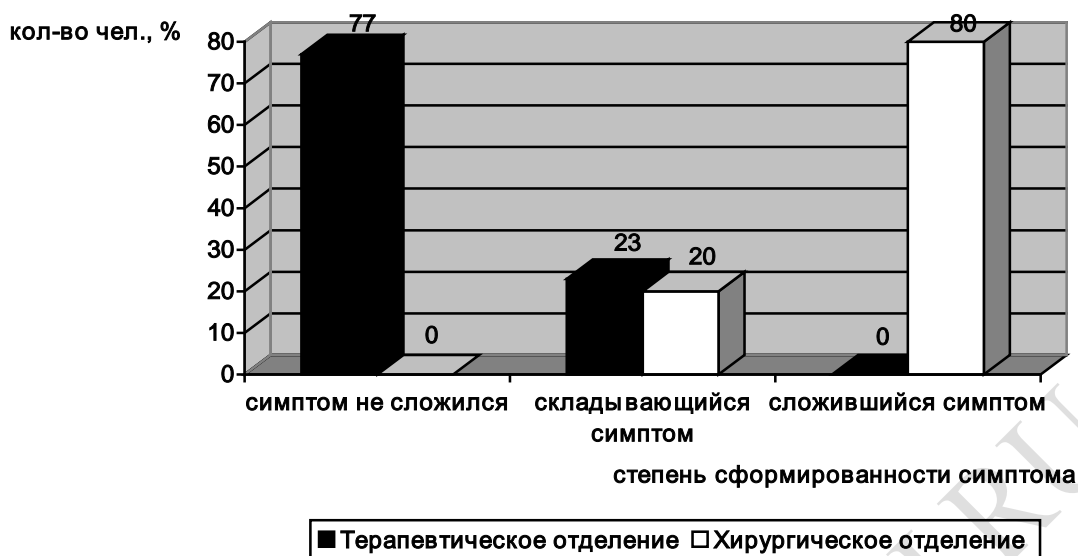
На рисунке 12 представлены данные о степени сформированности симптома эмоционального дефицита у медсестер терапевтического и хирургического отделения.



**Рисунок 12 – Степень сформированности симптома эмоционального дефицита у медсестер терапевтического и хирургического отделения (в %)**

Эмоциональный дефицит заявляет о себе в ощущении, что эмоционально профессионал уже не может помочь субъектам своей деятельности. Сложившийся симптом эмоционального дефицита обнаружен у 35% медсестер терапевтического и хирургического отделения. Различия по критерию Манна-Уитни являются значимыми ( $p \leq 0,01$ ). Таким образом, эмоциональное выгорание по симптому эмоционального дефицита у медсестер хирургического отделения на 47% больше выражено, чем у медсестер терапевтического отделения. Средний показатель сформированности симптома эмоционального дефицита у медсестер терапевтического отделения равен 11 баллов, а у медсестер хирургического отделения 20 баллов.

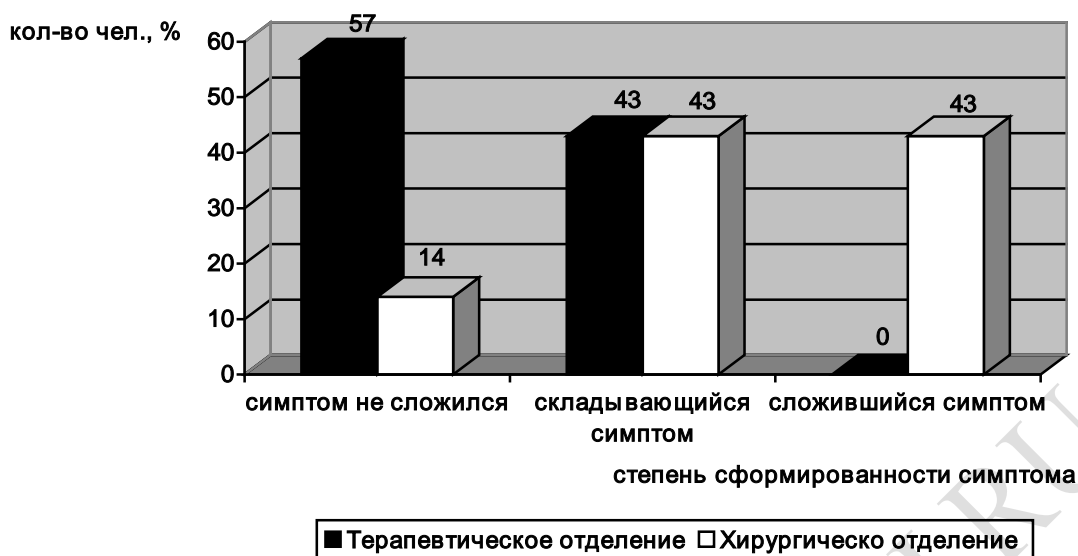
На рисунке 13 представлены данные о степени сформированности симптома эмоциональной отстраненности у медсестер терапевтического и хирургического отделения.



**Рисунок 13 – Степень сформированности симптома эмоциональной отстраненности у медсестер терапевтического и хирургического отделения (в %)**

При эмоциональной отстраненности работник почти полностью исключает эмоции из сферы своей профессиональной деятельности. Его почти ничто не волнует, не вызывает эмоционального отклика: ни позитивные, ни отрицательные обстоятельства. Сложившийся симптом эмоциональной отстраненности обнаружен у 80% медсестер хирургического отделения. У большинства медсестер терапевтического отделения симптом эмоциональной отстраненности не сложился. Эти различия являются статистически значимыми ( $p \leq 0,01$ ). Таким образом, выраженность эмоционального выгорания по симптому эмоциональной отстраненности у сотрудников хирургического отделения на 80% выше, чем у медработников хирургического отделения. Средний показатель сформированности симптома эмоциональной отстраненности у медсестер терапевтического отделения равен 7 баллов, а у медсестер хирургического отделения 20 баллов.

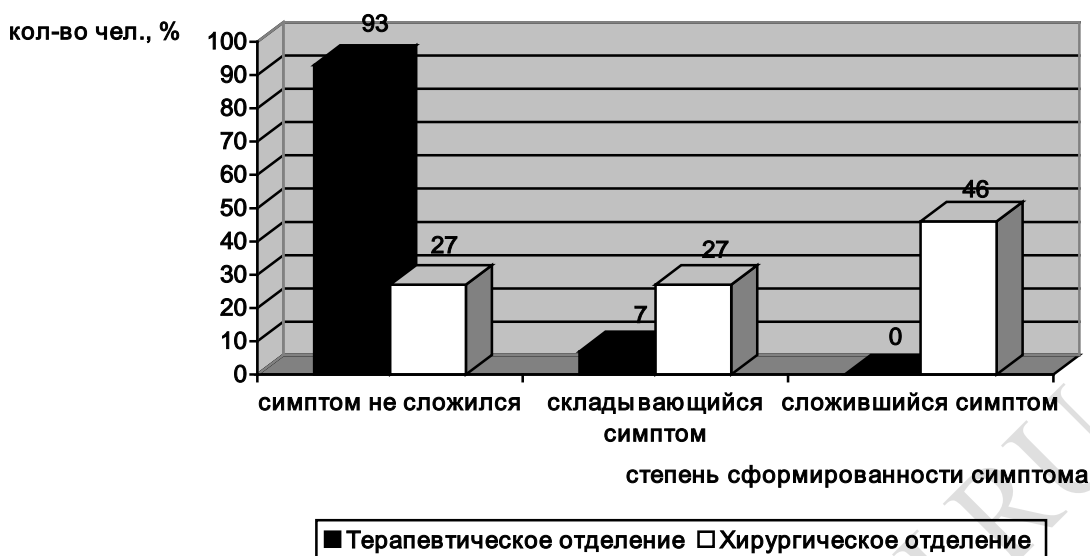
На рисунке 14 представлены данные о степени сформированности симптома личной отстраненности у медсестер терапевтического и хирургического отделения.



**Рисунок 14 – Степень сформированности симптома личностной отстраненности у медсестер терапевтического и хирургического отделения (в %)**

Личностная отстраненность или деперсонализация проявляется в широком диапазоне умонастроений и поступков профессионала в сфере общения. Прежде всего, отмечается полная или частичная утрата интереса к человеку — субъекту профессиональной деятельности. Сложившийся симптом личностной отстраненности обнаружен у 43% медсестер хирургического отделения, а у медсестер терапевтического отделения этот симптом еще не сформирован, либо в стадии формирования. Средний показатель сформированности симптома личностной отстраненности у медсестер терапевтического отделения равен 8 баллов, а у медсестер хирургического отделения 18 баллов. Эти различия являются статистически значимыми ( $p \leq 0,01$ ). Таким образом, выраженность эмоционального выгорания по симптому личностной отстраненности у сотрудников хирургического отделения на 43% выше, чем у медработников хирургического отделения.

На рисунке 15 представлены данные о степени сформированности симптома психосоматических нарушений у медсестер терапевтического и хирургического отделения.



**Рисунок 15 – Степень сформированности симптома психосоматических нарушений у медсестер терапевтического и хирургического отделения (в %)**

Психосоматические и психовегетативные нарушения обнаруживаются на уровне психического и физического самочувствия. Данный симптом обычно образуется по условно-рефлекторной связи негативного свойства: многое из того, что касается субъектов профессиональной деятельности, провоцирует отклонения в соматических и психических состояниях. Сложившийся симптом психосоматических нарушений обнаружен у 46% медсестер хирургического отделения. У большинства медсестер терапевтического отделения теоретического отделения симптом не сложился. Средний показатель сформированности симптома психосоматических нарушений у медсестер терапевтического отделения равен 5 баллов, а у медсестер хирургического отделения 15 баллов. Различия по критерию Манна-Уитни являются значимыми ( $p \leq 0,01$ ). Таким образом, эмоциональное выгорание по симптому психосоматических нарушений у сотрудников терапевтического и хирургического отделений выше на 46%, чем у сотрудников терапевтического отделения.

Проанализировав данные исследования по методике В.В. Бойко можно сделать вывод о том, что медицинские сестры терапевтического отделе-

ния менее подвержены эмоциональному выгоранию – у большинства из них фазы эмоционального выгорания не сформированы, либо находятся в стадии формирования. Медсестры хирургического отделения имеют большую степень риска возникновения эмоционального выгорания, так их как работа больше связана с нервно-эмоциональным напряжением во время операции и после (им часто приходится оказывать помощь очень тяжелым, а иногда и безнадежно больным людям; очень высока ответственность за жизнь и здоровье людей).

2. Исследование особенностей саморегуляции у медсестер терапевтического и хирургического отделения осуществлялось с помощью методики «Способность самоуправления», разработанной под руководством Н.М. Пейсахова. Результаты исследования представлены в таблице 4 и 5.

**Таблица 4 – Результаты исследования особенностей саморегуляции у медсестер терапевтического отделения**

Этап	Оценка									
	низкий		ниже среднего		средний		выше среднего		высокий	
	чело век	%	чело век	%	чело век	%	чело век	%	чело век	%
Анализ противоречий	0	0	3	10	17	57	10	33	0	0
Прогнозирование	0	0	6	20	22	73	2	7	0	0
Целеполагание	0	0	2	7	10	33	16	53	2	7
Планирование	2	7	4	13	11	37	11	37	2	7
Критерий оценки качества	2	7	6	20	12	40	10	33	0	0
Принятие решения	2	7	2	7	11	37	7	23	8	27
Самоконтроль	0	0	8	27	12	40	10	33	0	0
Коррекция	3	10	5	17	20	66	2	7	0	0
Общая оценка	0	0	2	7	10	33	16	53	2	7

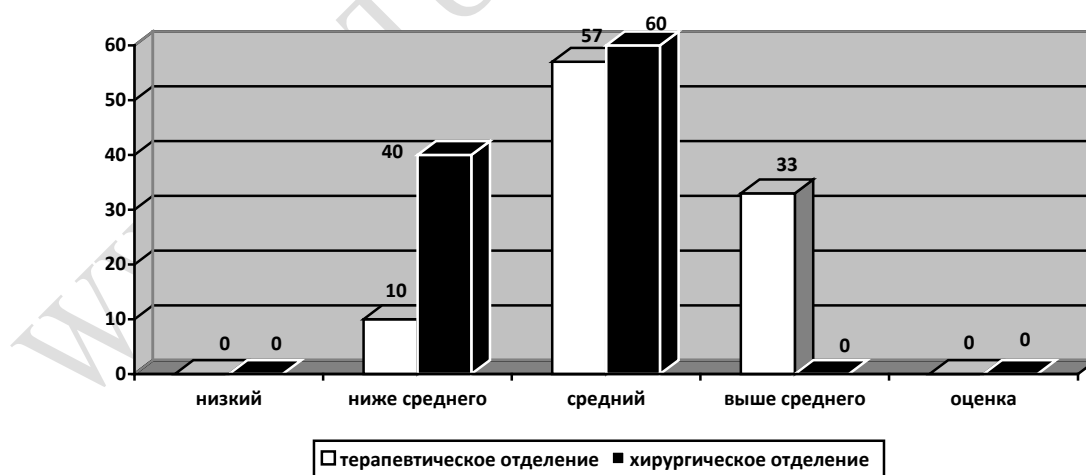
В ходе исследования было выявлено, что у большинства медсестер терапевтического отделения саморегуляция на различных ее этапах имеет

средние и выше среднего оценки, а у медсестер хирургического отделения - средние и ниже среднего оценки.

**Таблица 5 – Результаты исследования особенностей саморегуляции у медсестер хирургического отделения**

Этап	Оценка									
	низкий		ниже среднего		средний		выше среднего		высокий	
	чело век	%	чело век	%	чело век	%	чело век	%	чело век	%
Анализ противоречий	0	0	12	40	18	60	0	0	0	0
Прогнозирование	13	43	5	17	12	40	0	0	0	0
Целеполагание	0	0	6	20	19	63	5	17	0	0
Планирование	5	17	9	30	13	43	3	10	0	0
Критерий оценки качества	7	23	7	23	16	53	0	0	0	0
Принятие решения	3	10	16	53	9	30	0	0	2	7
Самоконтроль	4	13	16	53	10	33	0	0	0	0
Коррекция	12	40	4	13	14	47	0	0	0	0
Общая оценка	0	0	23	77	7	23	0	0	0	0

Рассмотрим уровень саморегуляции медсестер на этапе анализа противоречий.



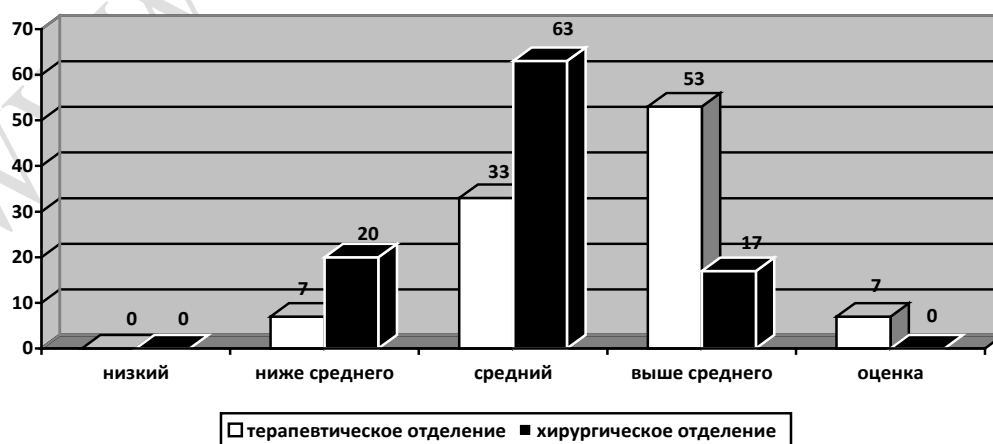
**Рисунок 16 – Сравнение результатов исследования саморегуляции (анализа противоречий) у медсестер терапевтического и хирургического отделения (%)**

Так, на этапе анализа противоречий большинство медсестер терапевтического отделения получило средние оценки (57%) и выше среднего (33%), а медсестры хирургического отделения - средние оценки (60%) и ниже среднего (40%).



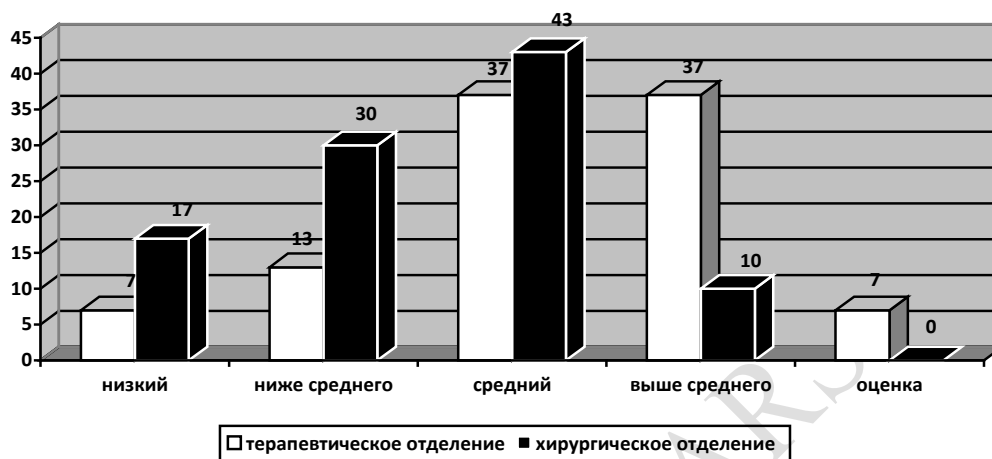
**Рисунок 17 – Сравнение результатов исследования саморегуляции (прогнозирования) у медсестер терапевтического и хирургического отделения (%)**

Так, на этапе прогнозирования противоречий большинство медсестер терапевтического отделения получило средние (73%) и выше среднего (7%), а медсестры хирургического отделения - средние оценки (40%), ниже среднего (17%), низкие (47%).



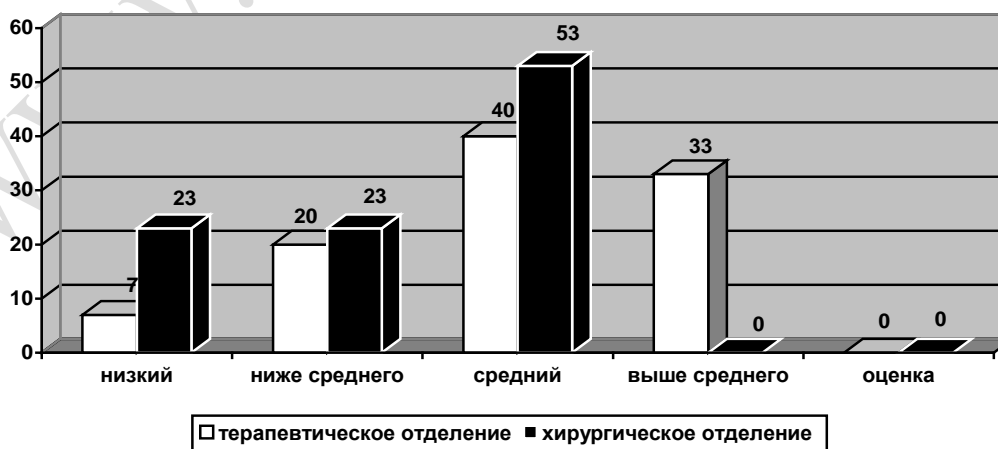
**Рисунок 18 – Сравнение результатов исследования саморегуляции (целеполагания) у медсестер терапевтического и хирургического отделения (%)**

На этапе целеполагания большинство медсестер терапевтического отделения получило средние оценки (33%), выше среднего (53%), высокие (7%), а у медсестер хирургического отделения - средние оценки (63%), ниже среднего (20%).



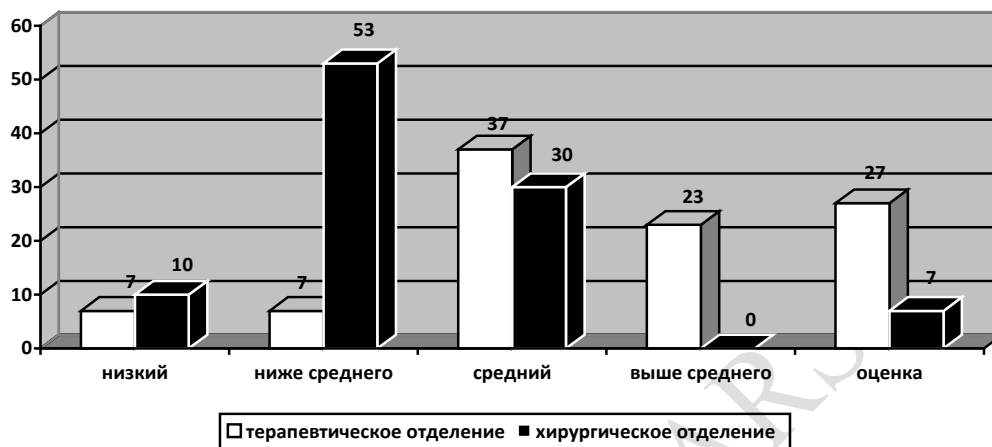
**Рисунок 19 – Сравнение результатов исследования саморегуляции (планирования) у медсестер терапевтического и хирургического отделения (%)**

На этапе планирования большинство медсестер терапевтического отделения получило средние оценки (37%), выше среднего (37%), высокие (7%), а у медсестер хирургического отделения - средние оценки (43%), ниже среднего (30%), низкие (17%).



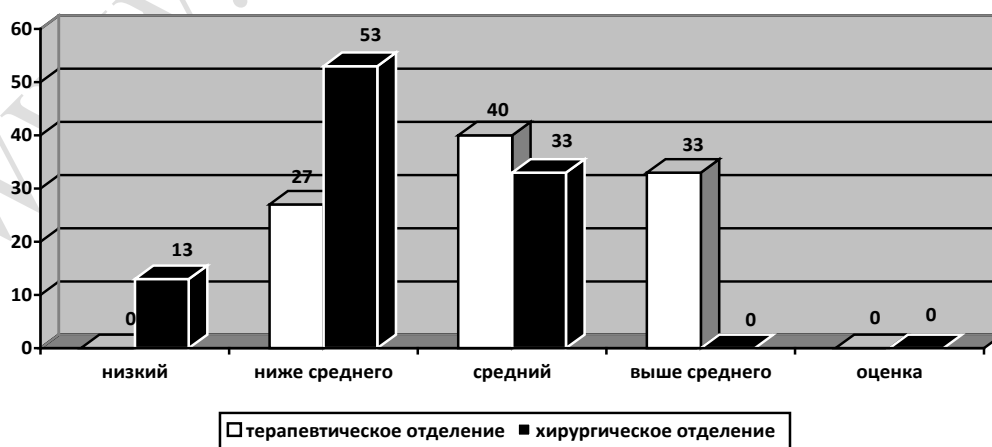
**Рисунок 20 – Сравнение результатов исследования саморегуляции (критерия оценки качества) у медсестер терапевтического и хирургического отделения (%)**

На этапе критерия оценки качества большинство медсестер терапевтического отделения получило средние оценки (40%), выше среднего (33%), а у медсестер хирургического отделения - средние оценки (53%), ниже среднего (23%), низкие (23%).



**Рисунок 21 – Сравнение результатов исследования саморегуляции (принятия решения) у медсестер терапевтического и хирургического отделения (%)**

На этапе принятия решения большинство медсестер терапевтического отделения получило средние оценки (37%), выше среднего (23%), высокие (27%), а у медсестер хирургического отделения - средние оценки (30%), ниже среднего (53%), низкие (10%).



**Рисунок 22 – Сравнение результатов исследования саморегуляции (самоконтроля) у медсестер терапевтического и хирургического отделения (%)**

На этапе самоконтроля большинство медсестер терапевтического отделения получило средние оценки (40%), выше среднего (33%), а у медсестер хирургического отделения - средние оценки (33%), ниже среднего (53%), низкие (13%).



**Рисунок 23 – Сравнение результатов исследования саморегуляции (коррекции) у медсестер терапевтического и хирургического отделения (%)**

На этапе коррекции большинство медсестер терапевтического отделения получило средние оценки (66%), выше среднего (7%), а у медсестер хирургического отделения - средние оценки (47%), ниже среднего (13%), низкие (40%).

Следует подчеркнуть, что у медсестер терапевтического отделения отмечался высокий уровень саморегуляции на этапе целеполагания, планирования и принятия решения. У медсестер хирургического отделения отмечался низкий уровень на этапе прогнозирования, самоконтроля и коррекции.

Таким образом, можно считать, что у большинства медсестер терапевтического отделения навыки саморегуляции сформированы достаточно (особенности их саморегуляции оцениваются как средние и выше среднего), а у медсестер хирургического отделения уровень саморегуляции оценивается как низкий и ниже среднего.

По критерию Манна-Уитни различия в оценках саморегуляции можно считать статистически значимыми ( $p \leq 0,01$ ). Результаты исследования по критерию Манна-Уитни приведены в приложении 8.

Рассмотрим общее значение саморегуляции у медсестер терапевтического и хирургического отделения (таблица 6).

**Таблица 6 – Результаты исследования саморегуляции (общая оценка) у медсестер**

Оценка	Терапевтическое отделение		Хирургическое отделение	
	человек	%	человек	%
низкий	0	0	0	0
ниже среднего	2	7	23	77
средний	10	33	7	23
выше среднего	16	53	0	0
высокий	2	7	0	0

Наглядно процентное соотношение оценок саморегуляции у медсестер терапевтического и хирургического отделения представлены на рисунке 24.



**Рисунок 24 – Сравнение результатов исследования саморегуляции (общей оценки) у медсестер терапевтического и хирургического отделения (%)**

Очевидно, что большинство медсестер терапевтического отделения (53%) в качестве общей оценки саморегуляции получили оценку выше среднего, а большинство медсестер хирургического отделения (77%) - ниже среднего. Таким образом, навыки саморегуляции у медсестер терапевтического отделения на 24% развиты лучше.

Взаимосвязь эмоционального выгорания, особенностей саморегуляции и уровня субъективного контроля у медсестер можно выявить с помощью корреляционного анализа.

#### 2.4. Корреляционный анализ

С помощью программы SPSS методом корреляционного анализа Спирмена были выявлены корреляционные взаимосвязи результатов исследования у медицинских сестер терапевтического отделения.

1. Установлена обратная корреляционная связь между неудовлетворенностью собой и прогнозированием с коэффициентом корреляции  $R=(-0,385)^*$ , при уровне достоверности  $\rho \leq 0,05$ . Это означает, чем больше у медицинских сестер развита способность к прогнозированию и саморегуляции, тем меньше неудовлетворенность собой.

2. Выявлена отрицательная корреляционная связь между резистенцией и анализом с коэффициентом корреляции  $R=(-0,391)^*$ , при уровне достоверности  $\rho \leq 0,05$ . Это означает, чем больше способность к анализу ситуации у работников, тем меньше у них сформирована фаза резистенции.

3. Установлена обратная корреляционная связь между резистенцией и целеполаганием с коэффициентом корреляции  $R=(-0,393)^*$ , при уровне достоверности  $\rho \leq 0,05$ . Это означает, чем больше они склонны к целеполаганию, тем меньше у работников сформирована фаза резистенции.

4. Определена обратная корреляционная связь между резистенцией и критериями оценки качества с коэффициентом корреляции  $R=(-0,391)^*$ ,

при уровне достоверности  $\rho \leq 0,05$ . Это означает, чем больше у человека выработано критериев оценки качества, тем меньше у него сформирована фаза резистенции.

5. Установлена обратная корреляционная связь между резистенцией и самоконтролем с коэффициентом корреляции  $R=(-0,404)^*$ , при уровне достоверности  $\rho \leq 0,05$ . Это означает, чем больше у них развита способность к самоконтролю, тем меньше проявляются симптомы резистенции.

6. Выявлена отрицательная корреляционная связь между резистенцией и общей оценкой саморегуляции с коэффициентом корреляции  $R=(-0,403)^*$ , при уровне достоверности  $\rho \leq 0,05$ . Это означает, чем больше способность к саморегуляции у работников, тем меньше у них сформирована фаза резистенции.

7. Установлена обратная корреляционная связь между целеполаганием и эмоциональной отстраненностью с коэффициентом корреляции  $R=(-0,375)^*$ , при уровне достоверности  $\rho \leq 0,05$ . Это означает, чем больше они склонны к целеполаганию, тем меньше в процессе работы проявляется эмоциональная отстраненность.

8. Определена обратная корреляционная связь между общей оценкой саморегуляции и эмоциональной отстраненностью с коэффициентом корреляции  $R=(-0,385)^*$ , при уровне достоверности  $\rho \leq 0,05$ . Это означает, чем больше у человека выработана саморегуляция, тем меньше у него появляется эмоциональная отстраненность.

9. Установлена обратная корреляционная связь между истощением и анализом с коэффициентом корреляции  $R=(-0,400)^*$ , при уровне достоверности  $\rho \leq 0,05$ . Это означает, чем больше у работников развита способность к анализу, тем меньше проявляются симптомы истощения.

10. Выявлена отрицательная корреляционная связь между истощением и принятием решения с коэффициентом корреляции  $R=(-0,403)^*$ , при уровне достоверности  $\rho \leq 0,05$ . Это означает, чем больше

у работника способность к самостоятельному принятию решения, тем меньше у него сформирована фаза истощения.

С помощью программы SPSS методом корреляционного анализа Спирмена были выявлены корреляционные взаимосвязи результатов исследования у медицинских сестер хирургического отделения.

1. Установлена обратная корреляционная связь между «загнанностью в клетку» и планированием с коэффициентом корреляции  $R=(-0,474)**$ , при уровне достоверности  $\rho \leq 0,01$ . Это означает, чем больше у медицинских сестер развита способность к планированию, тем меньше проявляется «загнанность в клетку».

2. Выявлена отрицательная корреляционная связь между тревогой и планированием с коэффициентом корреляции  $R=(-0,433)*$ , при уровне достоверности  $\rho \leq 0,05$ . Это означает, чем больше способность к планированию у работников, тем меньше у них проявляется тревога и депрессия.

3. Установлена обратная корреляционная связь между эмоциональной дефицитом и самоконтролем с коэффициентом корреляции  $R=(-0,394)*$ , при уровне достоверности  $\rho \leq 0,05$ . Это означает, чем больше работники склонны к самоконтролю, тем меньше у них проявляется эмоциональный дефицит.

4. Определена обратная корреляционная связь между эмоциональным дефицитом и коррекцией поведения с коэффициентом корреляции  $R=(-0,374)*$ , при уровне достоверности  $\rho \leq 0,05$ . Это означает, чем больше у человека проявляется коррекция поведения, тем меньше у него эмоциональный дефицит.

5. Установлена обратная корреляционная связь между эмоциональным дефицитом и общей оценкой саморегуляции с коэффициентом корреляции  $R=(-0,402)*$ , при уровне достоверности  $\rho \leq 0,05$ . Это означает, чем выше оценка саморегуляции, тем меньше проявляется эмоциональный дефицит.

6. Выявлена отрицательная корреляционная связь между эмоциональной отстраненностью и целеполаганием с коэффициентом корреляции  $R=(-0,411)^*$ , при уровне достоверности  $\rho \leq 0,05$ . Это означает, чем больше способность у работников к целеполаганию, тем меньше у них эмоциональная отстраненность.

7. Установлена обратная корреляционная связь эмоциональной отстраненностью и коррекцией поведения с коэффициентом корреляции  $R=(-0,369)^*$ , при уровне достоверности  $\rho \leq 0,05$ . Это означает, чем больше проявляется коррекция поведения, тем меньше в процессе работы проявляется эмоциональная отстраненность.

8. Определена обратная корреляционная связь между общей оценкой саморегуляции и эмоциональной отстраненностью с коэффициентом корреляции  $R=(-0,468)^*$ , при уровне достоверности  $\rho \leq 0,05$ . Это означает, чем больше у человека выработана саморегуляция, тем меньше у него проявляется эмоциональная отстраненность.

9. Установлена обратная корреляционная связь между истощением и общей оценкой саморегуляции с коэффициентом корреляции  $R=(-0,386)^*$ , при уровне достоверности  $\rho \leq 0,05$ . Это означает, чем больше у работников саморегуляции, тем меньше проявляются симптомы истощения.

Таким образом, были выявлены отрицательные корреляционные взаимосвязи этапов саморегуляции и симптомов эмоционального выгорания. Можно сделать вывод, что чем лучше развита саморегуляция человека, тем меньше уровень сформированности симптомов эмоционального выгорания.

## 2.5. Особенности саморегуляции у медицинских работников с разными уровнями эмоционального выгорания

С целью выявления особенностей саморегуляции у медицинских сестер с разными уровнями эмоционального выгорания результаты, полученные по методике В.В. Бойко, были разделены на три группы:

1 группа – сформировавшиеся симптомы эмоционального выгорания отсутствуют, 2-3 симптома находятся в стадии формирования;

2 группа – имеется 3-5 сформировавшихся симптомов эмоционального выгорания, 2-3 симптома находятся в стадии формирования;

3 группа – имеется более 7 сформировавшихся симптомов эмоционального выгорания, остальные симптомы находятся в стадии формирования.

**Таблица 7 – Результаты распределения испытуемых на 3 группы по уровню эмоционального выгорания**

Уровень эмоционального выгорания	Терапевтическое отделение		Хирургическое отделение	
	человек	%	человек	%
I группа	14	47	0	0
II группа	16	53	13	43
III группа	0	0	17	57

На рисунке 25 представлено распределение испытуемых с разным уровнем выгорания на три группы.



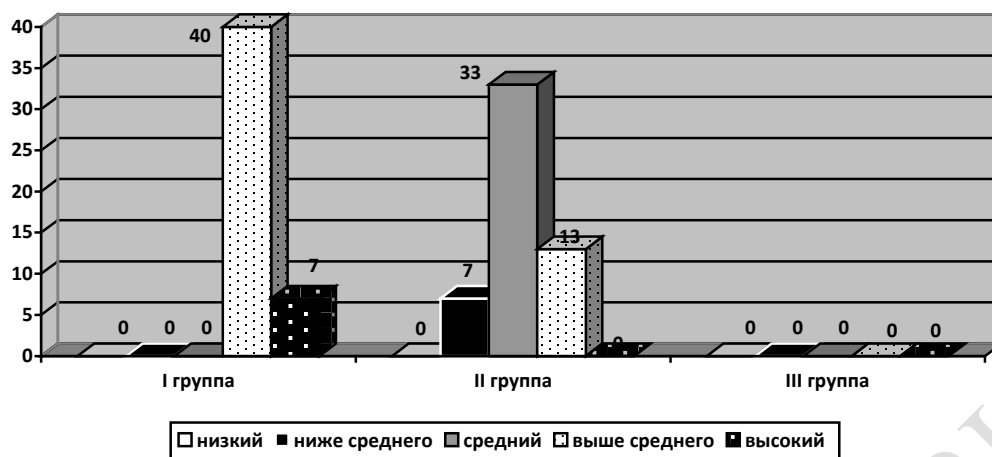
**Рисунок 25 – Оценки саморегуляции у медсестер хирургического отделения с разным уровнем эмоционального выгорания (%)**

Рассмотрим результаты оценки саморегуляции в этих группах.

**Таблица 8 – Особенности саморегуляции у медсестер терапевтического отделения с разным уровнем эмоционального выгорания**

Оценка саморегуляции	I группа		II группа		III группа	
	человек	%	человек	%	человек	%
Низкий	0	0	0	0	0	0
Ниже среднего	0	0	2	7	0	0
Средний	0	0	10	33	0	0
Выше среднего	12	40	4	13	0	0
Высокий	2	7	0	0	0	0
Итого	14	47	16	53	0	0

Результаты исследования в терапевтическом отделении показали, что в I-ой группе, в которой у испытуемых не сформированы симптомы эмоционального выгорания, обнаружены высокие оценки саморегуляции (7%) и выше среднего (40%). Во II-ой группе оценки значительно хуже: выше среднего – 13%, средний – 33%, ниже среднего 7%.

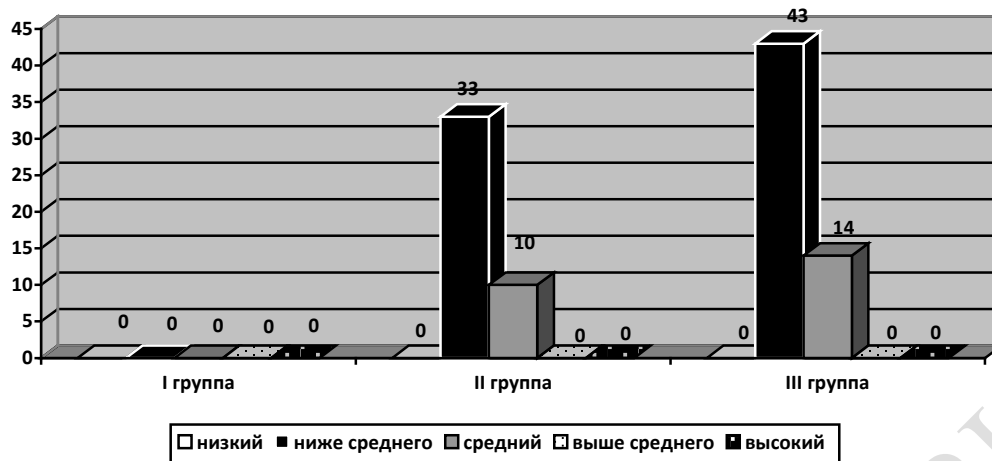


**Рисунок 26 – Оценки саморегуляции у медсестер терапевтического отделения с разным уровнем эмоционального выгорания (%)**

**Таблица 9 – Особенности саморегуляции у медсестер хирургического отделения с разным уровнем эмоционального выгорания**

Оценка саморегуляции	I группа		II группа		III группа	
	человек	%	человек	%	человек	%
Низкий	0	0	0	0	0	0
Ниже среднего	0	0	10	33	13	43
Средний	0	0	3	10	4	14
Выше среднего	0	0	0	0	0	0
Высокий	0	0	0	0	0	0
Итого	0	0	13	43	17	57

Результаты исследования в хирургическом отделении показали, что во II-ой группе отмечались оценки ниже среднего (33%), и средние (10%). В III-ей группе, где у большинства имеются сформированные симптомы эмоционального выгорания, отмечались оценки ниже среднего (43%) и средние (14%).



**Рисунок 27 – Оценки саморегуляции у медсестер хирургического отделения с разным уровнем эмоционального выгорания (%)**

Таким образом, качественный и количественный анализ исследования подтверждает выдвинутую гипотезу о том, что имеются особенности взаимосвязи синдрома эмоционального выгорания с уровнем саморегуляции у медицинских сестер. При этом, чем лучше развита саморегуляция человека, тем меньше уровень сформированности симптомов эмоционального выгорания.

## **Выводы**

В результате проведенного исследования взаимосвязи синдрома эмоционального выгорания с уровнем саморегуляции у медсестер были сделаны следующие выводы:

1. У медсестер имеется взаимосвязь эмоционального выгорания с особенностями саморегуляции, подтвержденная с помощью корреляционного анализа. Определен ряд корреляционных взаимосвязей (взаимосвязь между фазой резистенции и анализом противоречий, целеполаганием, критериями оценки качества, самоконтролем и общей оценкой саморегуляции и др.). Были обнаружены тесные отрицательные корреляционные взаимосвязи уровня саморегуляции и синдрома эмоционального выгорания. При чем,

чем лучше развита саморегуляция человека, тем меньше уровень сформированности симптомов эмоционального выгорания, то есть выдвинутая гипотеза подтвердилась.

2. По методике В.В. Бойко полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что высокая выраженность эмоционального выгорания у медсестер хирургического отделения значительно в большей степени подвержены развитию синдрома эмоционального выгорания на фоне неудовлетворительных показателей саморегуляции. Медсестры терапевтического отделения менее подвержены эмоциональному выгоранию – у большинства из них фазы и симптомы эмоционального выгорания не сформированы, либо находятся в стадии формирования.

3. Наиболее значимыми составляющими саморегуляции, взаимосвязанными с синдромом эмоционального выгорания, являются анализ, целеполагание, самоконтроль, принятие решения.

4. Особенности проявления синдрома эмоционального выгорания у медсестер в соответствии с их типом профессиональной деятельности указывают на необходимость проведения психопрофилактических мероприятий, направленных как на оптимизацию их эмоционального состояния, так и на поддержание общего соматического благополучия. Важным является проведение мер по улучшению эффективности профессиональной деятельности.

5. Необходимо ввести профилактические, психокоррекционные мероприятия в работу медсестер: занятия с психологом, аутогенную тренировку, различные методы релаксации, физические упражнения (бассейн, занятия в спортзале, массаж, сауна), санаторно-курортные путевки. Все эти профилактические мероприятия обеспечат не только психологическую устойчивость к стрессам, но и сохранение и укрепление здоровья.

## Заключение

Актуальность проблемы эмоционального выгорания медицинских работников обусловлена тем, что в последнее время отмечается повышение количества стрессов, связанных с трудовой деятельностью.

Профессиональные стрессы негативно сказываются как на конкретных людях – их соматическом и психическом состоянии, так и на внутренней организационной среде, оказывают влияние на продуктивность и эффективность работы.

Теоретический анализ по проблеме исследования показал, что эмоциональное выгорание представляет собой приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального, поведения. Это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетики) в ответ на избранные психотравмирующие воздействия.

По роду своей деятельности медицинские работники подвергаются воздействию различных неблагоприятных факторов рабочей среды и самого трудового процесса (ответственность за жизнь и здоровье других людей, повышенные требования к профессиональной компетенции, самоотдаче, большое количество контактов с больными людьми, их родственниками, с негативными эмоциями и др.).

Исследование показало, что степень выраженности синдрома эмоционального выгорания статистически достоверно выше у сотрудников хирургического отделения по сравнению с работниками терапевтического,

В результате проведенного исследования выявлены взаимосвязи синдрома эмоционального выгорания с уровнем саморегуляции у медсестер терапевтического и хирургического отделения. Так, обнаружены отрицательные корреляционные взаимосвязи этапов саморегуляции и симптомов эмоционального выгорания. Сделан вывод о том, что чем лучше развита

саморегуляция человека, тем меньше уровень сформированности симптомов эмоционального выгорания. Это подтверждает выдвинутую гипотезу.

Так, эффективная саморегуляция может выступать одним из способов профилактики синдрома эмоционального выгорания.

Поэтому изучение проблемы эмоционального выгорания представляет не только научный интерес, она имеет большую практическую значимость при использовании полученных данных в системе психогигиенических, психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий, обеспечивающих сохранение и укрепление здоровья медицинских работников.

WWW.STUDRESEARCH.RU

**Список использованной литературы:**

1. Абрамов Г.С., Юдчиц Ю.А. Синдром «эмоционального выгорания» у медработников // Психология в медицине. – М., 1998.
2. Алиев Х. Защита от стресса. – М.: Сфера, 1996. – 220 с.
3. Аргайл М. Психология счастья. – М.: Мир, 1990. – 328 с.
4. Бойко В.В. Охрана психического здоровья. – М.: Академия, 2004. – 348 с.
5. Бойко В.В. Правила эмоционального поведения. – СПб.: Речь, 1997. – 286 с.
6. Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю. Психология жизненных ситуаций. – М.: Юнити, 1998. – 212 с.
7. Виткин Дж. Женщина и стресс. Мужчина и стресс. – СПб.: Речь, 1995. – 196 с.
8. Водопьянова Н.В., Старченкова Е.С. Психическое «выгорание» и качество жизни. / Под ред. Л.А. Коростылевой. – СПб.: Питер, 2002. – 424 с.
9. Водопьянова Н.Е. Профессиональное выгорание и ресурсы его преодоления. – СПб.: Питер, 2003. – 264 с.
10. Водопьянова Н.Е. Синдром «психического выгорания» в коммуникативных профессиях. Психология здоровья. / Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2000. – 198 с.
11. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – СПб.: Питер, 2004. – 384 с.
12. Готвальд Ф.Т., Ховальд В. Помоги себе сам. Медитация. – М.: Речь, 1993. – 180 с.
13. Гримак Л.П., Кордобовский О.С. Техники психической саморегуляции // Человек. – 2001. - № 5. – С. 136 – 141.

14. Гришина Н.В. Помогающие отношения: профессиональные и экзистенциальные проблемы. / Под ред. А.А. Крылова и Л.А. Коростылевой. – СПб.: Питер, 1997. – 218 с.
15. Гройсман А.Л. Медицинская психология. – М.: Медицина, 1997. – 356 с.
16. Даниел Дж., Шабо И. Эмоциональное выгорание у постоянно общающихся профессионалов // Психологическая студия. – 1993. - № 35. – С. 412 – 414.
17. Донал С.Л., Ренауд С. Индивидуальные, организационные и социальные детерминанты выгорания. – Будапешт, 1992.
18. Ермолаев О.Ю. Математическая статистика для психологов. – М.: Флинта, 2004. – 314 с.
19. Зеер Э.Ф. Психология профессий. – М.: Академический проект, 2004. – 316 с.
20. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. – СПб.: Питер, 2004. – 648 с.
21. Индивид, субъект, личность, индивидуальность в определении и познании человека // Мир психологии. – 20007. - № 1. – С. 3 – 85.
22. Каган В. Практическая психология для психологов и врачей. – М.: Медицина, 1999. – 308 с.
23. Клиническая психология в социальной работе. / Под ред. Б.А. Маршнина. – М.: Академия, 2002. – 240 с.
24. Конопкин О.А. Общая способность к саморегуляции как фактор субъективного развития // Вопросы психологии. – 2004. - № 2. – С. 128 – 135.
25. Коростылева Л.А. Самореализация личности в профессиональной сфере: генезис затруднений. – СПб.: Речь, 2001. – 198 с.
26. Косенко В.Г., Смоленко Л.Ф., Чебуракова Т.А. Медицинская психология для медсестер и фельдшеров. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2002. – 268 с.

27. Куликов Л.В. Здоровье и субъективное благополучие. – СПб.: Речь, 2000. – 182 с.
28. Лакосина Н.Д. Клиническая психология. – М.: Медпресс-информ, 2003. – 390 с.
29. Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология. – М., 1984.
30. Леонова А.Б., Кузнецова А.С. Психопрофилактика стрессов. – М.: Проспект, 1993. – 220 с.
31. Леонтьев Д.А. Самореализация и сущностные силы человека. – М.: Академия, 1997. – 194 с.
32. Линде Н.Д. Новые методы саморегуляции // Журнал практического психолога. – 2005. - № 1. – С. 81 – 99.
33. Линде Н.Д. Основы современной психотерапии. – М.: Академия, 2002. – 310 с.
34. Линдемман Х. Система психофизического саморегулирования. – М.: Просвещение, 1992. – 214 с.
35. Лобзин В.С., Решетников М.М. Аутогенная тренировка. – Л.: Лениздат, 1986. – 274 с.
36. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. – М.: Деловая книга, 2000. – 308 с.
37. Маклаков А.Г. Оценка уровня развития адаптационных способностей личности. / Под ред. Г.С. Никифорова, М.А. Дмитриевой, В.М. Снеткова. – СПб.: Питер, 2001. – 204 с.
38. Марищук В.Л., Евдокимов В.И. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 248 с.
39. Маслач К. Профессиональное выгорание: как люди справляются // [http://www.hrland.com/pages/professional\\_noe\\_vygoranie\\_kak\\_lyudi\\_spravlyayutsya.html](http://www.hrland.com/pages/professional_noe_vygoranie_kak_lyudi_spravlyayutsya.html)

40. Моросанова В.И. Личностные аспекты саморегуляции произвольной активности человека // Психологический журнал. – 2002. – Т. 23. - № 6. – С. 5 – 17.
41. Никифоров Г.С. Психология здоровья. – СПб.: Питер, 2002. – 226 с.
42. Орел В.Е. Исследование феномена «психического выгорания» в отечественной и зарубежной психологии // Проблемы общей и организационной психологии. – 1999. - № 4. – С. 70 – 97.
43. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы. // Психологический журнал. – 2001. - № 1. – С. 31 – 37.
44. Плахотникова И.В., Моросанова В.И. Регуляторная роль отдельных личностных качеств в индивидуально-типических проявлениях саморегуляции произвольной активности // Мир психологии. – 2007. - № 1. – С. 3 – 85.
45. Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности. / Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2001. – 282 с.
46. Прохоров А.О. Функциональные структуры и средства саморегуляции психических состояний // Психологический журнал. – 2005. - № 2. – С. 68 – 80.
47. Психологический словарь. / Под ред. Ю.Л. Немер. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2003. – 644 с.
48. Психотерапия. / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2002. – 812 с.
49. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. – Самара: Бахрах-М, 2000. – 672 с.
50. Рейнуотер Дж. Это в ваших силах: Как стать собственным психотерапевтом. – М.: Просвещение, 1993. – 188 с.

51. Робертс Г.А. Профилактика выгорания. // Вопросы общей психотерапии. – 1998. - № 1. – С. 26 – 32.
52. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога. – М.: Владос, 2002. – 362 с.
53. Ронгинская Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях // Психологический журнал. – 2002. - № 3. – С. 85 – 95.
54. Социальная психология. / Под ред. А.М. Столяренко. – М.: Юнити, 2001. – 456 с.
55. Старченкова Е.С., Водопьянова Н.Е. Стратегии и модели преодолевающего поведения. / Под ред. Г.С. Никифоровой, М.А. Дмитриевой, В.М. Снеткова. – СПб.: Речь, 2001. – 322 с.
56. Съедин С.И. Некоторые пути преодоления негативного влияния стрессовых ситуаций на состояние психического здоровья // Мир психологии. – 2002. - № 4. – С. 235 – 245.
57. Творогова Н.Д., Волковая В.В. Психология развития профессионала. – М.: Юнити, 2000. – 246 с.
58. Тен Е.Е. Основы социальной медицины. – М.: Инфра-М, 2003. – 208 с.
59. Трунов Д.Г. Синдром сгорания: позитивный подход к проблеме. // Журнал практического психолога. – 1998. - № 5. – С. 28 – 33.
60. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Майнулов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М.: Издательство Института Психотерапии, 2002. – 684 с.
61. Форманюк Т.В. Синдром «эмоционального выгорания» как показатель профессиональной дезадаптации учителя. // Вопросы психологии. – 1994. - № 6. – С. 35 – 40.
62. Франкл В. Человек в поисках смысла. – М.: Ось-89, 1990. – 258 с.
63. Харди И. Врач, сестра, больной. – Будапешт, 1998. – 312 с.
64. Хатагурова А. Профессиональное выгорание: может ли сестра не гореть на работе? // Сестринское дело. – 2004. - № 4 – 5. – С. 21 – 25.

## Методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко

Проверьте себя. Если вы являетесь профессионалом в какой-либо сфере взаимодействия с людьми, вам будет интересно увидеть, в какой степени у вас сформировалась психологическая защита в форме эмоционального выгорания. Читайте суждения и отвечайте «да» или «нет». Примите во внимание, что, если в формулировках опросника идет речь о партнерах, то имеются в виду субъекты вашей профессиональной деятельности - пациенты, клиенты, потребители, заказчики, учащиеся и другие люди, с которыми вы ежедневно работаете.

### Тест

1. Организационные недостатки на работе постоянно заставляют нервничать, переживать, напрягаться.
2. Сегодня я доволен своей профессией не меньше, чем в начале карьеры.
3. Я ошибся в выборе профессии или профиля деятельности (занимаю не свое место).
4. Меня беспокоит то, что я стал хуже работать (менее продуктивно, качественно, медленнее).
5. Теплота взаимодействия с партнерами очень зависит от моего настроения - хорошего или плохого.
6. От меня как профессионала мало зависит благополучие партнеров.
7. Когда я прихожу с работы домой, то некоторое время (часа 2-3) мне хочется побыть наедине, чтобы со мной никто не общался.
8. Когда я чувствую усталость или напряжение, то стараюсь поскорее решить проблемы партнера (свернуть взаимодействие).
9. Мне кажется, что эмоционально я не могу дать партнерам того, что требует профессиональный долг.

10. Моя работа притупляет эмоции.

11. Я откровенно устал от человеческих проблем, с которыми приходится иметь дело на работе.

12. Бывает, я плохо засыпаю (сплю) из-за переживаний, связанных с работой.

13. Взаимодействие с партнерами требует от меня большого напряжения.

14. Работа с людьми приносит все меньше удовлетворения.

15. Я бы сменил место работы, если бы представилась возможность.

16. Меня часто расстраивает то, что я не могу должным образом оказать партнеру профессиональную поддержку, услугу, помощь.

17. Мне всегда удается предотвратить влияние плохого настроения на деловые контакты.

18. Меня очень огорчает, если что-то не ладится в отношениях с деловым партнером.

19. Я настолько устаю на работе, что дома стараюсь общаться как можно меньше.

20. Из-за нехватки времени, усталости или напряжения часто уделяю внимание партнеру меньше, чем положено.

21. Иногда самые обычные ситуации общения на работе вызывают раздражение.

22. Я спокойно воспринимаю обоснованные претензии партнеров.

23. Общение с партнерами побудило меня сторониться людей.

24. При воспоминании о некоторых коллегах по работе или партнерах у меня портится настроение.

25. Конфликты или разногласия с коллегами отнимают много сил и эмоций.

26. Мне все труднее устанавливать или поддерживать контакты с деловыми партнерами.

27. Обстановка на работе мне кажется очень трудной, сложной.

28. У меня часто возникают тревожные ожидания, связанные с работой: что-то должно случиться, как бы не допустить ошибки, смогу ли сделать все, как надо, не сократят ли и т. п.

29. Если партнер мне неприятен, я стараюсь ограничить время общения с ним или меньше уделять ему внимания.

30. В общении на работе я придерживаюсь принципа: «не делай людям добра, не получишь зла».

31. Я охотно рассказываю домашним о своей работе.

32. Бывают дни, когда мое эмоциональное состояние плохо сказывается на результатах работы (меньше делаю, снижается качество, случаются конфликты).

33. Порой я чувствую, что надо проявить к партнеру эмоциональную отзывчивость, но не могу.

34. Я очень переживаю за свою работу.

35. Партнерам по работе отдаешь внимания и заботы больше, чем получаешь от них признательности.

36. При мысли о работе мне обычно становится не по себе: начинает колоть в области сердца, повышается давление, появляется головная боль.

37. У меня хорошие (вполне удовлетворительные) отношения с непосредственным руководителем.

38. Я часто радуюсь, видя, что моя работа приносит пользу людям.

39. Последнее время (или как всегда) меня преследуют неудачи в работе.

40. Некоторые стороны (факты) моей работы вызывают глубокое разочарование, повергают в уныние.

41. Бывают дни, когда контакты с партнерами складываются хуже, чем обычно.

42. Я разделяю деловых партнеров (субъектов деятельности) хуже, чем обычно.

43. Усталость от работы приводит к тому, что я стараюсь сократить общение с друзьями и знакомыми.

44. Я обычно проявляю интерес к личности партнера помимо того, что касается дела.

45. Обычно я прихожу на работу отдохнувшим, со свежими силами, в хорошем настроении.

46. Я иногда ловлю себя на том, что работаю с партнерами автоматически, без души.

47. По работе встречаются настолько неприятные люди, что невольно желаешь им чего-нибудь плохого.

48. После общения с неприятными партнерами у меня бывает ухудшение физического или психического самочувствия.

49. На работе я испытываю постоянные физические или психологические перегрузки.

50. Успехи в работе вдохновляют меня.

51. Ситуация на работе, в которой я оказался, кажется безысходной (почти безысходной).

52. Я потерял покой из-за работы.

53. На протяжении последнего года была жалоба (были жалобы) в мой адрес со стороны партнера(ов).

54. Мне удастся беречь нервы благодаря тому, что многое из происходящего с партнерами я не принимаю близко к сердцу.

55. Я часто с работы приношу домой отрицательные эмоции.

56. Я часто работаю через силу.

57. Прежде я был более отзывчивым и внимательным к партнерам, чем теперь.

58. В работе с людьми руководствуюсь принципом: не трать нервы, береги здоровье.

59. Иногда иду на работу с тяжелым чувством: как все надоело, никого бы не видеть и не слышать.

60. После напряженного рабочего дня я чувствую недомогание.
61. Контингент партнеров, с которым я работаю, очень трудный.
62. Иногда мне кажется, что результаты моей работы не стоят тех усилий, которые я затрачиваю.
63. Если бы мне повезло с работой, я был бы более счастлив.
64. Я в отчаянии из-за того, что на работе у меня серьезные проблемы.
65. Иногда я поступаю со своими партнерами так, как не хотел бы, чтобы поступали со мной.
66. Я осуждаю партнеров, которые рассчитывают на особое снисхождение, внимание.
67. Чаще всего после рабочего дня у меня нет сил заниматься домашними делами.
68. Обычно я тороплю время: скорей бы рабочий день кончился.
69. Состояния, просьбы, потребности партнеров обычно меня искренне волнуют.
70. Работая с людьми, я обычно как бы ставлю экран, защищающий от чужих страданий и отрицательных эмоций.
71. Работа с людьми (партнерами) очень разочаровала меня.
72. Чтобы восстановить силы, я часто принимаю лекарства.
73. Как правило, мой рабочий день проходит спокойно и легко.
74. Мои требования к выполняемой работе выше, чем то, чего я достигаю в силу обстоятельств.
75. Моя карьера сложилась удачно.
76. Я очень нервничаю из-за всего, что связано с работой.
77. Некоторых из своих постоянных партнеров я не хотел бы видеть и слышать.
78. Я одобряю коллег, которые полностью посвящают себя людям (партнерам), забывая о собственных интересах.
79. Моя усталость на работе обычно мало сказывается (никак не сказывается) в общении с домашними и друзьями.

80. Если предоставляется случай, я уделяю партнеру меньше внимания, но так, чтобы он этого не заметил.

81. Меня часто подводят нервы в общении с людьми на работе.

82. Ко всему (почти ко всему), что происходит на работе я утратил интерес, живое чувство.

83. Работа с людьми плохо повлияла на меня как профессионала — обозлила, сделала нервным, притупила эмоции.

84. Работа с людьми явно подрывает мое здоровье.

### **Обработка данных**

Каждый вариант ответа предварительно оценен компетентными судьями тем или иным числом баллов — указывается в «ключе» рядом с номером суждения в скобках. Это сделано потому, что признаки, включенные в симптом, имеют разное значение в определении его тяжести. Максимальную оценку - 10 баллов получил от судей признак, наиболее показательный для симптома.

В соответствии с «ключом» осуществляются следующие подсчеты: 1) определяется сумма баллов отдельно для каждого из 12 симптомов «выгорания», 2) подсчитывается сумма показателей симптомов для каждой из 3-х фаз формирования «выгорания», 3) находится итоговый показатель синдрома «эмоционального выгорания» сумма показателей всех 12-ти симптомов.

#### **«Напряжение»**

1. Переживание психотравмирующих обстоятельств: +1(2), +13(3), +25(2), -37(3), +49(10), +61(5), -73(5)

2. Неудовлетворенность собой:

-2(3), +14(2), +26(2), -38(10), -50(5). +62(5). +74(3)

3. «Загнанность в клетку»:

+3(10), +15(5), +27(2), +39(2), +51(5), +63(1), -75(5)

4. Тревога и депрессия:

+4(2), +16(3), +28(5), +40(5), +52(10), +64(2), +76(3)

**«Резистенция»**

1. Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование: +5(5), -17(3), +29(10), +41(2), +53(2), +65(3), +77(5)
2. Эмоционально-нравственная дезориентация: +6(10), -18(3), +30(3), +42(5), +54(2), +66(2), -78(5)
3. Расширение сферы экономии эмоции: +7(2), +19(10), -31(2), +43(5), +55(3), +67(3), -79(5)
4. Редукция профессиональных обязанностей: +8(5), +20(5), +32(2), -44(2), +56(3), +68(3), +80(10)

**«Истощение»**

1. Эмоциональный дефицит:  
+9(3), +21(2), +33(5), -45(5), +57(3), -69(10), +81(2)
2. Эмоциональная отстраненность:  
+10(2), +22(3), -34(2), +46(3), +58(5), +70(5), +82(10)
3. Личностная отстраненность (деперсонализация): +11(5), +23(3), +35(3), +47(5), +59(5), +72(2), +83(10)
4. Психосоматические и психовегетативные нарушения: +12(3), +24(2), +36(5), +48(3), +60(2), +72(10), +84(5)

WWW

### Бланк ответов «Методика диагностики эмоционального выгорания»

№	Да	Нет	№	Да	Нет	№	Да	Нет	№	Да	Нет
1			22			43			64		
2			23			44			65		
3			24			45			66		
4			25			46			67		
5			26			47			68		
6			27			48			69		
7			28			49			70		
8			29			50			71		
9			30			51			72		
10			31			52			73		
11			32			53			74		
12			33			54			75		
13			34			55			76		
14			35			56			77		
15			36			57			78		
16			37			58			79		
17			38			59			80		
18			39			60			81		
19			40			61			82		
20			41			62			83		
21			42			63			84		

## Тест «Способность самоуправления»

Ответы на вопросы (№)						Баллы
1	17	31	9	25	41	
2	18	34	10	26	42	
3	19	35	11	27	43	
4	20	36	12	28	44	
5	21	37	13	29	45	
6	22	38	14	30	46	
7	23	39	15	31	47	
8	24	40	16	32	48	

## Анкета

1. Практика показывает, что я верно определяю свои возможности в любой деятельности.
2. Я предусмотрительный человек.
3. Берусь только за то, что смогу довести до конца.
4. Обычно хорошо представляю, что нужно сделать, чтобы добиться задуманного.
5. Постоянно пытаюсь найти ответ на вопрос «Что такое хорошо и что такое плохо?»
6. Прежде чем сделать окончательный шаг, я взвешиваю все «за» и «против».
7. Всегда отдаю себе отчет в том, что со мной происходит.
8. Непредвиденные препятствия не мешают мне довести дело до конца.
9. У меня не хватает терпения долго разбираться в том, что не решается сразу.
10. В своих поступках и делах не люблю заглядывать далеко вперед.

11. Редко задумываюсь о главных целях своей жизни.
12. Отсутствие продуманных планов не мешает мне добиваться хороших результатов
13. Часто затрудняюсь сказать, того ли я достиг, чего хотел.
14. На выбор моих решений влияют не поставленные цели, а настроение в данный момент.
15. Мне часто кажется, что целый час или два исчезли неизвестно куда.
16. Тот, кто считает необходимым исправлять все допущенные промахи, не замечает, как совершает новые.
17. Когда нужно разбираться в сложной обстановке, чувствую причин энергии и сил.
18. Я четко представляю свои жизненные перспективы.
19. Умею отказываться от всего, что отвлекает меня от цели.
20. В своих поступках и словах следую пословице: «Семь раз отмерь, один — отрежь».
21. Уделяю много времени тому, чтобы понять, с каких позиций надо оценивать свои действия.
22. В своих действиях я успешно сочетаю риск с осмотрительностью.
23. Необходимость проверять самого себя стала моей второй натурой.
24. Когда у меня портятся отношения с людьми, могу их изменить.
25. Как правило, мне бывает трудно выделить главное в сложившейся ситуации.
26. Жизнь показывает, что мои прогнозы редко сбываются.
27. Люди, которые всегда четко знают, чего хотят, представляются мне слишком рациональными.
28. Удача сопутствует тому, кто не планирует заранее, а полагается на естественный ход событий.
29. Мне не хватает чувства меры в отношениях с близкими.
30. Меня угнетает необходимость принимать срочные решения.

31. Обычно мало слежу за своей речью.
32. Некоторые свои привычки я охотно бы изменил, если бы знал, как это сделать.
33. Что я хочу и что должен делать — вот предмет моих постоянных раздумий.
34. Заранее знаю, каких поступков можно ожидать от людей.
35. Обычно с самого начала четко представляю будущий результат.
36. Пока не сложился в голове четкий, конкретный план, не начинаю серьезного разговора.
37. У меня всегда есть точные ориентиры, по которым я оцениваю свой труд.
38. Я всегда учитываю последствия принимаемых мной решений.
39. Внимательно слежу за тем, понимают ли меня во время споров.
40. Я готов снова и снова заниматься совершенствованием уже законченной работы.
41. Сколько ни анализирую свои жизненные трудности, не могу достичь полной ясности.
42. Жизнь так сложна, что считаю пустой тратой времени предвосхищать ход событий.
43. Следование однажды поставленной цели очень обедняет жизнь.
44. Считаю, что планируй, не планируй, а обстоятельства всегда сильнее.
45. В последнее время ловлю себя на том, что придаю большое значение мелочам, забывая о главном.
46. Мне обычно не удается найти правильное решение из-за большого количества возможных вариантов.
47. В ссорах не замечаю, как «выхожу из себя».
48. Сделав дело, предпочитаю не исправлять даже явные просчеты.

### Образец контрольной точки

Считать только						Результат, баллы	Наименование этапов самоуправления	Оценка уровня самоуправления по шкале
«Да» (+)			«Нет» (-)					
1	17	33	9	24	41	$\sum_1$	Анализ противоречий	
2	18	34	10	26	42	$\sum_2$	Прогнозирование	
3	19	35	11	27	43	$\sum_3$	Целеполагание	
4	20	36	12	28	44	$\sum_4$	Планирование	
5	21	37	13	29	45	$\sum_5$	Критерий оценки качества	
6	22	38	14	30	46	$\sum_6$	Принятия решения	
7	23	39	15	31	47	$\sum_7$	Самоконтроль	
8	24	40	16	32	48	$\sum_8$	Коррекция	
						Общая сумма $\sum_{i=1}^8$		

### Психодиагностическая шкала

Показатели	Уровни способности самоуправления				
	Низкий	Ниже среднего	Средний	Выше среднего	Высокий
Мужчины	0-13	14-22	23-31	32-40	41
Женщины	0-11	12-21	22-30	31-39	40
Этапы	0-1	2	3-4	5	6

## Приложение 3

**Сводная таблица результатов исследования эмоционального выгорания и саморегуляции у медсестер терапевтического отделения**

№	Возраст	Стаж работы	Выгорание														Саморегуляция									
			ППО	НС	ЗВК	ТИД	Напряжение	НИЭР	ЭНД	РСЭЭ	РПО	Резистенция	ЭД	ЭО	ЛЮ	ПИПН	Истощение	Анализ противоречий	Прогнозирование	Целеполагание	Планирование	Критерии оценки качества	Принятие решения	Самоконтроль	Коррекция	Сумма
1	32	12	4	8	1	7	20	12	10	11	7	40	17	8	8	7	40	4	2	3	2	4	5	4	2	26
2	27	8	17	8	18	7	50	15	14	6	20	55	9	0	13	10	32	4	2	2	2	3	2	4	4	23
3	29	8	0	3	5	0	8	10	2	3	7	22	0	7	0	3	10	5	5	6	6	5	5	5	5	42
4	30	10	22	5	6	8	41	26	7	8	13	54	23	3	10	7	43	2	4	3	5	2	4	2	2	24
5	29	9	9	3	21	0	32	27	27	7	9	70	10	15	10	3	38	4	4	4	4	2	5	2	1	26
6	35	15	2	3	0	5	10	18	17	5	15	55	2	8	8	4	22	5	4	5	3	5	6	5	4	37
7	33	12	2	3	5	0	10	18	17	0	2	37	12	8	8	4	32	5	4	5	3	5	6	5	4	37
8	36	14	17	3	11	3	34	13	2	13	16	44	5	3	5	7	20	4	4	5	5	3	4	4	3	32
9	27	8	7	3	11	3	34	13	2	14	16	44	5	3	5	7	20	4	4	5	5	3	4	4	3	32
10	26	8	5	15	21	0	40	3	10	10	8	31	17	10	8	0	35	3	2	4	0	1	1	2	3	15
11	32	12	22	5	6	8	41	26	7	8	13	54	23	3	10	7	43	4	2	3	2	4	5	4	2	26
12	27	8	9	3	21	0	32	27	27	7	9	70	10	15	10	3	38	4	2	2	2	3	2	4	4	23
13	29	9	22	5	6	8	41	26	7	8	13	54	23	3	10	7	43	5	5	6	6	5	5	5	5	42
14	30	9	9	3	21	0	32	27	27	7	9	70	10	15	10	3	38	2	4	3	5	2	4	2	2	24
15	26	8	2	3	0	5	10	18	17	5	15	55	2	8	8	4	22	4	4	4	4	2	5	2	1	26
16	37	15	2	3	5	0	10	18	17	0	2	37	12	8	8	4	32	5	4	5	3	5	6	5	4	37
17	31	11	17	3	11	3	34	13	2	13	16	44	5	3	5	7	20	5	4	5	3	5	6	5	4	37
18	36	15	7	3	11	3	34	13	2	14	16	44	5	3	5	7	20	4	4	5	5	3	4	4	3	32
19	27	8	4	8	1	7	20	12	10	11	7	40	17	8	8	7	40	4	4	5	5	3	4	4	3	32
20	35	15	17	8	18	7	50	15	14	6	20	55	9	0	13	10	32	5	4	5	3	5	6	5	4	37
21	33	12	0	3	5	0	8	10	2	3	7	22	0	7	0	3	10	5	4	5	3	5	6	5	4	37
22	36	14	22	5	6	8	41	26	7	8	13	54	23	3	10	7	43	4	4	5	5	3	4	4	3	32
23	29	8	9	3	21	0	32	27	27	7	9	70	10	15	10	3	38	4	4	5	5	3	4	4	3	32
24	30	9	2	3	0	5	10	18	17	5	15	55	2	8	8	4	22	2	4	3	5	2	4	2	2	24
25	28	8	17	3	11	3	34	13	2	13	16	44	5	3	5	7	20	4	4	4	4	2	5	2	1	26
26	35	15	7	3	11	3	34	13	2	14	16	44	5	3	5	7	20	5	4	5	3	5	6	5	4	37
27	33	12	5	15	21	0	40	3	10	10	8	31	17	10	8	0	35	5	4	5	3	5	6	5	4	37
28	36	15	22	5	6	8	41	26	7	8	13	54	23	3	10	7	43	4	4	5	5	3	4	4	3	32
29	38	10	9	3	21	0	32	27	27	7	9	70	10	15	10	3	38	4	4	5	5	3	4	4	3	32
30	27	8	22	5	6	8	41	26	7	8	13	54	23	3	10	7	43	3	2	4	0	1	1	2	3	15

## Приложение 4

**Сводная таблица результатов исследования эмоционального выгорания и саморегуляции у медсестер хирургического отделения**

№	Возраст	Стаж работы	Выгорание														Саморегуляция									
			ППО	НС	ЗВК	ТИД	Напряжение	НИЭР	ЭНД	РСЭЭ	РПО	Резистенция	ЭД	ЭО	ЛЮ	ПИПН	Истощение	Анализ противоречий	Прогнозирование	Целеполагание	Планирование	Критерии оценки качества	Принятие решения	Самоконтроль	Коррекция	Сумма
31	28	8	27	13	8	13	61	25	12	16	18	71	18	18	20	15	71	3	4	5	4	3	6	2	3	30
32	27	8	27	15	13	13	68	27	2	6	20	55	17	20	15	7	59	2	1	5	5	0	2	3	3	21
33	29	9	23	13	23	28	87	22	7	6	16	51	25	26	10	22	83	3	3	4	2	4	3	4	1	24
34	29	8	22	12	22	26	82	20	6	5	15	46	24	25	8	21	78	4	3	3	2	4	4	3	2	25
35	36	15	30	17	23	26	96	20	2	28	21	71	23	24	25	20	92	3	1	4	3	4	2	3	1	21
36	28	9	23	7	13	13	56	20	19	10	18	67	25	20	15	0	60	4	1	3	2	2	3	1	1	17
37	38	13	12	18	13	10	55	15	15	11	25	66	23	30	32	30	105	2	1	2	3	1	2	2	1	14
38	29	10	24	16	24	18	81	12	17	10	28	67	9	10	28	11	58	2	3	3	1	3	2	2	3	19
39	27	8	22	15	22	17	76	12	16	10	23	61	9	10	24	13	56	3	2	3	3	2	1	2	3	19
40	29	8	20	7	16	15	58	21	25	3	20	67	20	18	13	3	54	3	2	2	3	3	2	2	2	19
41	28	9	23	13	23	28	87	22	7	6	16	51	25	26	10	22	83	4	1	3	2	2	3	1	1	17
42	32	11	22	12	22	26	82	20	6	5	15	46	24	25	8	21	78	2	1	2	3	1	2	2	1	14
43	31	10	30	17	23	26	96	20	2	28	21	71	23	24	25	20	92	2	3	3	1	3	2	2	3	19
44	28	8	27	13	8	13	61	25	12	16	18	71	18	18	20	15	71	2	1	5	5	0	2	3	3	21
45	29	9	27	15	13	13	68	27	2	6	20	55	17	20	15	7	59	3	3	4	2	4	3	4	1	24
46	29	8	22	15	22	17	76	12	16	10	23	61	9	10	24	13	56	4	3	3	2	4	4	3	2	25
47	36	15	20	7	16	15	58	21	25	3	20	67	20	18	13	3	54	3	1	4	3	4	2	3	1	21
48	27	8	23	13	23	28	87	22	7	6	16	51	25	26	10	22	83	4	1	3	2	2	3	1	1	17
49	38	10	27	15	13	13	68	27	2	6	20	55	17	20	15	7	59	2	1	2	3	1	2	2	1	14
50	29	9	23	13	23	28	87	22	7	6	16	51	25	26	10	22	83	2	3	3	1	3	2	2	3	19
51	27	8	22	12	22	26	82	20	6	5	15	46	24	25	8	21	78	3	2	3	3	2	1	2	3	19
52	28	8	30	17	23	26	96	20	2	28	21	71	23	24	25	20	92	3	2	2	3	3	2	2	2	19
53	29	9	23	7	13	13	56	20	19	10	18	67	25	20	15	0	60	4	1	3	2	2	3	1	1	17
54	32	12	12	18	13	10	55	15	15	11	25	66	23	30	32	30	105	2	1	2	3	1	2	2	1	14
55	31	10	24	16	24	18	81	12	17	10	28	67	9	10	28	11	58	2	3	3	1	3	2	2	3	19
56	28	8	24	16	24	18	81	12	17	10	28	67	9	10	28	11	58	3	4	5	4	3	6	2	3	30
57	33	14	22	15	22	17	76	12	16	10	23	61	9	10	24	13	56	2	1	5	5	0	2	3	3	21
58	29	10	20	7	16	15	58	21	25	3	20	67	20	18	13	3	54	3	3	4	2	4	3	4	1	24
59	32	13	23	13	23	28	87	22	7	6	16	51	25	26	10	22	83	2	3	3	1	3	2	2	3	19
60	30	10	22	12	22	26	82	20	6	5	15	46	24	25	8	21	78	3	2	3	3	2	1	2	3	19

**Корреляция результатов медсестер терапевтического отделения****(\* Корреляция значима на уровне 0,05, \*\* Корреляция значима на уровне 0,01)**

WWW.STUDRESEARCH.RU

**Корреляция результатов медсестер хирургического отделения****(\* Корреляция значима на уровне 0,05, \*\* Корреляция значима на уровне 0,01)**

WWW.STUDRESEARSH.RU

**Определение различий у медсестер терапевтического и хирургического  
отделения в выраженности эмоционального выгорания  
по критерию Манна-Уитни**

		Ranks		
	ГРУППА	N	Mean Rank	Sum of Ranks
ППО	1,00	30	17,53	526,00
	2,00	30	43,47	1304,00
	Total	60		
НС	1,00	30	17,43	523,00
	2,00	30	43,57	1307,00
	Total	60		
ЗВК	1,00	30	19,50	585,00
	2,00	30	41,50	1245,00
	Total	60		
ТИД	1,00	30	15,50	465,00
	2,00	30	45,50	1365,00
	Total	60		
НАПРЯ- ЖЕН	1,00	30	15,50	465,00
	2,00	30	45,50	1365,00
	Total	60		
НИЭР	1,00	30	28,85	865,50
	2,00	30	32,15	964,50
	Total	60		
ЭНД	1,00	30	30,85	925,50
	2,00	30	30,15	904,50
	Total	60		
РСЭЭ	1,00	30	30,20	906,00
	2,00	30	30,80	924,00
	Total	60		
РПО	1,00	30	18,07	542,00
	2,00	30	42,93	1288,00
	Total	60		
РЕЗИСТЕН	1,00	30	23,22	696,50
	2,00	30	37,78	1133,50
	Total	60		
ЭД	1,00	30	21,40	642,00
	2,00	30	39,60	1188,00
	Total	60		
ЭО	1,00	30	16,70	501,00
	2,00	30	44,30	1329,00
	Total	60		
ЛО	1,00	30	19,18	575,50
	2,00	30	41,82	1254,50
	Total	60		
ПИПН	1,00	30	20,78	623,50
	2,00	30	40,22	1206,50
	Total	60		
ИСТОЩЕ- НИ	1,00	30	15,50	465,00
	2,00	30	45,50	1365,00
	Total	60		

## Test Statistics

	ППО	НС	ЗВК	ТИД	НАПРЯ- ЖЕН	НИЭР	ЭНД
Mann-Whitney U	61,000	58,000	120,000	,000	,000	400,500	439,500
Wilcoxon W	526,000	523,000	585,000	465,000	465,000	865,500	904,500
Z	-5,793	-5,894	-4,903	-6,695	-6,668	-,736	-,157
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,462	,875

a Grouping Variable: ГРУППА

РСЭЭ	РПО	РЕЗИСТЕН	ЭД	ЭО	ЛО	ПИПН	ИСТОЩЕ- НИ
441,000	77,000	231,500	177,000	36,000	110,500	158,500	,000
906,000	542,000	696,500	642,000	501,000	575,500	623,500	465,000
-,134	-5,549	-3,245	-4,064	-6,166	-5,100	-4,374	-6,668
,893	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,000

### Определение различий у медсестер терапевтического и хирургического отделения в проявлении саморегуляции по критерию Манна-Уитни

Ранги

	Отделение	N	Средний ранг	Сумма рангов
Анализ	1,00	30	40,80	1224,00
	2,00	30	20,20	606,00
	Всего	60		
Прогноз	1,00	30	41,87	1256,00
	2,00	30	19,13	574,00
	Всего	60		
Целепол	1,00	30	38,28	1148,50
	2,00	30	22,72	681,50
	Всего	60		
План	1,00	30	37,02	1110,50
	2,00	30	23,98	719,50
	Всего	60		
Оценка	1,00	30	35,87	1076,00
	2,00	30	25,13	754,00
	Всего	60		
Решение	1,00	30	40,50	1215,00
	2,00	30	20,50	615,00
	Всего	60		
Самоконт	1,00	30	40,10	1203,00
	2,00	30	20,90	627,00
	Всего	60		
Коррекц	1,00	30	38,48	1154,50
	2,00	30	22,52	675,50
	Всего	60		
Сумма	1,00	30	42,42	1272,50
	2,00	30	18,58	557,50
	Всего	60		

Статистика критерия(а)

	Анализ	Прогноз	Целепол	План	Оценка	Решение	Самоконт	Коррекц	Сумма
Статистика U Манна-Уитни	141,000	109,000	216,500	254,500	289,000	150,000	162,000	210,500	92,500
Статистика W Уилкоксона	606,000	574,000	681,500	719,500	754,000	615,000	627,000	675,500	557,500
Z	-4,751	-5,270	-3,602	-2,974	-2,443	-4,539	-4,453	-3,698	-5,318
Асимпт. знч. (двухсторонняя)	,000	,000	,000	,003	,015	,000	,000	,000	,000

а Группирующая переменная: Отделение