

**МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева»
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт социально-гуманитарных технологий
Кафедра специальной психологии

Шадрина Анастасия Юрьевна

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

**Психологическая программа профилактики эмоционального выгорания
медицинских работников**

Направление подготовки 37.04.01 Психология
Направленность (профиль) образовательной программы
Психологическое консультирование и психотерапия

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ:

Заведующий кафедрой

д-р мед.наук, профессор Шилов С.Н.

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

С.Н.Ш. 9.12.2019

(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы

канд. психол. наук, доцент Верхотурова Н.Ю.

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

Н.Ю.В. 9.12.2019

(дата, подпись)

Научный руководитель

канд. психол.наук, доцент Иванова Н.Г.

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

Н.Г.И. 9.12.2019

(дата, подпись)

Обучающийся

Шадрина А.Ю.

(фамилия, инициалы)

А.Ю.Ш. 9.12.2019

(дата, подпись)

Красноярск, 2019

Оглавление

Введение.....	3
Глава I. Теоретические основы изучения синдрома эмоционального выгорания.....	9
1.1 Проблема синдрома эмоционального выгорания в психологии.....	9
1.2 Эмоциональное выгорание медицинских работников.....	13
1.3 Факторы, влияющие на синдром эмоционального выгорания медицинских работников.....	18
Выводы по первой главе.....	25
Глава II. Экспериментальное изучение синдрома эмоционального выгорания медицинских работников.....	28
2.1 Организация, методы и методики исследования.....	28
2.2 Особенности эмоционального выгорания медицинских работников.....	34
Выводы по второй главе.....	53
Глава III. Психологическая программа профилактики синдрома эмоционального выгорания медицинских работников.....	56
3.1 Основные направления, формы и методы психологической профилактики синдрома эмоционального выгорания медицинских работников	56
3.2 Контрольный эксперимент и его анализ.....	62
Выводы по третьей главе.....	85
Заключение.....	88
Список литературы.....	91
Приложение.....	98

Введение

Актуальность исследования. В настоящее время проблемы профессионального здоровья и личностного благополучия медицинских работников привлекают все больше внимания как со стороны отечественных, так и зарубежных исследователей. В первую очередь, это связано с высокой ценой врачебной ошибки, вероятность которой повышается из-за состояний, высокого психоэмоционального напряжения и стресса. Медики являются представителями той профессии, в которой от специалистов требуется интенсивное и содержательно насыщенное взаимодействие с людьми (пациентами, их родственниками, коллегами). Последствия профессионального стресса медицинских работников могут проявляться в десоциализации, отчуждении, формировании различных профессионально-личностных деформациях, нарушении межличностных отношений на работе и в семье.

Наиболее актуальным для решения обозначенной проблемы является разработка адекватных психологических средств для оценки и профилактики профессионально-специфических форм психологической напряженности и, в частности, стресса у медицинских работников, что позволит сохранить эффективность труда, профессиональное долголетие и психическое здоровье специалистов.

Однако до настоящего времени проблема развития и специфики проявлений профессионального стресса у медиков систематически не изучена. Основное внимание исследователей сконцентрировано, на изучении синдрома выгорания как одного из наиболее типичных и выраженных негативных последствий стресса во врачебной деятельности. В исследованиях не раскрывают многие другие особенности формирования профессионального стресса у медицинских работников. Кроме того, в литературе обнаружены зачастую противоречивые данные о связи

профессионального стресса такими факторами, как пол, возраст врачей, стаж работы по специальности, тип организации, где работает медик. Отсутствие четкой картины взаимосвязей затрудняет формирование адекватных путей профилактики и коррекции профессионального стресса у разных категорий медиков. Для того, чтобы изучить картину проявлений синдрома стресса в целом, необходимо применение системной стратегии анализа этого сложного феномена, что позволило бы существенно продвинуться вперед в области коррекции и профилактики профессионального стресса в конкретных видах медицинского труда.

Деятельность медицинских работников связана с интенсивными рабочими нагрузками разного типа, в частности, обслуживанием непрерывного потока пациентов и переработкой больших объемов разнородной информации, высокой ценой внутренних затрат, требуемых при решении трудовых задач, профессиональной, социальной и юридической ответственностью за результаты лечения. Объяснение фактов наличия выраженного неблагополучия у медицинских работников в процессе их трудовой деятельности не может быть полным, если не учитывать результаты детального психологического анализа особенностей проявлений стресса в конкретных видах медицинского труда. В то же время, в литературе отсутствуют данные, базирующиеся на комплексном анализе проявлений стресса в деятельности медиков разных специализаций, которые позволили бы выявить особенности формирования профессионально обусловленных синдромов стресса в полном цикле его развития — от причин, определяемых содержательной спецификой и условиями деятельности медработника определенной специализации, до фиксации негативных переживаний стресса в виде хронических неблагоприятных состояний и нарушений здоровья как в личностном, так и соматическом плане. Вместе с тем, именно такой подход признан в настоящее время наиболее перспективным для изучения профессионального стресса в разных видах труда. На этой основе

оказывается возможной качественная подготовка специализированных средств оказания психологической помощи представителям различных профессий — в частности, медикам разных специализаций, работающим в различных организациях.

Цель – выявить особенности эмоционального выгорания медицинских работников и предложить психологическую программу профилактики эмоционального выгорания исследуемого контингента.

Объект исследования. Эмоциональное выгорание медицинских работников.

Предмет исследования. Психологическая программа профилактики эмоционального выгорания медицинских работников.

Гипотеза исследования. Показателями эмоционального выгорания медицинских работников выступают истощение, деперсонализация, редукция эмоциональных достижений. Полагаем, что преодоление данных симптомов возможно при использовании разработанной нами психологической программы.

Содержание труда и особенности условий реализации деятельности определяют специфику развития синдромов профессионального стресса у медицинских работников разной специфики деятельности.

Реализация поставленной цели и проверка выдвинутой гипотезы осуществлялась в процессе последовательного решения следующих задач исследования:

1. Анализ литературы по проблеме исследования;
2. В результате эмпирического исследования выявить особенности эмоционального выгорания медицинских работников;
3. Предложить психологическую программу профилактики эмоционального выгорания медицинских работников и проверить ее эффективность.

Используемые методы:

— Наблюдение;

- Тестирование;
- Сравнение;
- Анализ литературы.

Теоретико-методологической основой исследования являются основные принципы и идеи субъектно-деятельностного подхода (А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн); теоретические и практические исследования феномена эмоционального выгорания (В.В. Бойко, К. Маслач, А. Водопьянова), результаты современных психологических исследований феномена эмоционального выгорания (В.В. Бойко, К. Маслач, Х.Дж.Фрейденберг и др.), представления об эмоциональном выгорании, как о виде деформации личности, сформировавшейся в ответ на длительный стресс в профессиональном общении в виде выработанной психикой человека специфической психологической защиты, приводящей к полному (частичному) исключению эмоциональных реакций (В.В. Бойко, Н.Е. Водопьянова и др.).

База исследования. Исследование было проведено на базе Муниципального бюджетного учреждения здравоохранения Курагинской Центральной районной больницы. Выборка респондентов в проведенном исследовании составила 40 сотрудников лечебно-профилактического учреждения в возрасте от 27 до 52 лет. В исследовании приняли участие врачи различных специализаций, медицинские сестры, фельдшеры скорой помощи и фельдшерских акушерских пунктов. Трудовой стаж в занимаемой должности от 1 года до 30 лет.

Теоретическая значимость работы заключается в развитии системных представлений об особенностях и качественном своеобразии синдромов профессионального стресса на примере изучения содержательных особенностей разных видов медицинской деятельности. В диссертации подтверждаются данные о наличии достоверной взаимосвязи между содержанием конкретного вида труда и развитием неоднородных синдромов

стресса у представителей одной сферы деятельности. Полученные сведения могут быть систематизированы на основе учета факторов: напряженности в труде; неэффективности используемых профессионалами компенсаторных средств и стратегий преодоления стресса, ведущих к развитию устойчивых форм профессионального и личностного неблагополучия; ухудшения качества жизни медиков и возникновения риск-факторов для срывов психического здоровья высококвалифицированных специалистов.

Практическая значимость исследования. Результаты исследования имеют непосредственную практическую значимость с точки зрения собранного нового диагностического материала, что является ключевым для определения текущего статуса профессионального здоровья и психологического благополучия медицинских работников. Результаты диагностического обследования служат основой для выявления основных стресс-факторов в труде медицинских работников каждой из рассмотренных специализаций. Описанная специфика синдромов стресса и факторов, обуславливающих их развитие, может быть использована при разработке комплексов конкретных рекомендаций по психопрофилактике стрессовых состояний, а также для предупреждения развития неблагоприятных последствий стресса в форме устойчивых личностных и поведенческих деформаций.

Этапы работы: в сентябре 2018 г. мы провели теоретический обзор литературы, разработали программу диссертационного исследования по интересующей нас проблематике, подобрали методики психодиагностической, психокоррекционной и направленности. Подготовили первую главу диссертационного исследования и оформили выводы. Сформулировали основные пункты введения диссертационного исследования: объект, предмет, цель, задачи. Оформили методологические основы исследования, его теоретическую и практическую значимость, разработали модель и программа научного исследования, в которой

определили содержание, цель, задачи; основные компоненты и направления психологической работы; подобрали методы и методики. В октябре 2018 г. была определена организация исследования и критерии комплектования экспериментальной выборки; проведён констатирующий эксперимент и описаны его результаты; оформлен текст второй главы диссертационного исследования. Сформулированы выводы. Подготовлена вторая глава исследования. В период с октября по март 2018-2019 гг. нами был проведен формирующий эксперимент. В апреле мы провели контрольный эксперимент и описали его результаты. В период с марта по август провели сравнительный анализ результатов констатирующего и контрольного экспериментов, описали его результаты. Подготовили третью главу диссертационного исследования, оформили выводы, заключение.

Структура работы: исследовательская работа состоит из введения, трех глав: теоретической и двух практических, заключения, списка использованной литературы, включающего 74 источника, и 6 приложений. Работа содержит 40 рисунков и 1 таблицу.

Глава I. Теоретические основы изучения синдрома эмоционального выгорания

1.1 Проблема синдрома эмоционального выгорания в психологии

Проблемой изучения синдрома эмоционального выгорания занимались отечественные и зарубежные ученые такие, как В. В. Бойко, О. К. Маслач, С. Джексон, Х. Фрейденберг и др.

Как отмечают многие ученые, психологическое здоровье является одной из многочисленных составляющих, определяющих продуктивность, надежность, успешность профессиональной деятельности. Руководители, имеющие опыт и знания управления коллективом, понимают значение психологического здоровья в отношении продуктивности деятельности, поэтому особое внимание заостряют на создании благоприятных условий труда [6].

Профессиональная деятельность имеет определенное значение в жизни любого: это и смысл жизни, и фокус всех поставленных целей, задач и помыслов [10]. Формирование личностных качеств происходит в течение осуществления профессиональной деятельности, которые необходимы именно для этой специальности, то есть формирование специалиста из обычного человека [23]. Долгий и кропотливый труд, который зависит от огромного количества факторов – это и есть формирование профессиональных качеств, которые необходимы для осуществления деятельности работника той или иной специальности. Формирование происходит на протяжении всей жизни человека в профессии: начинается с момента выбора профессии, когда идет процесс обучения и до окончания осуществления человеком своих обязанностей по профессии. Данный процесс полностью зависит от изменчивости профессии на протяжении

жизнедеятельности(появление новых методов, технологий), требований общества к ней [20]. Исходя из этого, абсолютно все профессиональные направления деятельности человека накладывают свой психологический отпечаток на личность, изменяя ее «под себя». Подобная «деформация» становится возможностью как для роста профессионала высокого класса в своем деле, так и для формирования деструкций в профессии. Как отмечает Э.Ф. Зеер, профессиональные деструкции – это постепенно накопившиеся изменения сложившейся структуры деятельности и личности, негативно сказывающиеся на продуктивности труда и взаимодействии с другими участниками этого процесса, а также на развитии самой личности. Преодоление профессиональных деструкций сопровождается психической напряженностью, психологическим дискомфортом, кризисными явлениями. Одним из проявлений профессиональных деструкций личности является феномен эмоционального выгорания [56].

Синдром эмоционального выгорания впервые в истории был описан американским психиатром Х. Фрейденбергом в 1974 году [43]. Данный термин ввели с той целью, чтобы охарактеризовать психологическое состояния здоровых людей, профессия которых неотъемлемо сопровождается тесным контактом в общении с людьми, а также регулярным напряжением эмоционального состояния [57]. В настоящее время известно великое множество концепций о развитии и формировании эмоционального выгорания.

В частности, в теории А. Пайнса и Е. Аронсона [3], выгорание – это состояние физического, эмоционального и когнитивного истощения, вызванного длительным пребыванием в эмоционально перегруженных ситуациях. Главным фактором, как раз, является истощение, все же остальные проявления считаются следствием. Следуя логике данной теории, синдром эмоционального выгорания грозит представителям абсолютно различных профессий.

Теория Д. Дирендонка, В. Шауфели, Х. Сиксма [3], отражает мысль о двухмерной конструкции, в которую входят деперсонализация и эмоциональное истощение. Проявления первого элемента конструкции есть в изменении отношений к окружающим или себе, и носит название «установочного». Второй элемент, который называется «аффективный», из разряда жалоб на свое здоровье, физическое самочувствие, нервное напряжение, эмоциональное истощение.

В концепции Дж. Гринберга [23], профессиональное выгорание представляет собой пятиступенчатый прогрессирующий процесс, состоящий из следующих этапов:

1. медовый месяц (имеется удовольствие от работы, но под влиянием длительных стрессов, связанных с работой, оно снижается);
2. недостаток топлива (на этом этапе возникают первые признаки физиологических нарушений (в частности, это могут быть нарушения сна, проявление усталости), интерес к трудовой деятельности снижен, человек начинает сторониться своих обязанностей);
3. хронические симптомы (проявляются измождением, снижением иммунитета, раздражительностью или чувством подавленности, постоянными опаздываниями, нехваткой времени);
4. кризис (формирование хронических заболеваний, утрата работоспособности, снижение жизненной удовлетворенности);
5. пробивание стены (дальнейшее развитие заболеваний).

В основу своей теории Б. Перлман и Е. А. Хартман [26] положили прогрессирующий процесс проявления трех видов реакций на профессиональные стрессы:

1. физиологические реакции, ведущие к физическому истощению;
2. аффективно-когнитивные реакции, ведущие к эмоциональному и мотивационному истощению, деморализации;

3. поведенческие реакции, которые выражаются в дистанцировании от своих трудовых обязанностей и снижении продуктивности деятельности.

Наиболее популярной теорией эмоционального выгорания считается концепция К. Маслач и С. Джексона, которые систематизировали характеристики синдрома эмоционального выгорания и разработали опросник для его оценки. По теории К. Маслач и С. Джексона, «выгорание» представляет собой трехмерный конструкт, включающий в себя эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию личных достижений [21]. Под эмоциональным истощением подразумевается эмоциональная опустошенность и усталость человека, которые вызваны трудовой деятельностью. Под деперсонализацией предполагается циничное отношение к труду и объектам своего труда. И редукция профессиональных достижений – проявляется в возникновении у сотрудников чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере, а также, осознание неуспеха в ней [43].

В современном мире интерес к проблеме синдрома эмоционального выгорания возрастает. Происходят исследования данной проблемы, проработанная информация распространяется в среде различных отраслей профессиональной деятельности. Как правило, более всего эмоциональному выгоранию подвержены специалисты, чья деятельность связана с интенсивным общением, постоянным напряжением эмоциональной сферы [57]. Профессиональная деятельность в короткие сроки приводит к изменениям эмоций, зачастую, в негативную сторону: возникает ощущение истощенности или опустошенности, неспособность быстро восстановиться, появляется хроническая усталость, эмоциональная перегрузка. Данные параметры характеризуют синдром эмоционального выгорания [12].

Таким образом, проблема эмоционального выгорания изучается уже долгое время. Многие отечественные и зарубежные ученые посвятили свои научные труды изучению специфики данного вопроса. Синдром

эмоционального выгорания носит отрицательный характер и влечет негативные последствия, связанные не только с психоэмоциональным здоровьем человека и его профессиональной занятостью, но и с жизнедеятельностью индивида в целом. Изучая научную литературу по данному вопросу, можно сделать вывод, что деятельность сотрудников, тесно связанных с межличностным общением, имеет множество факторов, которые снижают эмоциональную защиту, поэтому в ее результате у специалистов формируется синдром эмоционального выгорания. Более подробно мы рассмотрим это во втором параграфе данной главы.

1.2 Эмоциональное выгорание медицинских работников

По словам В.Е. Орел, профессиональная деятельность работников здравоохранения по праву считается одной из самых сложных и ответственных видов деятельности человека. Ее составляющими являются высокие интеллектуальные нагрузки, хорошая память, как долговременная, так и оперативная, высокий уровень психического и физического здоровья, ответственность за здоровье и жизнь пациентов, эмоциональная насыщенность, напряжение, как психическое, так и физическое, а также большое количество стрессовых факторов [32]. Н.В. Семенова отмечает, что уровень профессиональной деятельности имеет тесную связь со степенью проявления тех или иных качеств, а так же влияет на эффективности труда [64], которая у работников сферы здравоохранения должна быть всегда на высшем уровне. Среди медицинских работников более всего синдрому эмоционального выгорания подвержены медицинские работники среднего звена, к которым относятся медицинские сестры и фельдшеры. Это связано с условиями деятельности среднего медицинского персонала. Их рабочий день – это тесное общение с пациентами, которые требуют постоянной заботы и внимания [43]. Подвергая себя постоянной «ноше общения», медицинские

работники среднего звена учреждений здравоохранения, вынуждены подвергаться влиянию чужих отрицательных эмоций –то проявляя эмпатию, то избегая конфликтов, под влиянием раздражения и агрессии [56]. Н. А. Огнерубов отмечает, что сильно влияет на возникновение изменений в эмоциональной среде медиков, и, как правило, в негативную сторону: истощение или опустошение, тревожность, ригидность, фрустрация, чувство хронической усталости, которое не исчезает после отдыха [38]. Рассмотрим на примере медицинских сестер. Выделяется три типа, которым угрожает синдром эмоционального выгорания: «педантичный», «демонстративный» и «эмотивный». Для медицинских сестер первого типа характерны такие черты, как добросовестность, чрезмерная болезненная аккуратность, стремление в любом деле добиться образцового порядка (даже в ущерб себе). Стремление первенствовать во всем, всегда быть на виду характеризует «демонстративный» тип, ему свойственна высокая степень истощенности при выполнении даже не замысловатой работы. «Эмотивный» тип представляют впечатлительные и чувствительные медицинские сестры. Отзывчивость, склонность принимать чужую боль как свою, ведет к саморазрушению и, следовательно, к эмоциональному выгоранию [19].

Н.А. Огнерубов отмечает, что врачи так же подвержены профессиональным стрессам и, соответственно, синдрому эмоционального выгорания, как и медперсонал среднего звена. Во-первых, влияет ответственность за личное принятие решений в определенной тактике лечения, что влечет за собой ответственность за здоровье и жизнь пациента [38].

Согласно Н.А. Огнерубову, синдрому эмоционального выгорания равно подвержены как специалисты с большим стажем работы, так и недавно пришедшие в профессиональную деятельность сотрудники. Влияние оказывает разочарование в выбранной профессии на фоне несоответствия реальности с ожиданиям медика [38]. Регулярно встречаются случаи, когда

успешный медицинский работник внезапно теряет веру в себя, утрачивая уверенность в своей компетентности. Снижение оценки своей работы, достижений, ресурсных запасов, увеличивают формирование негатива в эмоциональном диапазоне медицинского работника, таким образом «загоняя» его в депрессивное состояние. Именно так, сфера здравоохранения теряет талантливых специалистов, кардинально меняющих свою жизнь [19]. На самом деле, подобное поведение являет выходом из сложившейся ситуации только на первый взгляд. Далее возникают новые страхи – утрата социального статуса и положения, устоявшегося коллектива и т. д. [16].

Опираясь на слова О.А. Кобяковой, в группу риска по развитию синдрома эмоционального выгорания можно отнести медицинских работников, которые осуществляют деятельность, связанную с онкологическими больными, пациентами с вторичными иммунодефицитами (ВИЧ и СПИД), также, это работники реанимационных бригад – что связано со значительными эмоциональными нагрузками, а также, хроническим стрессом [24].

Согласно А.Б. Леоновой, определяют пять групп симптомов, которые характерны для синдрома эмоционального выгорания: физические, эмоциональные, поведенческие, интеллектуальное состояние и социальные симптомы [26].

Физические симптомы проявляются в виде усталости и утомления, истощения, нарушений сна, различных проявлений болезней сердечно-сосудистой системы, нарушений артериального давления, и т.д. [26].

Эмоциональные симптомы проявляются в виде эмоциональных дефицита, отстраненности, цинизм и черствость как на работе, так и в семье, ощущение беспомощности и безнадежности, агрессивности и раздражительности, тревоги и усиления беспокойства, отсутствие сосредоточенности, чувства вины, возрастание деперсонализации, чувства одиночества [26]. Как отмечает Касимовская Н.А., подобные проявления

ведут к снижению эмпатии медицинского работника, неспособности войти в положение пациента, сочувствовать, сопереживать, реагировать. Со временем, подобные характеристики приобретают устойчивый характер. Отрицательные эмоции преобладают над положительными. Эмоциональная сфера насыщена такими качествами, как грубость, раздражительность, обида, резкость [59].

К поведенческим симптомам можно отнести продолжительное рабочее время (более 45 часов в неделю), в процессе трудовой деятельности возникновения усталости и желания взять передышку, отсутствие интереса к пище, низкие физические нагрузки и оправдание вредных привычек, в частности курения, принятия алкоголя, лекарств, возникновение несчастных случаев – падений, травм, аварии и др., эмоциональные всплески в поведении [26].

В интеллектуальном состоянии изменения проявляются в виде падения интереса к новшествам в науке, открытиям, теориям и рабочим идеям, к альтернативным подходам в решении проблем – проявлениями скуки, тоски, апатии, а также, снижением вкуса и интереса к жизнедеятельности; отдаче предпочтений стандартам, шаблонам, а не инициативе и творческому подходу, цинизмом или безразличием ко всему новому, безучастием в развивающих экспериментах, которым можно отнести тренинги, образование; так же в формальном выполнении своих рабочих обязанностей [26].

Проявлением социальных симптомов служат: социальная неактивность; безынтесность к активному отдыху, досуговым мероприятиям, увлечениям. Общение с людьми происходит только в рабочей обстановке, отношения на работе и дома становятся бедными, возникает ощущение изоляции, недопонимания между людьми; а также ощущение нехватки поддержки семьи, друзей, коллег [26].

Согласно концепции К. Маслач и С. Джексона, исходя из всех симптомов, влияющих на возникновение синдрома эмоционального выгорания, можно выделить три основных, которые полностью дают характеристику этому феномену: истощение, отстранённость и снижение самооценки (утрата собственной эффективности) [21].

Прежде чем сформироваться синдрому эмоционального выгорания, осуществляется эффективная трудовая деятельность, в процессе которой сотрудник выкладывается в выполнении своих профессиональных обязанностей, пренебрегая потребностями, которые не связаны с работой, и забывает о личных нуждах. Вследствие этого активного проявления трудоголизма, возникает первый признак синдрома эмоционального выгорания – истощение. Чувство перенапряжения и невосполнимого расхода эмоциональных и физических сил, усталость, не проходящая после ночного сна и отдыха – все это есть проявления истощения. Данные симптомы могут снижаться или даже исчезать после отдыха, но повторяться после возвращения в привычный рабочий темп деятельности. Личностная отстранённость проявляется в виде снижения эмпатии, изменения уровня сострадания к пациенту. Медицинские работники отстраняются от пациентов, тем самым, возводя эмоциональные «стены». Подобное поведение можно расценить, как попытку справиться со стрессом в рабочей деятельности. Когда интерес у медицинского работника отсутствует и к своей работе, и к пациентам, тогда можно говорить о крайней степени отстраненности. В этой ситуации пациент воспринимается как неодушевленный предмет, присутствие пациента становится неприятным для работника здравоохранения. В целом, на фоне эмоционального выгорания медицинский работник не прослеживает перспективы своего труда в профессии, перестает быть удовлетворенным собой, а так же теряет веру в свою профессиональную компетентность, что проявляется снижением самооценки [21].

Таким образом, анализируя литературу, в которой рассматривается вопрос эмоционального выгорания медицинских работников, мы видим, что данный синдром включает в себя множество элементов и зависит от влияния большого количества факторов. Многими учеными изучается синдром эмоционального выгорания медицинских работников, но наиболее распространенная (и принятая нами за основу) точка зрения принадлежит К. Маслач и С. Джексону, согласно которой в основе эмоционального выгорания лежат истощение, деперсонализация и редукция профессиональных достижений.

1.3 Факторы, влияющие на синдром эмоционального выгорания медицинских работников

В современном мире учреждения здравоохранения являются отражением социально-экономического развития общества. Особое внимание уделяется рабочему процессу, в частности, деятельности медицинских работников. Проявляется интерес, как со стороны общества, так и со стороны государства и вызывает разногласия в современном пространстве. В любом медицинском учреждении ключевой фигурой, формирующей межличностные взаимоотношения в процессе сотрудничества, является сам медик. Именно от его эмоционального состояния зависит успешность рабочего процесса.

Сложная интеллектуальная деятельность работников сферы здравоохранения влияет на возникновение нервно-психических перегрузок. Значимым фактором являются не только трудности, связанные с физиологией деятельности медиков, но так же и организационные факторы работы: опрятный внешний вид, физический тонус, нововведения научных открытий, а также высокий уровень знаний специфики своей деятельности.

Подобные условия работы отрицательно влияют на эмоциональное состояние медицинского работника, что проявляется в напряженности поведения и неспособности контроля своих эмоциональных проявлений. Как правило, медицинские работники слабо ориентированы в специальных методах настройки своего личностного внутреннего мира с целью приспособления и как следствие, проявляют беспокойство, утомляемость, повышенную раздражительность, снижение интереса к работе, тревожность, мышечное напряжение.

Исходя из этого, работникам сферы здравоохранения рекомендуется повышать защищенность от отрицательных перегрузок, а также от негативных эмоциональных проявлений.

На фоне эмоциональной напряженности достаточно часто возникают конфликтные ситуации, которые в сфере здравоохранения не редкость. Одним из таких возможных факторов конфликтности является эмоциональное выгорание специалиста.

Понятие «эмоциональное выгорание» впервые использовал Х.Д. Фрейденбергер. Целью использования была характеристика психологического состояния здоровых людей, которые регулярно находились в общении или в эмоционально – насыщенной атмосфере. Изначально определение термина означало состояние изнеможения, истощения с ощущением собственной бесполезности. Как считает Н.Е. Водопьянова, это длительная стрессовая реакция, которая возникает впоследствии непрерывных профессиональных стрессов, которые происходят постоянно [9]. Ее можно рассматривать в аспекте личностных изменений, которые происходят под влиянием стрессов на работе. К.С. Шалагинова в своих работах в понятии «психическое выгорание» видит интеллектуальное и эмоциональное истощение специалиста, работающего в сфере социального обслуживания [57]. Как считает А.Я. Анцупов, следствием эмоционального выгорания становятся нарушения общения

между участниками общей рабочей деятельности. Отсюда берет начало возникновение конфликтных ситуаций. Это имеет негативное влияние как на самочувствие и сотрудничество медицинских работников, так и на взаимодействие медицинских работников с пациентами. Синдром эмоционального выгорания медицинских работников является угрозой для всей системы здравоохранения [3].

Л.В. Ножичкина в своих трудах рассмотрела, что синдром эмоционального выгорания относится к разряду видимых личностных изменений. Данный синдром проявляется у людей, деятельность которых основывается тесном активном общении. Качество данной деятельности напрямую является результатом морального и материального состояния участников. Наиболее ярким симптомом эмоционального выгорания принято считать «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование», которое проявляется негативно окрашенным эмоциональным межличностным общением [46].

Считается, что проявления социально-психологической реальности, как наблюдаемые, так и фиксируемые, оказывают влияние на все психологические проявления человека, и называются психологическими факторами. Проявление конфликтности специалистов зависит и от характеристик коммуникативной, эмоциональной сферы, адаптивных ресурсов личности и др.

Проявления агрессии, злости, а также других различных эмоциональных реакций сотрудников сферы здравоохранения на внешние раздражители плавно приобретают устойчивое состояние причин для последующих конфликтов [56]. Одним из важнейших компонентов развития конфликтной ситуации является эмоциональная сторона. Для конструктивного исхода конфликта большую роль берет на себя грамотное эмоциональное поведение. Медицинским работникам необходимо понимать, что эмоции, проявляющиеся в конфликтной ситуации, лишают

эффективности, авторитета и структурирования профессиональную деятельность. Одной из основных причин развития синдрома эмоционального выгорания является конфликт, а сам синдром эмоционального выгорания, в свою очередь, служит пусковым механизмом в возникновении конфликтной ситуации в будущем.

Доказательством служат научные исследования современных психологов, которые показывают, что ведущими элементами проявления эмоционального выгорания по праву можно считать психологическую перегруженность, помощь и самоотдачу субъектам рабочего процесса, постоянную ответственность за жизнь и здоровье пациентов, социальную несправедливость (значительные интеллектуальные труды – малое моральное и материальное вознаграждение), межличностные конфликты, и дезадаптированных пациентов [56].

Профессиональную деятельность медицинских работников конфликтные ситуации сопровождают на протяжении всего рабочего общения. Такие ситуации возникают с пациентами или их родственниками, с врачом, со средним медицинским персоналом, с младшими коллегами или руководством. Высокий темп и напряженность деятельности среднего медицинского персонала, интенсивность их труда, зачастую приводят к повышению напряжения нервной системы. Несостоятельность и неспособность сотрудников сферы медицины в преодолении стресса, обретении психологической уравновешенности, зачастую стимулирует развитие синдрома эмоционального выгорания, на фоне которого наблюдаются ухудшение взаимоотношений с другими людьми, посредством повышенной конфликтности и низкой стрессоустойчивости [67].

Также, значительное влияние на эмоциональное состояние медицинского персонала характер взаимоотношений с пациентами, для которых предпочтительны проявления внимательности, уважительности, душевности любви к профессии, вежливости и доброты [67].

При возникновении недопонимания во взаимодействии медика и пациента, наступает реальный конфликт, в котором оказывается задействованным и руководство медицинского учреждения. Это проявляется как агрессивное или деструктивное поведение, негативное психическое состояние пациента [24]. Следовательно, появляется угроза проекции эмоционального выгорания медицинского работника на пациентов. На современном этапе, в медицинском учреждении, больше уделяется времени содержанию. Внедряются новшества, разрабатываются технологии, модернизируется техническое оснащение, но упускается обеспечение эмоционально – окрашенного взаимодействия между участниками рабочего процесса. Не обращая должного внимания на психологический климат в рабочем процессе, медик приводит весь рабочий процесс к торможению. Исходя из этого, можно проследить взаимосвязь конфликтности специалистов сферы здравоохранения и уровнем выраженности симптомов эмоционального выгорания, что в очередной раз подтверждает надобность проведения психопрофилактической работы со специалистами помогающих профессий.

Конфликты в процессе межличностного взаимодействия неизбежны, но они не должны приводить к разрушительным последствиям [12]. Противостоять разрушительным проявлениям в медицинском учреждении, которые, сопровождаются распадом структурных отношений, организационных связей, функциональных зависимостей, возможно при правильной организации структуры психологической и профессиональной работы медика. Помимо правильной организации рабочего процесса, психологом и медицинским работникам стоит заострить внимание на организацию индивидуальных тренингов для медиков по профилактике синдрома эмоционального выгорания.

Таким образом, конфликт в медицинском учреждении ничем не отличается от социального конфликта и может рассматриваться как острый

способ решения противоречий в интересах, желаниях, взглядах, которые возникают в процессе взаимодействия [4]. Образование конфликтной ситуации, обусловлено, состоянием психологического здоровья участников, их уровнем эмоциональной культуры и компетентности, моральной культуры, в основы которой входит само общение.

Наряду с конфликтностью, высокую роль играет уровень эмпатийных тенденций медицинских работников в вопросе об эмоциональном выгорании личности. На этом проблемном поле проводится множество научных исследований, которые связаны с выявлением факторов и особенностей эмоционального выгорания в профессиональной деятельности, в частности, в сфере медицины. К примеру, эмпатически обусловленный дистресс и возможности его диагностики рассматривали в своих трудах Т.Д. Карягина, М.А. Придачук [28].

На практике особое внимание уделяется диагностике психологического здоровья специалистов, риску развития синдрома эмоционального выгорания и сопутствующим психологическим изменениям личности сотрудников [10].

К особенностям личности, которые оказывают влияние на развитие синдрома эмоционального выгорания, относится уровень эмпатии личности. По словам И.М. Кондакова, эмпатия – «способность человека к произвольному переживанию тех эмоций, которые возникают у другого человека в процессе общения с ним» [19].

Большое количество исследований в вопросе выгорания рассматривает изучение эмпатии. Согласно Карлу Роджерсу, эмпатия представляет собой необходимое качество, или способность, для установления «помогающих» отношений при общении с пациентом [6].

В своей практической деятельности медицинские работники не редко отмечают, что отсутствие доверительных отношений с пациентами ведет к значительному снижению числа обращений [12]. Эмпатия проявляется как умение человека проникать в состояние другого индивида при помощи

интуиции и воображения, способствуя гармонизации межличностных взаимоотношений. Развитая эмпатия является своеобразным ключом к успеху в деятельности многих рабочих сфер, в которых необходимо прочувствовать мир собеседника и понять суть его переживаний.

В процессе изучения многими исследователями взаимосвязи эмпатии и выгорания у социально-ориентируемых профессионалов, появилось подтверждение, что способности сопереживания и прочувствования являются неким резервом, который препятствует эмоциональному выгоранию. Согласно Н. Водопьяновой, более яркая взаимосвязь прослеживается между эмпатией и редукцией персональных достижений: при более высокой эмпатии, занижение эффективности и результативности своей деятельности проявляется меньше, и возрастает уверенность в собственной эффективности [9].

Считается, что риск эмоционального выгорания у индивидов с высоким уровнем эмпатии значительно ниже, ввиду того, что умение понимать и тонко чувствовать эмоциональное состояние собеседника является антагонистом дегуманизации взаимоотношений между людьми, а психологическое сопереживание является своеобразной эмоциональной «подпиткой» или так называемым резервом для «горения без затухания» [9].

В частности, Дж. Дж. Братии и Е. Р. Гриймел доказали своим исследованием, которое осуществлялось посредством привлечения медицинских сестер домов сестринского ухода в штате Калифорния, и продемонстрировали эффективность тренинга, основанного на эмпатийном общении, с целью снижения степени эмоционального выгорания [23]. Вследствии проведения тренинга, эмоциональное выгорание снизилось по всем составляющим показателям: эмоциональное истощение, деперсонализация и редукция личных достижений. Более ярко улучшения прослеживались по шкале редукции профессиональных достижений.

Также, вопрос эмоционального выгорания тесно связан с проблемами мотивации выбора профессии и карьерных сторон. Согласно А. Адлеру, выбор «социальных» и «помогающих» профессий кроет за собой стремление реализовать мотивы власти [15]. Наряду с внешней положительной деятельностной мотивацией, он определенно служит парадоксом выгорания. Чрезмерное посвящение себя работе и активная позиция в увлеченности своей профессией, обуславливаются стремлением к творческой деятельности и ценностью для индивида именно профессиональной специализации. Но также наравне трудоголиком движет стремление к общественному признанию, появление материальных наград и воплощение мотивов власти посредством профессиональной деятельности. При возникновении сложностей реализации удовлетворения подобных потребностей, начинается формирование симптомов выгорания [15].

Таким образом, для избежание различных психоэмоциональных нарушений и психосоматических заболеваний, следует научиться тратить меньше эмоционально – энергетических ресурсов, исходя из анализа влияния эмпатии на эмоциональное выгорание. Также, имеется необходимость профилактических методов среди сотрудников. Данные методы подразумевают комплексы мероприятий, направленные на профилактику или коррекцию уже имеющихся проблем, и включающие в себя методы опосредованного (оптимальный социально-психологический климат, рациональный трудовой процесс и др.) и непосредственного влияния на психическое состояние сотрудников (тренинги, психотерапия, аутогенная тренировка и др.).

Выводы по первой главе

Таким образом, синдром эмоционального выгорания медицинских работников является достаточно актуальным вопросом нашего времени.

Множество факторов определяет сферу медицинской деятельности в группу риска по эмоциональному выгоранию. Конфликтные ситуации, регулярно сопровождающие рабочий процесс, необходимость ежедневного проявления эмпатии к пациентам, являются неотъемлемыми элементами рабочего процесса, требующими больших сил и энергетических затрат со стороны медицинских работников. Как правило, данные ресурсы слабо восполнимы из-за нехватки времени, знаний и внимания к ним, и, в свою очередь, они влекут эмоциональное выгорание медицинского персонала.

Деятельность сотрудников здравоохранения, тесно связанная с межличностным общением, вследствие которого, под влиянием составляющих его факторов, снижается уровень эмоциональной защиты сотрудников, потенциально подразумевает формирование синдрома эмоционального выгорания.

Существует множество концепций синдрома эмоционального выгорания медицинских работников, наиболее распространенной из которых (и принятой нами за основу) является теория К. Маслач и С. Джексона, согласно которой в основе эмоционального выгорания лежат истощение, деперсонализация и редукция профессиональных достижений. При анализе литературы, можно выделить множество элементов, из которых формируется триада эмоционального выгорания. Тревожность возникает на основе высокой ответственности за жизнь пациента, фрустрация и агрессивность формируются под влиянием негативно настроенных пациентов, конфликтов с ними и с коллегами, высоких требований руководства. Ригидность вызвана четкими алгоритмами действий, отступление от которых запрещено и чревато непредсказуемыми последствиями. Так же большое влияние оказывает эмпатия. В ее основе лежит переживание тех чувств, которые испытывает другой человек. Нерегулируемое проявление эмпатии грозит невротическим срывом.

Таким образом, для избежания различных психоэмоциональных нарушений и психосоматических заболеваний, следует научиться рационально расходовать эмоциональные и энергетические запасы. Наблюдается необходимость сотрудников в профилактических мероприятиях, которые включают в себя методы опосредованного и непосредственного влияния на психологическое здоровье специалистов. Данные вопросы будут рассмотрены нами во 2 и 3 главах исследования.

Глава II. Экспериментальное изучение синдрома эмоционального выгорания медицинских работников

2.1 Организация, методы и методики исследования

Исследования проводились в три этапа: на первом этапе проводился констатирующий эксперимент в сентябре 2018 года, второй этап – октябрь 2018 года – март 2019 года – формирующий эксперимент и третий этап апрель 2019 года – контрольный эксперимент, среди медицинских работников Центральной районной больницы. В исследовании приняли участие врачи различных специализаций, медицинские сестры, фельдшеры скорой помощи и фельдшерских акушерских пунктов. Трудовой стаж в занимаемой должности от 1 года до 30 лет. Общая численность исследуемых составила 40 человек – по 10 представителей от каждой специализации. Возраст испытуемых варьируется от 27 до 52 лет. Данные выборки представлены в приложении 1.

Для исследования уровня и причин эмоционального выгорания были подобраны следующие методики: методика Г. Айзенка «Самооценка психических состояний», методика И. М. Юсупова «Исследование уровня эмпатийных тенденций», тест Томаса-Килманна «Типы поведения в конфликтной ситуации», методика К. Маслач «Профессиональное (эмоциональное) выгорание».

1. Методика Г. Айзенка «Самооценка психических состояний» (приложение 2).

Тест самооценки психических состояний разработан известным психологом Гансом Айзенком. С помощью теста можно в первом приближении определить уровни таких психических состояний, как тревожность, фрустрация, агрессивность, ригидность.

Тревожность – индивидуальная психическая особенность, проявляющаяся в склонности человека к частым и интенсивным переживаниям состояния тревоги, а также в низком пороге его возникновения. Здесь тревога выступает как переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагополучия, с предчувствием грозящей или кажущейся таковой опасности.

Фрустрация – психическое состояние, вызванное неуспехом в удовлетворении потребности, желания. Проявляется в отрицательных переживаниях: разочаровании, раздражении, тревоге, отчаянии и т. п.

Агрессивность – не вызванная объективными обстоятельствами неспровоцированная враждебность человека по отношению к людям и окружающему миру. Проявляется в тенденции нападать, причинять неприятности, наносить вред людям, животным, окружающему миру. Иногда проявляется в форме демонстрации превосходства в силе по отношению к другому человеку или иному социальному объекту.

Ригидность – затрудненность (вплоть до полной неспособности) в изменении намеченной субъектом программы деятельности в условиях, объективно требующих ее перестройки. Противоположное по значению свойство личности – пластичность.

2. Методика И. М. Юсупова «Исследование уровня эмпатийных тенденций» (приложение 3).

Предлагаемая методика разработана казанским психологом И. М. Юсуповым и используется для исследования эмпатии (сопереживания), т.е. умения поставить себя на место другого человека и способности к произвольной эмоциональной отзывчивости на переживания других людей. Сопереживание – это принятие тех чувств, которые испытывает другой человек так, если бы они были нашими собственными.

Эмпатия способствует сбалансированности межличностных отношений. Она делает поведение человека социально обусловленным.

Развитая у человека эмпатия – ключевой фактор успеха в тех видах деятельности, которые требуют вживания в мир партнера по общению, и, прежде всего при обучении и воспитании. В данной методике выявляются пять уровней эмпатийных тенденций.

Очень высокий уровень. Эмпатия слишком сильно выражена у индивида. Он всегда чувствует настроение собеседника, высокочувствителен, раним. Испытывает эмоциональную боль при виде изувеченного животного или испытывает сильное беспокойство, если к нему проявляют холодность. Может испытывать чувство вины, боится доставить кому - либо неудобство. Никогда никого не обидит ни словом, ни взглядом. Постоянно переживает за своих родных и близких. Часто, из-за своей впечатлительности, не может уснуть. Испытывает потребность в эмоциональной поддержке, душевное состояние такого человека, часто, близко к невротическим срывам. Ему следует позаботиться о своем психическом здоровье.

Высокий уровень. Индивидуум восприимчив к чужим потребностям и сложностям окружающих, благородный, постоянно всё прощает. Очень внимательно относится к другим людям. Это отзывчивый и общительный человек, умеющий быстро налаживать контакты и находить общий язык с окружающими. Не любит конфликтные ситуации и всегда ищет компромисс. Его высоко ценят за доброту и искренность. Спокойно относится к критическим замечаниям в свой адрес. Больше полагается на свою интуицию, нежели на аналитические умозаключения. Индивид отлично приспособлен работать в коллективе. Он всё время ждёт одобрения своих поступков.

Нормальный уровень. Такой показатель выявляется у большинства людей. Таковую личность нельзя назвать бесчувственной, но она не склонна к излишнему проявлению сопереживания. В межличностных отношениях судит о человеке по его делам, не доверяя своим интуитивным

ощущениям. Эмоциональные реакции всегда держит под контролем. Такой индивидуум внимателен, всегда старается «читать между строк», но при этом не любит излишнего проявления чувств. Если не уверен, что его точку зрения примут, лучше промолчит и не станет её озвучивать. Он не умеет прогнозировать, каким образом будут развиваться взаимоотношения, поэтому, нередко, поступки окружающих становятся для него неожиданностью.

Низкий уровень. Индивидуум испытывает затруднения в установлении контактов с людьми, некомфортно чувствует себя в большой компании. Чужие эмоциональные проявления кажутся ему странными и не уместными. Предпочитает выполнять свою работу в уединении, чем в коллективе. Он приверженец точных формулировок и рациональных решений. Окружающие ценят его аналитический склад ума и рациональный подход к решению задач. Такой индивид, как правило, не привлекает к себе внимание, зачастую, чувствует свою отчуждённость. Но это можно исправить, если он будет более внимателен к другим людям.

Очень низкий уровень. Сопереживание у личности не развито. Индивидуу сложно первым начать разговор, он держится особняком в компании коллег, однокурсников или одноклассников. Особенно сложно ему общаться с людьми намного старше себя. В межличностных отношениях нередко оказывается в глупом положении, во многом не находит взаимопонимания с окружающими. Испытывает жажду острых ощущений. У такой личности склонность к занятиям спортом выражена намного сильнее, чем к занятиям искусством. Ей проще работать индивидуально, в коллективе может допускать ошибки. Эмоциональные проявления воспринимает с иронией. Болезненно реагирует на критику, при этом может не показывать виду.

3. Тест Томаса-Килманна «Поведение в конфликтной ситуации» (приложение 4).

Одной из самых распространенных методик диагностики поведения личности в конфликтной ситуации является опросник Кеннета Томаса "Определение способов регулирования конфликтов". К. Томас исходил из того, что людям не следует избегать конфликтов или разрешать их любой ценой, а требуется уметь грамотно ими управлять. Он совместно с Ральфом Килманном предложил двухмерную модель регулирования конфликтов, одно измерение которой - поведение личности, основанное на внимании к интересам других людей; второе - поведение, подразумевающее игнорирование целей окружающих и защиту собственных интересов. Данная методика теста адаптирована Гришиной.

Для описания типов поведения людей в конфликтах (точнее, в конфликте интересов) К. Томас считает применимой двухмерную модель регулирования конфликтов, основополагающими в которой являются кооперация, связанная с вниманием человека к интересам других людей, вовлеченных в ситуацию, и напористость, для которой характерен акцент на собственных интересах.

Выделяется пять способов регулирования конфликтов, обозначенные в соответствии с двумя основополагающими измерениями (кооперация и напористость):

- 1) Соревнование (конкуренция) — стремление добиться своих интересов в ущерб другому.
- 2) Приспособление — принесение в жертву собственных интересов ради другого.
- 3) Компромисс — соглашение на основе взаимных уступок; предложение варианта, снимающего возникшее противоречие.
- 4) Избегание — отсутствие стремления к кооперации и отсутствие тенденции к достижению собственных целей.
- 5) Сотрудничество — участники ситуации приходят к альтернативе, полностью удовлетворяющей интересы обеих сторон.

В своем опроснике по выявлению типичных форм поведения К.Томас описывает каждый из пяти перечисленных возможных вариантов 12 суждениями о поведении индивида в конфликтной ситуации. В различных сочетаниях они сгруппированы в 30 пар, в каждой из которых респонденту предлагается выбрать то суждение, которое является наиболее типичным для характеристики его поведения.

4. Методика К. Маслач "Профессиональное (эмоциональное) выгорание"(приложение 5).

Синдром психического выгорания по модели Маслач-Джексон представляет собой трехмерный конструкт, включающий в себя эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию профессиональных достижений.

Эмоциональное истощение рассматривается как основная составляющая выгорания и проявляется в сниженном эмоциональном фоне, равнодушии или эмоциональном перенасыщении.

Деперсонализация сказывается в деформации отношений с другими людьми. В одних случаях это может быть повышение зависимости от окружающих. В других – усиление негативизма, циничность установок и чувств по отношению к реципиентам: пациентам, клиентам и т. п.

Редукция профессиональных достижений может проявляться либо в тенденции негативно оценивать себя, занижать свои профессиональные достижения и успехи, негативизме по отношению к служебным достоинствам и возможностям, либо в преуменьшении собственного достоинства, ограничении своих возможностей, обязанностей по отношению к другим.

Каждый из показателей имеет три уровня проявлений: высокий, средний, низкий.

Предложенные три компонента выгорания в какой-то степени отражают специфику той профессиональной сферы, в которой впервые был

обнаружен данный феномен. Особенно это касается второго компонента выгорания – деперсонализации, показывающей нередко состояние сферы социального обслуживания людей и оказания им помощи.

Исследования последних лет не только подтвердили правомерность такой структуры, но и позволили существенно расширить область ее распространения, включив профессии, не связанные с социальным кругом. Это привело к некоторой модификации понятия выгорания и его структуры. Выгорание понимается как профессиональный кризис, связанный с работой в целом, а не только с межличностными взаимоотношениями в ее процессе. Такое понимание подвергло определенному видоизменению и понимание его основных компонентов: эмоционального истощения, цинизма, профессиональной эффективности. С этих позиций понятие деперсонализации имеет более широкое значение и означает отрицательное отношение не только к клиентам, но и к труду и его предмету в целом.

2.2 Особенности эмоционального выгорания медицинских работников

В результате исследования при помощи методики Г. Айзенка «Самооценка психических состояний», были получены данные, представленные ниже.

Уровень тревожности врачей у 30% исследуемых выявился низкий, указывая на то, что специалисты не переживают эмоционального дискомфорта, связанного с ожиданием неблагоприятия. 60% исследуемых средний уровень тревожности, в таком случае возникают эпизоды переживания тревоги, с низким порогом возникновения. Высокий уровень наблюдается у 10% исследуемых врачей, и проявляется в склонности человека к частым и интенсивным переживаниям состояния тревоги.

Уровень тревожности у 30% исследуемых медицинских сестер – низкий, что говорит об эмоциональном спокойствии, 60% исследуемых имеют средний уровень тревожности, на котором проявляется переживание эмоционального дискомфорта в ожидании неблагоприятия, и у 10% исследуемых медсестер высокий уровень тревожности, для которого характерны частые и интенсивные переживания состояния тревоги.

Уровень тревожности 40% исследуемых фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов низкий, на фоне эмоциональной гармонии и уверенности в собственных силах, у 60% испытуемых средний, когда имеются проявления состояния тревоги в каких-либо ситуациях.

Низкий уровень тревожности имеют 30% исследуемых фельдшеров скорой медицинской помощи, сотрудники спокойны, уверены в себе, эмоциональные проявления в норме. Средний уровень имеют 60% испытуемых, при котором имеются переживания эмоционального дискомфорта, и у 10% исследуемых – высокий уровень, характеризующийся интенсивными переживаниями состояния тревоги, при низком пороге его возникновения.

Исходя из полученных данных, мы видим, что низким уровнем тревожности, в большинстве своем среди других специализаций медицинских работников, обладают фельдшеры фельдшерско-акушерских пунктов, так же только у них не наблюдается высокого уровня тревожности, что указывает на психологический комфорт и спокойный эмоциональный фон. Сотрудники остальных специализаций в большинстве имеют средний уровень тревожности, на котором имеется склонность к интенсивным переживаниям эмоционального дискомфорта. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 1.

При исследовании фрустрации, ее уровень у врачей у 40% исследуемых низкий, что говорит об уверенности в своих действиях, у 40% средний, когда имеются проявления отрицательных эмоциональных

переживаний, и у 20% - высокий, что вызвано неудовлетворением профессиональных желаний, потребностей.

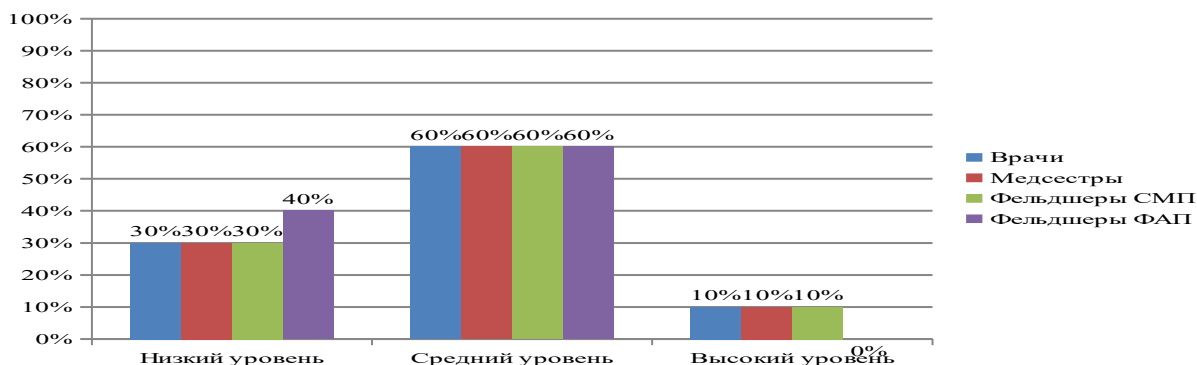


Рис. 1 Результаты исследования тревожности по методике Г. Айзенка «Самооценка психических состояний» в процентах (%)

Уровень фрустрации медицинских сестер у 70% исследуемых низкий, что свидетельствует об удовлетворенности своей профессиональной деятельностью, у 20% средний, на фоне периодически возникающих отрицательных переживаний возможного неуспеха, и у 10% - высокий, яркое проявление негативного эмоционального состояния, обусловленного состоянием безуспешности в профессии.

Уровень фрустрации фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов у 60% исследуемых низкий, что указывает на высокую уверенность в успешности своей рабочей деятельности, у 40% средний, что указывает на периодические проявления некоторых отрицательных переживаний.

Уровень фрустрации фельдшеров скорой медицинской помощи у 40% исследуемых низкий, на фоне спокойного эмоционального фона, у 40% средний с возникающими время от времени проявлениями неуверенности, и у 20% - высокий, зачастую сопровождающийся дискомфортом в профессиональном поле деятельности.

Это говорит о том, что наиболее фрустрированы врачи и фельдшеры скорой помощи, меньше все фрустрированы медицинские сестры. В среднем, медицинский персонал имеет низкий уровень фрустрации. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 2.

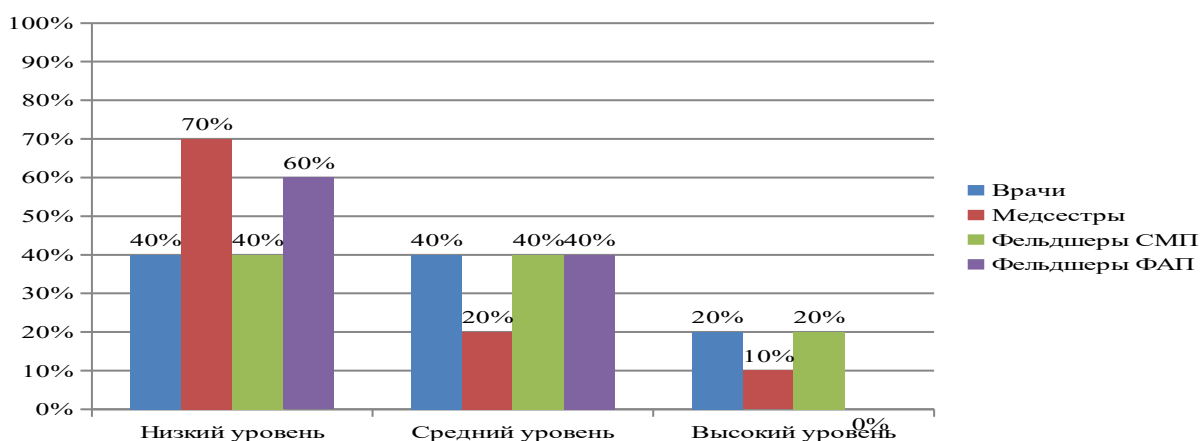


Рис. 2 Результаты исследования фрустрации по методике Г. Айзенка «Самооценка психических состояний» в процентах (%)

В процессе исследования уровня агрессивности, у врачей у 60% исследуемых низкий, что свидетельствует об уравновешенном отношении человека к окружающим людям и окружающей среде, у 40% средний, при котором возможно проявление эмоциональных всплесков, демонстрация превосходства над окружающими.

Уровень агрессивности медицинских сестер у 80% исследуемых низкий, что говорит об отсутствии враждебности по отношению к окружающим, у 20% средний, проявляющийся возможной тенденцией к беспричинному нападению на окружающих.

Уровень агрессивности фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов у 80% исследуемых низкий, что свидетельствует о гармоничном эмоциональном состоянии, у 20% средний, что возможно при проявлении некоего превосходства над окружающими, периодически неуместным проявлением негативных эмоций.

Уровень агрессивности фельдшеров скорой медицинской помощи у 50% исследуемых низкий, при эмоциональном комфорте и спокойствии, у 30% испытуемых средний, с периодическим проявлением негативных эмоций, и у 20% исследуемых высокий, проявляющийся в тенденции нападать,

причинять неприятности окружающим, а так же демонстрации превосходства.

Данные свидетельствуют о том, что в большинстве своем, медицинские работники обладают низким уровнем агрессивности, соответственно, стабильным эмоциональным фоном. Высоким уровнем агрессивности обладают фельдшера скорой медицинской помощи, что может быть связано с ненормированными нагрузками и периодическими экстремальными рабочими ситуациями. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 3.

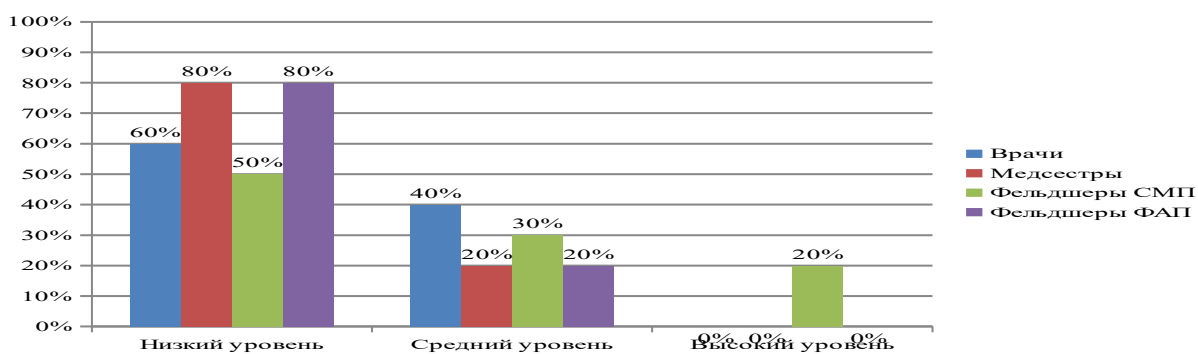


Рис. 3 Результаты исследования агрессивности по методике Г. Айзенка «Самооценка психических состояний» в процентах (%)

При исследовании ригидности, ее уровень у врачей у 40% исследуемых низкий, что свидетельствует о пластичности сотрудников в своей деятельности, у 50% средний, когда наблюдаются застойные явления в изменяющихся условиях, и у 10% - высокий уровень ригидности, свидетельствующий о сильной затрудненности изменений намеченной программы действий.

Уровень ригидности медицинских сестер у 60% исследуемых низкий, что говорит об умении подстроиться под возникшие требования, либо условия, у 40% средний, что говорит о затруднении в изменении заранее намеченной стратегии.

Уровень ригидности фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов у 40% исследуемых низкий, что свидетельствует об эмоциональной

пластичности, у 60% средний, проявляющийся периодическими застоями в процессе осуществления профессиональной деятельности.

Уровень ригидности фельдшеров скорой медицинской помощи у 20% исследуемых низкий, свидетельствующий об умении пластично вести рабочую тактику, у 70% средний, проявляющийся затруднением при необходимости менять заданные установки, и у 10% - высокий, подразумевающий затрудненность, вплоть до неспособности изменения намеченной программы.

В большинстве, медицинские работники обладают средним уровнем ригидности. Высокий уровень ригидности проявляется у врачей и фельдшеров скорой медицинской помощи. Их действия связаны с постоянными установками, устойчивыми алгоритмами действий, влекущими за собой высокую ответственность, отступление от которых чревато негативными последствиями. Наибольшее количество человек, обладающие низким уровнем ригидности, показали медицинские сестры, часто контактирующие непосредственно с пациентами, выстраивая с ними общение, таким образом, тренируя навыки пластичности. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 4.

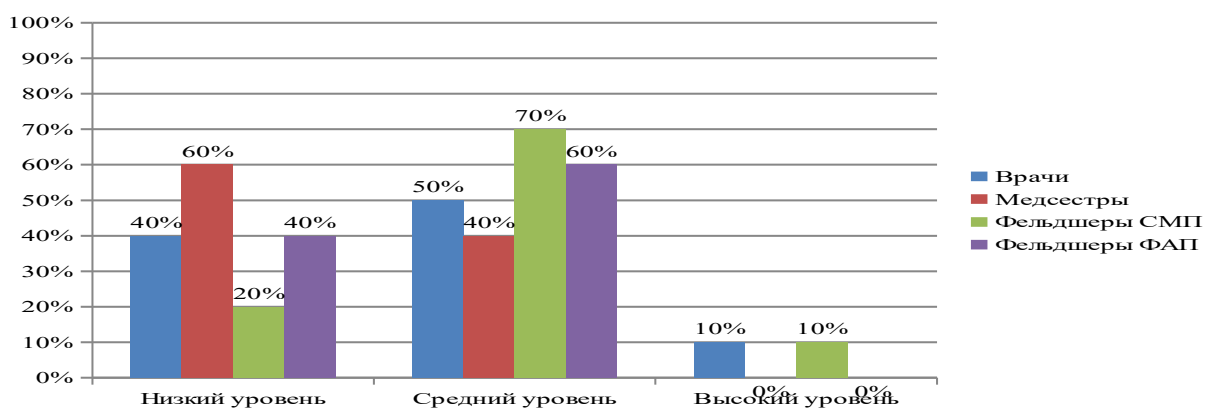


Рис. 4 Результаты исследования ригидности по методике Г. Айзенка «Самооценка психических состояний» в процентах (%)

В результате проведения констатирующего эксперимента, по методике И. М. Юсупова «Исследование уровня эмпатийных тенденций», были получены данные, представленные ниже.

Из врачей 80% имеют нормальный уровень эмпатийных тенденций, указывает на то, что таких людей нельзя назвать бесчувственными, но они не склонны к излишнему проявлению сопереживания, эмоции под контролем. 10% исследуемых имеют низкий уровень, говорящий о том, что такие специалисты приверженцы точных формулировок и рациональных решений. Окружающие ценят их аналитический склад ума и рациональный подход к решению задач. Люди с эмпатией данного уровня могут чувствовать свою отчужденность. Также, 10% исследуемых имеют высокий уровень, что указывает на чувствительность к потребностям и сложностям окружающих. Специалисты внимательны по отношению к другим, благородны. Не склонны к конфликтам.

Медицинские сестры имеют нормальный уровень эмпатии - 70%, что указывает на эмоциональную сдержанность. Такие люди внимательны, всегда стараются «читать между строк», но при этом не любят излишнего проявления чувств. Низкий уровень – 20% испытуемых, что характеризуется предпочтением выполнять свою работу в уединении, чем в коллективе. Чужие эмоциональные проявления кажутся странными и не уместными. Высокий уровень имеют 10% испытуемых, свидетельствуя об умении быстро налаживать контакты с окружающими, отличному приспособлению к работе в коллективе.

У фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов уровень эмпатии в 80% находится на нормальном уровне, указывая на то, что эмоциональные реакции всегда находятся под контролем. Такие люди внимательны, не любят излишнего проявления чувств. Они не умеют прогнозировать, как будут развиваться взаимоотношения, поэтому, нередко, поступки окружающих становятся неожиданностью. Высоким уровнем эмпатии

обладают 20% фельдшеров, это говорит о том, что специалисты спокойно относятся к замечаниям в свой адрес, отзывчивы и внимательны к окружающим.

У 20% фельдшеров скорой медицинской помощи уровень эмпатийных тенденций низкий, что говорит о затруднении специалиста в установлении контактов с людьми, чужие эмоциональные проявления кажутся ему не уместными. У 80% испытуемых нормальный уровень эмпатийных тенденций, что говорит об эмоциональной сдержанности, умении сочувствовать, но не проявлять чувств.

Таким образом, высоким уровнем, в большинстве своем, обладают специалисты фельдшерско-акушерских пунктов, свидетельствуя о том, что это отзывчивые и общительные люди, которых высоко ценят за доброту и искренность. Низким уровнем в большинстве обладают медицинские сестры и фельдшеры скорой медицинской помощи, что указывает на желание работать в уединении, чувство отчужденности и неприятия чужих эмоциональных проявлений. В среднем, у испытуемых всех специализаций нормальный уровень эмпатийных тенденций, при котором имеется участие к чувствам пациента, но собственный эмоциональный контроль. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 5.

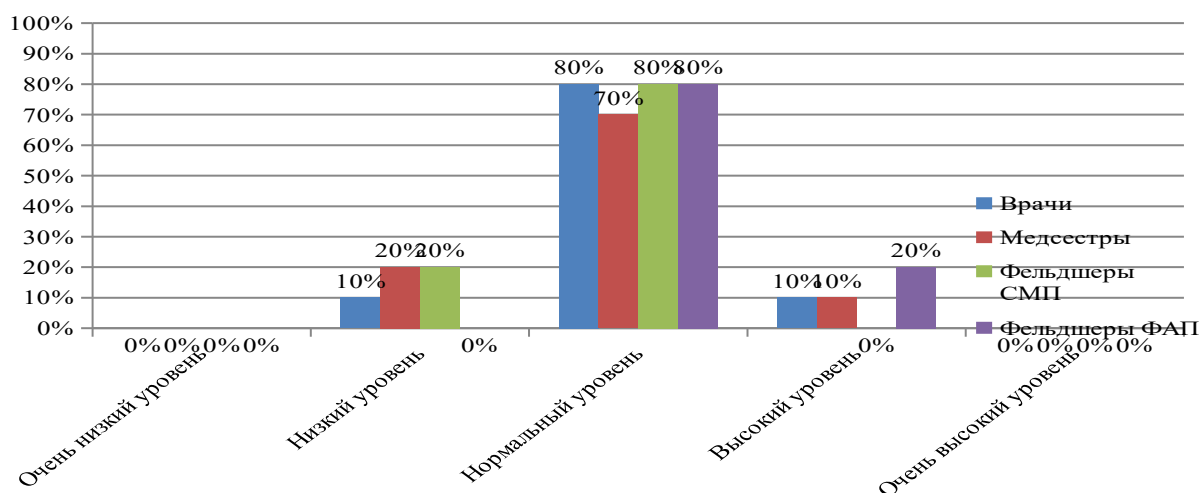


Рис. 5 Результаты исследования эмпатии по методике И. М. Юсупова «Исследование уровня эмпатийных тенденций» в процентах (%)

При проведении данной методики анализируется показатель искренности ответов. Испытуемые всех специализаций показали 100% искренность, кроме врачей, у которых 10% испытуемых дают сомнительные результаты. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 6.

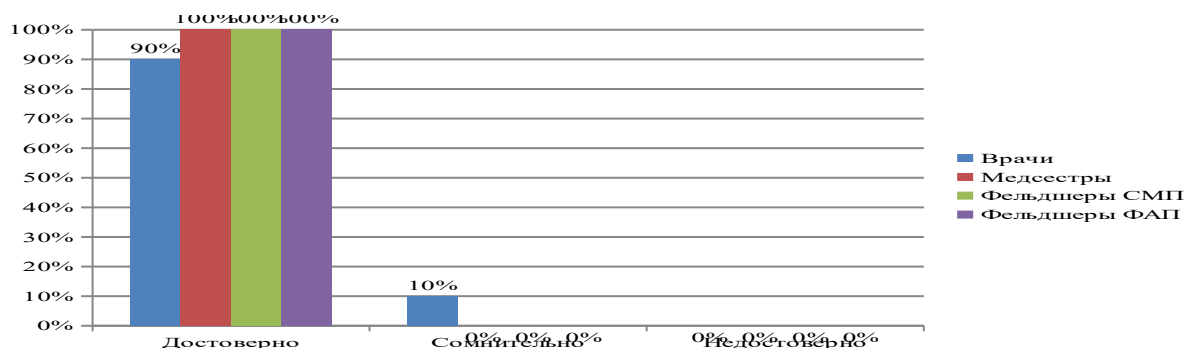


Рис. 6 Результаты исследования достоверности ответов по методике И. М. Юсупова «Исследование уровня эмпатийных тенденций» в процентах (%)

В результате проведения исследования по методике Томаса-Килманна «Типы поведения в конфликтной ситуации», были получены данные, представленные ниже.

Уровень соперничества у врачей у 80% исследуемых слабо выражен, это говорит о том, что интересы собеседника находятся на первом плане. У 10% оптимален, когда взгляды собеседника и личные взгляды равнозначны. И у 10% исследуемых соперничество ярко выражено, такое наблюдается стремлением добиться своих интересов в ущерб другому.

Уровень соперничества у медицинских сестер у 90% исследуемых слабо выражен, что выражается приоритетом интересов собеседника, у 10% оптимален, выражаясь балансом интересов собеседников.

Уровень соперничества у фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов у 100% исследуемых слабо выражен, что свидетельствует о полном отсутствии соперничества во взглядах с собеседником.

Уровень соперничества у фельдшеров скорой медицинской помощи у 60% исследуемых слабо выражен, выражаясь отсутствием конкуренции. У 40% фельдшеров ярко выражен, отражаясь в доминирующем положении взглядов и действий.

Таким образом, абсолютно все испытуемые фельдшеры фельдшерско-акушерских пунктов обладают слабо выраженным соперничеством, что говорит о приоритете интересов пациента. Самые высокие показатели ярко выраженного соперничества наблюдаются у фельдшеров скорой медицинской помощи, находя свое начало в сложных рабочих ситуациях, которые не редко носят экстремальный характер. В среднем, все испытуемые обладают слабо выраженным соперничеством, ставя интересы пациента выше своих собственных. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 7.

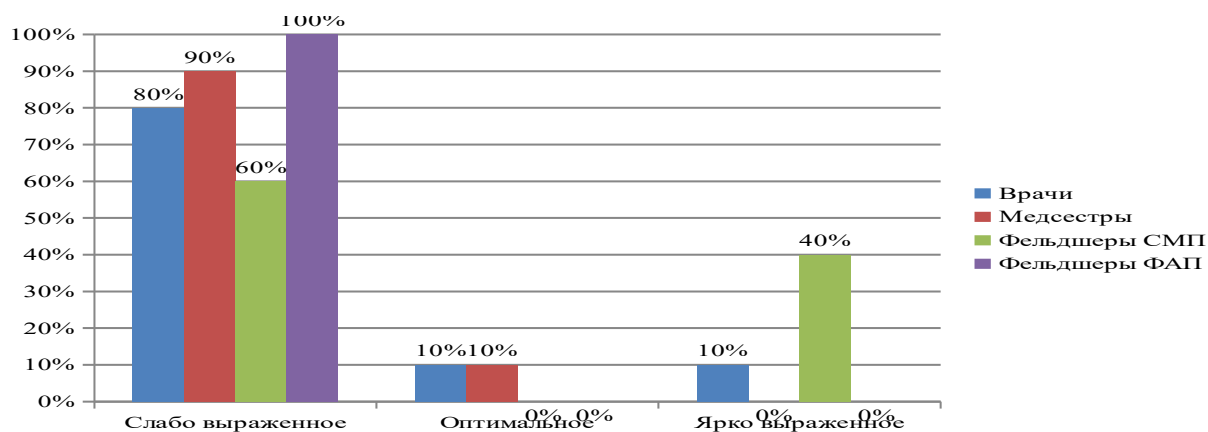


Рис. 7 Результаты исследования соперничества по методике Томаса-Килманна «Типы поведения в конфликтной ситуации», в процентах (%)

Уровень сотрудничества у врачей у 20% исследуемых слабо выражен, что свидетельствует о редко проявляющемся альтернативном решении, полностью удовлетворяющем интересы обеих сторон. У 50% врачей оптимален, демонстрируя наличие согласия между взаимодействующими. И у 30% - ярко выражен, выражаясь полным согласием и умением выстроить продуктивную тактику.

Уровень сотрудничества у медицинских сестер у 10% исследуемых слабо выражен, отражаясь в низком уровне коммуникативного взаимодействия. У 80% оптимален, что проявляется умением выстраивать продуктивную коммуникацию, и у 10% ярко выражен, отражаясь в активном взаимодействии с собеседником.

Уровень сотрудничества у фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов у 20% исследуемых слабо выражен, отражаясь редким приходом к альтернативным решениям, у 40% испытуемых оптимален, демонстрируя умение выстроить продуктивную коммуникацию, и у 40% фельдшеров ярко выражен, что говорит о частых проявлениях альтернативных решений в различных ситуациях.

Уровень сотрудничества у фельдшеров скорой медицинской помощи у 80% исследуемых оптимален, отражаясь в грамотном ведении ситуации принятия совместных решений, у 20% - ярко выражен, чему способствуют ситуации, требующие активного принятия решений и грамотной коммуникации.

Таким образом, наиболее показательное сотрудничество выражено у сотрудников фельдшерских акушерских пунктов, что может быть связано с их авторитетным положением среди своих пациентов. Но и в показателях слабо выраженного сотрудничества также лидируют фельдшера фельдшерско-акушерских, а также врачи, что может быть связано с демонстрацией личного превосходства. В среднем у испытуемых сотрудничество находится на оптимальном уровне, так как это является неотъемлемым компонентом успешной деятельности медицинских работников. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 8.

Уровень компромисса у врачей у 20% исследуемых слабо выражен, что говорит о непринятии точки зрения собеседника, у 40% оптимален, проявляясь в некоторых уступках собеседнику и уступках относительно

своей точки зрения. У 40% испытуемых ярко выражен, демонстрируя соглашение на основе взаимных уступок.

Уровень компромисса у медицинских сестер у 30% оптимален, выражаясь наличием взаимных уступок собеседников, у 70% ярко выражен, чему способствует активное взаимодействие с окружающими и грамотная тактика ведения беседы.

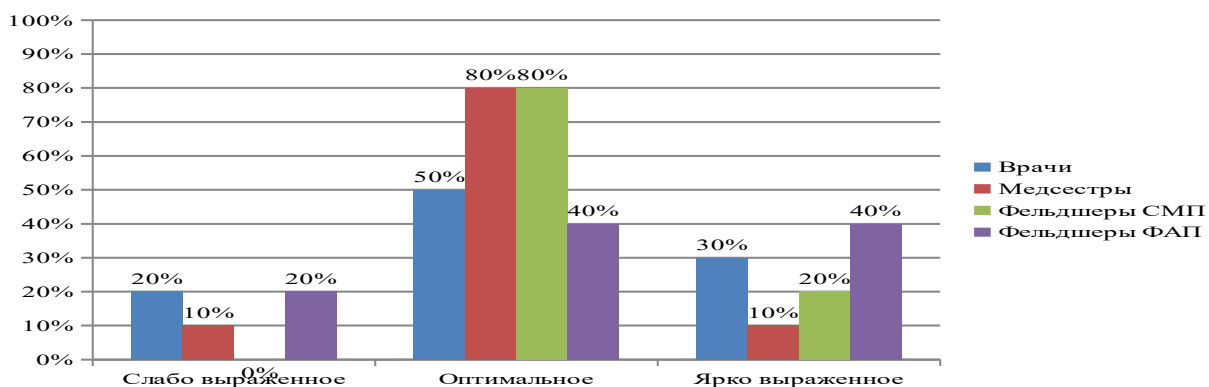


Рис. 8 Результаты исследования сотрудничества по методике Томаса-Килманна «Типы поведения в конфликтной ситуации», в процентах (%)

Уровень компромисса у фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов у 20% исследуемых слабо выражен, что говорит о непринятии специалистом точки зрения собеседника, у 20% оптимален, выражаясь во взаимных уступках, у 60% испытуемых ярко выражен, находя свое проявление в принятии точки зрения собеседника и предложении взаимных уступок.

Уровень компромисса у фельдшеров скорой медицинской помощи у 10% слабо выражен, что говорит о мнении правильности только собственной точки зрения. У 40% исследуемых оптимален, сотрудник готов идти на уступки. У 50% - ярко выражен, практикуя взаимные уступки в виде предложения варианта, снимающего возникшее противоречие.

Таким образом, компромисс слабо выражен у врачей и фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов, вероятно, исходя из авторитетного положения специалистов, ведущих единолично тактику лечения пациентов. Наиболее ярко компромисс выражен у медицинских сестер, что может быть

связано с активным взаимодействием сотрудников с пациентами. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 9.

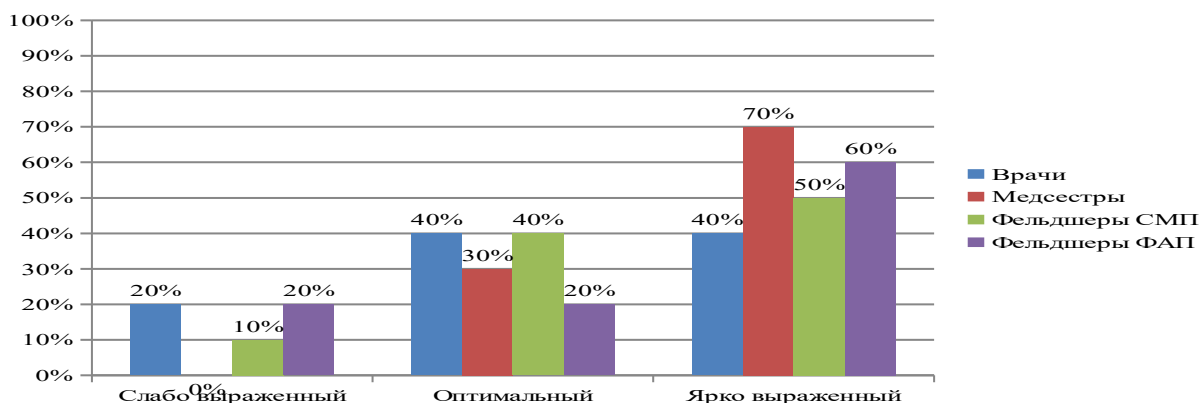


Рис. 9 Результаты исследования компромисса по методике Томаса-Килманна «Типы поведения в конфликтной ситуации», в процентах (%)

Уровень избегания у врачей у 50% оптимален и у 50% - ярко выражен, что может быть связано со снятием ответственности в личном принятии решений и неизбежности данного действия.

Уровень избегания у медицинских сестер у 10% слабо выражен, проявляясь тенденцией к достижению собственных целей. У 60% оптимален, что выражается низкой тенденцией к достижению собственных целей, и у 30% испытуемых ярко выражен, проявляясь отсутствием к кооперации.

Уровень избегания у фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов у 40% оптимален, что проявляется сниженной тенденцией к достижению личных целей, у 60% ярко выражен, исходя из высокой ответственности за жизнь и здоровье пациентов, и грамотного ведения коммуникации.

Уровень избегания у фельдшеров скорой медицинской помощи у 10% слабо выражен, на фоне знания четких алгоритмов действий и уверенности в собственных силах, и у 90% исследуемых оптимален, ввиду высоких нагрузок и оперативности действий, уступая в достижении собственных целей.

Таким образом, ярко выражено избегание у фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов, на фоне грамотного ведения тактики беседы, слабо выраженное избегание конфликтных ситуаций наблюдается у медицинских сестер и фельдшеров скорой медицинской помощи, на фоне тенденции к достижению собственных целей. Средние показатели испытуемых демонстрируют оптимальное избегание конфликтной ситуации, с целью личного здоровьесбережения. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 10.

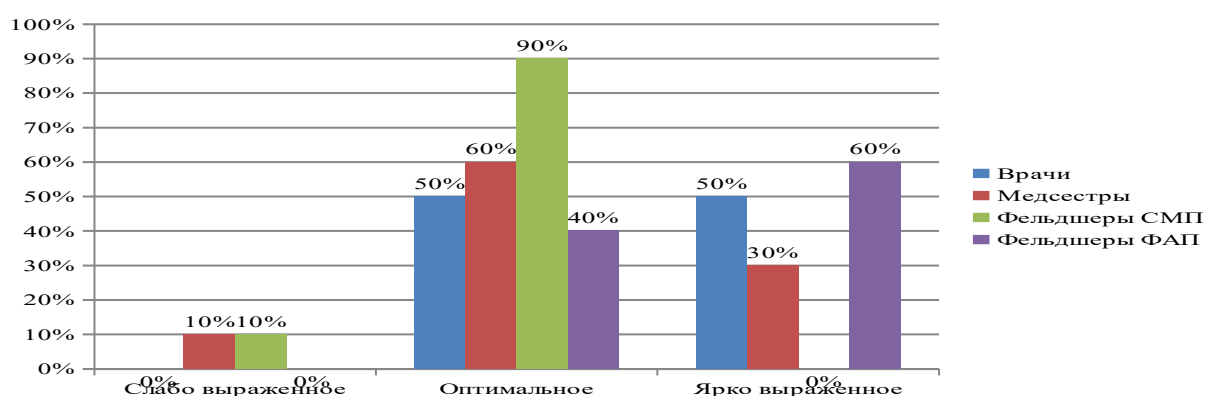


Рис. 10 Результаты исследования избегания по методике Томаса-Килманна «Типы поведения в конфликтной ситуации», в процентах (%)

Уровень приспособления у врачей у 30% слабо выражен, находя отражение в приоритетности собственных взглядов, у 40% оптимален, когда бывают проявления принесения в жертву собственных интересов ради другого. И у 30% испытуемых ярко выражен, регулярно отдавая предпочтение доминированию взглядов собеседника.

Уровень приспособления у медицинских сестер у 10% слабо выражен, специалисты ставят свою точку зрения во главе взаимодействия с окружающими, у 60% оптимален, когда наблюдаются компромиссные решения, и у 30% ярко выражен, когда мнение собеседника ставится в приоритет.

Уровень приспособления у фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов у 30% слабо выражен, проявляясь в доминировании собственных

интересов, у 40% оптимален, находя сильные стороны в точках зрения обоих собеседников, у 30% ярко выражен, принося в жертву собственные интересы ради другого.

Уровень приспособления у фельдшеров скорой медицинской помощи у 40% слабо выражен, так как, специалисты считают свое мнение неоспоримым, у 50% исследуемых оптимален, находя свое отражение в компромиссных решениях взаимодействующих, и у 10% испытуемых ярко выражен, когда специалисты относят собственные интересы на второй план.

Таким образом, наиболее слабым уровнем приспособления обладают фельдшеры скорой медицинской помощи, проявляясь в ригидности действий и доминировании собственной точки зрения медиков. Большинство испытуемых медицинских работников имеют оптимальный уровень приспособления, проявляясь в компромиссных решениях, и одинаково ярко уровень приспособления выражен у врачей, медицинских сестер и фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов, когда собственные интересы приносятся в жертву интересам собеседника. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 11.

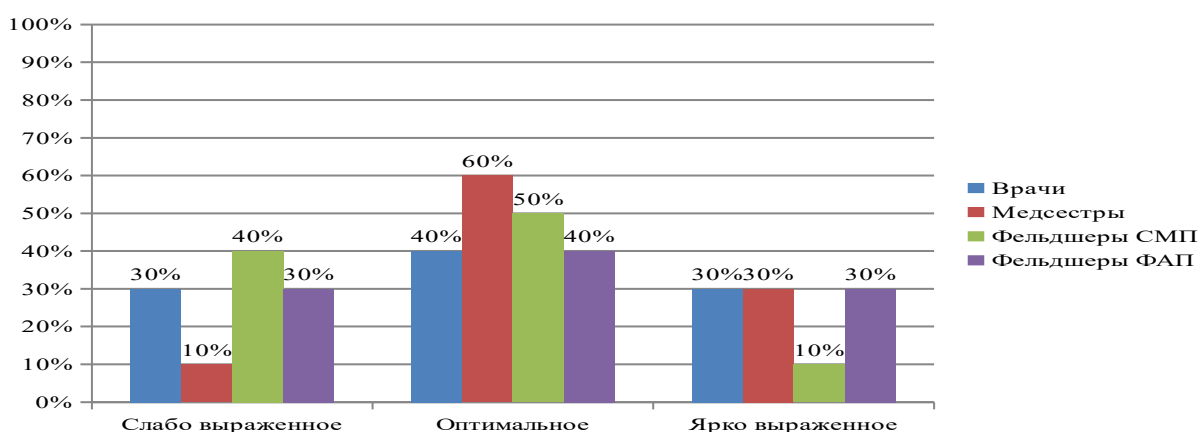


Рис. 11 Результаты исследования приспособления по методике Томаса-Килманна «Типы поведения в конфликтной ситуации», в процентах (%)

В результате проведения методики К. Маслач "Профессиональное (эмоциональное) выгорание", удалось проанализировать уровень синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников.

Уровень эмоционального истощения врачей у 30% исследуемых низкий, на котором нет проявлений равнодушия, безучастия. У 50% врачей средний, при котором могут наблюдаться явления эмоционального перенасыщения. И у 20% исследуемых – высокий, что проявляется общим снижением эмоционального фона.

Уровень эмоционального истощения медицинских сестер у 20% исследуемых низкий, на котором проявления негативного эмоционального фона отсутствуют, у 60% средний, когда имеется проявление равнодушия, безучастия, и у 20% - высокий, характеризующийся эмоциональным перенасыщением.

Уровень эмоционального истощения фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов у 10% исследуемых низкий, характеризующийся активностью, полнотой сил, у 50% средний, с проявлениями снижения эмоционального фона, у 40% - высокий, характеризующийся равнодушием, эмоциональным напряжением.

Уровень эмоционального истощения фельдшеров скорой медицинской помощи у 20% исследуемых низкий, на фоне полных энергетических ресурсов, у 30% средний, что говорит о симптомах эмоционального перенасыщения, и у 50% - высокий, для которого характерны постоянные проявления перенасыщения эмоционального фона.

Исходя из полученных данных, наиболее высокий уровень эмоционального истощения имеют фельдшеры скорой медицинской помощи, проявляющийся устойчивым эмоциональным перенасыщением. Наиболее низкий уровень имеют врачи, характеризуясь резервно наполненными сил и энергии. Также, врачи, медицинские сестры и фельдшера фельдшерско-акушерских пунктов в большинстве имеют средний уровень эмоционального

истощения, для которого характерны периодические проявления эмоционального равнодушия. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 12.

Уровень деперсонализации врачей у 30% исследуемых низкий, что говорит об отсутствии нарушений в общении с другими людьми. У 30% средний, что свидетельствует о проявлении нарушений межличностного взаимодействия, и у 40% - высокий, проявляющийся деформацией отношений с другими людьми.

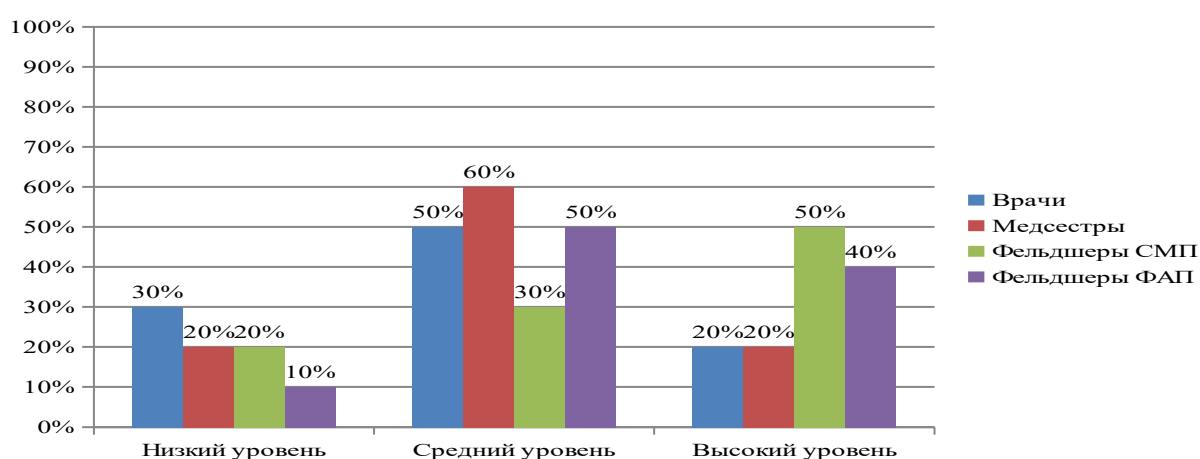


Рис. 12 Результаты исследования эмоционального истощения по методике К. Маслач "Профессиональное (эмоциональное) выгорание" в процентах (%)

Уровень деперсонализации медицинских сестер у 30% исследуемых низкий, что говорит об отсутствии каких-либо негативных установок, у 40% средний, свидетельствующий о периодических проявлениях нарушений взаимодействия, и у 30% - высокий, что может проявляться циничностью установок по отношению к окружающим.

Уровень деперсонализации фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов у 20% исследуемых низкий, характеризующийся положительным взаимодействием специалистов с окружающими, у 30% испытуемых уровень средний, на котором возможна деформация общения, такая как повышение

зависимости от окружающих. У 50% - высокий уровень, на котором проявляются устойчивые деформации взаимоотношений.

Уровень деперсонализации фельдшеров скорой медицинской помощи у 10% исследуемых низкий, что характерно при ресурсном состоянии специалиста, у 30% фельдшеров средний уровень, на котором свойственно проявлений циничных установок, зависимости от окружающих. У 60% испытуемых уровень высокий, для которого характерны усиление негативизма, циничность установок и чувств по отношению к пациентам.

Наиболее высокий уровень деперсонализации среди медицинских работников имеют фельдшера скорой медицинской помощи, что связано с разнообразностью контингента, с которыми работают сотрудники, также личным ресурсным состоянием. Низким уровнем в большинстве в равных долях обладают врачи и медицинские сестры, что можно связать с нормированным рабочим графиком, условиями работы, а также характерными пациентами. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 13.

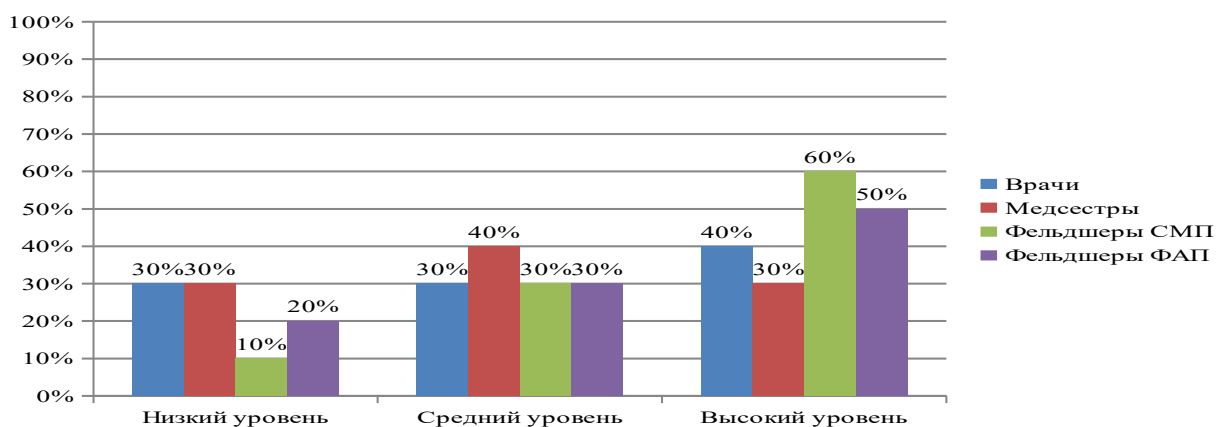


Рис. 13 Результаты исследования деперсонализации по методике К. Маслач "Профессиональное (эмоциональное) выгорание" в процентах (%)

При исследовании редукции профессиональных достижений, уровень редукции врачей у 10% исследуемых выяснился низкий, что говорит о нормальной самооценки себя как специалиста, у 30% средний,

свидетельствует о проявлении тенденции негативно оценивать себя, и у 60% испытуемых высокий, выражающийся в ограничении своих возможностей, обязанностей по отношению к другим.

Уровень редукции медицинских сестер у 30% исследуемых низкий, что говорит о здоровом взгляде на свои профессиональные способности, у 30% средний, при котором отмечаются проявления негативизма по отношению к служебным достоинствам и возможностям, и у 40% исследуемых уровень высокий, на котором отчетливо прослеживается преуменьшение собственного достоинства.

Уровень редукции фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов у 60% исследуемых низкий, когда специалист высоко ценит себя как профессионала, у 30% средний, на котором имеются проявления преуменьшения собственного достоинства, и у 10% исследуемых уровень редукции высокий, что может выражаться тенденцией негативно оценивать себя, занижать свои профессиональные достижения и успехи.

Уровень редукции фельдшеров скорой медицинской помощи у 20% исследуемых низкий, на фоне адекватной оценки себя как специалиста, у 10% средний, проявляющийся занижением собственных достоинств и возможностей, и у 70% - высокий, что ярко выражается в преуменьшении собственного достоинства, ограничении своих возможностей, негативизме по отношению к служебным достоинствам.

Таким образом, наиболее ярко редукция профессиональных достижений проявляется у фельдшеров скорой медицинской помощи, что может быть связано с высокой ответственностью за жизнь пациента, и в то же время четкой должностной иерархией. Низкий уровень редукции профессиональных достижений более всего выражен у специалистов фельдшерско-акушерских пунктов, на что в свою очередь оказывает влияние положение вдали от остальных лечебно-профилактических учреждений, авторитетность среди населения. Так же, достаточно высоким уровнем

редукции профессиональных достижений обладают врачи разных специализаций, на что влияет ответственность за жизнь другого человека, высокие требования руководства, проявления конкуренции. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 14.

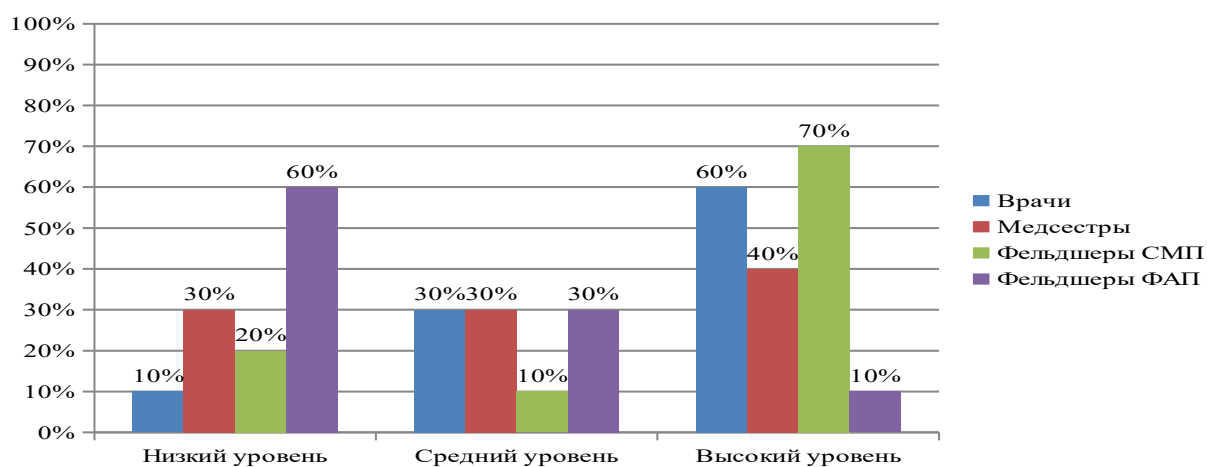


Рис. 14 Результаты исследования редукции профессиональных достижений по методике К. Маслач "Профессиональное (эмоциональное) выгорание" в процентах (%)

Таким образом, на основании проведенного нами исследования, мы видим, что синдром эмоционального выгорания ярко выражен у медицинских работников всех специализаций. Это проявляется показателями факторов, оказывающих влияние на его возникновение. В частности, в проявлениях агрессивности, низкого уровня эмпатии, тревожности, ригидности, фрустрации. У сотрудников отмечается высокий уровень эмоционального истощения, деперсонализации, редукции профессиональных достижений. Особенно ярко синдром эмоционального выгорания проявляется у фельдшеров скорой медицинской помощи. На фоне этого, следует вывод о необходимости снижения эмоционального выгорания путем коррекционных мероприятий.

Выводы по второй главе

Таким образом, в развитии синдрома эмоционального выгорания прослеживаются характерные особенности, возникающие в результате влияния специфики деятельности сотрудников здравоохранения. Придерживаясь концепции К. Маслач, таковыми являются: эмоциональное истощение, деперсонализация и редукция профессиональных достижений.

Эмоциональное истощение вызвано деформацией различных психологических качеств, в частности, таких, как агрессивность и фрустрация, на фоне высоких требований руководства, отрицательно настроенных пациентов, конфликтные ситуации с пациентами, их родственниками, коллегами; тревожность, возникающая под давлением ответственности за жизни и здоровье других людей; ригидность, на фоне жестких алгоритмов и привычных действий, отступление от которых чревато непредсказуемыми последствиями. Наиболее ярко уровень эмоционального истощения проявляется у фельдшеров скорой медицинской помощи. Врачи, медицинские сестры и фельдшера фельдшерско-акушерских пунктов, в большинстве, имеют средний уровень эмоционального истощения. Но проявления высокого уровня истощения также имеются и у этих специализаций сотрудников.

Деперсонализация, влекущая деформации отношений с другими людьми и проявляющаяся повышением негативизма, циничностью установок и чувств по отношению к пациентам. В определенных случаях она выглядит в виде повышения зависимости от окружающих. Наиболее ярко данный симптом проявляется у фельдшеров скорой медицинской помощи. Большая часть испытуемых этой специализации имеет высокий уровень деперсонализации. Также, врачи и фельдшера фельдшерско-акушерских пунктов имеют в большинстве своем высокий уровень деперсонализации. У медицинских сестер деперсонализация в основном проявляется на среднем уровне.

Редукция профессиональных достижений, формируется вследствие высоких требований руководства, безоценочного личного вклада в деятельность, негативного отношения пациентов и конкуренции среди сотрудников сферы здравоохранения. Ее проявления заключаются в тенденции негативно оценивать себя, занижать свои профессиональные достижения и успехи, негативизме по отношению к служебным достоинствам и возможностям, также в преуменьшении собственного достоинства, ограничении своих возможностей и обязанностей по отношению к другим. На высоком уровне редукция проявляется у врачей, медицинских сестер и, в особенности, у фельдшеров скорой медицинской помощи. У фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов редукция ярко выражена на низком уровне.

Синдром эмоционального выгорания имеет свои проявления у всех исследуемых нами специальностей, но наиболее ярко прослеживается по всем параметрам у фельдшеров скорой медицинской помощи. Данные показатели требуют к себе внимания, коррекции и профилактики, что можно осуществить при помощи программы комплексов методик и упражнений, направленных на снижение синдрома эмоционального выгорания. Данная программа будет рассмотрена нами в 3 главе исследования.

Глава III. Психологическая программа профилактики синдрома эмоционального выгорания медицинских работников

3.1 Основные направления, формы и методы психологической профилактики синдрома эмоционального выгорания медицинских работников

При проведении формирующего эксперимента, мы использовали комплекс тренинговых занятий (приложение 6). Тренинговые занятия проводились еженедельно. Основной целью проведения комплекса является снижение уровня синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников Центральной районной больницы.

Структуру составляют 24 тренинговых занятия, направленных на снижение нервно-психического напряжения, агрессии, конфликтности и установление оптимального уровня эмпатии сотрудников, продолжительностью 1-1,5 часа.

Методами работы являлись: беседы-дискуссии; практические коррекционные и релаксационные занятия; игровые упражнения.

В процессе проведения тренинговых занятий, мы придерживались следующих принципов: принцип добровольного участия; принцип самодиагностики, т.е. формулирование и осознание самими участниками собственных личностных проблем; принцип открытого взаимодействия, т.е. полноценного межличностного общения, основанного на уважении, эмпатии и доверии друг к другу.

Форма работы – групповая. Работа проводилась в малых группах, численностью 10 человек, отдельно с каждой специализацией медицинских работников.

В плане каждого занятия программы предусмотрены такие части:

1. Вводная часть, которая включает в себя постановку проблемы и разминочные упражнения.
2. Основную часть, которая занимает большую часть времени.
3. Заключительная часть.

После проведения тренинга предполагаются следующие результаты:

1. Повышение уровня информационно-теоретической компетентности педагогов.
2. Овладение педагогами психотехническими приемами саморегуляции негативных эмоциональных состояний.
3. Повышение самооценки, стрессоустойчивости, работоспособности, снижение уровня тревожности, эмоциональной напряженности, утомления.
4. Снижение уровня конфликтности, агрессивности в педагогическом коллективе.

Таблица 1.

Тематическое планирование

№ занятия	Цель	Упражнения
Занятие №1	<p>– развитие умения слушать партнера и совершенствовать коммуникативные навыки,</p> <p>– сокращение коммуникативной дистанции между участниками тренинга.</p> <p>– формирование навыков модификации и коррекции поведения на основе анализа разыгрываемых ролей и группового разбора поведения.</p>	<p>Упражнение «Интервью»,</p> <p>Упражнение «Преувеличение или полное изменение поведения».</p>

продолжение Таблицы 1

	– знакомство, принятие правил тренинга.	
Занятие №2	– снятие напряжения в коллективе; – развивать умение предугадывать действия друг друга, обращая внимание на невербальные обращения и манеру поведения.	Упражнение «Снятие напряжения», Упражнение «Вселенная».
Занятие №3	– установление навыка принятия группового решения о стратегии и тактике выполнения поставленной задачи; – сплочение группы и углублению процессов самораскрытия.	Упражнение «Космическая скорость», Упражнение «Портрет».
Занятие №4	– установление контакта; – построение коллектива.	Упражнение «Споем вместе», Упражнение «Геометрия», Упражнение «Волна».
Занятие №5	Развитие у участников воображения, умение сосредоточиться на восприятии окружающей среды при помощи слуха, зрения, осязания по отдельности.	Упражнение «Лабиринт».
Занятие №6	Построение коммуникации в группе.	Упражнение «Передай соседу».
Занятие №7	– формирование доверительного стиля общения в процессе	Упражнение «Приветствие».

продолжение Таблицы 1

	– налаживания контактов; – создание позитивных эмоциональных установок на	Ролевая игра «Сглаживание конфликтов».
--	--	---

	<p>доверительное общение;</p> <p>– отработка умений и навыков сглаживания конфликтов.</p>	
Занятие №8	Повышение эмпатии путем доверия сотрудников друг к другу.	Упражнения на доверие.
Занятие №9	<p>– близкое знакомство сотрудников</p> <p>– развитие навыков невербального общения.</p>	<p>Упражнение «Близкое знакомство».</p> <p>Упражнение «Говорящие руки».</p>
Занятие №10	Показать влияние каждого члена коллектива на развитие социально-психологического климата, установления коммуникации с пациентами.	Упражнение «Невидимая связь».
Занятие №11	<p>– развитие способности работать в паре сообща, дополняя действия друг друга;</p> <p>– создание условий для самораскрытия;</p> <p>– умение вести полемику и контраргументацию.</p>	<p>Упражнение «Общее дело»,</p> <p>Упражнение «Контраргументы».</p>
Занятие №12	<p>– выявление уровня самооценки и уровня притязаний;</p> <p>– выработка навыков повышения</p>	<p>Упражнение «Кто я?»,</p> <p>Упражнение «Личный герб и девиз».</p>

продолжение Таблицы 1

	<p>– уровня самооценки;</p> <p>– осознание своих личностных особенностей с точки зрения того, какие возможности они открывают в профессиональной деятельности и</p>	
--	---	--

	какие накладывают ограничения.	
Занятие №13	– ознакомление с понятием «общение», структура общения, вербальное и невербальное общение; – осознание своих коммуникативных особенностей; – выработка навыков эффективного общения в различных сферах своей деятельности.	Упражнение «Молчанка», Упражнение «Слепое слушание» Упражнение «Активное слушание».
Занятие №14	Осознание своих жизненных и профессиональных целей, осознание своих ценностных ориентаций и личных приоритетов.	Упражнение «Анкета», Упражнение «Шесть шагов к достижению цели»
Занятие №15	Выявление своих жизненных и профессиональных целей, в осознании своих ценностных ориентаций и личных приоритетов.	Упражнение «Карта моей жизни»
Занятие №16	Выявление своих личностных особенностей с точки зрения того, какие возможности они открывают в профессиональной деятельности и какие накладывают ограничения.	Упражнение «Грецкий орех», Упражнение «Три цвета личности», Упражнение «Я учусь у
продолжение Таблицы 1		
		тебя»
Занятие №17	– информирование об основных причинах дефицита времени, знакомство с основными правилами планирования времени; – анализ использования рабочего времени, его планирование; – выработка навыков	Упражнение «Поглотители и ловушки времени», Упражнение «Смятая бумага», Упражнение «Приоритеты».

	эффективного планирования и контроля своего времени.	
Занятие №18	Помочь участнику тренинга в самореализации в качестве личности, ориентированной на успех, обладающей социально необходимыми качествами культурного человека.	Упражнение «Я сильный – Я слабый», Упражнение «Рисунок Я», Упражнение «Дополнительное рисование», Упражнение «Я – звезда».
Занятие №19	Создать условия для профилактики синдрома эмоционального выгорания и поддержки психического здоровья медицинских работников.	Упражнение «Откровенно говоря» , Упражнение «Молодец!», Упражнение «Калоши счастья», Упражнение «Плюс-минус».
продолжение Таблицы 1		
Занятие №20	Создать условия для профилактики синдрома эмоционального выгорания и поддержки психического здоровья медицинских работников. Закрепить полученные навыки.	Упражнение «Картинка» , Упражнение-медитация «Сад моей души», Упражнение «Моя аффирмация», Притча о колодце.

После проведения формирующего эксперимента мы предполагаем получить следующие результаты:

1. Повышение уровня информационно-теоретической компетентности медицинских работников.
2. Овладение медиками психотехническими приемами саморегуляции негативных эмоциональных состояний.
3. Повышение самооценки, стрессоустойчивости, работоспособности, снижение уровня тревожности, эмоциональной напряженности, утомления.
4. Снижение уровня конфликтности, агрессивности в коллективе.

3.2 Контрольный эксперимент и его анализ

Проведенный нами комплекс тренинговых занятий на снижение показателей синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников, дал положительные результаты. В апреле 2019 года нами был проведен контрольный эксперимент, аналогичный констатирующему эксперименту.

В результате исследования при помощи методики Г. Айзенка «Самооценка психических состояний», были получены данные, представленные ниже.

При исследовании уровня тревожности, низкий уровень наблюдается у большинства испытуемых и составляет 60% исследуемых врачей, 80% исследуемых медицинских сестер, 60% исследуемых среди фельдшеров скорой медицинской помощи и 70% специалистов фельдшерско-акушерских пунктов. Данные показатели указывают на то, что специалисты не переживают эмоционального дискомфорта, связанного с ожиданием неблагоприятия.

Средний уровень тревожности испытывают врачи (40%), медицинские сестры (20%), фельдшера скорой медицинской помощи (40%), фельдшера фельдшерско-акушерских пунктов (30%), в таком случае изредка возникают эпизоды переживания тревоги, с низким порогом возникновения.

Исходя из полученных данных, мы видим, что абсолютно у всех исследуемых специалистов снизился уровень тревожности. Высокий уровень тревожности не проявляется ни в одной специализации. Так же видно, что низким уровнем тревожности, в большинстве своем среди других специализаций медицинских работников, обладают медицинские сестры, что указывает на психологический комфорт и спокойное эмоциональное состояние. Сотрудники остальных специализаций также в большинстве имеют низкий уровень тревожности, для которого характерен спокойный эмоциональный фон. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 15.

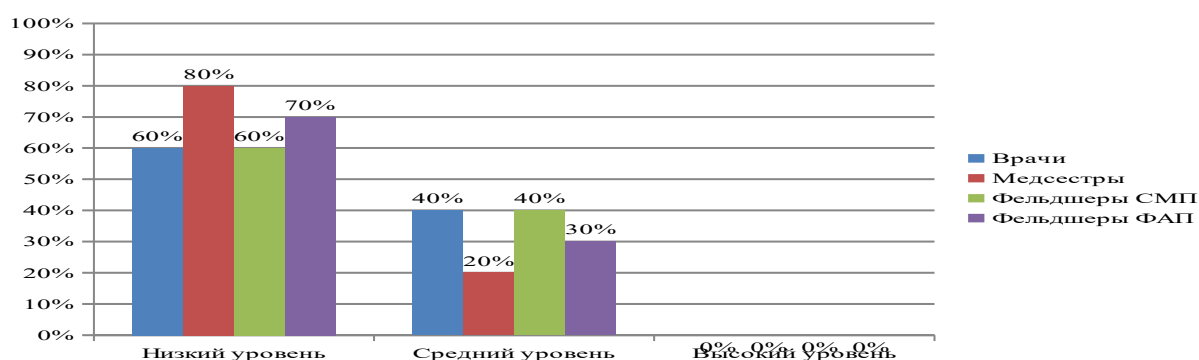


Рис. 15 Результаты исследования тревожности по методике Г. Айзенка «Самооценка психических состояний» в процентах (%)

При исследовании фрустрации, низкий уровень проявляется у 80% исследуемых врачей, у 90% медицинских сестер, у 70% фельдшеров скорой медицинской помощи и у 90% исследуемых фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов. Данные показатели говорят о том, что специалисты имеют спокойный эмоциональный фон, удовлетворены своей трудовой деятельностью и уверены в своих профессиональных действиях.

Средний уровень фрустрации имеют 10% врачей, 10% медицинских сестер и 10% фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов, а также 20% фельдшеров скорой медицинской помощи, что может быть связано с периодически возникающими переживаниями возможного неуспеха.

Высокий уровень фрустрации проявляется у 10% врачей и 10% фельдшеров скорой медицинской помощи, периодическое проявление которого выражается в виде негативного эмоционального состояния, обусловленного состоянием безуспешности в профессии. У медицинских сестер и фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов данных высокого уровня фрустрации обнаружено не было.

Таким образом, ярко проявляется картина снижения фрустрации медицинских работников. Исследование говорит о том, что наиболее фрустрированы остаются врачи и фельдшеры скорой помощи, одинаково слабо фрустрированы медицинские сестры и специалисты фельдшерско-акушерских пунктов. В среднем, весь медицинский персонал имеет низкий уровень фрустрации. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 16.

При исследовании агрессивности, наблюдается низкий у 80% врачей и 80% фельдшеров скорой помощи, у 90% исследуемых медицинских сестер исследуемых низкий, а также абсолютно у всех фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов, что свидетельствует об уравновешенном психоэмоциональном отношении специалистов к окружающим людям и окружающей среде.

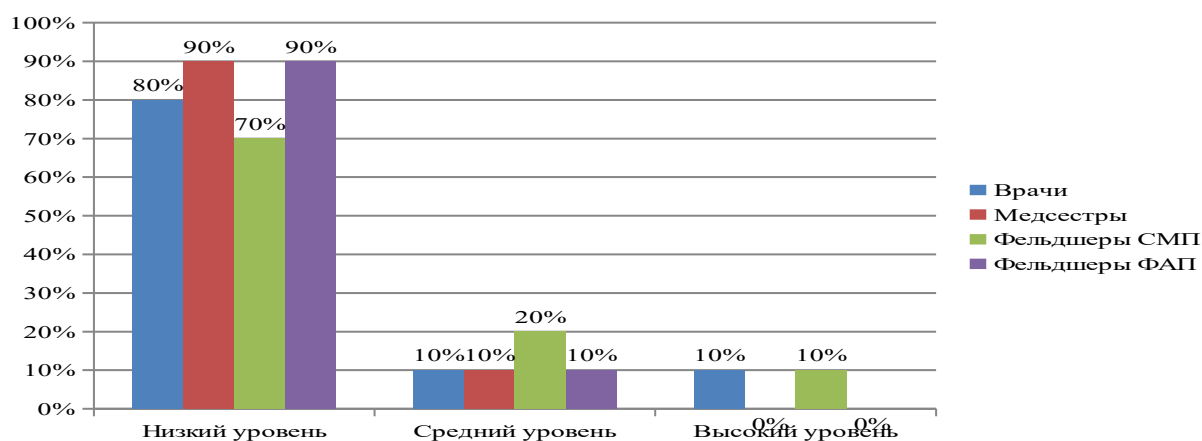


Рис. 16 Результаты исследования фрустрации по методике Г. Айзенка «Самооценка психических состояний» в процентах (%)

Средний уровень тревожности имеют 10% медицинских сестер, 20% врачей и 20% фельдшеров скорой медицинской помощи. Для этого уровня агрессивности характерно периодическое проявление эмоциональных всплесков.

Высокий уровень агрессивности на этапе контрольного эксперимента отсутствует у всех специализаций медицинских работников.

Таким образом, на фоне проведенного исследования, мы видим высокие показатели низкого уровня агрессивности, абсолютное отсутствие высокого уровня агрессивности. Данные свидетельствуют о том, что в большинстве своем, медицинские работники обладают низким уровнем агрессивности, что соответствует стабильному эмоциональному фону. Наиболее ярко это проявляется у фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 17.

При исследовании показателей ригидности, низкий уровень наблюдается у врачей (70%), медицинских сестер(90%), фельдшеров скорой медицинской помощи (60%), фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов (70%).

На данном уровне проявляются качества эмоциональной пластичности, что важно в деятельности медицинских работников.

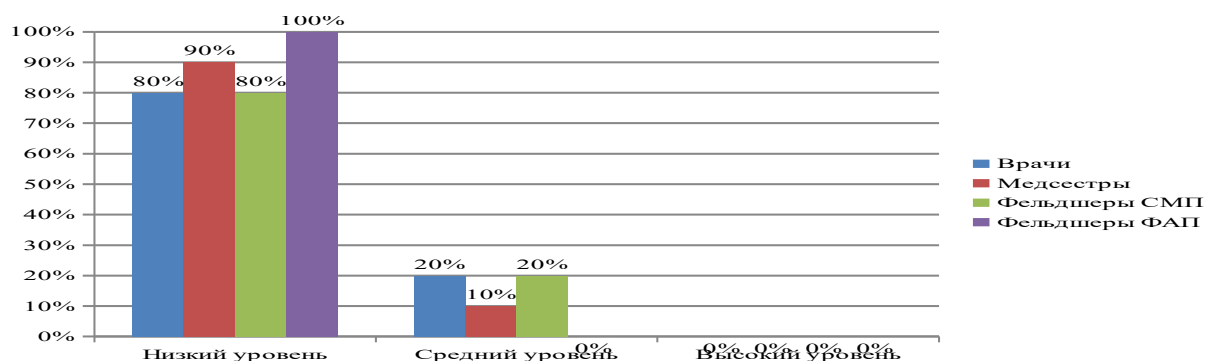


Рис. 17 Результаты исследования агрессивности по методике Г. Айзенка «Самооценка психических состояний» в процентах (%)

Средний уровень ригидности проявляется у 30% врачей, 10% медицинских сестер, у 40% фельдшеров скорой медицинской помощи и 30%

фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов. Ригидность проявляется на данном уровне периодическими затруднениями в случае необходимости смены заданных установок.

Высокий уровень на этапе контрольного эксперимента у медицинских работников не наблюдается.

Таким образом, мы можем увидеть значительные изменения в уровне ригидности медицинских работников, в пользу снижения. Сейчас, в большинстве, медицинские работники обладают низким уровнем ригидности. Высокий уровень ригидности отсутствует у всех специалистов. Наибольшее количество человек, обладающие низким уровнем ригидности, так же показали медицинские сестры, часто контактирующие непосредственно с пациентами, выстраивая с ними общение и, таким образом, вырабатывающие навыки пластичности. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 18.

В результате проведения констатирующего эксперимента, по методике И. М. Юсупова «Исследование уровня эмпатийных тенденций», были получены данные, представленные ниже.

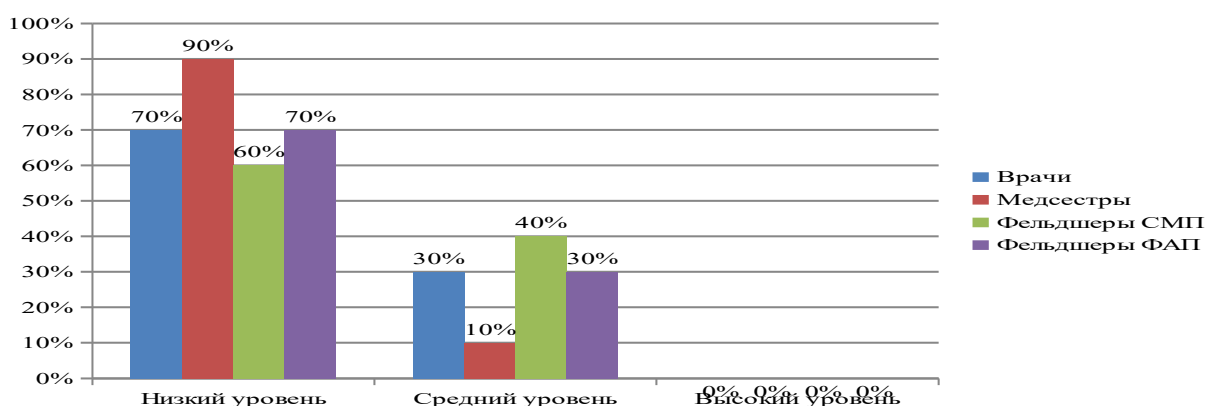


Рис. 18 Результаты исследования ригидности по методике Г. Айзенка «Самооценка психических состояний» в процентах (%)

У 10% фельдшеров скорой медицинской помощи уровень эмпатийных тенденций низкий, что говорит о затруднении специалиста в установлении контактов с людьми.

Нормальный уровень эмпатии преобладает у врачей (80%), медицинских сестер (70%), фельдшеров скорой медицинской помощи (90%) и фельдшеров фельдшерских акушерских пунктов (70%). Эмпатия на нормальном уровне проявляется тем, что эмоциональные реакции всегда находятся под контролем. Такие люди внимательны, не любят излишнего проявления чувств.

Высокий уровень эмпатийных тенденций заключается в специалисты чувствительны к потребностям и сложностям окружающих, не склонны к конфликтам. На данном уровне эмпатия находится у 20% врачей, 30% медицинских сестер и 30% фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов.

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод о формировании сбалансированного уровня эмпатии медицинских работников. Высоким уровнем, обладают специалисты фельдшерско-акушерских пунктов и медицинские сестры, свидетельствуя о том, что это отзывчивые и общительные люди, которых высоко ценят за доброту и искренность. Низкий уровень проявился у фельдшеров скорой медицинской помощи, что указывает на возможное желание работать в уединении, чувство отчужденности и неприятия чужих эмоциональных проявлений. В среднем, у испытуемых всех специализаций нормальный уровень эмпатийных тенденций, при котором имеется участие к чувствам пациента при собственном эмоциональном контроле. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 19.

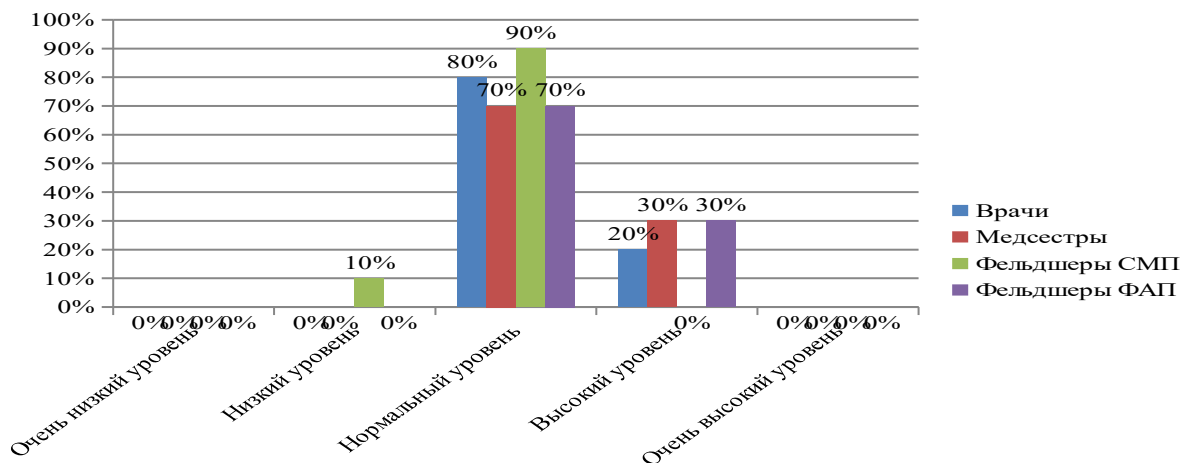


Рис. 19 Результаты исследования эмпатии по методике И. М. Юсупова «Исследование уровня эмпатийных тенденций» в процентах (%)

При проведении данной методики имеется показатель искренности ответов. Испытуемые всех специализаций показали 100% искренность. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 20.

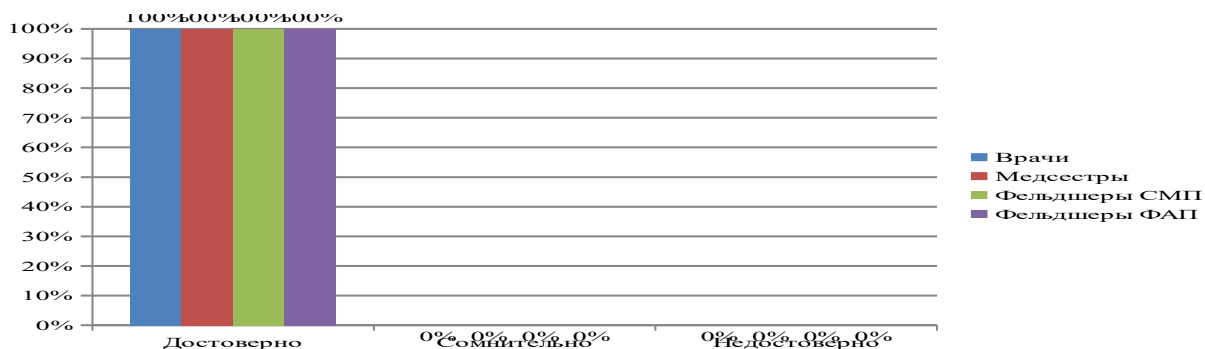


Рис. 20 Результаты исследования искренности ответов по методике И. М. Юсупова «Исследование уровня эмпатийных тенденций» в процентах (%)

В результате проведения исследования по методике Томаса-Килманна «Типы поведения в конфликтной ситуации», были получены данные, представленные ниже.

При исследовании соперничества, наблюдается высокий уровень у фельдшеров скорой медицинской помощи, что говорит о постановке личных интересов превыше интересов партнера по беседе.

Оптимальный уровень соперничества наблюдается у врачей (40%), медицинских сестер (50%), фельдшеров скорой медицинской помощи (60%) и фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов (40%). Данный уровень проявляется, когда взгляды собеседника и личные взгляды равнозначны.

Слабо выражено соперничество у 60% исследуемых врачей, 50% медицинских сестер, 30% фельдшеров скорой медицинской помощи и у 60% фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов, что выражается приоритетом интересов собеседника.

Таким образом, уровень соперничества в конфликте у большинства медицинских работников удалось урегулировать ближе к оптимальному. Выраженным соперничеством наблюдаются у фельдшеров скорой медицинской помощи, находя свое начало в сложных рабочих ситуациях, которые не редко носят экстремальный характер. В среднем, уровень соперничества у испытуемых колеблется между слабо выраженным и оптимальным соперничеством, обозначая интересы пациента и свои равнозначными. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 21.

В процессе исследования сотрудничества, у 60% врачей, у 80% медицинских сестер, у 70% фельдшеров скорой медицинской помощи и у 50% испытуемых фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов выявился оптимальный уровень, проявляющийся умением выстроить продуктивную коммуникацию.

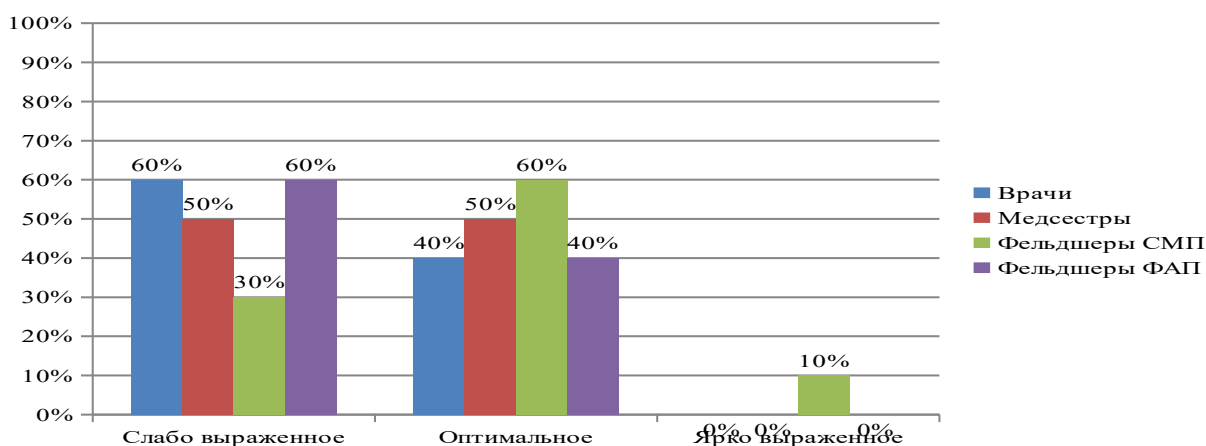


Рис. 21 Результаты исследования соперничества по методике Томаса-Килманна «Типы поведения в конфликтной ситуации», в процентах (%)

У 40% врачей, 20% медицинских сестер, 30% фельдшеров скорой медицинской помощи и у 50% фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов имеется ярко выраженный уровень сотрудничества, который характеризуется полным согласием взаимодействующих и умением выстроить продуктивную тактику.

Мы видим, на фоне полученных данных, что уровень сотрудничества у медицинских работников возрос. Слабо выраженного уровня сотрудничества у медицинских работников не наблюдается. Таким образом, наиболее показательное сотрудничество выражено у сотрудников фельдшерских акушерских пунктов, что может быть связано с их авторитетным положением среди пациентов. В среднем у испытуемых сотрудничество находится на оптимальном уровне, так как это является неотъемлемым компонентом успешной деятельности медицинских работников. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 22.

В процессе исследования компромисса, выявился оптимальный уровень у врачей (30%), медицинских сестер (10%), фельдшеров скорой медицинской помощи (30%), фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов (10%), который выражается наличием взаимных уступок собеседников.

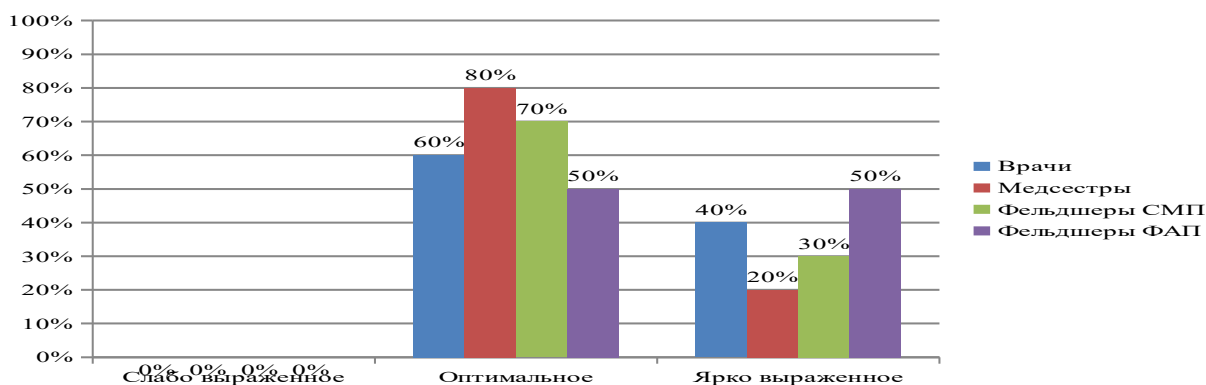


Рис. 22 Результаты исследования сотрудничества по методике Томаса-Килманна «Типы поведения в конфликтной ситуации», в процентах (%)

Ярко выраженный уровень компромисса в конфликтных ситуациях проявляется у 70% врачей, 90% медицинских сестер, 70% фельдшеров скорой медицинской помощи, 90% фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов, при котором практикуются взаимные уступки, предлагаются варианты, снимающие возникшее противоречие.

Таким образом, компромисс полностью перестал быть выраженным на слабом уровне, и стал значительно проявляться на высоком. Наиболее ярко компромисс выражен у медицинских сестер и специалистов фельдшерско-акушерских пунктов, что может быть связано с активным взаимодействием сотрудников с пациентами. Данные представлены в гистограмме, изображенной и на рисунке 23.

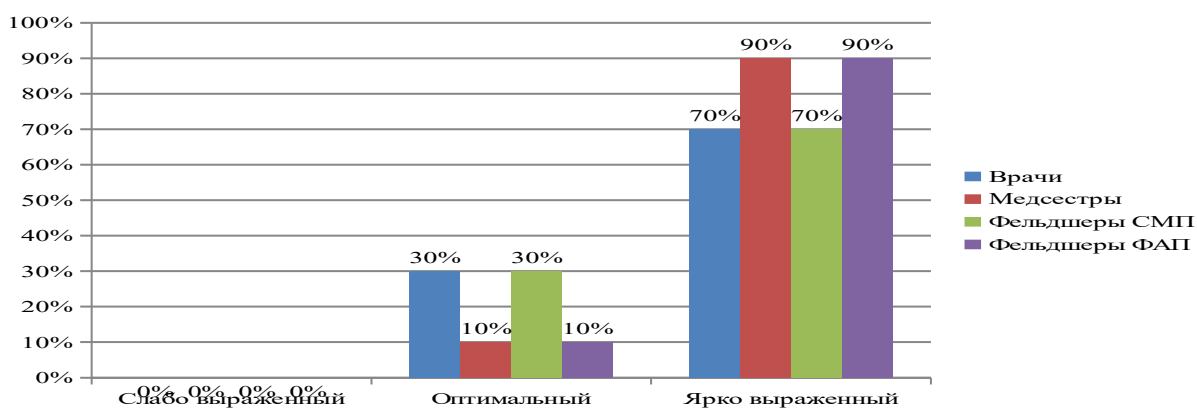


Рис. 23 Результаты исследования компромисса по методике Томаса-Килманна «Типы поведения в конфликтной ситуации», в процентах (%)

В процессе исследования избегания в конфликтных ситуациях, оптимальный уровень наблюдается у врачей (90%), абсолютно всех медицинских сестер и фельдшеров скорой медицинской помощи, 90% фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов. Характерной чертой для этого уровня является снижение тенденций к достижению личных целей.

Ярко выраженный уровень избегания имеют 10% врачей и 10% фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов, что может быть связано с высокой ответственностью за жизнь и здоровье пациентов, а также личным принятием решений.

Анализируя полученные данные, мы видим, что уровень избегания конфликтов среди медицинских работников, стал оптимален. Снизились данные высокого избегания конфликтов, также, абсолютно не проявляются показатели слабо выраженного избегания. Средние показатели испытуемых демонстрируют оптимальное избегание конфликтной ситуации, с целью личного здоровьесбережения. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 24.

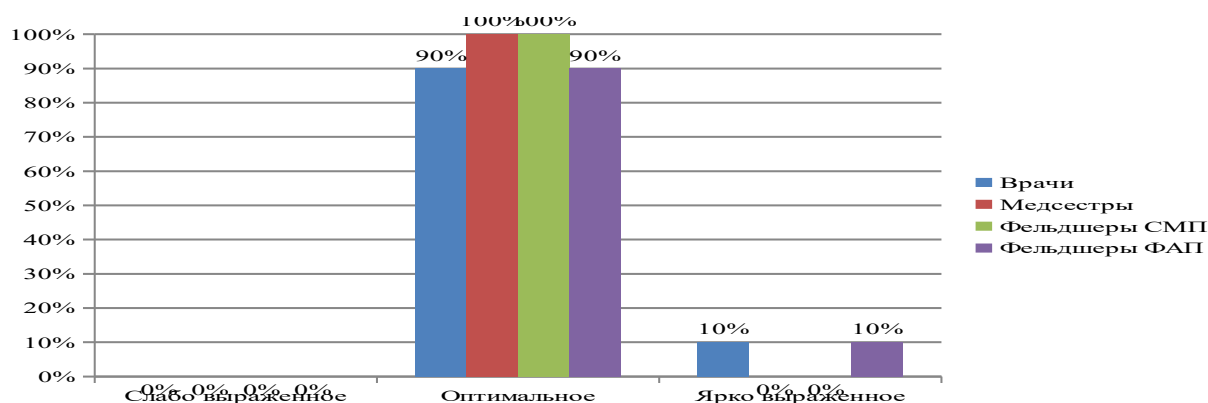


Рис. 24 Результаты исследования избегания по методике Томаса-Килманна «Типы поведения в конфликтной ситуации», в процентах (%)

Уровень приспособления у фельдшеров скорой медицинской помощи у 10% слабо выражен, проявляясь доминированием собственной точки зрения.

При исследовании приспособления, оптимальный уровень выявился у 30% врачей, 40% медицинских сестер и фельдшеров скорой медицинской

помощи, 50% фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов. Данный уровень характеризуется балансом интересов взаимодействующих.

Ярко выраженное приспособление имеется у врачей (70%), медицинских сестер (60%), фельдшеров скорой медицинской помощи (50%), фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов (50%). На данном уровне регулярно отдается предпочтение доминированию взглядов собеседника, принося таким образом в жертву собственные интересы ради другого.

Таким образом, можно наблюдать, что большинство испытуемых медицинских работников имеют оптимальный уровень приспособления, который проявляется в компромиссных решениях. Наиболее ярко приспособление выражено у врачей, когда собственные интересы приносятся в жертву интересам собеседника. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 25.

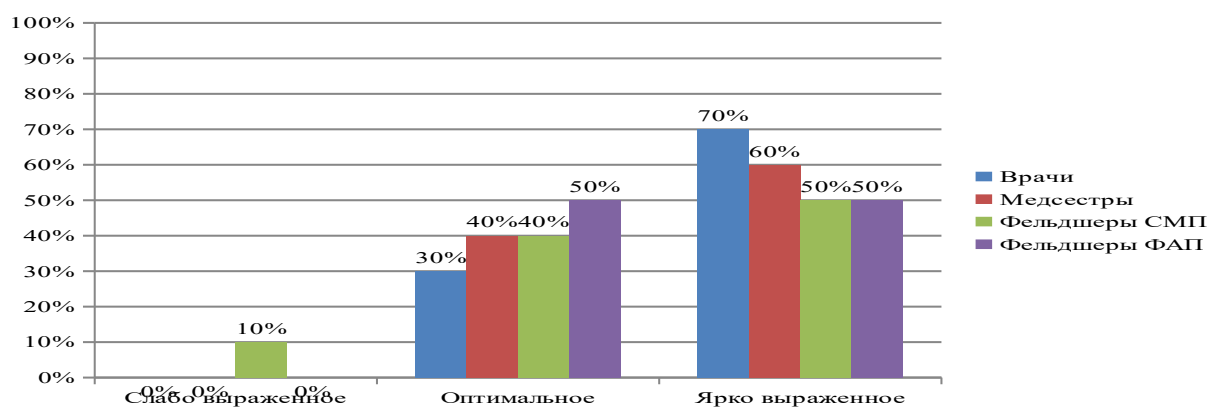


Рис. 25 Результаты исследования приспособления по методике Томаса-Килманна «Типы поведения в конфликтной ситуации», в процентах (%)

В результате проведения методики К. Маслач "Профессиональное (эмоциональное) выгорание", удалось проанализировать уровень показателей, составляющих синдром эмоционального выгорания у медицинских работников.

Эмоциональное истощение проявляется на среднем уровне у врачей (30%), медицинских сестер (20%), фельдшеров скорой медицинской помощи

(40%), фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов (40%). На данном уровне могут наблюдаться явления эмоционального перенасыщения.

Низкий уровень эмоционального истощения проявляется у 70% врачей, 80% медицинских сестер, 60% фельдшеров скорой медицинской помощи и 60% фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов. Для данного уровня характерно отсутствие отрицательного эмоционального фона, наличие активности, полноты сил сотрудника.

Исходя из полученных данных, мы видим, что высокий уровень эмоционального истощения у медицинских работников полностью отсутствует. В большинстве испытуемые имеют низкий уровень эмоционального истощения, характеризуясь ресурсным наполнением сил и энергии. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 26.

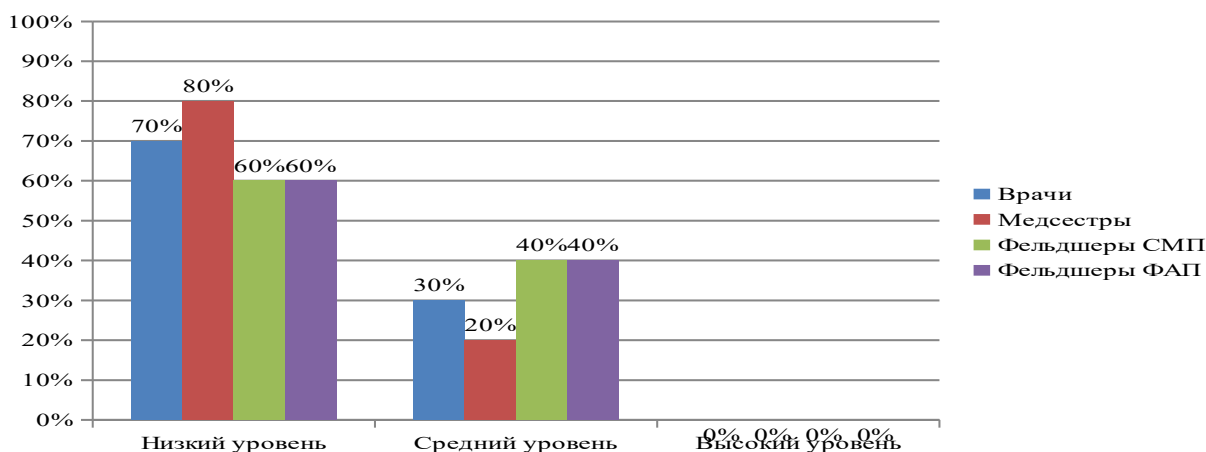


Рис. 26 Результаты исследования эмоционального истощения по методике К. Маслач "Профессиональное (эмоциональное) выгорание" в процентах (%)

В процессе исследования деперсонализации, низкий уровень выявился у 70% исследуемых врачей, у 60% медицинских сестер, у 50% фельдшеров скорой медицинской помощи, у 70% фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов. Для данного уровня характерно ресурсное состояние специалиста, и его положительное взаимодействие с окружающими.

Средний уровень деперсонализации наблюдается у 30% врачей, 40% медицинских сестер и 40% фельдшеров скорой медицинской помощи, 20% фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов, что свидетельствует о некотором проявлении нарушений межличностного взаимодействия.

У 10% испытуемых фельдшеров скорой медицинской помощи и 10% фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов уровень деперсонализации сохраняется высокий, для которого характерны циничность установок и чувств по отношению к пациентам.

Таким образом, высокий уровень деперсонализации сотрудников снизился, а у врачей и медицинских сестер, абсолютно исчез из показателей. Низким уровнем в большинстве в равных долях обладают врачи и специалисты фельдшерско-акушерских пунктов, что проявляется положительным взаимодействием с окружающими. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 27.

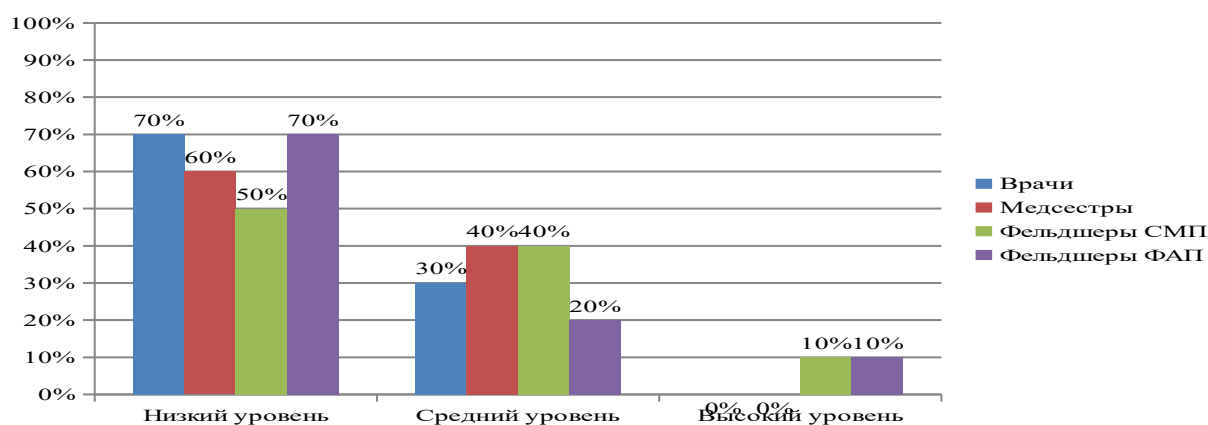


Рис. 27 Результаты исследования деперсонализации по методике К. Маслач "Профессиональное (эмоциональное) выгорание" в процентах (%)

При исследовании редукации профессиональных достижений, низкий уровень выявился у 70% исследуемых врачей, у 80% медицинских сестер, у 60% фельдшеров скорой медицинской помощи, у 80% фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов. Данный уровень проявляется на фоне адекватной оценки себя как специалиста.

Средний уровень редукиции профессиональных достижений наблюдается у 20% врачей, 20% фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов и 20% медицинских сестер, 30% фельдшеров скорой медицинской помощи, и проявляющийся занижением собственных достоинств и возможностей.

Высокий уровень редукиции профессиональных достижений имеют 10% врачей, 10%, фельдшеров скорой медицинской помощи, что может выражаться тенденцией негативно оценивать себя, занижать свои профессиональные достижения и успехи.

Таким образом, на фоне полученных данных, можно сделать выводы у снижении уровня редукиции профессиональных достижений у медицинских работников. Редукиция профессиональных достижений продолжает проявляться у фельдшеров скорой медицинской помощи, врачей, что может быть связано с высокой ответственностью за жизнь пациента. Низкий уровень редукиции профессиональных достижений более всего выражен у специалистов фельдшерско-акушерских пунктов, на что в свою очередь оказывает влияние положение вдали от остальных лечебно-профилактических учреждений, авторитетность среди населения. Также, у медицинских сестер, в силу трудовых условий. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 28.

Таким образом, анализируя данные диагностики врачей, полученные в ходе констатирующего и контрольного экспериментов, мы видим, что уровень эмоционального истощения значительно снизился. Количество врачей с низким уровнем эмоционального истощения увеличилось на 40% и стало составлять 70% испытуемых. Показатели со средним уровнем уменьшились на 20% испытуемых. Высокого уровня эмоционального истощения на этапе контрольного эксперимента не обнаружилось. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 29.

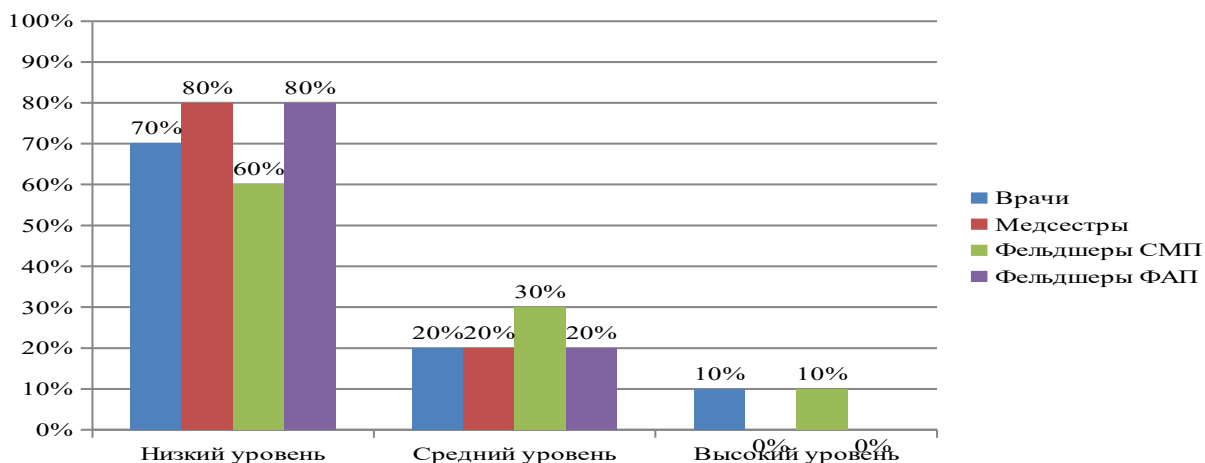


Рис. 28 Результаты исследования редукации профессиональных достижений по методике К. Маслач "Профессиональное (эмоциональное) выгорание" в процентах (%)

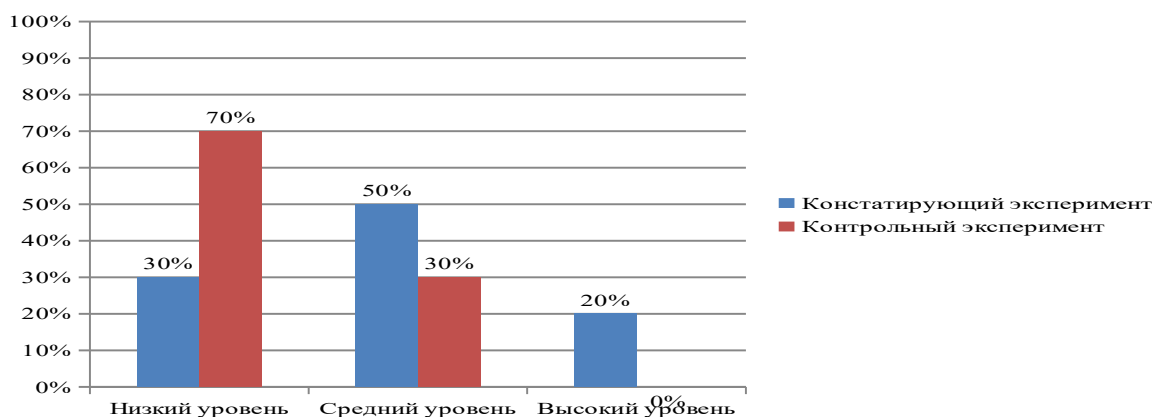


Рис. 29 Сравнительные результаты исследования эмоционального истощения врачей по методике К. Маслач "Профессиональное (эмоциональное) выгорание" в процентах (%)

Анализируя показатели деперсонализации среди врачей, мы видим, что на этапе контрольного эксперимента показатели низкого уровня деперсонализации увеличились на 40% за счет того, что высокий уровень деперсонализации снизился до нуля. Показатели среднего уровня остались те же. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 30.

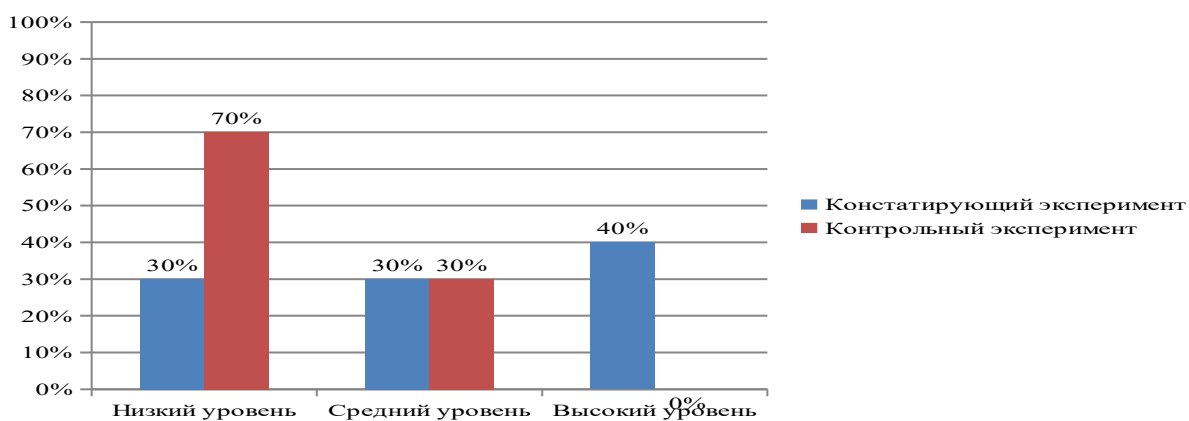


Рис. 30 Сравнительные результаты исследования деперсонализации врачей по методике К. Маслач "Профессиональное (эмоциональное) выгорание" в процентах (%)

При анализе данных редукции профессиональных достижений врачей, мы видим значительное увеличение показателей низкого уровня. Показатели высокого уровня снизились на 50% , среднего уровня – на 10%. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 31.

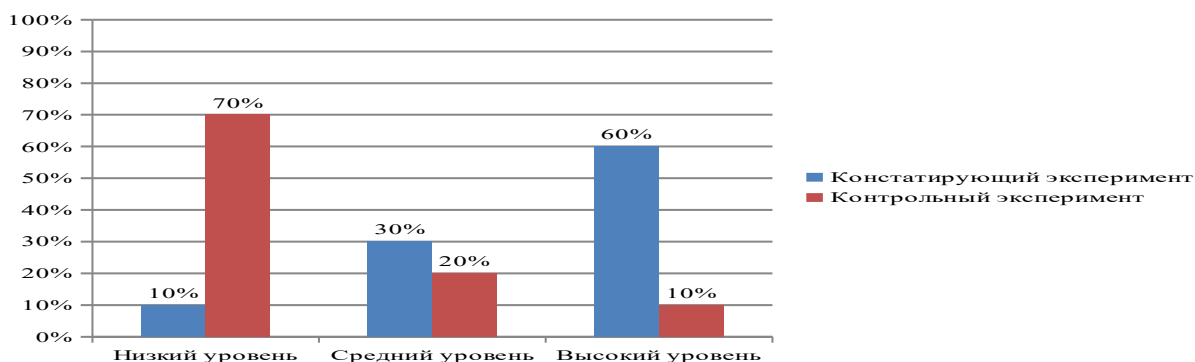


Рис. 31 Сравнительные результаты исследования редукции профессиональных достижений врачей по методике К. Маслач "Профессиональное (эмоциональное) выгорание" в процентах (%)

Таким образом, уровень показателей составляющих синдрома эмоционального выгорания у врачей на фоне проведенного формирующего эксперимента значительно снизился.

В процессе результатов констатирующего и контрольного экспериментов, проведенных среди медицинских сестер, мы видим, что низкий уровень эмоционального истощения увеличился на 60% испытуемых, за счет снижения показателей среднего уровня на 40% испытуемых и отсутствия высокого уровня эмоционального истощения медицинских сестер на этапе контрольного эксперимента. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 32.

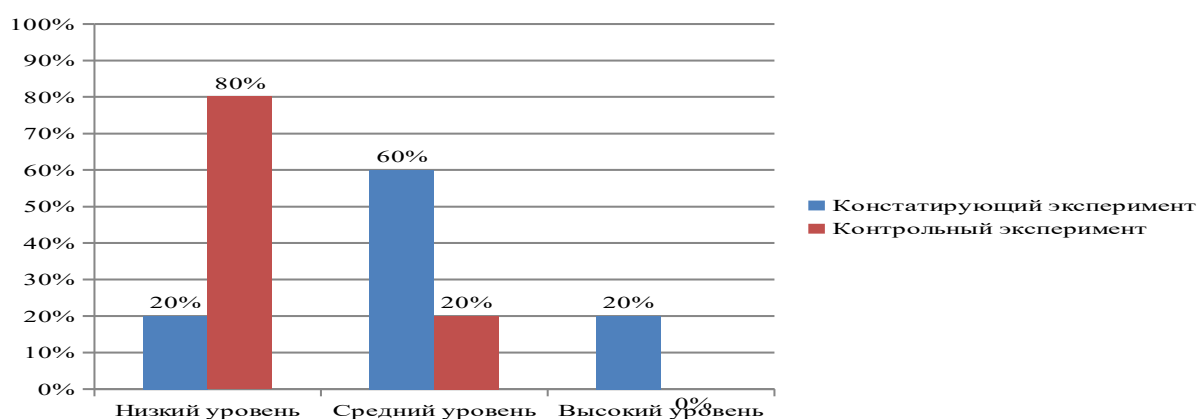


Рис. 32 Сравнительные результаты исследования эмоционального истощения медицинских сестер по методике К. Маслач "Профессиональное (эмоциональное) выгорание" в процентах (%)

При анализе деперсонализации медицинских сестер, можно проследить повышение показателей низкого уровня на 30 % испытуемых, за счет того, что на этапе контрольного эксперимента показателей высокого уровня деперсонализации не было. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 33.

На этапе анализа редукции профессиональных достижений медицинских сестер, видно, что показатели низкого уровня увеличились на 50% испытуемых. Показатели среднего уровня снизились на 10% испытуемых, показателей высокого уровня редукции обнаружено не было. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 34.

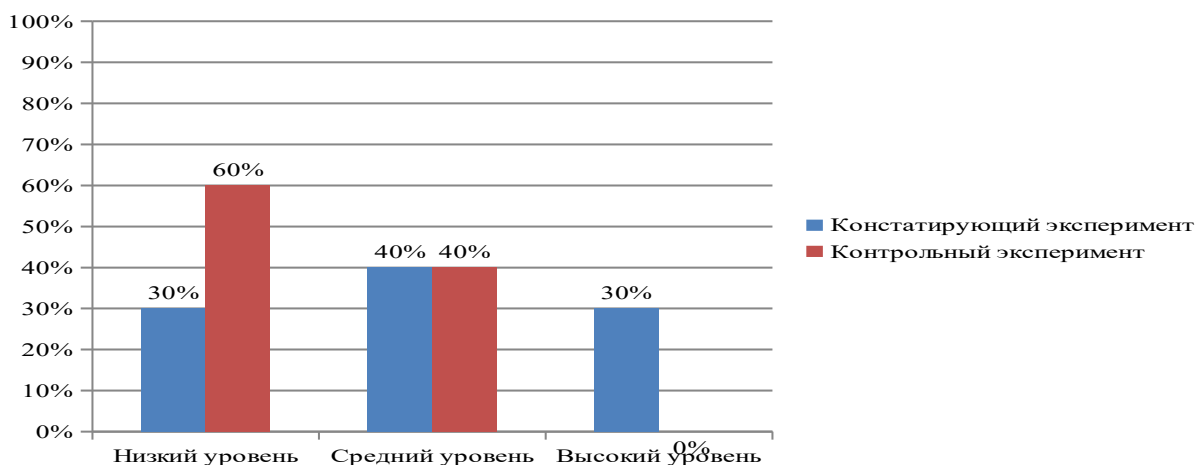


Рис. 33 Сравнительные результаты исследования деперсонализация медицинских сестер по методике К. Маслач "Профессиональное (эмоциональное) выгорание" в процентах (%)

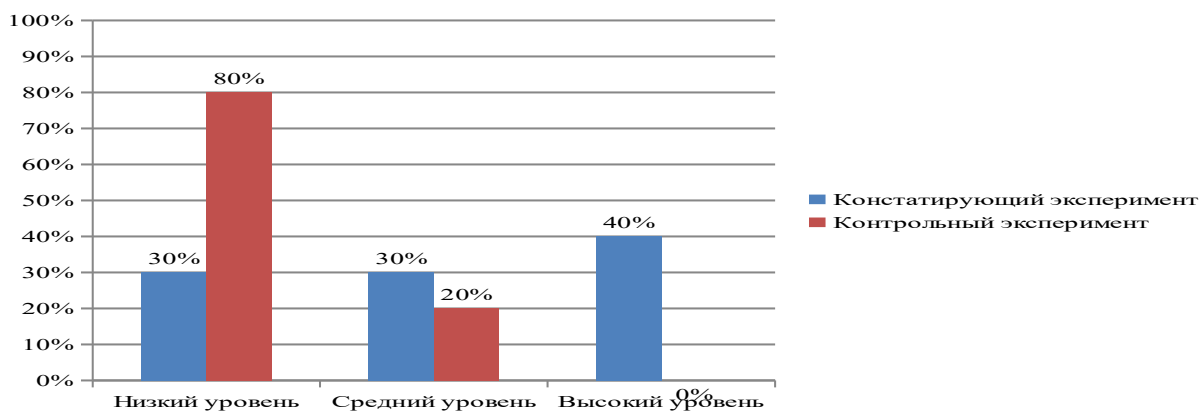


Рис. 34 Сравнительные результаты исследования редукции профессиональных достижений медицинских сестер по методике К. Маслач "Профессиональное (эмоциональное) выгорание" в процентах (%)

Таким образом, на основе полученных данных, четко прослеживается тенденция снижения показателей эмоционального выгорания медицинских сестер, что свидетельствует о пользе проведенного нами комплекса тренинговых упражнений.

При анализе результатов констатирующего и контрольного экспериментов среди фельдшеров скорой медицинской помощи, мы видим, что эмоциональное истощение сотрудников значительно снизилось.

Показатели высокого уровня на этапе контрольного эксперимента отсутствуют, за счет этого увеличились показатели среднего уровня на 10% испытуемых и низкого уровня эмоционального истощения на 40% испытуемых. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 35.

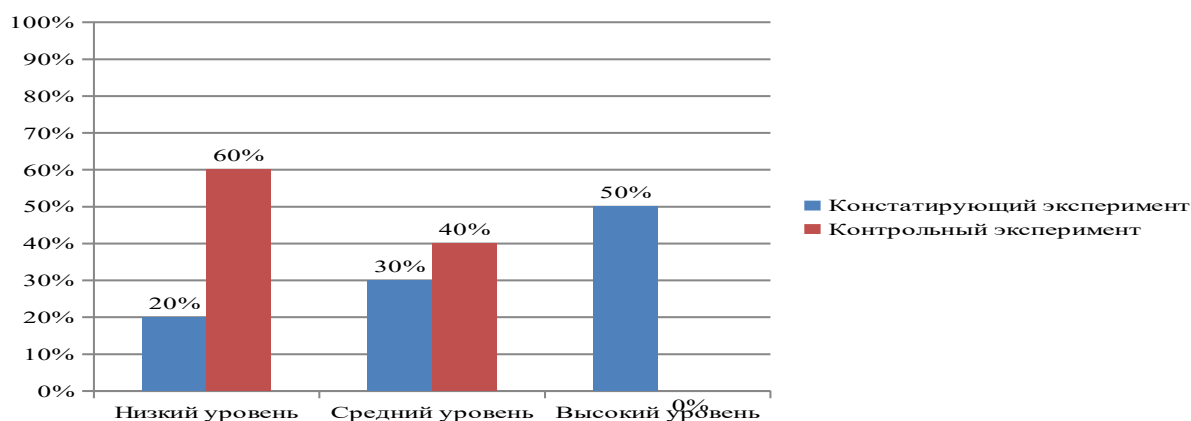


Рис. 35 Сравнительные результаты исследования эмоционального истощения фельдшеров скорой медицинской помощи по методике К. Маслач "Профессиональное (эмоциональное) выгорание" в процентах (%)

Показатели низкого уровня деперсонализации фельдшеров скорой медицинской помощи увеличились на 40% испытуемых, и среднего уровня – на 10% испытуемых, за счет снижения показателей высокого уровня деперсонализации на 50%, тем самым демонстрируя положительную динамику. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 36.

При анализе результатов исследования редукции профессиональных достижений фельдшеров скорой медицинской помощи, мы видим значительное снижение показателей высокого уровня на этапе контрольного эксперимента на 60% испытуемых. В силу этого показатели среднего уровня увеличились на 20% испытуемых, и низкого уровня – на 40% испытуемых. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 37.

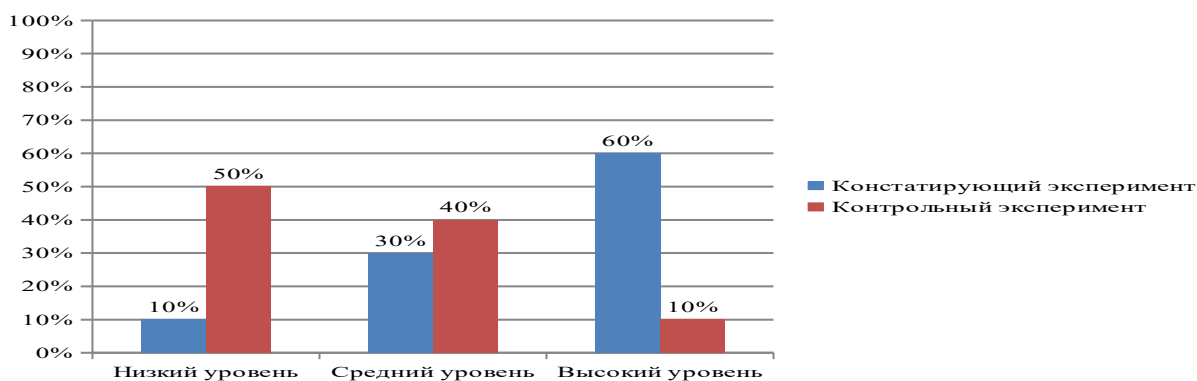


Рис. 36 Сравнительные результаты исследования деперсонализации фельдшеров скорой медицинской помощи по методике К. Маслач "Профессиональное (эмоциональное) выгорание" в процентах (%)

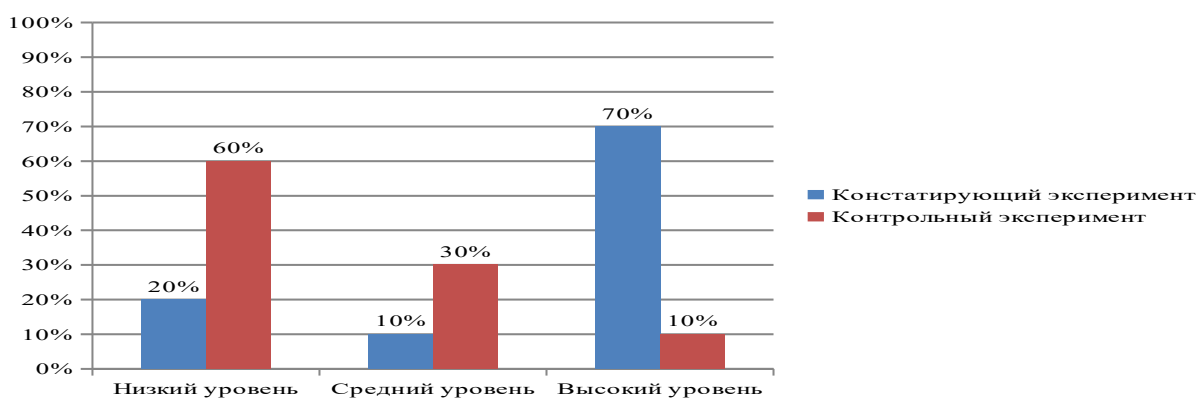


Рис. 37 Сравнительные результаты исследования редукации профессиональных достижений фельдшеров скорой медицинской помощи по методике К. Маслач "Профессиональное (эмоциональное) выгорание" в процентах (%)

Таким образом, анализ констатирующего и контрольного эксперимента демонстрирует снижение показателей эмоционального выгорания, тем самым, подтверждая эффективность проведенного нами формирующего эксперимента.

При исследовании эмоционального состояния фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов мы видим, что показатели низкого уровня эмоционального истощения значительно увеличились – на 50%, за счет

снижения показателей среднего уровня на 10% и абсолютного снижения показателей высокого уровня эмоционального истощения до нуля. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 38.

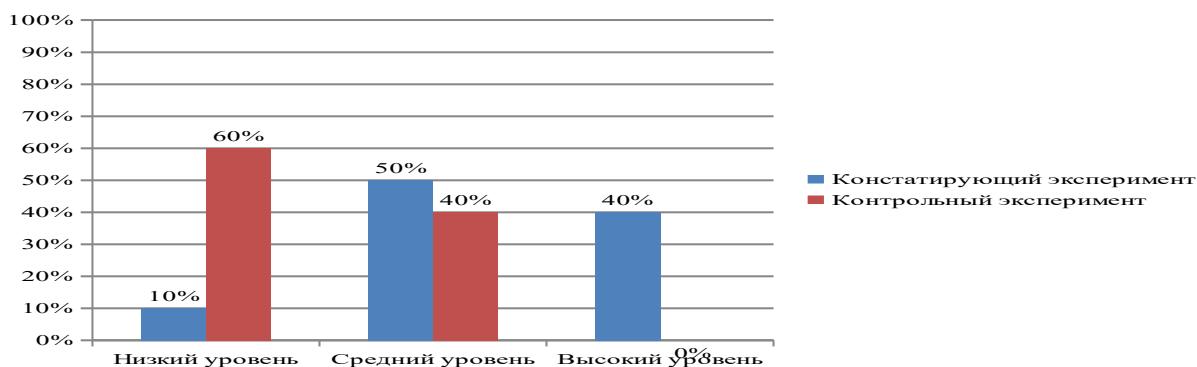


Рис. 38 Сравнительные результаты исследования эмоционального истощения фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов по методике К. Маслач "Профессиональное (эмоциональное) выгорание" в процентах (%)

Показатели деперсонализации специалистов фельдшерско-акушерских пунктов на этапе контрольного эксперимента увеличились на 50% испытуемых, за счет снижения показателей среднего уровня на 10% испытуемых и показателей высокого уровня на 40% испытуемых. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 39.

При анализе данных редукции профессиональных достижений на этапах контрольного и констатирующего экспериментов, мы видим абсолютное отсутствие показателей высокого уровня редукции, снижение среднего уровня на 10%, и, на фоне этого, увеличение показателей низкого уровня редукции на 20% испытуемых. Данные представлены в гистограмме, изображенной на рисунке 40.

Таким образом, анализируя полученные результаты по диагностике синдрома эмоционального выгорания, можно сделать вывод о том, что показатели исследования медицинских работников изменились в благоприятном направлении. Эмоциональное истощение у большинства сотрудников находилось на среднем уровне, после проведения

формирующего эксперимента большая часть испытуемых дала показатели низкого уровня эмоционального истощения, а показателей высокого уровня обнаружено не было.

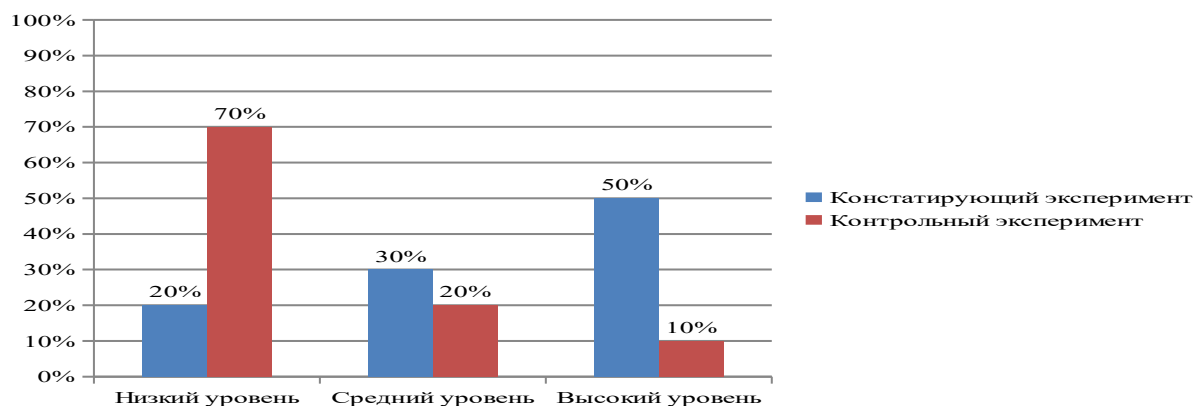


Рис. 39 Сравнительные результаты исследования деперсонализации фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов по методике К. Маслач "Профессиональное (эмоциональное) выгорание" в процентах (%)

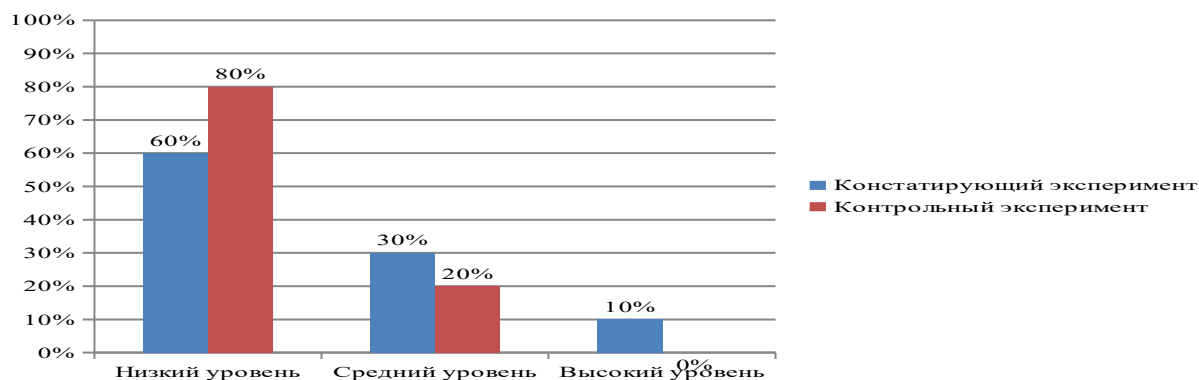


Рис. 40 Сравнительные результаты исследования редукции профессиональных достижений фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов по методике К. Маслач "Профессиональное (эмоциональное) выгорание" в процентах (%)

Анализируя общие показатели деперсонализации медицинских работников, на этапе констатирующего эксперимента высокий уровень имели большинство испытуемых. После проведения формирующего

эксперимента, показатели деперсонализации основной части медицинских работников оказались на низком уровне.

При анализе общих показателей редукции профессиональных достижений, наибольшее количество испытуемых на этапе констатирующего эксперимента показали высокий уровень редукции. После проведения формирующего эксперимента, данные значительно изменились в лучшую сторону, демонстрируя низкие показатели редукции профессиональных достижений специалистов сферы здравоохранения.

Таким образом, мы видим, что большинство испытуемых, в процессе проведения контрольного эксперимента показали низкий уровень эмоционального истощения, деперсонализации и редукции профессиональных достижений. Показатели трехмерного конструкта, составляющего синдром эмоционального выгорания, значительно снизились, тем самым демонстрируя эффективность проведения программы комплекса тренинговых занятий.

Выводы по третьей главе

Таким образом, для того, чтобы способствовать благоприятному психо-эмоциональному состоянию специалистов сферы здравоохранения, на этапе формирующего эксперимента мы решили провести комплекс психологических тренинговых занятий, задачей которого было воздействие на личностно-психологические черты сотрудников, снижение агрессивности, конфликтности, нервно-психического напряжения, а также нормализации уровня эмпатии. Тренинговые занятия проводились в течение 6 месяцев, и постепенно в эмоциональном состоянии сотрудников наблюдалась положительная динамика.

По окончании тренинговых занятий наступил этап контрольного эксперимента, который мы провели при помощи методик, используемых на

этапе констатирующего эксперимента. Анализируя результаты исследования, мы видим значительное снижение эмоционального истощения, спад уровня деперсонализации и редукции профессиональных достижений сотрудников сотрудников.

Сравнивая результаты, полученные в ходе констатирующего и контрольного экспериментов, можно проследить положительно направленную динамику формирования психоэмоционального состояния медицинских работников, снижение проявлений синдрома эмоционального выгорания. В частности, уровень эмоционального истощения наиболее показательно снизился у медицинских сестер: на этапе констатирующего эксперимента низкий уровень эмоционального истощения имели только 20% исследуемых, а на этапе контрольного эксперимента показатели возросли до 80% испытуемых с низким уровнем эмоционального истощения. Изменение показателей деперсонализации наиболее ярко прослеживается у фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов: на этапе констатирующего эксперимента низкий уровень деперсонализации имели только 20% испытуемых, а после проведения формирующего эксперимента, на этапе контрольного эксперимента, уже 70% испытуемых имели низкий уровень деперсонализации. Анализируя показатели редукции профессиональных достижений, мы видим, что наиболее ярко положительная динамика прослеживается у врачей: изначально, на этапе констатирующего эксперимента только 10% врачей имели низкий уровень редукции, на этапе контрольного эксперимента данные значительно увеличились, и низкий уровень уже имели 70% испытуемых. Наибольшие проявления синдрома эмоционального выгорания имеют фельдшеры скорой медицинской помощи. На этапе констатирующего эксперимента по всем составляющим синдрома эмоционального выгорания у испытуемых были высокие показатели. Формирующий эксперимент помог урегулировать негативные проявления, и значительно восстановить уровень эмоционального фона фельдшеров скорой

помощи, что подтверждается показателями, полученными при проведении контрольного эксперимента.

Таким образом, контрольный эксперимент показывает эффективность проведенной нами программы комплекса тренинговых упражнений по коррекции и профилактике эмоционального выгорания.

Заключение

Психоэмоциональное здоровье стоит в центре внимания ученых, работающих над изучением проблемы синдрома эмоционального выгорания. Именно психоэмоциональное здоровье является одной из многочисленных составляющих, определяющих продуктивность, надежность и успешность трудовой деятельности персонала. Благоприятное психоэмоциональное состояние сотрудников позволяет повышать показатели продуктивности трудовой деятельности, снижает заболеваемость сотрудников и кадровую текучесть. Неблагоприятное эмоциональное состояние персонала дает низкие показатели в трудовой деятельности, текучесть кадров увеличивается, заболеваемость сотрудников повышается.

Сфера здравоохранения входит в группу риска по наличию синдрома эмоционального выгорания персонала. Эта сфера состоит из профессий, которые требуют эмоциональных и физических затрат. Работа в этой структуре несет высокую ответственность, точность выполнения поставленных задач, в некоторых случаях, даже экстремальность. Все медицинские работники являются представителями здравоохранения, вследствие чего обязаны служить примером как друг для друга, так и для всех людей, не принадлежащих к медицинской деятельности. Строгая официальность, присутствующая в формальных отношениях, зачастую ненормированный рабочий график, ответственность и полная отдача себя профессии накладывает свой отпечаток на личности сотрудника, межличностных взаимоотношениях и психологическом здоровье в целом.

На наш взгляд, основными факторами, влияющими на развитие синдрома эмоционального выгорания, являются конфликтные ситуации, требование проявления эмпатии к пациентам, высокая ответственность за жизнь и здоровье людей, экстремальность трудовой деятельности. Под влиянием данных факторов, у сотрудников формируются низкая

стрессоустойчивость, эмпатийные тенденции снижаются, повышается уровень конфликтности и агрессии, что, в свою очередь, благоприятному развитию синдрома эмоционального выгорания. Для подтверждения данного предположения мы провели экспериментальное исследование на базе Межмуниципального бюджетного учреждения здравоохранения Курагинская Центральная районная больница.

Констатирующий эксперимент позволяет сделать следующие выводы:

В коллективе присутствует сотрудники с низким уровнем эмпатийных тенденций, особенно это проявляется среди фельдшеров скорой медицинской помощи и медицинских сестер.

При исследовании самооценки психических состояний выявились высокие показатели тревожности, фрустрации, агрессивности, а также ригидности у медицинских работников.

Наиболее выражено по всем заявленным параметрам эмоциональное выгорание прослеживается у фельдшеров скорой медицинской помощи. Более высокие уровни показателей, относительно других категорий медицинских работников, прослеживаются при исследовании эмоционального истощения, деперсонализации и редукции профессиональных достижений.

Сотрудники здравоохранения, в ходе рабочей деятельности, регулярно подвергают опасности собственное здоровье при взаимодействии с пациентами, так же несут высокую ответственность за жизнь и здоровье самих пациентов, что стимулирует у них рост нервно-психического напряжения и низкий уровень стрессоустойчивости.

Все эти факторы оказывают негативное влияние на психоэмоциональный фон медицинских работников. Снижение уровня эмоционального выгорания можно провести по таким направлениям, как снижение уровня эмоционального истощения, уменьшение уровня деперсонализации, снижение уровня редукции профессиональных

достижений. В общем счете, данные показатели формируют синдром эмоционального выгорания.

На наш взгляд, в качестве эффективного метода профилактики эмоционального выгорания можно использовать серию социально-психологических тренинговых занятий. Данные занятия представляют собой форму специально организованного обучения для самосовершенствования личности, в ходе которого решаются следующие задачи: овладение социально-психологическими знаниями; развитие умения самоконтроля; развитие способности познания себя и других людей; повышение представлений о собственной значимости; развитие различных способностей, навыков и умений.

Анализируя проведенное исследование и реализацию психологической программы, представляющую собой комплекс тренинговых занятий, отмечается эффективность данной программы. При анализе результатов констатирующего и контрольного экспериментов было отмечено снижение уровня эмоционального истощения, деперсонализации и редукции профессиональных достижений у исследуемого контингента.

Список литературы

1. Андреева Г.М. Социальная психология: Учебник для высших учебных заведений / Г.М. Андреева. – М.: Аспект Пресс, 2012. – 363 с.
2. Афанасьев В.Г. Научное управление обществом (опыт системного исследования) / Афанасьев В.Г. – М.: Политиздат, 2011. – 240 с.
3. Балахонов А.В., Белов В.Г., Пятибрат Е.Д., Пятибрат А.О. Эмоциональное выгорание у медицинских работников как предпосылка астенизации и психосоматической патологии / А.В. Балахонов, В.Г. Белов, А.О. Пятибрат, Е.Д. Пятибрат // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2009. – № 3. – С. 57-71.
4. Боева, А.В. Синдром эмоционального выгорания у врачей психиатров / А.В. Боева, В.А. Руженков, У.С. Москвитина // Научные ведомости. Серия Медицина. Фармация. – 2013. – № 11 (154). – Вып. 22. – С. 6-12.
5. Бодров В.А. Информационный стресс: учеб. пособие для вузов / В.А. Бодров. – М.: ПЕР СЭ, 2000. – 352 с.
6. Бодров В.А. Актуальные проблемы психологии труда / Бодров В.А. – М.: ИП РАН, 2011. – 624 с.
7. Васильченко О. Социально-психологический климат – диагностика и формирование / О. Васильченко // Справочник кадровика. – 2011. – № 8. – С. 8 – 9.
8. Веракса Н.Е. Социальная психология: Учебник для студ. учреждений высш. проф. образования / Н.Е. Веракса, А.Н. Веракса. – М.: ИЦ Академия, 2011. – 224 с.
9. Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – СПб.: Питер, 2008. – 336 с.
10. Егорова Л.С. Управление социально-психологическим климатом на предприятиях / Л.С. Егорова // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. – 2008. – № 2. – С. 161 – 168.

11. Еникеев М.И. Общая и социальная психология: Учебник / М.И. Еникеев. – М.: Норма, НИЦ ИНФРА-М, 2013. – 640 с.
12. Ермолаева Л.Е. Гигиеническое и клиническое обоснование формирования синдрома эмоционального выгорания у стоматологов / Л.Е. Ермолаева, О.В. Мироненко, З.Н. Шенгелия, Л.А. Сопрун // Вестник военно-медицинской академии. – 2011. – № 4(36). – С. 140-142.
13. Ефимова Н.С. Социальная психология: Учебник для бакалавров / Н.С. Ефимова, А.В. Литвинова. – М.: Юрайт, 2012. – 442 с.
14. Ефимова Н.С. Социальная психология: Учебное пособие / Н.С. Ефимова. – М.: ИД ФОРУМ, НИЦ ИНФРА-М, 2013. – 192 с.
15. Еникеев М.И. Общая и социальная психология: Учебник / М.И. Еникеев. – М.: Норма, НИЦ ИНФРА-М, 2013. – 640 с.
16. Жданов О. Социально-психологический климат в коллективе / О. Жданов // Кадровое делопроизводство. – 2007. – № 11. – С. 15.
17. Журавлев А.Л. Социальная психология российского предпринимательства: Концепция психологических отношений / А.Л. Журавлев, В.П. Позняков. – М.: ИП РАН, 2012. – 480 с.
18. Журавлев А.Л. Социальная психология: Учебное пособие / А.Л. Журавлев, В.А. Соснин, М.А. Красников. – М.: Форум, 2011. – 496 с.
19. Засеева И.В., Татров А.С. Сравнительный анализ синдрома эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер отделения анестезиологии и реанимации в условиях региона / И.В. Засеева, А.С. Татров // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 6. – С. 184-188.
20. Зебрева Е.Н. Коммуникативная толерантность во взаимоотношениях сотрудников как условие благоприятного социально-психологического климата служебного коллектива / Е.Н. Зебрева // Юридическая психология. – 2007. – № 3. – С. 22 – 26.
21. Ибраева А.Ш. К вопросу синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников скорой медицинской помощи / А.Ш. Ибраева,

- Г.К. Каусова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 9. – С.70-73.
- 22.Иванников В.А. Общая психология: Учебник для академического бакалавриата / В.А/ Иванников, В.А. Дашков, Академцентр, 2013. – 480 с.
- 23.Ишмекеева А.К. Факторы формирования и корректировки социально-психологического климата в коллективе / А.К. Ишмекеева // Психология, социология и педагогика. –2013. – № 2. – С. 5 – 6.
- 24.Кобякова, О.С. Эмоциональное выгорание у врачей и медицинские ошибки. Есть ли связь? / О.С. Кобякова, И.А. Деев, Е.С. Куликов, И.Д. Пименов, К.В. Хомяков // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. – № 1 (47). – С. 1-14.
- 25.Купрейченко А.Б. Социально-психологическое пространство личности / А.Б. Купрейченко. – М.: ИП РАН, 2012. – 496 с.
- 26.Леонова А.Б. Основные подходы к изучению профессионального стресса / А.Б. Леонова // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2001. – № 11. – С. 2–16.
- 27.Майерс Д. Социальная психология / Д. Майерс; Пер. с англ. З.С. Замчук. – СПб.: Питер, 2013. – 800 с.
- 28.Макаров Ю.В. Формирование групповой сплоченности средствами социально психологического тренинга / Ю.В. Макаров// Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – 2010. –№ 128. – С. 72 – 83.
- 29.Макарова И.В. Общая психология: Краткий курс лекций / И.В. Макарова. – М.: Юрайт, 2013. – 182 с.
- 30.Макеев В.А. Этика и мораль в корпоративных отношениях / В.А. Макаров // Власть. 2011. – № 1. – С. 59 – 62.
- 31.Маклаков А.Г. Общая психология: Учебник для вузов / А.Г. Маклаков. – СПб.: Питер 2013. – 583 с.

- 32.Маклаков А.Г. Общая психология. / А.Г. Маклаков. – СПб.: Питер, 2012. – 583 с.
- 33.Неймер Ю.Л. Социально-психологический климат коллектива предприятия / Ю.Л. Неймер // Социологические исследования. – 2010. – № 11. – С. 87 – 88.
- 34.Немов Р.С. Общая психология. В 3-х т. Т. 3. Психология личности: Учебник / Р.С. Немов. – М.: Юрайт, 2012. – 739 с.
- 35.Немов Р.С. Социальная психология: Учебное пособие / Р.С. Немов, И.Р. Алтунина. – СПб.: Питер, 2010. – 432 с.
- 36.Непопалов В.Н. Проблемы динамики развития и модель развития групп в социальной психологии / В.Н. Непалов // Вестник Российского нового университета. 2008. – № 1. – С. 178 – 188.
- 37.Нуркова В.В. Общая психология: Учебник / В.В. Нуркова, Н.Б. Березанская. – Люберцы: Юрайт, 2016. – 524 с.
- 38.Огнерубов Н.А. Синдром эмоционального выгорания у врачей-терапевтов / Н.А. Огнерубов, М.А. Огнерубова // Вестник ТГУ. – 2015. – № 2(20). – С. 307-318.
- 39.Орел В.Е. Личностные детерминанты возникновения синдрома психического выгорания у медицинских работников / В.Е. Орел, Т.В. Большакова // Экология человека. – 2005. – № 3. – С. 40-43.
- 40.Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы / В.Е. Орел // Психологический журнал. – 2001. – № 1. – С. 90-101.
- 41.Парыгин Б.Д. Основы социально-психологической теории / Б.Д. Парыгин. – М.: Просвещение, 1998. – 352 с.
- 42.Парыгин Б.Д. Социально-психологический климат в коллективе. Пути и методы изучения / Б.Д. Парыгин. – М.: Феникс, 2006. – 344 с.
- 43.Петрова О.Н. Влияние профессиональной деятельности на стресс и эмоциональное выгорание у медицинских работников / О.Н. Петрова, Г.М.

- Льдокова // Современные наукоемкие технологии. – 2013. – № 7. – С. 218-219.
- 44.Петровский А. Социальная психология коллектива / А.Петровский, В. Шпалинский/ – СПб.: Речь, 2009. – 544 с.
- 45.Попов Д.Г. Морально-психологическое состояние сотрудников и социально-психологический климат служебного коллектива / Д.Г. Попов // Юридическая психология. 2009. – № 1 – С. 26 – 29.
- 46.Рамендик Д.М. Общая психология и психологический практикум / Д.М. Рамендик. – М.: Форум, 2013. – 304 с.
- 47.Реан А.А. Агрессия в структуре поведения возбудимой и демонстративной личности / А.А. Реан // Ананьевские чтения 97. – 1997 – №2. – С. 13.
- 48.Сидоренков А.В. Социальная психология малых групп: Учебное пособие / А.В. Сидоренков. – Рн/Д: Феникс, 2012. – 381 с.
- 49.Соснин В.А. Социальная психология: Учебник / В.А. Соснин, Е.А. Красникова. – М.: Форум, 2013. – 336 с.
- 50.Социальная психология: Учебное пособие для студентов вузов / А.Н. Сухов, М.Г. Гераськина, А.М. Лафуткин; под ред. А.Н. Сухов. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2011. – 615 с.
- 51.Столяренко Л.Д. Социальная психология: Для студентов вузов / Л.Д. Столяренко, С.И. Самыгин. – Рн/Д: Феникс, 2009. – 251 с.
- 52.Столяренко Л.Д. Социальная психология: Краткий курс лекций / Л.Д. Столяренко, В.Е. Столяренко. – М.: Юрайт, 2012. – 219 с.
- 53.Сартан Г. Команда: как создать управляемый коллектив / Г. Сартан. – М.: Боргес, 2011. – 188 с.
- 54.Стан Я.Я. Поля взаимосвязей / Стан Я.Я. – М.: Речь, 2012. – 184 с.
- 55.Спивак В.А. Развивающее управление персоналом / В.А. Спивак. – СПб.: Нева, 2004. – 448 с.
- 56.Таткина Е.Г. Синдром эмоционального выгорания медицинских работников как объект психологического исследования / Е.Г. Таткина //

- Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2009. – № 11. – С. 131-134.
57. Темиров Т.В. Психическое выгорание работников социальных профессий / Т.В. Темиров // Человеческий фактор: проблемы психологии и эргономики. – 2007. – № 3. – С.95-96.
58. Федак Б.С. Феноменология синдрома выгорания у медицинского персонала скорой помощи/ Б.С. Федак // Медицинская психология. – М., 2009. – Т.4, № 1 (13). – С.19-21.
59. Хетагурова А.К. Профессиональное выгорание/ А.К. Хетагурова // Сестринское дело. – 2004. – № 4-5. –С. 21-22.
60. Чередниченко И. Психология управления. / И. Чередниченко, Н. Тельных. – Рн/Д: Феникс, 2004. – 608 с.
61. Шадриков В.Д. Общая психология: Учебник для академического бакалавриата / В.Д. Шадриков, В.А. Мазиллов. – Люберцы: Юрайт, 2016. – 411 с.
62. Шепель В.М. Управленческая психология / В.М Шепель. – М.: Академия, 1986. – 248 с.
63. Шуванов В.И. Социальная психология управления: Учебник для студентов вузов / В.И. Шуванов. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2013. – 463 с.
64. Щукина Е.Ф. Социально-психологический климат коллектива и его влияние на повышение эффективности деятельности учреждения / Е.Ф. Щукина // Социальная работа. – 2007. – № 6. – С. 31 – 34.
65. Эльстер Ю. Объяснение социального поведения / Ю. Эльстер. – М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2011. – 472 с.
66. Юрикова А.А. Исследование выраженности синдрома эмоционального выгорания психологов-практиков с различным стажем профессиональной деятельности / А.А. Юрикова // Психотерапия. – 2005. – № 1. – С. 39-40.

67. Яркина О.С. Синдром эмоционального выгорания у врачей в контексте личностно-профессионального развития: симптомы и предпосылки / О.С. Яркина // Вестник ТГУ. – 2008. – № 3(59). – С. 304-311.
68. Freidenberger H.J. Staff burn-out / H.J. Freidenberger // Journal of Social Issues. 1974. Vol. 30. – P. 159-165.
69. Kondo K. Burnout syndrome / K. Kondo // Asian medical. – 2001. – № 34. – P. 34-42.
70. Lazarus R.S., Transactional theory and research on emotions and coping / R.S. Lazarus, S. Folkman // Journal of Personality. – 1987. – Vol. 1. – P. 141-169.
71. Maslach C. The role of sex and family variables in burnout / C. Maslach, S.E. Jackson // Sex Roles. 1985. V. 12. P. 41-48.
72. Perlman B. «Burnout»: summary and future and research / B. Perlman, E. A. Hartman // Journal Human relations. – 1982. – Vol. 14. № 5. – P. 153-161.
73. Sidorov P.I. Burnout. Causes Symptoms Treatment and Prevention / P.I. Sidorov // Pedagogicheskayatekhnik. – 2013. – №1. – P. 68-74.
74. Van Yperen N.W. Informational support, equity and burnout: The moderating effect of self-efficacy / N.W. Van Yperen // Journal of Occupat. Psychol. – 2004. Vol. 71, № 1. – P. 29-33.

Выборка испытуемых медицинских работников

№	Имя	Возраст	Должность	Стаж
1	Алексей	35	Врач	11 лет
2	Анастасия	47	Фельдшер СМП	14 лет
3	Юлия	34	Фельдшер ФАП	10 лет
4	Виктор	44	Врач	15 лет
5	Александр	50	Фельдшер СМП	18 лет
6	Анна	43	Медицинская сестра	22 года
7	Наталья	29	Фельдшер ФАП	5 лет
8	Светлана	42	Фельдшер ФАП	19 лет
9	Геннадий	48	Фельдшер СМП	20 лет
10	Михаил	27	Врач	1 год
11	Юрий	37	Фельдшер СМП	лет
12	Ирина	37	Медицинская сестра	лет
13	Наталья	41	Врач	лет
14	Татьяна	46	Фельдшер ФАП	15 лет
15	Андрей	50	Фельдшер СМП	17 лет
16	Елена	49	Медицинская сестра	14 лет
17	Евгения	40	Фельдшер СМП	8 лет
18	Светлана	52	Медицинская сестра	30 лет
19	Валерия	41	Фельдшер СМП	16 лет
20	Роман	37	Фельдшер СМП	5 лет
21	Ольга	39	Медицинская сестра	3 год
22	Светлана	38	Медицинская сестра	13 лет
23	Полина	42	Фельдшер СМП	9 лет
24	Ирина	37	Фельдшер ФАП	16 лет

продолжение Таблицы

25	Иван	50	Врач	23 года
26	Денис	35	Врач	5 лет
27	Татьяна	35	Фельдшер ФАП	12 лет
28	Николай	37	Врач	8 лет
29	Ксения	38	Медицинская сестра	11 лет
30	Елена	46	Фельдшер ФАП	21 год
31	Лилия	44	Врач	20 лет
32	Антонина	39	Медицинская сестра	7 лет
33	Кристина	35	Медицинская сестра	15 лет
34	Любовь	48	Фельдшер ФАП	26 лет
35	Сергей	51	Врач	24 года

36	Евгения	43	Медицинская сестра	21 год
37	Нина	52	Фельдшер ФАП	30 лет
38	Алена	52	Фельдшер СМП	30 лет
39	Ольга	37	Врач	10 лет
40	Светлана	34	Фельдшер ФАП	13 лет

Методика Г. Айзенка «Самооценка психических состояний»

Инструкция: Предлагаем вам описание различных психических состояний. Если вам это состояние часто присуще, ставятся 2 балла, если это состояние бывает, но изредка, то ставится 1 балл, если совсем не подходит - 0 баллов.

I

1. Не чувствую в себе уверенности
2. Часто из-за пустяков краснею
3. Мой сон беспокоен
4. Легко впадаю в уныние
5. Беспокоюсь о только воображаемых еще неприятностях
6. Меня пугают трудности
7. Люблю копаться в своих недостатках
8. Меня легко убедить
9. Я мнительный
10. Я с трудом переношу время ожидания

II

11. Нередко мне кажутся безвыходными положения, из которых все-таки можно найти выход
12. Неприятности меня сильно расстраивают, я падаю духом
13. При больших неприятностях я склонен без достаточных оснований винить себя.
14. Несчастья и неудачи ничему меня не учат.
15. Я часто отказываюсь от борьбы, считая ее бесплодной.
16. Я нередко чувствую себя незащищенным.
17. Иногда у меня бывает состояние отчаяния.
18. Я чувствую растерянность перед трудностями.

19. В трудные минуты жизни иногда веду себя по-детски, хочу, чтобы пожалели.

20. Считаю недостатки своего характера неисправимыми.

III

21. Оставляю за собой последнее слово.

22. Нередко в разговоре перебиваю собеседника.

23. Меня легко рассердить.

24. Люблю делать замечания другим.

25. Хочу быть авторитетом для других.

26. Не довольствуюсь малым, хочу наибольшего.

27. Когда разгневаюсь, плохо себя сдерживаю.

28. Предпочитаю лучше руководить, чем подчиняться.

29. У меня резкая, грубоватая жестикация.

30. Я мстителен.

IV

31. Мне трудно менять привычки.

32. Нелегко переключать внимание.

33. Очень настороженно отношусь ко всему новому.

34. Меня трудно переубедить.

35. Нередко у меня не выходит из головы мысль, от которой следовало бы освободиться.

36. Нелегко сближаюсь с людьми.

37. Меня расстраивают даже незначительные нарушения плана.

38. Нередко я проявляю упрямство.

39. Неохотно иду на риск.

40. Резко переживаю отклонения от принятого мною режима дня.

Обработка результатов

Подсчитайте сумму баллов за каждую группу вопросов:

1-10 вопрос - тревожность;

11-20 вопрос - фрустрация;
21-29 вопрос - агрессивность;
31-40 вопрос - ригидность.

Оценка и интерпретация баллов

I. Тревожность:

0-7 баллов - не тревожны;
8-14 баллов - тревожность средняя, допустимого уровня;
15-20 баллов - очень тревожный.

II. Фрустрация:

0-7 баллов - не имеете высокой самооценки, устойчивы к неудачам, не боитесь трудностей;
8-14 баллов - средний уровень, фрустрация имеет место;
15-20 баллов - у вас низкая самооценка, вы избегаете трудностей, боитесь неудач, фрустрированы.

III. Агрессивность:

0-7 баллов - вы спокойны, выдержаны;
8-14 баллов - средний уровень агрессивности;
15-20 баллов - вы агрессивны, не выдержаны, есть трудности при общении и работе с людьми.

IV. Ригидность:

0-7 баллов – ригидности нет, легкая переключаемость,
8-14 баллов - средний уровень;
15-20 баллов - сильно выраженная ригидность, неизменность поведения, убеждений, взглядов, даже если они расходятся, не соответствуют реальной обстановке, жизни. Вам противопоказаны смена работы, перемены в личной жизни.

**Методика И. М. Юсупова «Исследование уровня
эмпатийных тенденций»**

Инструкция: «Для выявления уровня эмпатийных тенденций необходимо, отвечая на каждое из 36 утверждений, приписывать ответам следующие числа: если вы ответили "не знаю" – 0, "нет, никогда" – 1, "иногда" – 2, "часто" – 3, "почти всегда" – 4, и ответу "да, всегда" – 5. Отвечать нужно на все пункты».

Текст опросника:

1. Мне больше нравятся книги о путешествиях, чем книги из серии «Жизнь замечательных людей».
2. Взрослых детей раздражает забота родителей.
3. Мне нравится размышлять о причинах успехов и неудачах других людей.
4. Среди всех музыкальных передач предпочитаю передачи о современной музыке.
5. Чрезмерную раздражительность и несправедливые упреки больного надо терпеть, даже если они продолжаются годами.
6. Больному человеку можно помочь даже словом.
7. Посторонним людям не следует вмешиваться в конфликт между двумя лицами.
8. Старые люди, как правило, обидчивы без причин.
9. Когда в детстве слушал грустную историю, на мои глаза сами по себе наворачивались слезы.
10. Раздраженное состояние моих родителей влияет на мое настроение.
11. Я равнодушен к критике в мой адрес.
12. Мне больше нравится рассматривать портреты, чем картины с пейзажами.
13. Я всегда прощал все родителям, даже если они были не правы.
14. Если лошадь плохо тянет, ее нужно хлестать.

15. Когда я читаю о драматических событиях в жизни людей, то чувствую, словно это происходит со мной.
16. Родители относятся к своим детям справедливо.
17. Видя ссорящихся подростков или взрослых, я вмешиваюсь.
18. Я не обращаю внимание на плохое настроение моих родителей.
19. Я подолгу наблюдаю за поведением животных, откладывая другие дела.
20. Фильмы и книги могут вызвать слезы только у несерьезных людей.
21. Мне нравится наблюдать за выражением лиц и поведением незнакомых людей.
22. В детстве я приводил домой кошек и собак.
23. Все люди необоснованно озлоблены.
24. Глядя на постороннего человека, мне хочется угадать, как сложится его жизнь.
25. В детстве младшие по возрасту ходили за мной по пятам.
26. При виде покалеченного животного я стараюсь ему чем-то помочь.
27. Человеку станет легче, если внимательно слушать его жалобы.
28. Увидев уличное происшествие, я стараюсь не попадать в число свидетелей.
29. Младшим нравится, когда я предлагаю им свою идею, дело или развлечение.
30. Люди преувеличивают способность животных чувствовать настроение своих хозяев.
31. Из затруднительной конфликтной ситуации человек должен выходить самостоятельно.
32. Если ребенок плачет, на то есть свои причины.
33. Молодежь должна удовлетворять любые просьбы и чудачества стариков.
34. Мне хотелось разобраться, почему некоторые мои одноклассники иногда были задумчивы.
35. Беспорядочных домашних животных следует отлавливать и уничтожать.

36. Если мои друзья начинают обсуждать со мной свои личные проблемы, я стараюсь перевести разговор на другую тему.

Обработка методики и интерпретация результата.

Прежде чем подсчитать полученные результаты, необходимо проверить степень откровенности, с которой отвечал испытуемый. Если имеются ответы «не знаю» на некоторые из утверждений под номерами: 3, 9, 11, 13, 28, 36, а также, о также ответы «да, всегда» на пункты 11, 13, 15, 27, то испытуемый не был откровенен, стремясь выглядеть в лучшем свете. Результатам тестирования можно доверять, если по всем перечисленным утверждениям имеется не более трех неискренних ответов, при четырех же следует сомневаться в их достоверности, а при пяти – можете считать, что работа выполнена напрасно. Затем необходимо просуммировать все баллы, приписанные ответам на пункты: 2, 5, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 19, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 29 и 32. Соотнесите результат со шкалой развитости эмпатийных тенденций.

От 82 до 90 баллов – это очень высокий уровень эмпатийности. У вас болезненно развито сопереживание. В общении, как барометр, тонко реагируете на настроение собеседника, еще не успевшего сказать ни слова. Вам трудно от того, что окружающие используют вас в качестве громоотвода, обрушивая на вас эмоциональное состояние. Плохо чувствуете себя в присутствии «тяжелых» людей. Взрослые и дети охотно доверяют вам свои тайны и идут за советом. Нередко испытываете комплекс вины, опасаясь причинить людям хлопоты; не только словом, но даже взглядом боитесь задеть их. В то же время сами очень ранимы. Можете страдать при виде покалеченного животного или не находить себе места от случайного холодного приветствия вашего шефа. Ваша впечатлительность порой долго не дает заснуть. Будучи в расстроенных чувствах, нуждаетесь в эмоциональной поддержке со стороны. При таком отношении к жизни вы близки к невротическим срывам. Побеспокойтесь о психическом здоровье.

От 63 до 81 балла – высокая эмпатийность. Вы чувствительны к нуждам и проблемам окружающих, великодушны, склонны многое им прощать. С неподдельным интересом относитесь к людям. Вам нравится «читать» их лица и «заглядывать» в их будущее, вы эмоционально отзывчивы, общительны, быстро устанавливаете контакты с окружающими и находите общий язык. Должно быть, и дети тянутся к вам. Окружающие ценят вашу душевность. Вы стараетесь не допускать конфликты и находить компромиссные решения. Хорошо переносите критику в свой адрес. В оценке событий больше доверяете своим чувствам и интуиции, чем аналитическим выводам. Предпочитаете работать с людьми, нежели в одиночку. Постоянно нуждаетесь в социальном одобрении своих действий. При всех перечисленных качествах вы не всегда аккуратны в точной и кропотливой работе. Не стоит особого труда вывести вас из равновесия.

От 37 до 62 баллов – нормальный уровень эмпатийности, присущий подавляющему большинству людей. Окружающие не могут назвать вас «толстокожим», но в то же время вы не относитесь к числу особо чувствительных лиц. В межличностных отношениях судить о других более склонны по их поступкам, чем доверять своим личным впечатлениям. Вам не чужды эмоциональные проявления, но в большинстве своем они находятся под самоконтролем. В общении внимательны, стараетесь понять больше, чем сказано словами, но при излишнем влиянии чувств собеседника теряете терпение. Предпочитаете деликатно не высказывать свою точку зрения, не будучи уверенным, что она будет принята. При чтении художественных произведений и просмотре фильмов чаще следите за действием, чем за переживаниями героев. Затрудняетесь прогнозировать развитие отношений между людьми, поэтому, случается, что их поступки оказываются для вас неожиданными. У вас нет раскованности чувств, и это мешает вашему полноценному восприятию людей.

12–36 баллов – низкий уровень эмпатийности. Вы испытываете затруднения в установлении контактов с людьми, неуютно чувствуете себя в большой компании. Эмоциональные проявления в поступках окружающих подчас кажутся Вам непонятными и лишены смысла. Отдаете предпочтение уединенным занятиям конкретным делом, а не работе с людьми. Вы – сторонник точных формулировок и рациональных решений. Вероятно, у вас мало друзей, а из тех, кто есть, цените больше за деловые качества и ясный ум, чем за чуткость и отзывчивость. Люди платят вам тем же. Бывает, когда чувствуете свою отчужденность, окружающие не слишком жалуют вас вниманием. Но это поправимо, если вы раскроете панцирь и станете пристальнее всматриваться в поведение близких и принимать их проблемы как свои.

11 баллов и менее – очень низкий уровень. Эмпатийные тенденции личности не развиты. Затрудняетесь первым начать разговор, держитесь особняком среди сослуживцев. Особенно трудны контакты с детьми и лицами, которые намного старше вас. В межличностных отношениях нередко оказываетесь в неловком положении. Во многом не находите взаимопонимания с окружающими. Любите острые ощущения, спортивные состязания предпочитаете искусству. В деятельности слишком сконцентрированы на себе. Вы можете быть очень продуктивны в индивидуальной работе, во взаимодействии же с другими не всегда выглядите в лучшем свете. Болезненно переносите критику в свой адрес, хотя можете на нее бурно не реагировать. Необходима гимнастика чувств.

Методика Томаса-Килманна «Типы поведения в конфликтной ситуации»

Инструкция: Перед вами ряд утверждений, которые помогут определить некоторые особенности вашего поведения. Здесь не может быть ответов «правильных» или «ошибочных». Люди различны, и каждый может высказать свое мнение.

Имеются два варианта, А и В, из которых вы должны выбрать один, в большей степени соответствующий вашим взглядам, вашему мнению о себе. В бланке для ответов поставьте отчетливый крестик соответственно одному из вариантов (А или В) для каждого утверждения. Отвечать надо как можно быстрее.

1. А. Иногда я предоставляю возможность другим взять на себя ответственность за решение спорного вопроса.

В. Чем обсуждать, в чем мы расходимся, я стараюсь обратить внимание на то, с чем мы оба согласны.

2. А. Я стараюсь найти компромиссное решение.

В. Я пытаюсь уладить дело с учетом всех интересов другого и моих собственных.

3. А. Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего.

В. Я стараюсь успокоить другого и сохранить наши отношения.

4. А. Я стараюсь найти компромиссное решение.

В. Иногда я жертвую своими собственными интересами ради интересов другого человека.

5. А. Улаживая спорную ситуацию, я все время стараюсь найти поддержку у другого.

В. Я стараюсь сделать все, чтобы избежать бесполезной напряженности.

6. А. Я пытаюсь избежать неприятностей для себя.
В. Я стараюсь добиться своего.
7. А. Я стараюсь отложить решение спорного вопроса, с тем чтобы со временем решить его окончательно.
В. Я считаю возможным в чем-то уступить, чтобы добиться другого.
8. А. Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего.
В. Я первым делом стараюсь ясно определить то, в чем состоят все затронутые интересы.
9. А. Думаю, что не всегда стоит волноваться из-за каких-то возникающих разногласий.
В. Я прилагаю усилия, чтобы добиться своего.
10. А. Я твердо стремлюсь достичь своего.
В. Я пытаюсь найти компромиссное решение.
11. А. Первым делом я стараюсь ясно определить, в чем состоят все затронутые спорные вопросы.
В. Я стараюсь успокоить другого и, главным образом, сохранить наши отношения.
12. А. Зачастую я избегаю занимать позицию, которая может вызвать споры.
В. Я даю возможность другому в чем-то остаться при своем мнении, если он тоже идет навстречу мне.
13. А. Я предлагаю среднюю позицию.
В. Я настаиваю, чтобы было сделано по-моему.
14. А. Я сообщаю другому свою точку зрения и спрашиваю о его взглядах.
В. Я пытаюсь показать другому логику и преимущества моих взглядов.
15. А. Я стараюсь успокоить другого и, главным образом, сохранить наши отношения.
В. Я стараюсь сделать так, чтобы избежать напряженности.

16. А. Я стараюсь не задеть чувств другого.
В. Я пытаюсь убедить другого в преимуществах моей позиции.
17. А. Обычно я настойчиво стараюсь добиться своего.
В. Я стараюсь сделать все, чтобы избежать бесполезной напряженности.
18. А. Если это сделает другого счастливым, дам ему возможность настоять на своем.
В. Я даю возможность другому в чем-то остаться при своем мнении, если он также идет мне навстречу.
19. А. Первым делом я стараюсь ясно определить то, в чем состоят все затронутые вопросы и интересы.
В. Я стараюсь отложить решение спорного вопроса с тем, чтобы со временем решить его окончательно.
20. А. Я пытаюсь немедленно преодолеть наши разногласия.
В. Я стараюсь найти наилучшее сочетание выгод и потерь для обеих сторон.
21. А. Ведя переговоры, я стараюсь быть внимательным к желаниям другого.
В. Я всегда склоняюсь к прямому обсуждению проблемы и их совместному решению.
22. А. Я пытаюсь найти позицию, которая находится посередине между моей позицией и точкой зрения другого человека.
В. Я отстаиваю свои желания.
23. А. Как правило, я озабочен тем, чтобы удовлетворить желания каждого из нас.
В. Иногда я предоставляю возможность другим взять на себя ответственность за решение спорного вопроса.
24. А. Если позиция другого кажется мне очень важной, я постараюсь пойти навстречу его желаниям.

- В. Я стараюсь убедить другого прийти к компромиссу.
25. А. Я пытаюсь показать другому логику и преимущества моих взглядов.
В. Ведя переговоры, я стараюсь быть внимательным к желаниям другого.
26. А. Я предлагаю среднюю позицию.
В. Я почти всегда озабочен тем, чтобы удовлетворить желания каждого из нас.
27. А. Зачастую я избегаю занимать позицию, которая может вызвать споры.
В. Если это сделает другого счастливым, я дам ему возможность настоять на своем.
28. А. Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего.
В. Улаживая ситуацию, я обычно стараюсь найти поддержку у другого.
29. А. Я предлагаю среднюю позицию.
В. Думаю, что не всегда стоит волноваться из-за каких-то возникающих разногласий.
30. А. Я стараюсь не задеть чувств другого.
В. Я всегда занимаю такую позицию в спорном вопросе, чтобы мы совместно с другим человеком могли добиться успеха.

Обработка результатов.

В ключе каждый ответ А или В дает представление о количественном выражении: соперничества, сотрудничества, компромисса, избегания и приспособления. Если ответ совпадает с указанным в ключе, ему присваивается значение 1, если не совпадает, то присваивается значение 0. Количество баллов, набранных индивидом по каждой шкале, дает представление о выраженности у него тенденции к проявлению соответствующих форм поведения в конфликтных ситуациях.

Методика К. Маслач "Профессиональное (эмоциональное) выгорание"

Инструкция:

Вам предлагается 22 утверждения о чувствах и переживаниях, связанных с работой. Пожалуйста, прочитайте внимательно каждое утверждение и решите, чувствуете ли вы себя таким образом на вашей работе. Если у вас никогда не было такого чувства, в листе для ответов отметьте позицию 0 – "никогда". Если у вас было такое чувство, укажите, как часто вы его ощущали, позиция 6 – "ежедневно". Для этого зачеркните или обведите кружком балл, соответствующий частоте переживаний того или иного чувства.

Бланк ответов.

№	Утверждение	1	2	3	4	5	6
1	Я чувствую себя эмоционально опустошенным(ной), без ярких эмоций и чувств						
2	К концу рабочего дня я чувствую себя как выжатый лимон						
3	По утрам в рабочие дни у меня плохое настроение, я считаю дни и часы до выходных						
4	Я хорошо понимаю, что чувствуют мои пациенты, и использую это для более успешного лечения						
5	5 Я общаюсь с моими пациентами (больными) только формально, без лишних эмоций и стремлюсь свести время общения с ними к минимуму						
6	Я чувствую себя энергичным(ой) и эмоционально воодушевленным(ой)*						
7	Я умею находить правильное решение в трудных ситуациях с больными и с коллегами						
8	Я чувствую неудовлетворенность и потерю интереса к моей работе						
9	Я могу позитивно влиять на самочувствие и настроение больных (пациентов)						

1 0	В последнее время я предпочитаю быть более отстраненным(ой) и бесчувственным(ой) по отношению к тем, с кем мне приходится работать						
1 1	11 Как правило, окружающие меня люди слишком много требуют от меня. Они скорее утомляют, чем радуют меня						
1 2	12 Я работаю с удовольствием, и у меня много планов на будущее, связанных с моим профессиональным развитием. Я верю в их осуществление						
1 3	13 Я испытываю все больше жизненных разочарований						
1 4	Я чувствую равнодушие и потерю интереса ко многому, что радовало меня раньше						
1 5	Я стараюсь эмоционально не реагировать на «трудных» (конфликтных) пациентов						
1 6	Мне хочется уединиться и отдохнуть от всего и всех						
1 7	Я легко могу создать атмосферу доброжелательности и оптимизма в отношениях с моими коллегами и в отношениях с моими больными						
1 8	Я легко общаюсь с больными и их родственниками независимо от их социального статуса и характера						
1 9	Я многое успеваю сделать за день						
2 0	Я чувствую себя на пределе возможностей						
2 1	Я многого смогу достичь в своей жизни						
2 2	Я проявляю к другим людям больше внимания и заботы, чем получаю от них в ответ признательности и благодарности						

Ключ к опроснику

Субшкала	Номер утверждения	Максимальная сумма баллов
Эмоциональное истощение	1, 2, 3, 6*, 8, 13, 14, 16, 20	54
Деперсонализация	5, 10, 11, 15, 22	30
Редукция профессиональных достижений	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	48

Интерпретация, обработка результатов.

В соответствии с общим "ключом" подсчитывается сумма баллов для каждого субфактора. Оценка степени выгорания может осуществляться как для каждого отдельного показателя, так и по интегральному показателю. Для этого складываются шкальные оценки трех показателей (таблица «Уровни показателей выгорания») и соотносятся с тестовыми нормами (таблица «Тестовые нормы для интегрального показателя выгорания»).

Уровни показателей выгорания

Субшкала	Группы	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень
Шкальные оценки		1 балл	2 балла	3 балла	5 баллов
Эмоциональное истощение	Мужчины	5-15	16-24	25-34	Больше 34
	Женщины	6-16	17-25	26-34	Больше 34
Деперсонализация	Мужчины	2-4	5-12	13-15	Больше 15
	Женщины	1-4	5-10	11-13	Больше 14
Редукция профессиональных достижений	Мужчины	37-48	34-28	27-23	22 и меньше
	Женщины	37-48	35-28	27-22	21 и меньше

Тестовые нормы для интегрального показателя выгорания

Низкая степень	Средняя степень	Высокая степень	Крайне высокая степень
3-4баллов	5-6 баллов	7-9 баллов	10 баллов и больше

Программа комплекса тренинговых занятий

Цель: способствовать снижению проявлений синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников.

Задачи:

1. снижение эмоционального истощения, деперсонализации, редукции профессиональных достижений сотрудников;
2. обучение методам нахождения решения в конфликтных ситуациях;
3. формирование оптимального уровня эмпатии;
4. снижение нервно-психического напряжения.

Принципы работы:

- принцип добровольного участия;
- принцип самодиагностики, т.е. формулирование и осознание самими участниками собственных личностных проблем;
- принцип открытого взаимодействия, т.е. полноценного межличностного общения, основанного на уважении, эмпатии и доверии друг к другу.

Сроки реализации программы: общая продолжительность программы составляет 24 занятия. Занятия проводятся 1 раз в неделю, продолжительностью 1-1,5 часа.

Методами работы являлись: беседы-дискуссии; практические коррекционные и релаксационные занятия; игровые упражнения.

Условия проведения: конференц-зал Курагинской Центральной районной больницы.

Материально-техническое оснащение:

- просторное помещение;
- столы и стулья из расчета на группу;
- магнитофон или музыкальный центр и аудиозаписи, компьютер, проектор;
- бумага, цветные карандаши, фломастеры, шариковые ручки.

Участники программы: врачи, медицинские сестры, фельдшера скорой медицинской помощи, фельдшера фельдшерско-акушерских пунктов.

Форма работы: групповая. Работа проводилась в малых группах, численностью 10 человек, отдельно с каждой специализацией медицинских работников.

Предполагаемые результаты:

5. Повышение уровня информационно-теоретической компетентности медицинских работников.
6. Овладение медиками психотехническими приемами саморегуляции негативных эмоциональных состояний.
7. Повышение самооценки, стрессоустойчивости, работоспособности, снижение уровня тревожности, эмоциональной напряженности, утомления.
8. Снижение уровня конфликтности, агрессивности в коллективе.

Структура занятия:

1. Вводная часть, которая включает в себя постановку проблемы и разминочные упражнения.
2. Основную часть, которая занимает большую часть времени.
3. Заключительная часть.

Состав группы участников: 40 человек, участники женского и мужского пола, в возрасте от 27 до 52 лет. Занимаемые должности – врачи разных специализаций, медицинские сестры, фельдшера скорой медицинской помощи, фельдшера фельдшерско-акушерских пунктов. Трудовой стаж в занимаемой должности от 1 года до 30 лет.

Содержание занятий.

Занятие 1.

Цели занятия:

- развитие умения слушать партнера и совершенствовать коммуникативные навыки,

- сокращение коммуникативной дистанции между участниками тренинга.
- формирование навыков модификации и коррекции поведения на основе анализа разыгрываемых ролей и группового разбора поведения.
- знакомство, принятие правил тренинга.

Правила тренинга.

1. Умейте слушать друг друга. Это означает необходимость смотреть на говорящего и не перебивать его. Когда кто-то заканчивает говорить, следующий берущий слово может коротко повторить то, что было сказано предыдущим, прежде чем приступит к изложению своих мыслей. Для привлечения внимания к выступающему может быть использован какой-либо предмет (например, ручной мячик), который по ходу дискуссии переходит из рук в руки. Когда кто-то выступает, все остальные хранят молчание.
2. Говорите по существу. Иногда учащиеся отклоняются от обсуждаемой темы. Вместо того, чтобы одергивать участника, руководитель дискуссии в этом случае может сказать: "Я не совсем понимаю, как это связано с нашей темой. Не мог бы ты пояснить, что имеется в виду?"
3. Проявляйте уважение. Открытость в высказываниях появится лишь тогда, когда ученики усвоят, что можно не соглашаться с чьим-то мнением, но недопустимо высказывать оценки в отношении других людей лишь на основании высказанных ими мыслей.
4. Закон «ноль-ноль» (о пунктуальности). Все участники должны собираться до установленного времени.
5. Конфиденциальность. То, что происходит на занятии, остается между участниками.
6. Правило «стоп». Если обсуждение какого-то личного опыта участников становится неприятным или небезопасным, тот, чей опыт обсуждается, может закрыть тему, сказав «стоп».

Каждый говорит за себя, от своего имени. Стоит говорить не «Все считают, что...», а «Я считаю, что...» и т.п.

Упражнение «Интервью».

Инструкция. Участники разбиваются на пары и в течение 10 минут беседуют со своим партнером, пытаясь узнать о нем как можно больше. Затем каждый готовит краткое представление своего собеседника. Главная задача - подчеркнуть его индивидуальность, непохожесть на других. После чего участники по очереди представляют друг друга.

Упражнение «Преувеличение или полное изменение поведения».

Инструкция. Это ролевая игра, в которой членам группы дается возможность проиграть свои внутриличностные конфликты. Разыгрывание ролей используется для расширения осознания поведения и возможности его изменения.

Участник сам выбирает нежелательное личное поведение, или группа помогает ему выбрать поведение, которое им не осознается.

Если член группы не осознает этого поведения, он должен преувеличить его. К примеру, робкий член группы должен говорить громким, авторитарным тоном, постоянно хвастаясь. Если же участник осознает поведение и считает его нежелательным, он должен полностью изменить его. На разыгрывание ролей каждому дается 5-7 минут. Затем все участники делятся своими наблюдениями и чувствами.

Занятие 2.

Цели занятия:

- снятие напряжения в коллективе;
- развивать умение предугадывать действия друг друга, обращая внимание на невербальные обращения и манеру поведения.

Упражнение «Снятие напряжения».

Инструкция. Ведущий задает счет по количеству участников. Считать необходимо поочередно, но не сговариваясь.

Процедура проведения. Если оба члена команды называют цифру вместе, игра начинается сначала. Разговаривать в процессе проведения упражнения запрещено, но допустимо использование мимики, жестов. В конце упражнения задача усложняется – всех участников просят играть с закрытыми глазами.

Во время упражнения сотрудники вынуждены предугадывать действия друг друга, обращать внимание на невербальные обращения, манеры коллег. В конце задания игроки обсуждают итоги и основные проблемы, препятствующие выполнению задания.

Упражнение «Вселенная».

Упражнение проходит со звуковым сопровождением. Нужен магнитофон и записи ритмичной музыки. Для усиления эффекта разминки тренеру стоит подготовить «цель» (в виде флажка, например).

Инструкция. «Давайте встанем в две шеренги, так, чтобы внутри получился коридор – это путь к цели. Это (тренер указывает на «цель» – символ цели) – символ тех стратегических целей, которые ставит перед собой ваша компания. Ваша задача сейчас по очереди под музыку пройти этот путь своим необычным способом – так, как до вас никто этого не делал. В это время все остальные поддерживают идущего аплодисментами.

Процедура проведения. Тренер делит группу на две части. Например, предлагая рассчитаться на «первый-второй», и вторым номерам сделать шаг вперед. Тренер устанавливает «цель» в конце шеренги. После этого дает инструкцию и включает музыку. В качестве примера он может пройти первым через шеренгу сам. Все участники проходят по «живому коридору», демонстрируя собственный индивидуальный стиль «ходьбы». После того как все прошли в первый раз, тренер может предложить продолжить и пройти по второму разу.

Занятие 3.

Цель занятия: отработка навыка принятия группового решения о стратегии и тактике выполнения поставленной задачи. Способствовать сплочению группы и углублению процессов самораскрытия.

Упражнение «Космическая скорость».

Инструкция. "Передать в кругу, в любом порядке, кроме соседа справа и соседа слева мяч, но так, чтобы мяч побывал у каждого члена команды один раз".

Ведущий предлагает всем участникам команды после завершения упражнения сесть в круг и выразить свое состояние на момент начала работы и ее окончания.

Упражнение «Портрет».

Инструкция. Каждый из участников тренинга выбирает себе «объект» и описывает его характер, привычки, т.е. «пишет» его психологический портрет. Листочки с записями отдают ведущему, который читает их вслух. Остальные пытаются угадать, о ком идет речь.

Занятие 4.

Цели занятия:

- установление контакта;
- построение коллектива.

Упражнение «Споём вместе».

Инструкция. Ведущий выбирает песню, слова которой знают все участники тренинга. Каждый участник по очереди говорит следующее слово в песне вслед за предыдущим участником по часовой или против часовой стрелки. В случае сбоя или ошибки в слове одного из участников, игра начинается сначала.

Упражнение «Геометрия».

Инструкция. Все участники строятся в круг, закрывают глаза. Следует построиться в любую заданную фигуру (квадрат, треугольник и другие). Как правило, выполнение задачи сопровождается суетой и спорами. Это

происходит до тех пор, пока не будет выявлен лидер игры, который расставит участников. После того как задание будет выполнено, сотрудники должны ответить на вопрос, уверены ли они в том, что фигура ровная. Открывать глаза нельзя до тех пор, пока вся команда не будет убеждена в победе. По окончании игры устраивается обсуждение, главная цель которого выяснить варианты более быстрого и качественного прохождения испытания.

Упражнение «Волна».

Инструкция. «Возьмитесь за руки. Сейчас я буду пускать волну вот так (показывает, поднимая руку). Ваша задача – когда волна дойдет до вас, пустить ее дальше. Попробуем.... Теперь я пускаю встречную волну».

Процедура проведения. Группа становится в круг. Участники берутся за руки. Ведущий дает инструкцию и показывает, как пускаются волны: поднимает руку, держа руку соседа. Получилась волна. Чтобы передать ее дальше, нужно соседу поднять вторую руку с рукой своего соседа и т. д. Ведущий ускоряет ритм волн. Затем пускает встречные волны. Когда волна возвращается к тренеру, он может либо передать ее дальше, либо остановить. Как только интерес группы начинает ослабевать (смех стихает, энергетика спадает), тренер прекращает разминку, резко поднимая и бросая руки вниз. Заканчивается упражнение аплодисментами. Это упражнение отлично вписывается в тренинг командообразования для создания атмосферы сотрудничества. Оно проходит очень весело и подзаряжает энергетически. Может использоваться и как первая утренняя разминка, и после обеда. Тренер должен заряжать группу собственной энергией. Проводить упражнение в темпе, следить за групповой динамикой. Важно вовремя прервать упражнение, с тем, чтобы у группы осталось приятное чувство совместного успешного действия.

Занятие 5.

Цель занятия: развивать у участников воображение, умение сосредоточиться на восприятии окружающей среды при помощи слуха, зрения, осязания по отдельности.

Упражнение «Лабиринт».

Инструкция. Первый этап. Трех участникам, находящимся в центре площадки, дается задание: пройти по воображаемому лабиринту с закрытыми глазами. Группа наблюдает физическое состояние исполнителей (свободны или скованы движения, зажаты ли мышцы, каково положение головы, рук, есть ли суетливость и т. п.). После 1-2 минут «блуждания» участнику предлагается описать «свой» лабиринт.

Первоначальное описание обычно бывает очень коротким: 1-2 предложения, чаще всего это определение места. Например: «это было темное, сырое подземелье», «это был стеклянный лабиринт», «это коридор космического корабля». Группа может отметить скованность и напряженность мышц, плечевого пояса, рук, таза.

Второй этап. Тем же участникам предлагается рассмотреть лабиринт, проходя по нему (задание выполняется с закрытыми глазами). При описании лабиринта группа следит за тем, чтобы описывающие не сбились на описание звуков и ощущений. Например:

— «Это был стеклянный лабиринт, очень прозрачный, сверкающий так, что глазам было больно» (группа должна заметить кинестетическое слово «больно» и поправить рассказчика).

— «Это был коридор космического корабля с голубыми стенами и светом откуда-то снизу. Я слышала... (группа останавливает) видела очень красивый пульт, на котором было много разноцветных огоньков».

— «Это темное подземелье с каменными серыми стенами. У меня в руках была маленькая свечка, от которой почти не было света. Я видела, как по стенам текла вода...».

После описания группа обсуждает физическое состояние участников. Вероятно, будут отмечены высоко поднятая голова, более свободные движения рук.

Третий этап. Предлагается пройти по лабиринту и «услышать» максимальное количество звуков. При описании звуков группа следит за тем, чтобы участники не сбились на картинку и ощущения. Например:

— «Стены в этом лабиринте звенели, как стекла в серванте, когда проезжает грузовая машина».

— «Там была какая-то особая, звенящая тишина. Все приборы работали бесшумно, специальное покрытие заглушало звук шагов, и все-таки я чувствовала... (группа останавливает), я слышала за спиной тихое дыхание».

Когда группа будет описывать физическое состояние участников, наверняка будут отмечены наклоненная к плечу голова, менее скованные по сравнению с первым этапом игры движения рук, может быть, осторожная походка.

Четвертый этап. Участникам необходимо описать, что они чувствуют, проходя по лабиринту (температура, влажность, запах и т.д.):

— «Это был очень жаркий лабиринт, солнце пекло так, что я расплавлялась. А стены были холодные. Мне очень хотелось выйти, но я не могла найти выход. Я хотела разбить стены».

— «Мне было сыро и холодно, я спотыкалась и падала на острые камни – это было очень больно. Мне так хотелось теплого света, и чтобы кто-нибудь был рядом». (Группа должна заметить, что в этом случае движения испытуемого были свободны, лицо опущено вниз, легкий шаг.)

— «Я чувствовала за спиной дыхание другого человека, и мне было очень спокойно, что я не одна. Стены были мягкие, а пол – пружинистый. Вообще, это был очень удобный коридор. Я чувствовала себя уютно».

Пятый этап. Последний «проход» по лабиринту с заданием «видеть», «слышать», «чувствовать». После этого дается полное описание, которое

сравнивается с первоначальным. Анализируются изменения, происшедшие в физическом состоянии участников.

В заключение слово предоставляется испытуемым для анализа своего состояния, о том, что мешало и помогало при выполнении упражнения и т.д.

Занятие 6.

Цель: Построение коммуникации в группе.

Упражнение «Передай соседу».

Инструкция. Участники рассаживаются в круг. Ведущий подходит к одному из участников и передает воображаемый предмет в руки участнику (жестом) и сообщает направление передачи (по часовой стрелке или против). Каждый участник должен передать предмет следующему игроку. По сигналу ведущего «Стоп. У кого сейчас предмет?» участник должен поднять руку. В качестве предмета нельзя использовать физический предмет, только воображаемая передача.

Пример: в первый раунд ведущий запускает один предмет «кошка» по часовой стрелке. По сигналу «стоп», руку поднимает участник у которого «кошка». В первый круг проблем не возникает. И ведущий удостоверяется, что все поняли правила.

Два предмета. Начинается с запуска двух предметов (кошка и щенок) в разных направлениях и от разных участников.

Самое интересное начинается, когда ведущий запускает несколько предметов в разных направлениях и от разных участников. В момент, когда предметы встречаются у одного игрока, начинается путаница, что кому передал и верно ли. После сигнала «стоп» в большинстве случаев, игроки не могут достоверно сообщить, у кого какой предмет.

Узким местом оказывается участник, к которому предметы приходят с разных сторон и он должен правильно их раздать соседям справа и слева. Между раундами ведущий дает время на обсуждение группой взаимодействия по передачи, использования других способов коммуникации,

чтобы не терять предметы. Игра начинается заново, с постепенным добавлением количества предметов.

Как правило, игра сопровождается смехом и юмором. В перерывах между раундами участники бурно обсуждают, каким образом им взаимодействовать, чтобы не терять очередность передачи и предметы. Ведущий оценивает вовлеченность участников в решении проблемы и выявляет лидеров в группе. По окончании ведущий опрашивает участников об игре, сложностях и как вы их решали.

Занятие 7.

Цели занятия:

- формирование доверительного стиля общения в процессе налаживания контактов;
- создание позитивных эмоциональных установок на доверительное общение;
- отработка умений и навыков сглаживания конфликтов.

Упражнение «Приветствие».

Инструкция. Участники садятся в круг и по очереди приветствуют друг друга, обязательно подчеркивая индивидуальность партнера, например: "Я рад тебя видеть, и хочу сказать, что ты выглядишь великолепно" или "Привет, ты как всегда энергичен и весел". Можно вспомнить о той индивидуальной черте, которую сам человек выделил при первом знакомстве. Участник может обращаться ко всем сразу или к конкретному человеку. Во время этой психологической разминки группа должна настроиться на доверительный стиль общения, продемонстрировать свое доброе отношение друг к другу.

Ведущему следует обращать внимание на манеры установления контактов. По его окончании ведущий разбирает типичные ошибки, допущенные участниками, и демонстрирует наиболее продуктивные способы приветствий.

Ролевая игра «Сглаживание конфликтов».

Ведущий рассказывает о важности такого умения как умение быстро и эффективно сглаживать конфликты; объявляет о том, что сейчас опытным путем стоит попытаться выяснить основные методы урегулирования конфликтов.

Инструкция. Участники разбиваются на тройки. На протяжении 5 минут каждая тройка придумывает сценарий, по которому двое участников представляют конфликтующие стороны (например, ссорящихся супругов), а третий - играет миротворца, арбитра.

На обсуждение ведущий выносит следующие вопросы:

- Какие методы сглаживания конфликтов были продемонстрированы?
- Какие, на ваш взгляд, интересные находки использовали участники во время игры?
- Как стоило повести себя тем участникам, кому не удалось сгладить конфликт?

Занятие 8.

Цель занятия: повышение эмпатии путем доверия сотрудников друг к другу.

Инструкция. Участники делятся на команды по 5–6 человек. Каждый их группы должен отвернуться и упасть на руки коллегам. Правила:

- члены команды должны удерживать падающего человека;
- при падении необходимо скрестить руки на груди, чтобы никого не ударить;
- «принимать» коллегу следует не на ладони, а предплечья, держась за запястья друг друга сцепленными руками.

Можно упасть с высоты (например, с подоконника) или просто откинуться назад. Упражнение вызывает множество эмоций и впечатлений, которыми по завершении игры делятся все участники. После проведения тренинга коллеги обсуждают наблюдения и стратегии выполнения заданий, оценивают свою и чужую работу в коллективе. Во

время процесса каждый вправе отказаться от участия в игре, заявив об этом всей команде.

Занятие 9.

Цели занятия:

- близкое знакомство сотрудников
- развитие навыков невербального общения

Упражнение «Близкое знакомство».

Инструкция. Коллеги встают в ряд по росту. По команде ведущего все перестраиваются в заданном порядке. Движения осуществляются молча.

Перестановка происходит по следующим параметрам:

- по первой букве имени, фамилии или отчества (в алфавитном порядке);
- по цвету волос (от светлого оттенка к более темному);
- по месяцу рождения;
- по возрасту.

В результате, члены команды учатся взаимодействию и пониманию, больше узнают друг о друге. Сотрудники находят схожие черты с коллегами, что способствует развитию личной симпатии.

Упражнение «Говорящие руки».

Инструкция. «Для проведения упражнения нам необходимо образовать два круга, встав лицом друг к другу. Сейчас мы будем общаться в парах молча, только с помощью рук. Я буду говорить, что нужно передать партнеру, а вы должны будете передать это только руками, не говоря ни слова. Затем я скажу: внешний круг – шаг вправо. И те, кто стоят во внешнем кругу, сделают шаг вправо, так у нас образуются новые пары. Я произнесу новое задание. Итак, поздоровайтесь с помощью рук. Внешний круг – шаг вправо. Перед вами новый партнер, посмотрите недолго друг другу в глаза. Пожалуйста, выразите друг другу поддержку с помощью рук». Процедура проведения. Участники образуют два круга: внутренний и внешний, стоя

лицом друг к другу. Ведущий дает команды, которые участники выполняют молча в образовавшейся паре. После этого по команде ведущего внешний круг двигается вправо на шаг. Варианты инструкций образующимся парам: 1. Поздороваться с помощью рук. 2. Побороться руками. 3. Помириться руками. 4. Выразить поддержку с помощью рук. 5. Пожалеть руками. 6. Выразить радость. 7. Пожелать удачи. 8. Попрощаться руками. После разминки участники обмениваются впечатлениями. Вопросы для обсуждения: Что было легко, что сложно? Кому было сложно молча передавать информацию? Кому легко? Когда вы выполняли задания ведущего, обращали ли внимание на информацию от партнера или больше думали, как передать информацию самим? Упражнение не следует проводить в первый день занятий, когда участники еще недостаточно знакомы друг с другом.

Занятие 10.

Цель занятия: показать влияние каждого члена коллектива на развитие социально-психологического климата, установления коммуникации с пациентами.

Упражнение «Невидимая связь».

Инструкция. Для проведения этой игры потребуется моток прочных толстых нитей (главное, они не должны сразу же рваться при сильном натяжении). Члены коллектива встают в круг на расстоянии вытянутых рук и закрывают глаза. Включить спокойную музыку. Тренер должен взять моток нитей, ножницы и встать внутрь круга. Сделайте глубокий вдох и выдох и рассказать команде такую историю. «Известно, что давным-давно на свете жил один удивительный человек. У него были длинная седая борода и волосы, поэтому многие думали, что он стар и мудр. Другие же видели озорной блеск его глаз и говорили, что он молод. Этот человек умел то, чего не умели другие. И люди называли его мудрецом. Никто не знал, откуда он пришел, но говорили, что раньше он был обыкновенным человеком, таким,

как все. Менялись поколения, а мудрец все жил среди людей. И они ощущали себя под его защитой. И вот пришел день, когда мудрец отправился в путь. Он обошел всю Землю и узнал многих людей. И удивился мудрец, насколько разными были эти люди, их характеры, привычки, желания и стремления. «Как непросто всем уживаться друг с другом, – думал мудрец, – что бы такое предпринять?» – размышлял он. И тогда мудрец сплел длинную тончайшую нить. Задумал он обойти добрых сердцем людей и связать их этой тончайшей чудесной нитью». Далее, ведущему предстоит, рассказывая историю, обойти каждого члена команды и вложить ему в руки нить. «Воистину нить эта была уникальна. Гладкая, тонкая, она была совершенно незаметна для человека, но, несмотря на это, влияла на его взаимоотношения с другими людьми. Те, кому мудрец передал чудесную нить, стали добрее, спокойнее, терпеливее. Они стали более внимательно относиться друг к другу, стремились понять мысли и чувства ближнего. Иногда они спорили, но, о чудо, нить натягивалась, но не рвалась. Иногда они ссорились, и нить разрывалась, но при примирении оборванные концы нити связывались вновь. Только узелок напоминал о прошлой ссоре. Что сделали люди с подарком мудреца? Кто-то бережно его хранил, передавая тайну из поколения в поколение. Кто-то, не ощущая присутствия нити, оставлял на ней множество узелков, да и характер его постепенно менялся и становился «узловатым». Но главное, у каждого появилась способность протягивать невидимые нити к тем, кого он считал близкими и друзьями, соратниками и партнерами». Когда у каждого члена команды будет в руках нить, отрезать ее от мотка и завязать концы. Таким образом, нить образует замкнутый круг. – Дорогие друзья! – обращается тренер к команде. – Сейчас вы ощущаете в своих руках чудесную нить, подарок мудреца. Какова она на ощупь? Гладкая, шелковая, тонкая, прохладная... Давайте проверим, что может произойти, если каждый потянет ее на себя... Она натянется и станет «резать» руки. Такие отношения называют «натянутыми»... – А если, –

продолжаете тренер, – кто-то потянет нить на себя, а кто-то не станет этого делать... Что будет, давайте попробуем... Равновесие круга нарушается. Кто-то оказывается в более устойчивом положении, а кто-то совсем в неустойчивом... О таких ситуациях говорят: «Он тянет одеяло на себя»... – Некоторые люди, – продолжает ведущий, – предпочитают надевать эту нить себе на шею. Хотите попробовать?.. Те, кто сейчас сделал это, наверное, ощутил, как больно нить режет шею... Про такие ситуации люди говорят: «Посадил себе на шею»... – С этой нитью можно проводить разные эксперименты, – продолжает ведущий, – собственно, многие люди посвящают этому целую жизнь. Натянут, разорвут, завяжут узел, наденут на шею или вообще отпустят... В нашей команде это недопустимо. Давайте сейчас найдем такое положение и натяжение нити, которое для всех будет наиболее удобным. И запомним это состояние каждой клеточкой нашего тела. Спасибо! Игра закончена, нить можно положить на время обсуждения в круг. Потом смотать и убрать. Нить можно хранить среди ценных вещей и талисманов команды. Важно в конце игры провести обсуждение, главный вопрос которого: «Чему эта игра может научить команду?».

Занятие 11.

Цели занятия:

- развитие способности работать в паре сообща, дополняя действия друг друга;
- создание условий для самораскрытия;
- умение вести полемику и контраргументацию.

Упражнение «Общее дело».

Инструкция. Все участники тренинга делятся по двое и берутся за руки с партнером. Свободными руками (у одного из пары это левая рука, а у другого – правая) необходимо упаковать подарки: обернуть бумагой, завязать бант. Конкурс на скорость и качество исполнения.

Результат: для победы в игре партнеры должны понимать друг друга с полуслова, жеста, взгляда. Соревновательный дух улучшает отношения и способствует сплочению команды.

Упражнение «Контраргументы».

Инструкция. Каждый член группы должен рассказать остальным участникам о своих слабых сторонах - о том, что он не принимает в себе. Это могут быть черты характера, привычки, мешающие в жизни, которые хотелось бы изменить.

Остальные участники внимательно слушают и по окончании выступления обсуждают сказанное, пытаясь привести контраргументы, т. е. то, что можно противопоставить отмеченным недостаткам или даже показывая, что наши слабости в одних случаях, становятся нашей силой в других.

Занятие 12.

Цель занятия: Самодиагностика уровня самооценки и уровня притязаний. Выработка навыков повышения уровня самооценки. Осознание своих личностных особенностей с точки зрения того, какие возможности они открывают в профессиональной деятельности и какие накладывают ограничения

Упражнение «Кто я?»

Инструкция: «Вы должны ответить на вопрос «Кто я?» десятью разными словами или словосочетаниями».

Это задание участники группы выполняют на специальных карточках, которые затем крепятся к груди. Присутствующие получают возможность свободно двигаться по комнате и читать карточки с ответами других членов группы. Первые три ответа, и представляют отражение внешнего поверхностного слоя нашего Я-образа. Предлагается поработать с этим поверхностным слоем, чтобы уточнить и прояснить для себя и других, что же представляет наш Я-образ в первом приближении.

Упражнение «Личный герб и девиз».

Девиз и герб являются такими символами, которые предоставляют возможность человеку в предельно лаконичной форме отразить жизненную философию и свое кредо. Это один из способов заставить человека задуматься, сформулировать, описать и представить другим главные стержни своих мировоззренческих позиций.

Инструкция. Давайте немного пофантазируем. Вообразим, что и мы все принадлежим к знатным и древним родам и приглашены на праздничный бал в средневековый королевский замок. Благородные рыцари и прекрасные дамы подъезжают к воротам замка в золоченых каретах, на дверцах которых красуются гербы и девизы, подтверждающие дворянское происхождение их обладателей. Так что же это за гербы и какими они снабжены девизами? Настоящим средневековым дворянам было значительно легче кто-нибудь из их предков совершил выдающееся деяние, которое прославляло его и отображалось в гербе и девизе. Его потомки получали эти геральдические атрибуты в наследство и не ломали голову над тем, какими должны быть их личные гербы и девизы. А нам придется самим потрудиться над созданием своих собственных геральдических знаков.

На больших листах бумаги с помощью красок или фломастеров вам нужно будет изобразить свой личный герб, снабженный девизом. Материал для его разработки у вас уже есть. Но может быть, вы сумеете придумать нечто еще более интересное и точнее отражающее суть ваших жизненных устремлений, позиций, понимания себя. В идеале человек, разобравшийся в символике вашего герба и прочитавший ваш девиз, смог бы четко понять, с кем он имеет дело.

Постарайтесь учесть предназначение каждого участка герба и символически передать необходимую информацию. Левая часть – мои главные достижения в жизни. Средняя – то, как я себя воспринимаю.

Правая часть – моя главная цель в жизни. Нижняя часть мой главный

девиз в жизни.

На эту работу нужно выделить не менее получаса. Будет неплохо, если рисование сопровождается спокойной медитативной музыкой. По окончании работы участники группы представляют свои гербы и девизы. После самопрезентации своего герба и девиза происходит обсуждение всего упражнения и каждого из его этапов.

Занятие 13.

Цели занятия: знакомство с понятием «общение», структура общения, вербальное и невербальное общение. Осознание своих коммуникативных особенностей. Выработка навыков эффективного общения в различных сферах своей деятельности.

Упражнение «Молчанка»

Инструкция. Участники садятся по кругу. «Я буду называть числа. Сразу же после того, как число будет названо, должны встать именно столько человек, какое число прозвучало (не больше и не меньше). Например, если я говорю «4», то как можно быстрее должны встать четверо из вас. Сесть они смогут только после того, как я скажу «спасибо». Выполнять задание надо молча. Тактику выполнения задания следует вырабатывать в процессе работы, ориентируясь на действия друг друга».

Рекомендации. В ходе выполнения задания ведущий блокирует попытки участников группы обсудить или принять какую-либо форму алгоритмизации работы.

При обсуждении можно задать группе следующие вопросы: «Что помогло справиться с поставленной задачей и что затрудняло её выполнение?», «На что вы ориентировались, когда принимали решение за следующее действие?», «Какая у вас была тактика?», «Как можно было бы организовать работу, если бы была возможность заранее обсудить способ решения этой задачи?».

Обсуждение позволяет участникам группы осознать, что для выполнения

общей задачи необходимо быстро ориентироваться в намерениях, тактике, состоянии других людей, согласовывать свои действия с действиями других. В ходе более детализированного обсуждения можно говорить о проявлении инициативы и проблемы принятия на себя ответственности за то, что происходит в группе.

Упражнение «Слепое слушание»

Цель: продемонстрировать неэффективность передачи информации без обратной связи.

Инструкция. Выбираются 5 человек из членов группы – непосредственных участников упражнения. Им сообщается, что в группе будет зачитан текст, который они должны будут передавать друг другу по памяти, не делая никаких записей и пометок. После этого в кругу остаётся только один из пятерых, а четверо выходят за дверь. Ему зачитывают текст. Потом приглашается второй участник. Первый сообщает всё, что запомнил. Затем приглашается следующий и так далее, пока текст не повторит последний пятый участник.

Часто в результате такой передачи смысл текста искажается до противоположного. Наблюдатели фиксируют ошибки искажения смысла, появляющиеся у каждого из передающих. В процессе обсуждения наблюдатели высказывают свои соображения по поводу причин возникновения ошибок.

Упражнение «Активное слушание».

Участникам предлагается оценить 9 техник ведения беседы с точки зрения того, насколько они способствуют пониманию партнёра. Эти 9 техник группируются по трём разделам: способствующие пониманию партнёра, не способствующие пониманию партнёра и нейтральные. Техники предъявляются в случайной последовательности.

Участников просят оценить по 7-балльной шкале (-3, -2, -1, 0, 1, 2, 3), где оценка -3 означает, что техника совершенно не способствует пониманию партнёра, а оценка +3 – наиболее способствует.

1. В беседе мы сопровождаем высказывания партнёра репликами вроде: «Глупости ты говоришь», «Ты, я вижу, в этом вопросе ничего не понимаешь», «Я бы мог вам это объяснить, но боюсь вы не поймёте» и т.п. (негативная оценка).
2. Мы сопровождаем речь партнёра высказываниями типа: «Да...», «Угу...».
3. Мы дословно повторяем высказывания партнёра. При этом можно начать с вводной фразы: «Как я понял вас...», «По вашему мнению...», «Ты считаешь...» и т.д.
4. В ходе беседы мы вставляем высказывания типа: «Пора приступить к предмету разговора...», «Мы несколько отвлеклись от темы...», «Давайте вернёмся к цели нашего разговора...» и т.д.
5. Мы воспроизводим высказывания партнёра в обобщённом, сокращённом виде, кратко формулируя самое существенное в его словах. Начать можно с вводной фразы: «Вашими основными идеями, как я понял, являются...» или «Другими словами, ты считаешь, что...» и т.д.
6. Мы пытаемся вывести логическое следствие из высказывания партнёра или выдвинуть предположение относительно причин высказывания. Вводной фразой может быть: «Если исходить из того, что вы сказали, то выходит, что...», «Вы так считаете, видимо, потому что...».
7. Мы пытаемся найти у партнёра понимание только тех проблем, которые волнуют нас самих.
8. Мы задаем партнеру вопрос за вопросом, явно стараясь разузнать что-то, но не объясняем своих целей.
9. Мы не принимаем во внимание того, что говорит партнер, пренебрегая его высказываниями.

Рекомендации. Предъявление техник сопровождается инструкцией: «Оцените каждую технику с точки зрения того, насколько она сможет помочь вам понять партнёра. Свою оценку каждый записывает на листочке». Индивидуальные оценки каждой техники обсуждаются сразу после её

предъявления. Если мнения участников расходятся с классификацией, то им предлагается поэкспериментировать с этой техникой в ролевых играх или в реальной жизни. Всякая психологическая классификация условна и, возможно, этот опыт сможет дать новое знание о способах понимания в межличностном общении.

Обсуждение противоположных оценок может быть самостоятельной темой для дискуссии в группе.

Следующий этап упражнения – экспериментирование с техниками активного слушания: повторением, перефразированием и интерпретацией.

Техники ведения беседы.

Не способствующие пониманию партнёра:

1. Негативная оценка– в беседе мы сопровождаем высказывания партнёра репликами вроде: «Глупости ты говоришь», «Ты, я вижу, в этом вопросе ничего не понимаешь», «Я бы мог вам это объяснить, но боюсь вы не поймёте» и т. п.

2. Игнорирование– мы не принимаем во внимание того, что говорит партнер, пренебрегаем его высказываниями.

3. Эгоцентризм– мы пытаемся найти у партнера понимание только тех проблем, которые волнуют нас самих.

Промежуточные техники:

1. Выспрашивание– мы задаем партнеру вопрос за вопросом, явно стараясь разузнать что-то, но не объясняя ему своих целей.

2. Замечание о ходе беседы– в ходе беседы мы вставляем высказывания типа: «Пора приступить к предмету разговора...», «Мы несколько отвлеклись от темы...», «Давайте вернёмся к цели нашего разговора...» и т.д.

3. Поддакивание– мы сопровождаем речь партнёра высказываниями типа: «Да...», «Угу...».

Способствующие пониманию партнера:

1. Вербализация, ступень А – проговаривание. Мы дословно повторяем

высказывания партнёра. При этом можно начать с вводной фразы: «Как я понял вас...», «По вашему мнению...», «Ты считаешь...» и т.п.

2. Вербализация, ступень Б – перефразирование. Мы воспроизводим высказывания партнёра в обобщённом, сокращённом виде, кратко формулируя самое существенное в его словах. Начать можно с вводной фразы: «Ваши основными идеями, как я понял, являются...» или «Другими словами, ты считаешь, что...» и др.

3. Вербализация, ступень В – интерпретация и развитие идеи. Мы пытаемся вывести логическое следствие из высказывания партнёра или выдвинуть предположение относительно причин высказывания. Вводной фразой может быть: «Если исходить из того, что вы сказали, то выходит, что...», «Вы так считаете, видимо, потому что...».

Занятие 14.

Цели занятия: помощь в осознание своих жизненных и профессиональных целей, в осознании своих ценностных ориентаций и личных приоритетов.

Упражнение «Анкета»

1. Каковы для меня пять главных ценностей в жизни? (Примеры ценностей: карьера, любовь, радость, хорошие отношения, творчество, страсть, здоровье, совершенствование, покой, служение другим, свобода, друзья... Распределите их в порядке приоритета: от первой – самой важной до пятой – наименее важной.)

2. Каковы в данный момент три мои самые важные жизненные цели?

3. Что бы я делал(а), на что бы потратил(а) время, если бы сегодня узнал(а), что жить мне осталось только один месяц?

4. Что вы будете делать, если завтра выиграете в лотерею миллион долларов?

5. Что вы всегда хотели делать (сделать), но боялись попробовать?

6. Что вам нравится делать? Что вам дает наиболее полное чувство

самоуважения и самоудовлетворенности?

7. Какова ваша самая смелая мечта, если бы вы знали, что не можете потерпеть неудачу?

Проанализируйте свои ответы: «Вот то, что мне внушили с детства» (вопросы 1, 2), «Вот то, чего я хочу» (вопросы 3, 4), «Вот то, чего я боюсь» (вопросы 5, 6), «Вот то, что я могу» (вопрос 7).

Упражнение «Шесть шагов к достижению цели»

Инструкция: Если у человека есть мечта, ее можно воплотить в жизнь, сначала преобразовать в цель, а потом применить целеполагание и достигнуть. Так что же такое целеполагание? Итак, целеполагание - это понимание и осмысление деятельности человека для дальнейшего формирования и постановки целей, и затем их реализацию или достижение, наиболее рентабельными средствами, с учетом экономичного использования времени.

Пошаговое целеполагание:

1. Четкая формулировка цели;
2. Записать эту цель;
3. Продумать и записать план действий, для достижения цели;
4. Сделать шаг первый, по плану;
5. Фокусировка внимания на своей цели и в дальнейшем;
6. При достижении цели, обязательно отметить и поощрить себя

Подробнее о каждом шаге:

1. Четкая формулировка цели:

— Главным и первостепенным является - определение цели, для этого нужно выделить время для себя, взять ручку и бумагу, сесть и записать витающие в голове мысли – желания, цели, чтобы было можно разобраться с приоритетной.

— Потом возьмите и разделите лист бумаги пополам, вверху листа напишите все направления и сферы вашей жизни, которые

вливают на ваше ощущение и понимание гармоничной жизни. Например – семья, здоровье, работа, саморазвитие, деньги, путешествия ит.д., но напишите не более 8 сфер.

В нижней разделенной части – нарисуйте круг и разделите его на сектора, по сферам, которые вы написали выше, которые следует подписать. На каждую линию, которая очерчена сфера – нанесите деления от 0 до 10. Поставьте оценку удовлетворенности на сегодняшний день, по 10 бальной шкале, на соответствующей линии. Затем соедините линии, посмотрите, что получится. Получился ли у вас равномерный круг или колесо вашей жизни? Теперь осталось придумать конкретную формулировку цели, со сроками, в позитивном русле.

2. После этого, как цель определена, запишите её. Всё, что вы не записали - так и останется в голове – мечтой, где она будет также далека, как и звезда. Обязательно записать!

3. Следующий шаг целеполагания - продумать и записать план действий, для достижения цели. Понадобится календарный план, в который вы впишете план, и в дальнейшем все остальные планы также.

4. Есть план, привязанный к срокам и календарю, необходимо сделать первый шаг. До тех пор, пока человек его не сделает, имеется в виду, конкретное действие, то можно считать, что человек, к своей цели не идет, а все еще пытается стартовать. Здесь важно запомнить, что пусть будет несколько фальц-стартов, чем человек погрязнет в усовершенствовании плана до бесконечности.

5. Фокусировка внимания на своей цели и в дальнейшем

6. Когда цель будет достигнута, человеку обязательно нужно отметить и поощрить себя, чтобы закрепился положительный эффект.

Занятие 15.

Цели занятия: помощь в осознание своих жизненных и профессиональных целей, в осознании своих ценностных ориентаций и личных приоритетов.

Упражнение «Карта моей жизни»

Инструкция: Очень тяжело бывает расставить в жизни приоритеты, понять, что для тебя важнее и чем можно поступиться. Мы тратим время нашей жизни и силы на работу, общение, увлечения, у нас есть обязательства и хобби, которые доставляют удовольствия. Исследовать из чего состоит ваша жизнь, и понять, устраивает ли вас эта картина – значит взять контроль над ситуацией, и строить жизнь по желанному сценарию.

Цель: Исследовать сферы своей жизни и их соотношение. Способствовать гармонизации жизненных приоритетов: семья, работа, учеба, друзья, хобби и т. д.

Организация: Заранее подготовьте все для рисования: бумагу (формат А2), цветные карандаши, фломастеры. Во время упражнения включите тихую, спокойную музыку.

Визуализация «Представьте себе, что вся твоя жизнь на настоящий момент – это большой город, в котором есть все, что бывает в обычном городе: жилые дома, дороги, предприятия, стадионы, парки и детские площадки. Представь себе, что ты поднимаешься над этим городом на высоту птичьего полета. Отсюда весь город виден как на ладони. Ты не можешь разглядеть мелкие детали и подробности, но зато тебе видны районы этого города, магистрали, которые их соединяют. Вот, к примеру, ты пролетаешь над районом, который называется «Моя семья». Какую площадь он занимает в городе твоей жизни? Что он в себя включает? Где находится? А вот еще один район – «Моя работа». Он отличается от предыдущего, не правда ли? Из каких сооружений он состоит? Что в нем примечательного? Рассмотрю подробно все, что ты видишь, и отправляйся дальше – это часть города под названием «Отдых». Где она расположена? Как велика? Может быть, она

включает в себя парки или сквер, а может быть, там есть аттракционы или кинотеатр – посмотри и запомни, из чего состоит район «Отдых». Ты отправляешься дальше, и видишь часть города, которая символизирует твое общение – «Друзья и знакомые». Исследуй её, как можно подробнее... Осталось ли еще что-то, что входит в черту твоего города? Как называются эти части? Какие они по размеру? А теперь обрати внимание, как соединены между собой районы – дороги, мосты, переходы? Что находится в центре города, а что на периферии? Какие наиболее примечательные сооружения есть в твоём городе? Может быть здесь есть стадионы или зоопарк, памятники, фонтаны, театры, предприятия, больницы, магазины... Где они расположены? Ты видишь город своей жизни – он лежит как на ладони. Какие чувства вызывает у тебя это зрелище? Что бы тебе хотелось изменить в этом городе? Что нового хотелось бы построить? В какую сторону он будет развиваться? Запомни все увиденное и, когда посчитаешь возможным, возвращайся и открывай глаза...»

2. Участникам предлагается нарисовать карту Города своей жизни. Обратите их внимание, что город рисуется таким, какой он есть в настоящее время.

3. По мере окончания работы дайте возможность участникам побеседовать в парах об образах визуализации и своего рисунка, дать пояснения по карте, которую они изобразили.

Вопросы к шерингу:

- Из чего состоит город моей жизни и мое отношение к этому?
- Что меня устраивает и вызывает радость?
- Что меня не устраивает и почему?
- Что бы я изменил?
- Какие пути изменений я вижу?

Как и в любом метафорическом упражнении, важно, чтобы участники от образа перешли к анализу соотношения сфер своей жизни. Если в

результате работы возникнет желание что-то поменять в рисунке, это можно сделать, но обязательно осознать – как в реальной жизни можно осуществить это изменение?

Занятие 16.

Цели занятия:

Цель: осознание своих личностных особенностей с точки зрения того, какие возможности они открывают в профессиональной деятельности и какие накладывают ограничения.

Упражнение «Грецкий орех»

Для проведения этого упражнения необходим мешочек с грецкими орехами (по числу участников). Психолог высыпает орехи в центр круга и просит каждого взять себе один. Некоторое время участники внимательно рассматривают свой орешек, изучают его структуру, особенности строения, стараются запомнить все его индивидуальные черточки. Затем орехи складываются обратно в мешочек, перемешиваются и снова высыпаются в центр круга. Задача каждого участника – найти свой орех.

Как правило, «свой» орешек узнается с первого взгляда. После того, как все орехи нашли своих владельцев, психолог приступает к обсуждению. Интересно узнать, кто как свой орех запоминал, какой стратегией пользовался, чтобы потом его найти (запоминал его особенности, или просто ждал, пока все разберут свои орехи, а в конце останется нужный). На первый взгляд кажется, что все орехи очень похожи, но если потратить время, чтобы присмотреться повнимательней, то можно заметить, что они очень разные и почти невозможно перепутать свой орех с другими. Так и люди: все очень разные, запоминающиеся, у каждого свои индивидуальные черточки, «неровности», своя красота и привлекательность. Нужно ее только почувствовать и понять.

Орешки можно подарить участникам на память.

Упражнение «Три цвета личности»

Каждый участник получает три небольших листочка разного цвета. Психолог объясняет значение каждого цвета: зеленый – «как все», синий – «как некоторые», желтый – «как никто больше». Каждому участнику предлагается на листочках соответствующего цвета сделать запись про себя, про собственные свойства и черты. При этом на листочке «как все» должно быть записано качество, реально присущее данному человеку и объединяющее его (на его взгляд) со всеми другими участниками группы. На листочке «как некоторые» - качество, свойство характера или особенность поведения, стиля жизни, роднящее его с некоторыми, но не со всеми участниками. На листочке «как никто больше» указываются уникальные черты данного человека, которые или вообще не свойственны остальным, или выражены у него значительно сильнее.

После завершения работы участники обращаются к листочку, на котором записаны черты «как все». Их задача – в свободном режиме пообщаться со всеми членами группы, выяснить, действительно ли они обладают такой же особенностью. Затем организуется обсуждение. Таким же способом психолог просит обсудить содержание листочков «как некоторые». Каждый должен убедиться в том, что в группе есть люди, обладающие подобными особенностями, с одной стороны, и что эти свойства присущи не всем – с другой. С листочками «как никто больше» работа организуется непосредственно в кругу: каждый участник озвучивает качество, которое он считает своим, неповторимым в данной группе. Группа либо соглашается с ним, либо помогает найти другое, действительно уникальное качество.

Упражнение позволяет участникам увидеть себя как некое «единство непохожих», помогает каждому обрести поддержку и в то же время подчеркнуть свою индивидуальность.

Упражнение «Я учусь у тебя»

Участники бросают друг другу в произвольном порядке мячик со словами: «Я учусь у тебя...» (называется профессиональное или личное

качество данного человека, которое действительно обладает ценностью, привлекательностью для говорящего). Задача принявшего мяч, прежде всего, подтвердить высказанную мысль: «Да, у меня можно научиться...» или «Да, я могу научить...». Затем он бросает мячик другому участнику.

Занятие 17.

Цели занятия: информирование об основных причинах дефицита времени, знакомство с основными правилами планирования времени. Анализ использования рабочего времени, его планирование. Выработка навыков эффективного планирования и контроля своего времени.

Упражнение «Поглотители и ловушки времени».

1. Нечеткая постановка цели.
2. Отсутствие приоритетов в делах.
3. Попытка слишком много сделать за один раз.
4. Отсутствие полного представления о предстоящих задачах и путях их решения.
5. Плохое планирование трудового дня.
6. Личная неорганизованность, «заваленный» письменный стол.
7. Чрезмерное чтение.
8. Скверная система досье.
9. Недостаток мотивации (индифферентное отношение к работе).
10. Поиск записей, памятных записок, адресов, телефонных номеров.
11. Недостатки кооперации или разделения труда.
12. Отрывающие от дел телефонные звонки.
13. Незапланированные посетители.
14. Неспособность сказать «нет».
15. Неполная, запоздалая информация.
16. Отсутствие самодисциплины.
17. Неумение довести дело до конца.
18. Отвлечение (шум).

19. Затяжные совещания.
20. Недостаточная подготовка к беседам и обсуждениям.
21. Отсутствие связи (коммуникации) или неточная обратная связь.
22. Болтовня на частные темы.
23. Излишняя коммуникабельность.
24. Чрезмерность деловых записей.
25. Синдром «откладывания».
26. Желание знать все факты.
27. Длительные ожидания (например, условленной встречи).
28. Спешка, нетерпение.
29. Слишком редкое делегирование (перепоручение) дел.
30. Недостаточный контроль за перепорученными делами.

Задание: Определите пять ваших основных «поглотителей» и «ловушек» времени. Заполните таблицу:

Ваш поглотитель времени	Возможные причины потери времени	Меры по устранению

1. Работа индивидуальная.
2. Затем работа в парах.
3. Объединение в 3-4 группы общее обсуждение
4. Обратная связь.

Упражнение «Смятая бумага»

Инструкция первому участнику: «Встаньте здесь. Ваша задача – бросить точно в корзину как можно больше смятых листов вот этой газеты».

Через 1 мин прервать его.

Пересчитать количество комков газеты в корзине. Вызвать следующего добровольца

«Ваша задача – за 1 мин забросить в корзину более 21 смятых листа вот этой газеты».

Обычно забрасывают больше, например, 29 листов.

Инструкция 3 участнику: «Итак, вы видели каких результатов достигли эти двое. Как вы думаете, чего сможете достичь вы за это же время?»

«Мой результат будет выше – нет проблем» и он забрасывает 33 смятых листа.

Мораль – третий участник поставил себе цель САМ и достиг ее. Как часто нас просят выполнить какую-либо задачу, без объяснения деталей и правил игры. И каких невероятных высот мы способны достичь, если нам позволено самостоятельно определить цель.

Упражнение «Приоритеты».

Начните упражнение, сообщив участникам, что они должны вспомнить все, что они делали вчера, в течение всех 24 часов.

Теперь дайте им 10 минут, чтобы подумать о том, что они сделали вчера, и записать. Все, что они записывают, должно составить 24 часа.

После того, как они все запишут, попросите, чтобы они расставили приоритеты по каждому пункту. Например, можно выделить приоритеты «А», «В» или «С». К «А» относятся основные, жизненные цели или наивысшие приоритеты человека. «В» указывает, что этот вопрос должен быть решен, но он не относится к жизненно важным целям. «С» указывает на то, что это задание можно на некоторое время отложить или, возможно, не требуется делать в первую очередь. После того, как будет составлен список, спросите, сколько каждый тратит времени на «А» приоритеты. Обсудите важность ежедневной работы над «А» приоритетами, избавляясь от «С» приоритетов.

1. Кто потратил больше всего времени на «С» приоритеты?
2. Кто потратил больше всего времени на «В» приоритеты?
3. Кто потратил больше всего времени на «А» приоритеты?

4. Насколько важна каждая из этих групп?
5. Помогите участникам найти баланс между рабочим и личным временем.
6. Могут ли люди вспомнить все, что они делали вчера? Если нет, то возможно, они не эффективно использовали свое время?

Занятие 18.

Цели занятия: помочь участнику тренинга в самореализации в качестве личности, ориентированной на успех, обладающей социально необходимыми качествами культурного человека.

Упражнение «Я сильный – Я слабый»

Цель: помочь членам группы отличить уверенное поведение от неуверенного, способствовать развитию уверенности в себе через ролевое проигрывание.

Процедура: Участники разбиваются по парам и становятся каждый друг напротив друга. Первый участник в паре вытягивает вперёд свою руку. Второй участник в паре пытается опустить руку напарника, нажимая на неё сверху. Первый участник в паре должен постараться удержать руку, говоря при этом громко и решительно: «Я сильный». Теперь повторяем тоже самое, но первый участник в паре говорит «Я слабый», произнося это с соответствующей интонацией, т.е. тихо, уныло. Попробуйте поменяться.

Вопросы:

- Когда вам было легче удержать руку: в первом или во втором случае?
- Почему, как вы думаете?
- Какие чувства Вы испытывали при выполнении этого упражнения?
- Какое влияние оказывали произносимые Вами фразы «Я сильный», «Я слабый» на выполнение задания?

Упражнение «Рисунок Я».

Цель: расширить представление о себе, самопознание.

Процедура: Взяв карандаши, либо фломастеры, бумагу участники располагаются в любом месте комнаты. Желательно чтобы рядом с другом никто не сидел. На листке бумаги им предстоит нарисовать собственный образ в аллегорической форме так, как они себя представляют. Для рисования даётся определённое время. Например, 10 минут, по истечении, которого всё же не следует жёстко требовать окончания рисования, надо дать возможность каждому участнику закончить свой рисунок в спокойной обстановке.

Инструкция участникам: «Можете рисовать всё, что хочется. Это может быть картина природы, натюрморт, абстракция, фантастический мир, остросюжетная ситуация, нечто в стиле ребуса, в общем всё, что угодно, но с чем вы ассоциируете, связываете, объясняете, сравниваете себя, своё жизненное состояние, свою натуру».

Когда рисунки выполнены, ведущий их собирает и перетасовывает в случайном порядке. Ведущий предлагает каждому участнику по очереди выбрать из стопки рисунок и демонстрируя его группе, просит участника поделиться впечатлениями, что за человек мог его нарисовать. Чей-то комментарий ограничивается одним словом, кто-то делится более подробными догадками. Это не самое важное. Главное – способствовать тому, что бы высказались все, включая и авторов рисунков. Автору предлагается высказаться, что называется, для маскировки.

Вопросы:

- Поделись впечатлениями, какой человек мог нарисовать данный рисунок.
- Какими качествами обладает этот человек?
- Это уверенный в себе человек или наоборот?
- Когда высказывались по поводу вашего рисунка, какие чувства вы переживали?

— Всё ли высказанное об этом рисунке совпадает с Вашими качествами?

Упражнение «Дополнительное рисование».

Цель: выявить склонность к неуверенности.

Процедура: Рисунок посылается по кругу. Один из участников начинает рисовать, другой продолжает, что-то добавлять и так по кругу.

Рисунок может выполняться цветными мелками, фломастерами, карандашами... Рисунок выполняется на одном альбомном листе т.к. тема является повышение уверенности. С каждым последующим дополнением места будет уменьшаться, что может смутить не уверенного человека, т.к. он будет «нарушать» рисунок другого.

При анализе полученного рисунка художественный уровень его выполнения не учитывается. Речь идет прежде всего о чувствах испытуемых субъектом при дополнении чужого рисунка, дефиците места где можно нарисовать что то свое, боязнь испортить уже нарисованное...

Вопросы:

1. Дополнили ли вы рисунок?
2. Если нет то почему?
3. Это именно то что вы хотели бы добавить?
4. Если нет то почему?
5. Что именно Вы изобразили?

Упражнение «Я – звезда».

Цель: отработка навыков уверенного поведения.

Процедура: Упражнение проводится по кругу. Каждый участник выбирает для себя роль значимой для него и в то же время известной присутствующим звезды (Алла Пугачёва, президент России, Украины, сказочный персонаж, литературный герой и т.д.). Затем он проводит самопрезентацию (вербально или невербально: произносит какую-либо фразу

или показывает какой-либо жест, характеризующий его звезду). Остальные участники пытаются отгадать имя «кумира».

Вопросы:

- Сложно ли Вам было выбрать для себя роль значимой и известной звезды?
- Что схожего между Вами и выбранной звездой?
- Какие чувства возникли у вас в ходе презентации?
- Вы старались показать выбранную Вами звезду так, чтобы было понятно другим?
- Где было легче, показывать или отгадывать?

Занятие 19.

Цель занятия: создать условия для профилактики синдрома эмоционального выгорания и поддержки психического здоровья медицинских работников.

Упражнение «Откровенно говоря»

Цель: вербализация и осознание педагогами проблемы эмоционального выгорания.

Материалы: карточки с незаконченными фразами.

Инструкция. Вам нужно вытянуть любую карточку с незаконченным предложением и попытаться закончить фразу откровенно и честно.

Ожидаемый результат: упражнение помогает осознать проблемы, вербализовать их, сплотить группу, понять, что проблемы у всех похожи.

Упражнение «Молодец!»

Цель: оптимизация самооценки, снятие эмоционального напряжения.

Инструкция. Разделиться на два круга — внутренний и внешний, встать лицом друг к другу. Участники, стоящие во внутреннем кругу, должны говорить о своих достижениях, а во внешнем круге — хвалить своего партнера, произнося следующую фразу: «А это ты молодец — раз! А это ты молодец — два!» и т.д., при этом загибая пальцы. Участники

внешнего круга по команде (хлопку) передвигаются в сторону на один шаг, и все повторяется. Затем внутренний и внешний круг меняются местами, и игра повторяется до тех пор, пока каждый участник не побудет на месте хвалящего и хвастуна.

Ожидаемый результат: эмоциональная разрядка (как правило, это упражнение проходит очень весело), повышение самооценки медиков.

Упражнение «Калоши счастья»

Цель: развитие позитивного мышления.

Материалы и оборудование: «калоши счастья» (игровой элемент, обычные резиновые калоши, желательно большого размера с веселым дизайном), карточки с ситуациями, рефлексивный кубик.

Инструкция. Я хочу предложить вам поиграть в игру, которая называется «Калоши счастья». У Андерсена есть сказка с таким названием. В этой сказке фее подарили на день рождения калоши счастья, которые она решила отдать людям, чтобы те стали счастливее. Человек, который надевал эти калоши, становился самым счастливым человеком. Калоши исполняли все его желания, он мог перенестись в любое время или эпоху. Итак, я предлагаю вам обуть эти калоши и стать счастливым человеком. Я также буду зачитывать вам различные ситуации, а ваша задача — надев эти калоши, найти в ситуации, предложенной вам, позитивные стороны. Другими словами, посмотрите на ситуацию глазами счастливого человека-оптимиста.

Ожидаемый результат: участники игры, надев «калоши счастья», отвечают на предложенную ситуацию в позитивном ключе. Тому, кто затрудняется дать позитивный ответ, остальные участники игры помогают, предлагая свои варианты. Участники получают эмоциональную разрядку и позитивный настрой.

Упражнение «Плюс-минус»

Цель: помочь осознать позитивные моменты медицинской деятельности.

Материалы и оборудование: ватман с нарисованным деревом, который крепится на доску; самоклеющиеся стикеры в форме листочков; ручки для каждого участника.

Инструкция. Вам нужно написать на листочках одного цвета минусы вашей работы, а на листочках другого цвета — плюсы своей работы.

Участники пишут, а потом по очереди прикрепляют свои листочки с плюсами и минусами к дереву. Каждый участник озвучивает то, что он написал. За тем проводится рефлексия упражнения. Участники обсуждают, чего больше получилось — плюсов медицинской деятельности или минусов — и почему. Ожидаемый результат: медики должны увидеть, что плюсов в работе все-таки больше, и прийти к выводу, что работа медицинского работника тяжела, но приятна. А также увидеть все стороны медицинской деятельности, осознать, что затруднения у медиков похожи.

Занятие 20.

Цель занятия: создать условия для профилактики синдрома эмоционального выгорания и поддержки психического здоровья медицинских работников.

Упражнение «Картинка»

Цель: раскрепощение, сплочение, неформальное общение.

Материалы и оборудование: картинки различной эмоциональной нагрузки, вырезанные из старых журналов.

Инструкция. Выберите одну или несколько картинок, которые отражают ваше настроение, мироощущение, убеждение или которые вам просто понравились. Расскажите, почему вы выбрали эти картинки. (Медики объясняют свой выбор.)

Упражнение-медитация «Сад моей души»

1-я часть упражнения — медитативная и релаксационная визуализация.

Цель: снятие напряжения, восстановление гармоничного состояния.

Материалы и оборудование: магнитофон или музыкальный центр с записями спокойной, релаксационной музыки, удобные мягкие стулья или кресла, текст медитационной визуализации.

Инструкция. Сейчас я вам прочитаю текст — медитацию. Старайтесь представить все то, что я вам скажу.

После визуализации медицинским работникам предлагается описать впечатления, чувства, ощущения и образы. Каждый делится впечатлениями. Описывает свое состояние и то, что он увидел.

Ожидаемый результат: расслабление всех групп мышц, снятие психоэмоционального напряжения. 2-я часть упражнения — арт-терапия.

Участникам раздаются бумага, карандаши, фломастеры и предлагается сделать рисунок того, что они представили, — цветок или сад.

Упражнение «Моя аффирмация»

Цель: создание позитивного настроения, развитие позитивного самовосприятия, закрепление приобретенных навыков позитивного мышления. Материалы и оборудование: карточки с позитивными утверждениями — аффирмациями.

Инструкция. Предлагаю вам вытянуть карточки с позитивными утверждениями-аффирмациями. Если вам какая-то карточка не понравится, можете вытянуть другую, которая вам близка.

Участники по очереди тянут карточки и зачитывают их. После завершения упражнения можно спросить, какие у участников ощущения от этого упражнения. Ожидаемый результат: закрепление позитивного опыта; положительный настрой.

Притча о колодеце

А закончить нашу с вами встречу я хочу притчей.

Однажды осел упал в колодец и стал громко вопить, призывая на помощь. На его крики прибежал хозяин ослика и развел руками - ведь вытащить ослика из колодца было невозможно.

Тогда хозяин рассудил так: «Осел мой уже стар, и ему недолго осталось, а я все равно хотел купить нового молодого осла. Этот колодец уже совсем высох, и я уже давно хотел его засыпать и вырыть новый. Так почему бы сразу не убить двух зайцев – засыплю как я старый колодец, да и осла заодно закопаю».

Недолго думая, он пригласил своих соседей – все дружно взялись за лопаты и стали бросать землю в колодец. Осел сразу же понял, что к чему и начал громко вопить, но люди не обращали внимание на его вопли и молча продолжали бросать землю в колодец.

Однако очень скоро ослик замолчал. Когда хозяин заглянули в колодец, он увидел следующую картину – каждый кусок земли, который падал на спину осла, он стряхивал и примаминал ногами. Через некоторое время, к всеобщему удивлению, ослик оказался наверху и выпрыгнул из колодца! Так вот...

Возможно, в вашей жизни было много всяких неприятностей, и в будущем жизнь будет посылать вам все новые и новые. И всякий раз, когда на вас упадет очередной ком, помните, что вы можете стряхнуть его и именно благодаря этому кому, подняться немного выше. Таким образом, вы постепенно сможете выбраться из самого глубокого колодца.

Запомните пять простых правил:

1. Освободите свое сердце от ненависти – простите всех, на кого вы были обижены.
2. Освободите свое сердце от волнений – большинство из них бесполезны.
3. Ведите простую жизнь и цените то, что имеете.
4. Отдавайте больше.
5. Ожидайте меньше.

Желаю дальнейших творческих успехов! Здоровья! Радости! Спасибо за работу!