

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РФ  
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ им. В.П. АСТАФЬЕВА  
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Факультет начальных классов  
Кафедра педагогики и психологии начального образования

**Зыкова Екатерина Анатольевна**

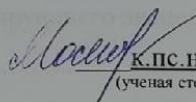
**МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ**

Тема: Групповое консультирование как психологическая помощь врачам, переживающим синдром эмоционального выгорания

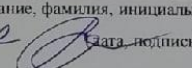
Направление: 44.04.02. «Психолого-педагогическое образование»

Магистерская программа: «Мастерство психологического консультирования»

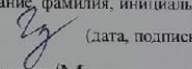
Допущена к защите  
Заведующий кафедрой

  
к.пс.н., доцент Мосина Н.А.  
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)  
(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы


к.пс.н., доцент Сафонова М.В.  
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)  
05.12.2022  (дата, подпись)

Научный руководитель

к.пс.н., доцент Гордиенко Е.В.  
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)  
05.12.2022  (дата, подпись)

Студент/Магистрант

Зыкова Е.А.  
(фамилия, инициалы)  
(дата, подпись)

 05.12.2022

Красноярск, 2022

<b>Введение</b> .....	3
<b>ГЛАВА I. Теоретические аспекты синдрома эмоционального выгорания врачей</b> .....	8
1.1 Анализ понятия «синдром эмоционального выгорания» и его основные теоретические подходы к изучению .....	8
1.2 Факторы, способствующие развитию синдрома эмоционального выгорания.....	19
1.3 Основные направления профилактики синдрома эмоционального выгорания.....	28
<b>Выводы по Главе I</b> .....	33
<b>ГЛАВА II. Эмпирическое исследование синдрома эмоционального выгорания у врачей</b> .....	35
2.1 Организация и методы исследования .....	35
2.2 Обсуждение результатов констатирующего эксперимента.....	48
2.3 Организация и проведение формирующего эксперимента .....	67
2.4 Анализ результатов формирующего эксперимента .....	72
<b>Выводы по Главе II</b> .....	92
<b>Заключение</b> .....	96
<b>Список используемых источников</b> .....	99
<b>Приложения</b> .....	108

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** Психическое здоровье является важнейшим результатом и ресурсом развития личности. Оно лежит в основе любой деятельности индивида, в том числе и его высокого качества профессиональной деятельности. Современная психология предлагает эффективные способы поддержания, сохранения и развития психического здоровья индивида, среди которых наиболее разработанным является психологическое консультирование.

На современном этапе развития российского общества в условиях социально-экономической нестабильности, конкуренции на рынке труда, социальных стрессов, растут требования, предъявляемые к профессионализму личности. Однако, далеко не каждый может адаптироваться, эффективно осуществлять свою профессиональную деятельность и социальную роль, а потому возрастает вероятность развития неблагоприятных психических состояний.

В реальных условиях медицинской деятельности личность медицинского персонала подвергается постоянному воздействию со стороны психотравмирующих обстоятельств — характера организации труда, психологического давления со стороны пациентов и их родственников, коллег, администрации — что, в конечном счёте, может привести к синдрому профессионального выгорания.

Термин «выгорание», «сгорание» предложил Г. Фрейденбергер в 1974 году для описания деморализации, разочарования и крайней усталости, которые он наблюдал у работников психиатрических учреждений. Оказалось, что данный термин крайне удобен в прагматическом смысле, подходит для описания определенных состояний, наблюдаемых у врачей и многих других специалистов, работающих в системе профессий «человек-человек». Акцент в понимании симптомов этого состояния был перенесён на патологию профессиональной деятельности. Сегодня накопление наблюдений и идей

в отношении синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) вызвало необходимость представителям профессий, связанных с работой в сфере «человек-человек», рассмотреть скрытые механизмы своей профессиональной деятельности, способные привести к тому, что они перестают справляться со своими обязанностями, теряют творческий настрой относительно предмета и продукта своего труда, деформируют свои профессиональные отношения, роли коммуникации.

До сих пор нет единого определения синдрома профессионального выгорания. С точки зрения В.В. Бойко (2004) «выгорание» представляет выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетики) в ответ на избранные психотравмирующие воздействия. Существует представление о том, что синдром профессионального выгорания — это профессиональный феномен, возникающий вследствие «интоксикации» профессиональной коммуникацией и включающий три основных симптомокомплекса: психоэмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию профессиональных достижений (В.В. Лукьянов, Н.Е. Водопьянова, В.Е. Орёл и др., 2008). Согласно определению ВОЗ, синдром профессионального выгорания (burnout syndrome) – это физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся нарушением продуктивности в работе и усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью соматическим заболеваниям, а также употреблением алкоголя или других психоактивных средств с целью получить временное облегчение, что имеет тенденцию к развитию физиологической зависимости и (во многих случаях) суицидального поведения.

Таким образом, проблема научного осмысления феномена синдрома эмоционального выгорания является актуальной как для теории психологии, так и ее практики.

Актуальность рассматриваемой проблемы, ее практическая значимость

и недостаточная разработанность послужили основанием для выбора **темы исследования:** «Групповое консультирование как психологическая помощь врачам, переживающим синдром эмоционального выгорания».

**Цель научного исследования** – разработать и апробировать программу группового консультирования врачей, переживающих синдром эмоционального выгорания.

**Объект исследования:** врачи с синдромом эмоционального выгорания.

**Предмет исследования** составляет процесс группового психологического консультирования врачей, переживающих синдром эмоционального выгорания.

В связи с указанными целью, объектом и предметом выдвигается следующая **рабочая гипотеза:** программа группового психологического консультирования будет успешной, если:

- 1) в консультативной работе с врачами будут задействованы когнитивная, эмоциональная и поведенческая сферы;
- 2) консультативная работа будет основана на интегративном психотерапевтическом подходе;
- 3) в работе с врачами будет учтена специфика их профессиональной деятельности.

Достижение поставленной цели требует решения следующих **задач:**

1. Изучить понятие и сущность синдрома эмоционального выгорания.
2. Рассмотреть особенности проявления синдрома эмоционального выгорания у врачей.
3. Рассмотреть особенности психологического консультирования врачей.
4. Выбрать критерии синдрома эмоционального выгорания, подобрать диагностический инструментарий, провести констатирующий эксперимент.

5. Разобрать и апробировать программу консультационной работы с врачами, переживающими синдром эмоционального выгорания.

6. Проследить изменения в уровне проявления синдрома эмоционального выгорания врачей до и после формирующего эксперимента.

**Методы исследования:**

1. Теоретические – анализ психологической, психолого-педагогической и тематической литературы по теме исследования; обобщение практического опыта по работе психологов с проблемой эмоционального благополучия.

2. Эмпирические – тестирование, методы опроса, эксперимент (групповое консультирование).

3. Статистические – качественный и количественный анализ результатов исследования, методы математической статистики.

**Методики исследования синдрома эмоционального выгорания:**

1. Диагностика профессионального «выгорания» К. Маслач, С.Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой.

2. Диагностика эмоционального выгорания личности В.В. Бойко.

3. Методика «Определение психического выгорания» А.А.Рукавишников.

4. Опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса.

**Экспериментальная база исследования:** эмпирическое исследование синдрома эмоционального выгорания у врачей проводилось на базе КГБУЗ

«Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона».

**Апробация результатов исследования** происходила в ходе организации и проведения групповых консультаций на базе кабинета психолога на протяжении 6 недель. Всего было проведено 15 групповых консультаций.

По теме исследования имеются 2 публикации.

### **Теоретико-методологические основания исследования:**

- основные положения психологии стресса Г. Селье; работы В.В. Бойко, В.Е. Водопьяновой, В.С. Кошкарлова, К. Маслач, Н.В. Мушастой, В.Е. Орла, С.В. Тиунова, О.Е. Тупиковой, Дж. Фрейденбергер и других, посвященные проблемам синдрома эмоционального выгорания.

**Научная новизна исследования:** элемент новизны состоит в обосновании возможностей применения в психологическом консультировании врачей групповых форм консультаций, техник и упражнений, которые могут комбинироваться и быть адаптированы под любую группу с различной степенью выгорания, а также в зависимости от цели – устранение данного синдрома, либо его профилактика.

**Теоретическая значимость исследования** заключается в изучении особенностей формирования систематизации и обобщении данных по теме исследования, которое расширило теоретические представления о феномене

«эмоционального выгорания», о механизмах, лежащих в основе возникновения развития синдрома эмоционального выгорания у врачей.

**Практическая значимость работы** заключается в составлении программы психологического консультирования врачей, переживающих синдром эмоционального выгорания. Полученные результаты позволяют глубже понять причины профессиональных трудностей врачей, способствующие развитию у них синдрома эмоционального выгорания. Материалы исследования могут быть полезными для профессионального сопровождения медицинских работников с целью профилактики или коррекции синдрома эмоционального выгорания.

**Структура диссертации:** описание представляемого исследования включает введение, две главы, выводы по главам, заключение, список литературы и приложения.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ

## 1.1. Анализ понятия «синдром эмоционального выгорания» и его основные теоретические подходы к изучению

В зарубежной литературе этот синдром известен как burnout (англ.) – «сгорание», «выгорание», «затухание горения». Впервые этот термин был введён американским психотерапевтом Х.Дж. Фреденбергом (Freudenberger, 1974) в связи с анализом требований, предъявляемых к социальным профессиям, основное содержание которых составляет межличностное взаимодействие [45].

В отечественных работах авторами использовались разные варианты перевода английского термина «burnout»: «эмоциональное сгорание», «эмоциональное выгорание» и «эмоциональное перегорание». Употребляются также термины «психическое выгорание» и «профессиональное выгорание». В нашем понимании эти понятия являются синонимичными, потому что в их основе лежат сходные механизмы [6].

В специальной литературе приводится большое количество определений этого психологического феномена (А.Р. Фонарев, Т.Ф. Форманюк и др.). Суть большинства из них сводится к переносу человеком стереотипных форм профессионального поведения в повседневную социальную жизнь. (А.Л. Свенцицкий, Р.М. Грановская и др.). Часто выгорание рассматривается как долговременная стрессовая реакция или синдром, возникающий вследствие продолжительных профессиональных стрессов средней интенсивности.

Прежде всего, обратимся к определениям, на которые мы опираемся. Синдром эмоционального выгорания — это неблагоприятная реакция на рабочие стрессы, включающая в себя психологические, психофизиологические и поведенческие компоненты.



Эмоциональное выгорание – это состояние физического, эмоционального, умственного истощения, это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетики) в ответ на психотравмирующие воздействия. «Выгорание» отчасти функциональный стереотип, поскольку позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. В то же время, могут возникать его дисфункциональные следствия, когда «выгорание» отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности и отношениях с партнерами.

Выгорание – это не научный конструкт, а общее название последствий длительного рабочего стресса и определенных видов профессионального кризиса [16]. Отметим, что настоящее время он удостоен диагностического статуса (МКБ-10:273 - проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью).

Со времени появления данного понятия исследование этого феномена было затруднено из-за его содержательной неоднозначности и многокомпонентности. С одной стороны, сам термин не был тщательно определен, поэтому измерение выгорания не могло быть достоверным, с другой стороны, из-за отсутствия соответствующего измерительного инструментария данный феномен нельзя было детально описать эмпирически.

Ученые К. Маслач и С. Джексон систематизировали описательные характеристики данного синдрома и разработали опросник для его количественной оценки (Maslach and Jackson, 1986). Это снабдило исследователей психометрическими инструментами, что позволило использовать более стандартизированный подход.

В работах ряда отечественных и зарубежных авторов: Г.С. Абрамовой, Б.Д. Карвасарского, Г.И. Куценко, Б.Н. Минчина, В.П. Рубана, Е.И. Сошникова, Л.Ф. Тихомировой, Р. Калимо, И. Харди и др. уделяется

повышенное внимание социально психологическим особенностям профессиональной адаптации медицинских работников к условиям деятельности. В работах Г.С. Абрамовой, Р. Конечного, Л.Ф. Тихомировой, Г.К. Ушакова, М. Боухала, Э.В. Боллза и др. исследуется социально-психологические факторы профессиональной деятельности медицинских работников, провоцирующие стрессовые состояния, возникновение синдрома хронической усталости и другие негативные симптомы. В данных исследованиях, таким образом, изучаются преимущественно факторы, способствующие профессиональной деформации медицинских работников.

В научных исследованиях установлен факт влияния особенностей профессиональной деятельности медицинского работника на личность, в частности – широко известен феномен эмоционального выгорания личности медицинского работника.

«Синдром эмоционального выгорания – синдром физических, эмоциональных и познавательных симптомов, которые испытывает профессионал, неспособный справиться эффективно со стрессом, вызванным ограничениями, касающимися его цели и личной карьеры» [38].

Синдром эмоционального выгорания определяется как чувство эмоционального и физического истощения вместе с чувством расстройства и неудачи.

Одним из первых отечественных исследователей, который вплотную занялся проблемой выгорания, является В.В. Бойко. По его мнению, эмоциональное выгорание приобретает в ходе жизнедеятельности человека. Этим «выгорание» отличается от различных форм эмоциональной ригидности, которая, определяется органическими причинами – свойствами нервной системы, степенью подвижности эмоции, психосоматическими нарушениями.

Эмоциональное выгорание В.В. Бойко определяет как выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетики) в ответ на

психотравмирующие воздействия.

Для него выгорание представляет собой приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального, поведения, отчасти функциональный стереотип, позволяющий человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы.

Само по себе выгорание, таким образом, В.В. Бойко считает конструктивным, а дисфункциональными – его следствия, когда «выгорание» отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности и отношениях с партнерами. Тогда же эмоциональное выгорание приводит к профессиональной деформации личности.

Рассмотрим 3 фазы стресса (напряжение, резистенции и истощения) и какие симптомы проявляются на каждой из них.

1. Фаза «напряжения». Эту фазу можно назвать «спусковым» механизмом эмоционального выгорания, мы можем увидеть на ней следующие симптомы:

1.1. Симптом «переживания психотравмирующих обстоятельств». Человеку сложно пережить некоторые трудности в профессиональной деятельности. Постепенно усиливается напряжение, появляется отчаяние и негодование, растёт раздражение.

1.2. Симптом «неудовлетворенности собой». В связи с тем, что человеку не удаётся никак пережить психотравмирующие обстоятельства, он начинает во всем обвинять себя, его действия направляются на себя (начинает не нравиться работа, занимаемая должность, выполняемые обязанности, невозможность поступать по-другому и т.п.). При этом, помимо внешних факторов включаются и внутренние факторы: индивидуальные особенности, совесть, чувство долга, взваливание на себя ответственности и многое другое. Всё это усиливает напряжение, а потом и вовсе включает психологическую защиту [83].

1.3. Симптом «загнанности в клетку». Этот симптом проявляется не всегда и не у всех. По большому счёту это состояние невозможности решить

свою проблему, ощущение, что тебя лишили кислорода, и ты попал в тупиковую ситуацию. Кажется, что выхода нет, и свет в конце туннеля нам только кажется. Всё это сопровождается чувством безысходности и отчаяния.

1.4. Симптом «тревоги и депрессии». Этот симптом тоже проявляется не всегда и является больше средством психологической защиты. Когда человек не видит выхода из сложившейся ситуации, не знает, как поступать по-новому, он начинает испытывать личностную или ситуативную тревогу, а порой и уходит в депрессивное состояние. Это может быть и необратимым процессом.

2. Фаза «резистенции» (сопротивления). Этой фазе характерно испытывать стремление к психологическому комфорту любой ценой. Мы можем увидеть на ней следующие симптомы:

2.1. Симптом «неадекватного избирательного эмоционального реагирования». Как человек будет реагировать на ту или иную ситуацию зависит от многих факторов. Как известно, в рабочей среде мы не можем показывать свои истинные эмоции, а можем демонстрировать то, что является социально приемлемым (располагающая улыбка, добрый взгляд, приятный умиротворяющий тембр речи, спокойные реакции на любые раздражители, умение быть гибким при любых обстоятельствах, умение не поддаваться на провокации и т.п.). Но бывает и так, что человек в разных ситуациях проявляет себя несдержанно, резко, грубо, эмоционально нестабильно в рабочей среде. При этом он сам может не замечать нелогичности своего поведения [71].

2.2. Симптом «эмоционально-нравственной дезориентации». У каждого из нас есть выбор и личные предпочтения, что может проявиться в рабочей среде. Например, когда мы начинаем делить клиентов на «хороших» и «плохих», «трудных» и «лёгких», с одними мы хотим работать, других можем игнорировать или резко на них реагировать, опять же, сами того не замечая. При этом могут включаться признаки самооправдания.

2.3. Симптом «расширения сферы экономии эмоций» или

## СИМПТОМ

«отравления людьми». Данная стадия может проявляться не всегда. Но когда перенасыщенность общением и разными эмоциями достигает своего пика в рабочей среде, человек, возвращаясь домой, не хочет или не может выстраивать здоровые отношения. Соответственно, происходит осложнение в двух основных сферах человека, что усиливает эмоциональное выгорание.

2.4. Симптом «редукции профессиональных обязанностей». Человек в профессиональной среде старается упростить выполнение своих обязанностей. Делает всё «спустя рукава», по принципу «итак сойдёт», не проявляя эмпатии к другому. Включается режим сбережения (экономии) эмоциональных сил. Зачастую, мы видим здесь недобросовестное исполнение своей работы.

3. Фаза «истощения». На этой фазе мы видим, что человек исчерпал свои ресурсы, тут и снижение энергетического тонуса, и ослабление нервной системы. При этом эмоциональное выгорание здесь выступает в качестве эмоциональной защиты.

3.1. Симптом «эмоционального дефицита». Человек понимает, что при выполнении своих обязанностей он не реагирует эмоционально на то, что другой ему пытается донести. При этом отрицательные эмоции (грубость, резкость, повышенный тон, обидчивость и т.п.) начинают брать верх над положительными.

3.2. Симптом «эмоциональной отстраненности». Это тяжёлое проявление симптома, так как показывает, что человек полностью не включается в процесс, он делает свою работу «на автомате», не испытывая эмоционального отклика. Он одновременно «здесь», но «здесь» его как бы нет. В этом случае может уже иметь место профессиональная деформация, а также проявление эмоциональной отстранённости в демонстрационной форме.

3.3. Симптом «личностной отстраненности или деперсонализации». Человек начинает разрушаться от общения с другим человеком. Его участие

в жизни другого уже проявляется в более тяжелой форме, так как направлено против другого человека. Человек может бросаться словами «я ненавижу людей», «терпеть не могу свою работу», «как меня все достали» и т.п., но при этом продолжает выполнять свои обязанности [21].

3.4. Симптом «психосоматических и психовегетативных нарушений». У человека симптом проявляется на уровне психического и физического самочувствия. В этом случае уже идёт разрушение самого человека на всех уровнях. Он может долго болеть, иметь учащённое дыхание и сердцебиение, головные боли, резкие скручивающие боли и неприятные симптомы в теле, бессонницу, плохое настроение и т.д. Человек может долго и безрезультатно ходить по врачам. Всё это говорит, что организм уже не справляется с возложенной на него нагрузкой.

В.В. Бойко рассматривает процесс эмоционального выгорания непосредственно как динамический процесс, при этом трактуя это понятие как выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на определенные психотравмирующие воздействия [8].

Т.В. Форманюк [66] выделяет три основных признака эмоционального выгорания:

- индивидуальный предел нашего эмоционального «Я» противостоять истощению, противодействовать «выгоранию» самосохраняясь;
- внутренний психологический опыт, включающий чувства, установки, мотивы, ожидания;
- негативный индивидуальный опыт, в котором сконцентрированы проблемы, дистресс, дискомфорт, дисфункции и их негативные последствия.

При рассмотрении симптомов психологического выгорания можно выделить классификацию Г.С. Абрамовой, А.А. Рукавишниковой и Ю.А. Юдчиц.

А.А. Рукавишников рассматривал проявление симптомов на 3 уровнях: индивидуальном, межличностном и организационном, при этом он выделяет 5 видов симптомов: аффективные, когнитивные, физические, поведенческие, мотивационные. Более подробно представим каждый вид в таблице [12].

Таблица 1.

Особенности проявления каждого вида симптомов по А.А.

№	Симптомы	Описание Рукавишникову
1.	Аффективные	Состояние подавленности, грусти, пессимистический слезливый настрой, истощенность в ресурсах. Наблюдается тревожность, нервозность, страхи. Во время работы нет чувства безопасности, присутствует ощущение неудовлетворенности работой, от работы нет ощущения комфортности. В связи с тем, что снижен эмоциональный контроль, могут наблюдаться вспышки гнева. При общении присутствует гиперсензитивность, раздражительность.
2.	Когнитивные	Снижение когнитивных навыков (забывчивость, совершение ошибок, снижение концентрации), появляется страх «сойти с ума», наблюдается ощущение беспомощности, безнадежности, бессилия. Решение проблем становится непростой задачей, может быть уход в фантазии, увеличивается вероятность агрессивного поведения. Наблюдается ригидность мышления. В общении с другими появляется социальная дистанция, может быть даже цинизм и негуманное восприятие других. Возрастает критичность к другим (к коллегам и начальству).
3.	Физические	Рассматриваются 3 категории реакций на стресс: физический дистресс (в связи с физической усталостью) – болит или кружится голова, нервные тики, может быть тошнота, ноющие проблемы; физиологические реакции – проблемы с кожей, с давлением, боли в мышцах, изменение веса в большую или меньшую сторону, сексуальные проблемы; психосоматические расстройства – сердечно-сосудистые и желудочно-кишечные.
4.	Поведенческие	Возрастает возбудимость и импульсивность, сложно сконцентрироваться на чём-то одном, присутствует неусидчивость. Может наблюдаться изменение пищевого поведения (переедание или недоедание). Рабочие дела откладываются на последний момент, присутствует нерешительность. Может присутствовать прибегание к стимуляторам, допингам. С точки зрения взаимодействия с другими людьми может наблюдаться стремление к социальной изоляции или агрессивное, насильственное поведение. Могут быть больничные листы, опоздание, сопротивление к переменам, безразличие к работе, которую выполняет.
5.	Мотивационные	Снижение мотивации и интереса к работе, теряется энтузиазм и инициативность. Может присутствовать безразличие, упадок сил, лень.

Таким образом, становится понятным, что все эти симптомы могут оставаться незаметными для человека на всех уровнях. Все будет зависеть от самого человека, как он будет справляться с симптомами.

Основными симптомами эмоционального выгорания Г.С. Абрамова и Ю.А. Юдчиц считают следующие: усталость, утомление, истощение (после активной профессиональной деятельности); психосоматические проблемы (колебания артериального давления, головные боли, заболевания пищеварительной и сердечно-сосудистой систем, неврологические расстройства); чувство вины; бессонница; негативное отношение к пациентам (после имевших место позитивных взаимоотношений); функциональное, негативное отношение к себе; отрицательная настроенность к выполняемой деятельности; агрессивные тенденции; стандартизация общения, стереотипизация личностной установки, ригидность мыслительных операций [13].

Особый интерес представляет собой классификация, предложенная В.В.

Бойко. Он выделяет организационные (внешние) и личностные (внутренние) факторы.

К организационным (внутренним) факторам он относит условия материальной среды, содержание и социально-психологические условия деятельности, хроническая напряженная психоэмоциональная деятельность; дестабилизирующая организация деятельности; повышенная ответственность за исполняемые функции и операции; неблагоприятная психологическая атмосфера профессиональной деятельности; психологически трудный контингент, с которым имеет дело профессионал в сфере общения [8].

Он указывает, что, если механизм психологической защиты найден, но эмоциональная отстраненность использована неуместно, тогда профессионал не включается в нужды и требования вполне нормального партнера по деловому общению. На этой почве возникают



недоразумение и конфликт, т.е. эмоциональное выгорание проявляется своей дисфункциональной стороной.

К внутренним факторам, обуславливающим эмоциональное выгорание, В.В. Бойко относит: склонность к эмоциональной ригидности; интенсивную интериоризацию (восприятие и переживание) обстоятельств профессиональной деятельности [8].

Т.В. Решетова выделяет дополнительные факторы, способствующие возникновению эмоционального выгорания: неэмоциональность или неумение общаться; алекситимия во всех проявлениях (невозможность высказать словами свои ощущения) всегда связана с тревогой; трудоголизм, когда происходит камуфлирование какой-либо проблемы работой (трудоголик чаще всего прикрывает темпом свою профессиональную несостоятельность); люди без ресурсов, т.е. без социальных и родственных связей, любви, профессиональной состоятельности, экономической стабильности, целей, здоровья и т.д. [19].

К. Маслач в своих работах тоже выделяет внутренние и внешние факторы, вызывающие эмоциональное выгорание. При этом эти факторы можно разделить на физические, поведенческие и психологические симптомы. К физическим факторам относится усталость; чувство истощения; восприимчивость к изменениям показателей внешней среды; астенизацию; частые головные боли расстройства желудочно-кишечного тракта; избытки или недостаток веса; одышку; бессонницу.

К поведенческим и психологическим симптомам отнесена работа, которая становится все тяжелее, а способность осуществлять ее – все меньше. В таких случаях поведение профессионала осуществляется в широком диапазоне: рано приходит на службу и остается надолго; поздно появляется на работе и рано уходит; проявляет чувство неосознанного беспокойства, чувство скуки, снижение уровня энтузиазма, испытывает чувство обиды, разочарования, неуверенность, чувство вины и

невостробованности; появляется легко возникающее чувство гнева; раздражительность. Человек начинает излишне обращать внимание на детали; проявляет подозрительность; чувство всемогущества (власть над судьбой пациента, спортсмена, клиента и др.); ригидность; неспособность принимать решения; стремление к дистанционированию от коллег; повышенное чувство ответственности за подчиненных, учеников, клиентов и др. У субъектов деятельности может появиться желание избегания; общая негативная установка на жизненные перспективы; злоупотребление алкоголем.

При этом многими исследователями проверялась зависимость выгорания от таких факторов, как пол, возраст, семейное положение, стаж работы, образовательный уровень.

Если рассматривать половозрастной фактор, то установлено, что у мужчин более высокие баллы по деперсонализации, а женщины в большей степени подвержены эмоциональному истощению. Это связано с тем, что у мужчин преобладают инструментальные ценности, женщины же более эмоционально отзывчивы и у них меньше чувство отчуждения от своих пациентов [3].

Риск подвергнуться выгоранию зависит от того, насколько выполняемые работниками функции соответствуют их поло-ролевой ориентации. Так, в исследовании установлено, что мужчины оказались более чувствительными к воздействию стрессоров в тех ситуациях, которые требовали от них демонстрации истинно мужских качеств, таких, как физические данные, мужская отвага, эмоциональная сдержанность, показ своих достижений в работе. В то же самое время женщины оказались более чувствительны к стрессовым факторам при выполнении тех обязанностей, которые требовали от них сопереживания, воспитательных умений, подчинения. В качестве другого объяснения предлагается тезис о том, что работающая женщина испытывает более высокие рабочие перегрузки (по сравнению с мужчинами) из-за дополнительных домашних и семейных

обязанностей.

Возраст тоже оказывает влияние, но СЭВ проявляется по-разному: у молодых он сопровождается шоком от несоответствия своих ожиданий реальности, у более старшего поколения – истощенностью на рабочем месте [23].

Семейное положение важно учитывать при рассмотрении СЭВ, так как отмечается более высокая степень предрасположенности к выгоранию лиц (особенно мужского пола), не состоящих в браке. Причем холостяки в большей степени предрасположены к выгоранию даже по сравнению с разведенными мужчинами. Вероятнее всего, это может быть обусловлено одновременным действием других факторов [49].

Стаж работы имеет прямую зависимость с синдромом эмоционального выгорания, так как при неменяющихся условиях на рабочем месте эмоциональное выгорание имеет свойство усиливаться [19].

Образовательный уровень показывает взаимосвязь с конкретным содержанием труда, а также завышенные притязания у людей с более высоким уровнем образования.

Влияние других социально-демографических переменных на выгорание – этническая и расовая принадлежность, место жительства, социально-экономический статус, социальное происхождение, уровень зарплаты – изучалось в гораздо меньшей степени [8].

Таким образом, теоретический анализ проблемы показал, что выгорание

– процесс, который может коснуться каждого. Последствия эмоционального выгорания можно увидеть не только в снижении интереса личности к рабочему процессу, но и в нарушении коммуникативных связей между сотрудниками, снижении результативности процесса и показателей в целом по предприятию / организации. Если говорить о специфике проявления синдрома эмоционального выгорания, то очень важно понять, что чаще всего заметить СЭВ у врачей затруднительно, ввиду того, что с одной

стороны, они находятся в постоянном рабочем процессе, решают сложные и внезапные ситуации и работают в режиме многозадачности.

## **1.2. Факторы, способствующие развитию синдрома эмоционального выгорания у врачей**

Анализ научных исследований и трудов отечественных и зарубежных психологов позволяет определить основные факторы синдрома эмоционального выгорания, обуславливающих его возникновение (Н.В. Андрущенко, Е.П. Ильин, К. Кондо, О.В. Крапивина, К. Маслач, А. Пайне, Б. Перлман, Е. Хартман, Е.Г. Чугина, и др.):

- личностный, при котором этот синдром определяют индивидуально- психологические свойства индивида;

- организационный, фокусирующий свое внимание на аспектах рабочей среды: многочасовом характере работы, монотонности и однообразии, нечетких требованиях к содержанию, несоответствии характера руководства содержанию работы, отсутствии возможности профессионального роста;

- ролевой, реализующийся в ролевой неопределенности, нечеткости должностных инструкций и обязанностей, отсутствии интеграции усилий, несогласованности действий.

Личностный фактор. Результаты многих исследований последних лет позволяют сделать вывод, что ведущая роль в возникновении и развитии факторов эмоционального выгорания принадлежит именно личностному фактору, который представляет собой совокупность индивидуально-психологических особенностей. Под индивидуально-психологическими особенностями понимают частные психологические свойства и качества (типа ригидности-мобильности, эмоциональной реактивности и др.), а также целостные личностные образования (интересы, характер, жизненный стиль и др.). С одной стороны, индивидуально-психологические особенности могут

подвергаться изменениям в связи с возрастом, в результате обучения, тренировки и т.п., с другой – единый присущий личности жизненный стиль, подчиняющий все частные качества и характеристики одному направлению, формируется в детстве (3-5 лет) и остаётся достаточно устойчивым на протяжении всей жизни. Личностные характеристики, провоцирующие выгорание, В.И. Орел называет «катализаторами», а тормозящие его процесс – «ингибиторами» выгорания [65].

Среди личностных особенностей, способствующих эмоциональному выгоранию, Х. Дж. Фрейденберг выделяет эмпатию, гуманность, увлекаемость, идеализированность, интровертированность, фанатичность. Роджерс, Добсон выделяют следующие личностные факторы: склонность к интроверсии (низкая социальная активность и адаптированность), реактивность, жёсткость и авторитарность по отношению к другим, низкий уровень самоуважения, чрезмерно высокая или низкая мотивация успеха, трудоголизм, высокий уровень эмпатии, реакция на стресс по типу «А», возраст, профессиональный стаж. М. Фридман, Р. Розенман описали тип личности «А», который, по мнению авторов, отличается высоким субъективным значением профессиональной деятельности в совокупности с низким уровнем устойчивости к стрессу и фрустрации, сочетающийся с высоким темпом жизни, склонностью к лидерству, признанию и соревновательности, и даже агрессивности. Сюда также можно добавить и высокий уровень негативных эмоций, являющийся следствием психической перегрузки, и стремление к совершенству, и связанную с этим неудовлетворённость эффективностью своей деятельности, в сочетании с отсутствием социальной поддержки. Вышесказанное позволяет отнести тип «А» к группе риска быстрого развития синдрома профессионального выгорания. Отсюда следует повышение риска развития коронарных заболеваний и других психосоматических расстройств на фоне неблагоприятных последствий такого типа поведения [44].

В трудах отечественных исследователей также можно проследить

самые различные корреляции индивидуально-психологических характеристик с показателями синдрома эмоционального выгорания. Так, на основании проведённых С. Иевлевой и Т. Шаталовой исследований выявлена взаимосвязь трёх типов акцентуаций характера с развитием феномена эмоционального выгорания.

Первый тип педантичный. Представляет собой сочетание таких характеристик личности как добросовестность, перфекционизм, чрезмерная аккуратность, стремление к идеальному ходу вещей в любом деле, пусть дажеи в ущерб самому себе.

Второй тип – демонстративный. Авторы в данном типе людей выделяют стремление быть на виду у всех, первенствовать во всем, при выполнении

«незаметной», либо рутинной работы возможна высокая истощаемость организма.

Наконец, третий тип – эмотивный. В этом типе авторы обращают внимание на проявление чрезмерной чувствительности, сентиментальности и впечатлительности. При нехватке внутренних ресурсов справляться с неблагоприятными ситуациями, такие люди способны переживать чужие эмоции фактически до саморазрушения, граничащего с патологией.

В.И. Ковальчук отмечает, что более подвержены проявлению синдрома эмоционального выгорания специалисты, имеющие низкий уровень самооценки наряду с экстернальным локусом контроля.

В.В. Бойко указывает на следующие личностные факторы, способствующие развитию синдрома эмоционального выгорания: склонность к эмоциональной холодности, склонность к интенсивному переживанию негативных обстоятельств в профессиональной деятельности, слабая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности.

Список личностных качеств, способствующих развитию факторов эмоционального выгорания, Е. Махер дополняет авторитаризмом и низким уровнем эмпатии. Тем самым в противоречие вступают данные о склонности

к проявлению сочувствия и выгорания с данными о связи низкого уровня эмпатии с высоким уровнем выгорания о котором говорит Х. Фрейденберг.

М.М. Скугаревская, исследуя личностные особенности тех, кто занимается психическим здоровьем, отмечает, что со склонностью к эмоциональному выгоранию коррелируют личностные черты, связанные с высокой степенью тревожности (низкая эмоциональная устойчивость, робость, подозрительность, склонность к чувству вины, импульсивность, фрустрированность) [61]. Противоположные полюса этих черт, а также сердечность, доброта, практичность, гибкость, социальность, экстраверсия, независимость могут играть защитную роль при хроническом психоэмоциональном стрессе. Конформные, зависимые, не умеющие отстаивать свою точку зрения люди, так же как и не верящие в себя и свои способности, осторожные и доброжелательные обнаруживают корреляции с тревожно-депрессивным типом личности, для которого также свойственно выгорание. К проявлениям психосоматических и психовегетативных нарушений более всего склонны подозрительные, недоверчивые, ревнивые, не терпящие конкуренции люди, а также те, кто скептически относится к моральной стороне мотивации поведения окружающих.

М.М. Скугаревская отмечает, что вышеназванные черты имеют большое значение в формировании эмоционального выгорания. А повышенная тревожность может привести к психопатологическим симптомам. Ряд исследований свидетельствует о том, что развитие феномена эмоционального выгорания тесно связано со снижением показателей психологической адаптации. В работах Б.Ф. Березина и М.М. Скугаревской выделены группы испытуемых, дифференцируемые по их способности к социально- психологической адаптации. В группе лиц с высокими показателями выгорания определялось снижение показателя устойчивости систем интеграции поведения, повышение фрустрационной напряженности, уровня тревоги, снижение порога фрустрации, а также рост индекса

дезадаптации. Таким образом, можно сделать вывод, что развитие феномена «эмоционального выгорания и процесса социально-психологической дезадаптации обуславливаются одними и теми же индивидуально психологическими особенностями [11].

Наиболее уязвимыми к выгоранию считают тех, кто разрешает стрессовые ситуации агрессивно, в соперничестве, несдержанно, любой ценой, а также «трудоголиков», т.е. людей, решивших посвятить себя только реализации рабочих целей, кто нашел свое призвание и работает до самозабвения. Этому соответствует и данное К. Кондо образное толкование этого качества: «Те, кто работает страстно, с особым интересом, долгое время помогая другим, начинают чувствовать разочарование, так как не удается достичь того эффекта, которого ожидали; такая работа сопровождается чрезмерной потерей психологической энергии, приводит к психосоматической усталости (изнурению) и эмоциональному истощению (исчерпыванию) и как результат беспокойство (тревога), раздражение, гнев, пониженная самооценка на фоне учащенного сердцебиения, одышки, желудочно-кишечных расстройств, головных болей, люмбаго, пониженного давления, нарушения сна, а также семейные проблемы».

Эмоциональное выгорание как средство психологической защиты возникает быстрее у тех, кто менее реактивен и восприимчив, более эмоционально сдержан. Формирование симптомов выгорания проходит медленнее у людей импульсивных, обладающих подвижными нервными процессами. Повышенная впечатлительность и чувствительность могут полностью блокировать рассматриваемый механизм психологической защиты и не позволят ему развиваться. Так, Л.Н. Юрьева, В.Е. Семенихина, Е.Е. Семенихин, И.Н. Желтякова обращают внимание на интересные тенденции, коррелирующие со степенью выраженности феномена эмоционального выгорания. Настроение (как устойчивый эмоциональный фон и как определенное отношение к окружающей действительности) оказывает значительное влияние на развитие эмоционального выгорания. Как



отмечают исследователи, у респондентов, характеризующих свое психологическое состояние и настроение как «преобладающе плохое», с тревогой и неуверенностью в завтрашнем дне, отмечается более выраженный феномен выгорания и наличие суицидальных мыслей [62].

**Возрастной фактор.** Влияние возрастных особенностей на эффект выгорания на современном этапе изученности феномена неоднозначно. Логично считать, что наибольшая предрасположенность к эмоциональному выгоранию имеется у людей старшего возраста, со значительным опытом трудовой деятельности. Однако в некоторых исследованиях обнаружена предрасположенность к выгоранию лиц не только старшего, но и молодого возраста. С. Иевлева и Т. Шаталова считают, что признаки феномена эмоционального выгорания могут появиться с первых же месяцев работы.

Склонность более молодых по возрасту к выгоранию объясняется эмоциональным шоком, который они испытывают при столкновении с реальной действительностью, часто не соответствующей их ожиданиям. Возраст, безусловно, коррелирует с показателем фактора эмоционального выгорания, хотя молодые имеют более выраженные переживания эмоционального выгорания. «Как правило, риск возникновения факторов эмоционального выгорания повышается к 3-4-му году работы, когда чувство новизны утрачивается, а требования к себе возрастают. Все более высокими становятся и требования окружающих. Те, кто преодолел этот рубеж, живут в профессии более спокойно, хотя и здесь существует масса исключений», - отмечают С. Иевлева и Т. Шаталова.

Подверженные возрастным кризисам сотрудники наиболее склонны к профессиональному выгоранию. К ним относятся кризис профессионального самоопределения (20-23 года), кризис смысла жизни (30 лет), кризис среднего возраста (40-45 лет). Кроме того, профессиональному выгоранию подвержены работники, профессиональная деятельность которых проходит в условиях острой нестабильности и хронического страха потери рабочего места. К такой группе относятся, прежде всего, люди старше 45 лет, для

которых вероятность нахождения нового рабочего места снижается [1].

Гендерные особенности. Большинство исследователей анализируемой нами проблематики приходят к выводу о том, что женщины больше подвержены эмоциональному выгоранию, нежели мужчины, потому как именно они постоянно испытывают внутриличностный конфликт, связанный с работой. Именно женщины, испытывающие прессинг со стороны общества из-за противоречия между работой и семьей, доказывая свои профессиональные права и возможности, испытывают сильные переживания. Влияние таких карьерных ориентаций как стабильность и интеграция стиля жизни на увеличение выраженности синдрома эмоционального выгорания рассматривал отечественный исследователь Н.В. Андрущенко. Им рассматривалась невозможность удовлетворить потребность в стабильности и оптимальном соотношении карьеры, личной жизни и саморазвития, что способствует росту эмоционального выгорания. Также доказано, что гендерные различия в природе синдрома эмоционального выгорания проявляются и при отдельных составляющих синдрома – его симптомах. Так, обнаружено, что мужчинам более присущи высокая степень деперсонализации и высокая оценка своей профессиональной успешности, а женщины более подвержены эмоциональному истощению. Организационный фактор эмоционального выгорания связан с тем, что работа может быть многочасовой, не оцениваемой должным образом, имеющей трудноизмеримое содержание, требующей исключительной продуктивности или соответствующей подготовки, или с тем, что характер руководства со стороны «вышестоящих» не соответствует содержанию работы. Администрация может смягчить развитие эмоционального выгорания, если обеспечит работникам возможность профессионального роста, наладит поддерживающие социальные и другие положительные моменты, повышающие мотивацию. А. Пайнс установил связь эмоционального выгорания с чувством значимости себя на рабочем месте, с профессиональным продвижением, автономией и уровнем контроля со

стороны руководителя [4].

Основные составляющие организационных факторов:

1. Условия работы – основной упор при изучении этих факторов был сделан на временные параметры деятельности и объём работы. Повышенная нагрузка в деятельности стимулирует развитие эмоционального выгорания. Перерывы в работе оказывают положительный эффект и снижают уровень эмоционального выгорания, но этот эффект носит временный характер. Уровень эмоционального выгорания частично повышается через три дня после возвращения к работе и полностью восстанавливается через три недели.

2. Содержание труда – данная группа включает количественные и качественные аспекты работы с пациентами: количество, частоту их обслуживания, степень глубины контакта [8].

3. Социально-психологические факторы – взаимоотношения в организации, как по вертикали, так и по горизонтали. По мнению В.И. Ковальчука, риск возникновения профессионального выгорания значительно увеличивается при больших затратах работником личностных ресурсов, при монотонности и однообразии характера работы.

Большое значение имеет наличие признания и положительной оценки результатов работы специалиста, регламентация рабочего времени, чередование труда и отдыха в течение рабочего дня. Напряжённость и наличие конфликтов в профессиональной среде при недостаточной поддержки со стороны коллег так же способствует становлению синдрома эмоционального выгорания.

Итак, основными организационными факторами синдрома эмоционального выгорания являются ролевые конфликты личности и неопределённость в трудовой деятельности и, наоборот, правильное распределение ответственности и коллегиальность ограничивают появление и дальнейшее развитие синдрома эмоционального выгорания.

В заключении можно упомянуть еще об одном немаловажном факторе,

обуславливающий синдром эмоционального сгорания — наличие психологически трудного контингента, с которым приходится иметь дело профессионалу в сфере общения. К таковым относят тяжелобольных, в том числе больных неизлечимыми болезнями, людей, с отклонениями психического характера, ярко акцентуированных конфликтных личностей, «трудных подростков» и т. д.

Условия труда медицинского персонала обладают некоторой спецификой, которая может быть значимой для формирования синдрома эмоционального выгорания. Это и высокая производственная нагрузка, и напряженный график работы, и ожидание осложнений в состоянии больных, и многие другие факторы требуют от специалистов высокой функциональной активности организма и могут быть квалифицированы как ведущие патогенные профессиональные факторы. Кроме того, отягчающее влияние на здоровье работающих оказывает контакт с умирающими больными, когда медицинский работник не видит положительных результатов своих усилий по спасению больного и нередко ощущает собственное бессилие [27].

Профессиональная деятельность нередко оказывает неблагоприятное воздействие на личность, приводит к депрессии и психастении. Чем больше производственная нагрузка, тем меньше медицинский работник испытывает удовольствие от самого процесса работы. Причинами усталости и нервозности можно назвать превышение нормативного числа пациентов, большой объём канцелярско-оформительской работы, дополнительная профессиональная деятельность (повышение квалификации), низкая техническая оснащённость рабочего места и постоянный дефицит лекарственных средств. Из эргономических факторов медицинские работники чаще всего отмечают напряжение зрения, перегрузку опорно-двигательного аппарата [58].

В целом, в работах учёных разных стран обнаруживается определенное единство в понимании факторов риска синдрома «выгорания» для представителей различных профессий. По мнению Грингласс,

профессиональная специфика сказывается лишь на определении степени стрессогенности отдельных факторов. К. Маслач считает, что эмоциональное выгорание отдельного человека «больше говорит о состоянии его работы, чем о нем лично».

Таким образом, можно утверждать, что несомненным фактором в формировании синдрома эмоционального выгорания являются индивидуальные особенности личности работника. Мнения отечественных и зарубежных исследователей по данному вопросу в целом построены в одном ключе, и отличаются лишь различным вкладом индивидуально-психологических особенностей специалистов в процесс формирования феномена синдрома эмоционального выгорания.

### **1.3. Основные направления профилактики синдрома эмоционального выгорания**

Разработка и внедрение системы практических мероприятий по профилактике и коррекции выгорания с учетом специфики деятельности организации и вклада тех или иных факторов позволит снизить уровень выгорания сотрудников и тем самым повысить эффективность профессиональной деятельности организации в целом.

Профилактическая и коррекционная программа профессионального выгорания строится на двух уровнях: структурное изменение в самой организации и менее глобальное – психологическая и социальная работа с сотрудниками.

На уровне работы с сотрудниками можно выделить следующие основные направления практической психологической работы:

- Диагностика уровня выгорания врачей, диагностика индивидуально-психологических, социально-психологических и организационных факторов выгорания.

- Просветительская работа в форме лекций и семинарско-

практических занятий, направленная на ознакомление с феноменом выгорания, факторами, способствующими его возникновению и возможными способами снижения негативного влияния этого явления на личность и деятельность профессионала.

– Коррекция индивидуально-личностных особенностей и мотивационной сферы выгорающего профессионала, обучение навыкам совладения со стрессом, саморегуляции и релаксации в ходе групповой и индивидуальной работы.

– Обучение сотрудников навыкам эффективной коммуникации, стратегиям поведения в конфликте в ходе тренинговых занятий.

На уровне работы с организацией основными направлениями практической психологической работы являются:

– Диагностическое. Изучение объективного состояния организационных и социально-психологических характеристик профессиональной деятельности.

– Оптимизация организации труда. Структурирование работы сотрудников, равномерное распределение рабочей нагрузки, чёткая регламентация труда, улучшение материально-технической базы, справедливое стимулирование труда, предоставление сотрудникам возможности повышения квалификации и профессионального роста.

– Социальная поддержка сотрудникам. Работа над взаимоотношениями в коллективе, в частности с руководством, и повышение общего психологического климата в организации.

В качестве рекомендаций к профилактике и предотвращению синдрома эмоционального выгорания, а также по предоставлению возможностей профессионального и личностного роста Р. Кочюнас предлагает:

- принимать личную ответственность за работу, за общение, за участие в профессиональной группе, т.к. пассивная позиция заставляет человека чувствовать себя жертвой и способствует эмоциональному выгоранию; вносить разнообразие в свою работу;

- - поддерживать свое здоровье;
- выработать способность к самооценке, умение брать на себя только обдуманное обязательства.

Таким образом, в вопросах профдеформаций личности, в частности, синдрома эмоционального выгорания, остро стоит необходимость проведения мероприятий, включающих в себя не только коррекционную, но и профилактическую деятельность, способствующую как раннему выявлению синдрома, так и его предупреждению. В качестве инструмента, способствующего решению поставленных задач мы рассматриваем психологическое консультирование. Только должным образом заботясь о своей профессиональной и личной жизни, можно оставаться эффективным работником.

Психологическое консультирование — это вариант для психически здоровых людей с относительно высоким уровнем самосознания и ответственности, которые готовы принимать на себя ответственность за решения, принятые на сеансе и интенсивно работать над собой.

Направления психологического консультирования могут быть различными. В нашем случае, это помощь врачам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, имеющих внутриличностный дисбаланс, а также рекомендации по личностному росту, профессиональному саморазвитию, и поиску внутреннего жизненного баланса.

При этом, в рамках нашего исследования, стоит отметить важность именно группового консультирования. В случае работы с эмоциональным выгоранием врачей для эффективного результата необходимо, чтобы работа в рамках групповой консультации велась в нескольких направлениях, таких как:

1. Понимание врачами понятия «эмоциональное выгорание», к чему может привести, если этим не заниматься, а также как из этого выйти.
2. Обновление своего состояния, работа врачей со своими чувствами и эмоциями.

3. Осознание того, как врач может помочь себе и другому, а когда ему необходимо обращаться за помощью.

4. Умение расслабляться, находить возможности для собственного отдыха.

5. Работа над мотивацией, возможность найти то, что заряжает и раскрывает собственные способности.

6. Обретение новых смыслов

7. Стимуляция к продолжению дальнейшей работы над собой.

Каждое направление можно конкретизировать, указать какие методы работы можно применять. Приоритет группового консультирования над индивидуальным в рамках нашего исследования (имеется ввиду специфика профессиональной деятельности врачей), заключается в следующем:

– за короткий промежуток времени можно максимально четко раскрыть основную тему для большей части группы;

– возможность получить и почувствовать поддержку группы;

– позволяет получить обратную связь не только от психолога, но и от участников группы;

– помогает каждому участнику выстраивать коммуникацию;

– позволяет поэтапно наблюдать за собственным и общим прогрессом группы;

– позволяет работу в группе с разными участниками, соответственно, растёт представление о себе и своих возможностях, уровень осознанности.

Следовательно, психологическое консультирование при эмоциональном выгорании является важным и значимым процессом, который необходимо продумывать тщательным образом, чтобы получить максимально значимые результаты.

В заключении, резюмируя все вышесказанное, можно сделать вывод о том, что в настоящее время отечественными и зарубежными психологами достаточно активно и многосторонне изучается феномен эмоционального



выгорания, и несмотря на многообразие трактовок определения этого феномена, симптомов, факторов его появления, модели развития в целом и выраженность синдрома у работников медицинского персонала в частности, можно определить синдром эмоционального выгорания как выработанные защитные модели поведения личности, включающие в себя нарушения эмоциональной сферы человека и детерминирующие негативные последствия в эффективности профессиональной деятельности и субъективной удовлетворённости работой и жизненной ситуацией в целом. А вот генезис синдрома эмоционального выгорания носит сугубо индивидуальный характер, определяемый, в первую очередь, личностными особенностями сотрудников, а также социальными факторами и организационной составляющей.

Групповое психологическое консультирование поможет решить вопросы профилактики и коррекции синдрома эмоционального выгорания врачей, т.к. ставит акцент на эффективности психологической поддержки, что особо актуально, учитывая современное распространение профессиональных деформаций в профессиях типа «человек-человек».

## Выводы по Главе I

Таким образом, теоретический анализ литературы по теме исследования показал, что:

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, «синдром эмоционального выгорания» (СЭВ) – это физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся нарушением продуктивности в работе, усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью соматическим заболеваниям.

В работах ряда отечественных и зарубежных авторов: Г.С. Абрамовой, Б.Д. Карвасарского, Г.И. Куценко, Б.Н. Минчина, В.П. Рубана, Е.И. Сошникова, Л.Ф. Тихомировой, Р. Калимо, И. Харди и др. уделяется повышенное внимание социально психологическим особенностям профессиональной адаптации медицинских работников к условиям деятельности. В работах Г.С. Абрамовой, Р. Конечного, Л.Ф. Тихомировой, Г.К. Ушакова, М. Боухала, Э.В. Боллза и др. исследуется социально–психологические факторы профессиональной деятельности медицинских работников, провоцирующие стрессовые состояния, возникновение синдрома хронической усталости и другие негативные симптомы. В данных исследованиях, таким образом, изучаются преимущественно факторы, способствующие профессиональной деформации медицинских работников.

Факторами, вызывающими СЭВ у офисных работников, согласно классификации В.В. Бойко являются: организационные (внешние) – условия материальной среды, содержание и социально-психологические условия деятельности, хроническая напряженная психоэмоциональная деятельность; дестабилизирующая организация деятельности; повышенная ответственность за исполняемые функции и операции; неблагоприятная психологическая атмосфера профессиональной деятельности; психологически трудный контингент, с которым имеет дело профессионал в сфере общения, а также личностные (внутренние) склонность к эмоциональной ригидности; интенсивную интериоризацию (восприятие и

переживание) обстоятельств профессиональной деятельности.

Т.В. Решетова выделяет дополнительные факторы, способствующие возникновению эмоционального выгорания: эмоциональность или неумение общаться; алекситимия во всех проявлениях (невозможность высказать словами свои ощущения) всегда связана с тревогой; трудоголизм, когда происходит камуфлирование какой-либо проблемы работой (трудоголик чаще всего прикрывает темпом свою профессиональную несостоятельность); люди без ресурсов, т.е. без социальных и родственных связей, любви, профессиональной состоятельности, экономической стабильности, целей, здоровья и т.д.

К. Маслач в своих работах тоже выделяет внутренние и внешние факторы, вызывающие эмоциональное выгорание. При этом эти факторы можно разделить на физические, поведенческие и психологические симптомы. К физическим факторам относится усталость; чувство истощения; восприимчивость к изменениям показателей внешней среды; астенизацию; частые головные боли расстройства желудочно-кишечного тракта; избыток или недостаток веса; одышку; бессонницу.

К основным методам психологической помощи в профилактике и преодолении СЭВ относятся оценка эмоционального состояния человека, анализ рабочей обстановки, что вызывает напряжение и стресс, изучение техник саморегуляции, работа с тем, как распределяется время на решение той или иной задачи, групповая работа, техники по работе с внутренними ресурсами и опорами, работа над самооценкой личности, коррекция своего рабочего поведения, различные тренинги, трансформационные игры, изменение условий труда и психологического климата в коллективе.

## ГЛАВА II. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ

### 2.1. Организация и методы исследования

Эмпирическое исследование синдрома эмоционального выгорания у врачей проводилось на базе КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона» в рамках написания выпускной квалификационной работы в течение одного года.

Для проверки выдвинутой гипотезы и достижения поставленной цели исследования была сформирована целевая группа, в которую вошли врачи больницы №20, работающие в хирургическом отделении, а также отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.

Основной критерий формирования выборки – особая специфика работы, требующая постоянного эмоционального включения. Выборка репрезентативна, так как все включенные в неё участники отвечают характеристикам целевой группы. С учетом ограниченности кадрового состава отделений выборочная и генеральная совокупности совпадают, общее количество испытуемых составило 37 человек, из которых 14 мужчины и 23 женщины, в возрасте от 20 лет до 51 года.

Объект исследования: врачи с синдромом эмоционального выгорания.

Предмет исследования: процесс индивидуального психологического консультирования врачей, переживающих синдром эмоционального выгорания.

Задачи:

1. Выбрать критерии синдрома эмоционального выгорания, подобрать диагностический инструментарий, провести констатирующий эксперимент.

2. Разобрать программу консультационной работы с врачами, переживающими синдром эмоционального выгорания.

3. Апробировать программу на основе группового консультирования врачей, переживающих синдром эмоционального выгорания.

4. Проследить изменения в уровне проявления синдрома эмоционального выгорания врачей до и после формирующего эксперимента.

На основании изученной литературы были выявлены критерии и уровни эмоционального выгорания у врачей, и их основные показатели (см. Таблица 2).

Таблица 2.

Критерии и уровни эмоционального выгорания врачей

Критерии	Уровни		
	высокий	средний	Низкий
Психоэмоциональный	Психическое истощение. Раздражительность, вспыльчивость, агрессия	Частая смена настроения без видимых причин.	Психоэмоциональная стабильность. Положительный фон настроения.
Индивидуально-личностный	Полная безынициативность. Выраженное недовольство внутреннего состояния. Нежелание что-то изменить.	Опасение за свое состояние, вынужденная мера по попытке что-либо изменить.	Сохранность поиска внутренних источников для решения внутриличностных проблем. Собственная стабильность внутреннего состояния.
Личностно-профессиональный	Неудовлетворенность собственной работой. Неудовлетворенность собой, как профессионалом. Пренебрежение основными обязанностями.	Значительное снижение стремлений в получении профессиональных достижений. Снижение профессиональной самооценки.	Получение удовольствия от своей деятельности. Проявление высокого интереса к своей деятельности. Заинтересованность в карьерном росте.

Регулятивный	Не способен противостоять внешним стрессам и неудачам. Трудности самоконтроля и саморегуляции.	Отсутствие направленности к способности самоконтроля собственной регуляции поведения в критических ситуациях.	Хороший самоконтроль и саморегуляция.
--------------	--	---	---------------------------------------

Профессиональная мотивация	Пренебрежение к работе, полное и открытое разочарование в профессии; проявление пустой амбициозности или полная безынициативность как профессионала.	Растущее внутреннее равнодушие к своей профессиональной деятельности; частичное проявление инициативности (в основном, в ситуациях, не требующих больших затрат внутренних ресурсов).	Полная самоотдача, высокое стремление показать себя с лучшей стороны, быть полезным. Глубокая преданность своей профессии.
----------------------------	--	---	--

Эмпирическое исследование проводилось в несколько этапов. Этапы организации и проведения исследования:

#### 1. Теоретический этап.

В ходе данного этапа осуществлялось собеседование с администрацией КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона» с целью уточнения и конкретизации темы исследования, получения разрешения на проведение исследования и согласование сроков, осуществлялся анализ научной литературы по теме исследования; были сформулированы основная цель и задачи, объект и предмет исследования, осуществлен подбор методик для исследования признаков профессионального выгорания врачей. На данном этапе использовался метод научно- теоретического анализа.

#### 2. Эмпирический этап.

На данном этапе осуществлялось предварительное ознакомление участников исследования с тестовым материалом. Производились такие шаги, как получение согласия специалистов на участие в исследовании и раздача диагностических методик, тестовых материалов, сбор эмпирического материала.

Применялись диагностические методы сбора эмпирических данных. Для этого были использованы следующие методики:

- опросник на определение уровня психического выгорания МВІ в интерпретации Н.Е. Водопьяновой,
- методика «Диагностика уровня эмоционального выгорания» В.В.Бойко;
- опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса в адаптации Вассермана,
- тест Интегральная удовлетворенность трудом А.В. Батрашева;
- методика «Личностный Дифференциал».

### 3. Этап математической обработки и интерпретации результатов.

На данном этапе применялся метод математической статистики, а именно корреляционный анализ. В качестве критерия корреляции был использован коэффициент линейной корреляции Пирсона. Осуществлялись следующие действия:

1. Обработка эмпирического материала. Формулирование выводов, разработка рекомендаций для администрации на общеорганизационном уровне по профилактике профессионального выгорания врачей.

2. Выявление группы риска среди врачей. Разработка индивидуальных рекомендаций. Подбор возможных методов профилактики профессионального выгорания

3. На третьем этапе разработана и реализована программа консультативной поддержки, проведен анализ показателей в соответствии с задачами эмпирического исследования и сделаны выводы относительно связи показателей профессионального выгорания специалистов и результатами консультационной работы.

*Опросник на определение уровня психического выгорания (МВІ) – разработан на основе модели К. Маслач и С. Джексон и адаптирован Н.Е. Водопьяновой.* Опросник содержит в себе 22 утверждения о чувствах и переживаниях, связанных с выполнением профессиональной деятельности. В опроснике содержатся три субшкалы:



1. «Психоэмоциональное истощение» демонстрирует снижение уровня эмоциональных, физических, энергетических ресурсов работника.

2. «Деперсонализация» отражает уровень отношений с коллегами по работе, личностное отдаление и представляет собой специфическую форму социальной дезадаптации работника.

3. «Редукция личных достижений» показывает снижение уровня общего оптимизма, веры в свои силы, в способность решать возникающие проблемы, выявляет сомнения в собственной компетентности в своей работе, неудовлетворенность своими результатами в работе и обесценивание своей профессиональной деятельности.

Оценка полученных ответов осуществляется по 7-бальной шкале.

*Методика «Эмоциональное выгорание» В.В. Бойко* содержит в себе 84 вопроса, на каждый из которых респонденту предлагается ответить отрицательно или утвердительно. В соответствии с «ключом» определяется сумма для каждого из симптомов выгорания (представлено 3 фазы по 4 симптома в каждой) в пределах от 0 до 30 баллов. На каждый симптом «приходится» по 7 вопросов, положительный или отрицательный ответ на каждый из которых, согласно ключу, оценивается от 2-х до 10 баллов. Каждый симптом по набранной сумме баллов оценивается как не сложившийся (до 9 баллов включительно), складывающийся (10-15 баллов) и сложившийся (16 баллов и выше). Каждая фаза по набранной сумме симптоматических проявлений оценивается как не сформировавшаяся (36 баллов и менее), находящаяся в стадии формирования (37 – 60 баллов) и сформировавшаяся (61 и более баллов).

По количественным показателям можно судить о том, какая из фаз сформировалась в большей или меньшей степени (напряжения, резистентности и истощения). Подсчитывается также итоговый показатель синдрома эмоционального выгорания, выступающий суммой 12 симптомов. Однако его диагностические нормы не заданы. Исходя из норм сложности симптома и их числа мы будем считать низким показатель

эмоционального выгорания до 108 баллов (9 баллов \* 12 симптомов);

от 109 до 180 баллов – как формирующееся; от 181 до 360 – сформированным.

Согласно мнению автора методики, эмоциональное выгорание – это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия. Эмоциональное выгорание представляет собой приобретенный стереотип эмоционального, чаще – профессионального поведения.

С одной стороны, оно позволяет человеку дозировать и экономно использовать энергетические ресурсы, с другой – выгорание отрицательно сказывается на выполнении работы и отношениях с партнерами. В.В. Бойко рассматривает эмоциональное выгорание как профессиональную деформацию личности, которая возникает под воздействием ряда факторов – внешних и внутренних.

Внешние факторы:

1. Хронически напряженная психоэмоциональная деятельность. Это происходит в тех случаях, когда профессионалу, работающему с людьми, приходится постоянно подкреплять эмоциями разные аспекты деятельности.
2. Дестабилизирующая организация деятельности. Дестабилизирующая обстановка сказывается не только на самом профессионале, но и на субъекте общения – клиенте, партнере.
3. Повышенная ответственность за исполняемые функции и операции.
4. Неблагополучная психологическая атмосфера профессиональной деятельности. (Она определяется двумя основными обстоятельствами: конфликтностью «по вертикали», т.е. между начальником и подчиненным, и конфликтностью «по горизонтали» - между коллегами.)

Внутренние факторы:

1. Склонность к эмоциональной ригидности (эмоциональное выгорание чаще возникает у тех, кто менее реактивен и восприимчив, более

эмоционально сдержан. У людей импульсивных, обладающих подвижными нервными процессами, формирование симптома выгорания происходит медленнее. Повышенная впечатлительность и чувствительность могут полностью блокировать этот механизм психологической защиты).

2. Интенсивная интериоризация. У людей с повышенной ответственностью больше шансов подвергнуться синдрому, но нередко случается, что в работе профессионала чередуются периоды интенсивной интериоризации и психологической защиты.

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

а) профессионал не считает для себя необходимым или по какой-то причине не заинтересован проявлять сопереживание к объекту деятельности;

б) человек не привык, не умеет поощрять себя за сопереживание и соучастие, проявляемые к субъектам деятельности).

4. Нравственные дефекты и дезориентация личности.

Предложенная методика дает подробную картину синдрома эмоционального выгорания как динамического процесса, возникающего поэтапно в полном соответствии с механизмом развития стресса, когда присутствуют три фазы такового. Уровень эмоционального выгорания оценивается по 12 шкалам, которые группируются в соответствии с тремя фазами.

Фаза «Тревожное напряжение»: предвестник и «запускающий механизм» в формировании эмоционального выгорания. Напряжение имеет динамический характер, что обуславливается изматывающим постоянством или усилением психотравмирующих факторов.

Фаза «Резистенция»: сопротивление нарастающему стрессу.

Фаза «Истощение»: характеризуется более или менее выраженным падением общего энергетического тонуса и ослаблением нервной системы.

Фаза «Тревожное напряжение»

Нервное напряжение – запускающий механизм – обнаруживается в четырех симптомах.

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

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

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

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

Фаза «Резистенция» (сопротивление)

Формирование защиты на данной фазе проявляется в следующих симптомах выгорания.

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

2. Эмоционально-нравственная дезориентация: проявляется в том, что у работника эмоции не пробуждают или недостаточно стимулируют нравственные чувства. Не проявляя должного эмоционального отношения к своему подопечному (ученику, клиенту, покупателю и др.), он защищает свою стратегию: оправдаться перед собой за допущенную грубость или отсутствие внимания к субъекту, рационализируя свои поступки или проецируя вину на субъект, вместо того чтобы адекватно признать свою вину.

В эмоционально сложных ситуациях используются суждения: «Это не тот случай, чтобы переживать», «Таким людям нельзя сочувствовать».

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

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

#### Фаза «Истощение»

Характеризуется более или менее выраженным падением общего тонуса и ослабленностью нервной системы. Эмоциональная защита становится неотъемлемым атрибутом личности. Данная фаза также проявляется в ряде симптомов.

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

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

3. Личностная отстраненность, или деперсонализация: проявляется в

широком диапазоне умонастроений и поступков профессионала в сфере общения. Прежде всего отмечается полная или частичная утрата интереса к человеку – субъекту профессиональной деятельности.

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

С целью изучения стратегий, которые используются людьми, чтобы совладать со стрессом, преодолеть психологические трудности в деятельности была использована методика «Копинг-тест» Р. Лазаруса.

Методика используется для изучения копинг-механизмов, то есть способов преодоления трудностей в различных сферах жизнедеятельности. Участникам опроса предлагаются 50 утверждений, которые касаются поведения человека в трудной жизненной ситуации, после чего, испытуемые оценивают как часто данные варианты поведения выбираются ими в жизни.

Методика содержит 8 субшкал:

1. Конфронтационный копинг представляет собой стратегию, характеризующуюся определенной степенью враждебности и готовности к риску, а также проявляющуюся в агрессивных усилиях по изменению ситуации.

2. Дистанцирование – стратегия, которая выражается в когнитивных попытках уйти от ситуации, уменьшить ее значимость.

3. Самоконтроль. Попытки преодолеть негативные переживания. Стратегия выражается в стремлении к самообладанию и регулированию своих действий.

4. Желание найти социальную поддержку извне.

5. Принятие ответственности. Стратегия выражается в признании своей роли в возникновении проблемы и принятии ответственности за ее

решение.

6. Бегство-избегание. Предполагает попытки отрицания проблемы, фантазирования. Большинство исследователей эта стратегии рассматривается как неадаптивная.

7. Планирование решения проблемы. Предполагает попытки преодоления трудностей за счет целенаправленного анализа ситуации, выработки стратегии разрешения проблемы.

8. Положительная переоценка. Предполагает попытки справиться с негативными переживаниями через процесс положительного переосмысления.

*Тест «Интегральная удовлетворенность трудом» А.В. Батрашева* применяется в случае необходимости получения данных об общей удовлетворенности трудом личностью. Тест содержит 9 шкал:

- 1) интерес к работе;
- 2) удовлетворенность достижениями в работе;
- 3) удовлетворенность взаимоотношениями с сотрудниками;
- 4) удовлетворенность взаимоотношениями с руководством;
- 5) уровень притязаний в профессиональной деятельности;
- 6) предпочтение выполняемой работы высокому заработку;
- 7) удовлетворенность условиями труда;
- 8) профессиональная ответственность;
- 9) общая удовлетворенность трудом.

Для реализации целей нашего исследования наибольший интерес представляют 5 шкал из 9, а именно: 2, 3, 4, 6, 7. Данные шкалы дают информацию о действии организационных факторов, как причин для возникновения синдрома профессионального выгорания, а также могут быть использованы при проведении контрольного этапа эксперимента.

*Методика «Личностный дифференциал».* Методика позволяет измерить уровень самоуважения, доминантности-тревожности и экстраверсии- интроверсии.

Методика дает возможность описать личность на основе таблицы, состоящей из 21 пары противоположенных суждений. Необходимо выбрать в каждой паре ту характеристику, которая отражает мнение испытуемого. Предлагается обвести кружочком цифру, которая соответствует степени (силе) выраженности данной характеристики.

Интерпретация личностного дифференциала проводится с помощью трехфакторов:

1. Фактор оценки – выявляет уровень самоуважения. Высокие значения этого фактора говорят о том, что испытуемый принимает себя как личность. Низкие значения фактора указывают на критическое отношение человека к самому себе, его неудовлетворенность собственным поведением.

2. Фактор Силы свидетельствует о развитии и осознании волевых сторон личности. Его высокие значения говорят об уверенности в себе, независимости. Низкие значения свидетельствуют о недостаточном самоконтроле, неспособности держаться принятой линии поведения, зависимости от внешних оценок.

3. Фактор Активности интерпретируется как свидетельство экстравертированности личности. Положительные (+) значения указывают на высокую активность, общительность, импульсивность; отрицательные (-) - на интровертированность, определенную пассивность, спокойные эмоциональные реакции.

Следует отметить, что в ответах выражается субъективное представление человека о самом себе.

Для изучения взаимосвязи показателей был использован коэффициент корреляции  $r$ -Пирсона.

Сам коэффициент характеризует наличие только линейной связи между признаками, обозначаемыми, как правило, символами  $X$  и  $Y$ .

Корреляция – статистическая взаимосвязь двух или нескольких случайных величин (либо величин, которые можно с некоторой допустимой степенью точности считать таковыми). При этом изменения одной или



нескольких из этих величин приводят к систематическому изменению другой или других величин.

Корреляция может быть положительной и отрицательной. Отрицательная корреляция – корреляция, при которой увеличение одной переменной связано с уменьшением другой переменной. Положительная корреляция – корреляция, при которой увеличение одной переменной связано с увеличением другой переменной.

Коэффициент корреляции обозначается латинской буквой  $R$  и может принимать значения между  $-1$  и  $+1$ . Если значение по модулю находится ближе к  $1$ , то это означает наличие сильной связи, а если ближе к  $0$ , то слабой.

Коэффициент корреляции Пирсона называется также коэффициентом линейной корреляции или произведением моментов Пирсона. Он позволяет определить силу связи между двумя признаками, измеренными в метрических шкалах.

Таким образом, в данном параграфе были определены используемые психодиагностические методики для выявления уровня профессионального выгорания специалистов службы экстренной психологической помощи и его взаимосвязанности с личностными и организационными факторами, которые обуславливают возникновение синдрома выгорания.

В процессе экспериментального исследования использовались следующие методики: опросник на определение уровня психического выгорания МВІ в интерпретации Н. Е. Водопьяновой, методика «Эмоциональное выгорание» В.В. Бойко, опросник «Копинг-стратегии» Лазаруса, тест Интегральная удовлетворенность трудом, методика «Личностный дифференциал».

Анализ взаимосвязи оцениваемых критериев проводился с помощью коэффициента корреляции  $r$ -Пирсона, предназначенного для исследования взаимосвязи двух переменных, измеренных на одной выборке.

Выбранные методики адекватны требованиям исследования и позволят решить поставленные задачи.

## 2.2 Обсуждение результатов констатирующего эксперимента

### Анализ и интерпретация данных исследования уровня профессионального выгорания по методике МВІ в интерпретации Н. Е. Водопьяновой

В соответствии с поставленными задачами, с целью проверки выдвинутых гипотез с помощью выбранной нами методики было проведено психодиагностическое исследование уровня профессионального выгорания врачей.

Результаты исследования уровня профессионального выгорания, проведенного при помощи опросника МВІ в адаптации Водопьяновой представлены в таблице 3.

Таблица 3.

Показатели уровня профессионального выгорания по методике МВІ

Признаки профессионального выгорания	Уровень выраженности признаков				
	Признак выражен крайне низко	Признак выражен низко	Признак средне выражен	Признак высоко выражен	Признак выражен крайне высоко
«Психоэмоциональное истощение»	1 человек (3%)	14 человек (38%)	16 человек (43%)	3 человека (8%)	3 человека (8%)
«Деперсонализация»	13 человек (36%)	16 человек (43%)	3 человека (8%)	5 человек (13%)	0 человек (0%)
«Редукция личностных достижений»-	2 человека (6%)	23 человека (62 %)	9 человек (24%)	3 человека (8%)	0 человек

На рис. 1 представлены результаты исследования уровня профессионального выгорания врачей по признаку «Психоэмоциональное истощение».

Анализ данных, представленных на рис. 1 позволяет сделать вывод, что среди врачей, принявших участие в исследовании, 41% специалистов (3% имеют крайне низкий и 38% низкий уровни выраженности признака) не имеют выраженных признаков психоэмоционального истощения, 43% имеют средний уровень выраженности признака, что свидетельствует о благоприятном эмоциональном состоянии большинства специалистов.

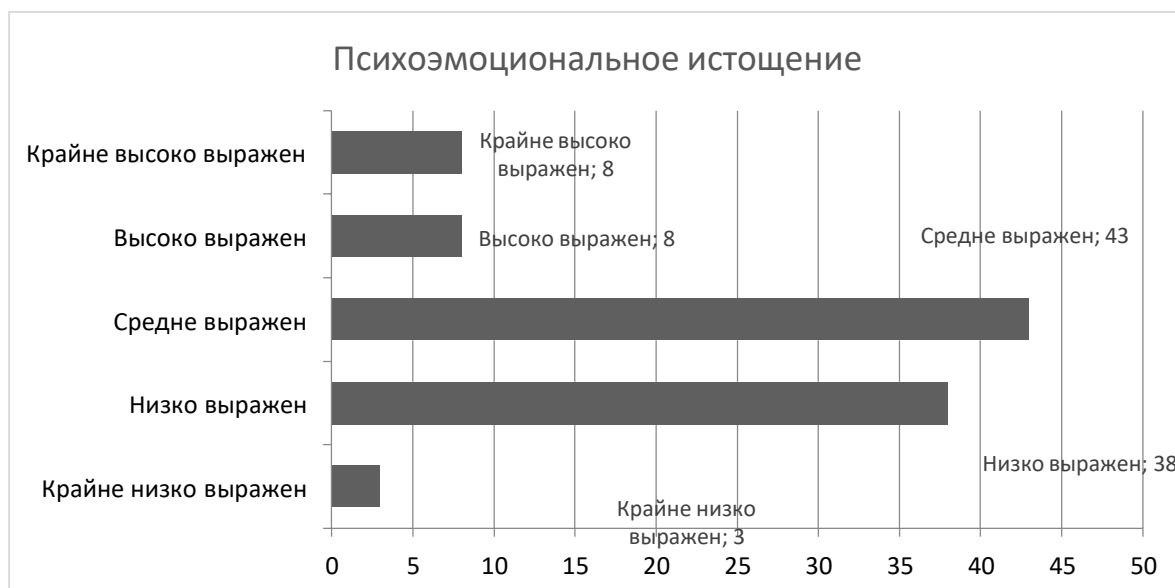


Рис. 1. Соотношение уровней выраженности психоэмоционального истощения у врачей (в %)

Однако, выявлены сотрудники с высоким 8%, а также с крайне высоким 8% уровнем выраженности признака психоэмоционального истощения, что подтверждает наши предположения о наличии проблемы профессионального выгорания у врачей, работающих в хирургическом отделении, отделении анестезиологии и реаниматологии.

На рис. 2 представлены результаты исследования уровня профессионального выгорания врачей по признаку «Деперсонализация».

Анализ данных, представленных на рис. 2 позволяет сделать вывод, что среди врачей, принявших участие в исследовании, 36% специалистов с крайне низко выраженным признаком личностного отдаления и 43% с низко

выраженным признаком, что свидетельствует о том, что деперсонализация практически не присуща большинству специалистов.

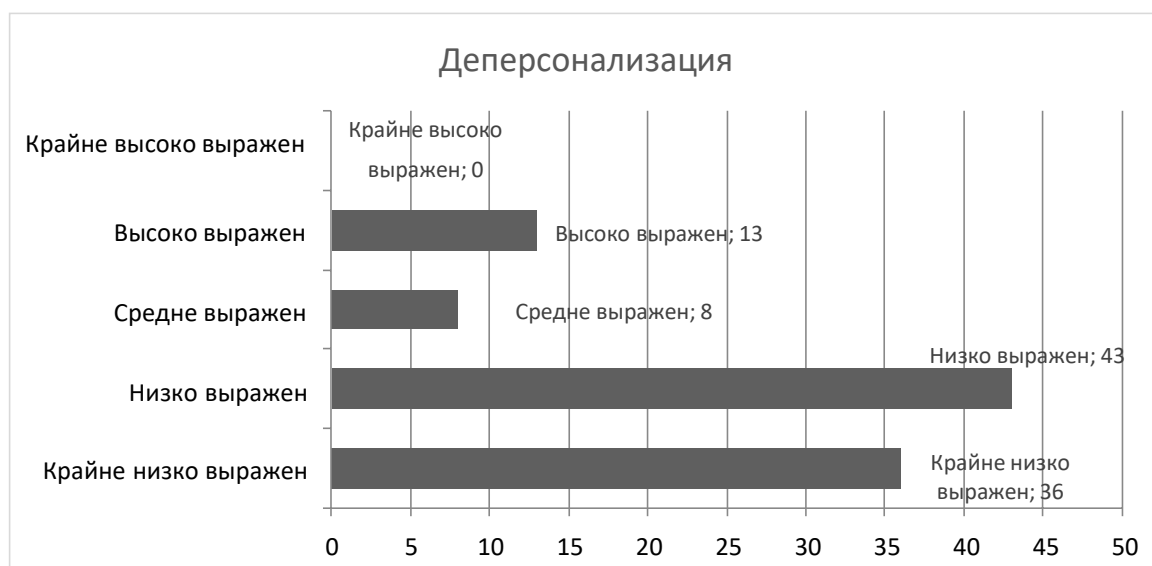


Рис. 2. – Соотношение уровней выраженности деперсонализации у врачей (в %)

Тем не менее, у ряда лиц был обнаружен средне выраженный признак деперсонализации, который составил 8% от общего количества. Высоко выраженный признак личностного отдаления также был обнаружен в данной выборке у 13% специалистов. Признак выраженный крайне высоко обнаружен не был.

На рис. 3 представлены результаты исследования уровня профессионального выгорания врачей по признаку «Редукция личностных достижений»

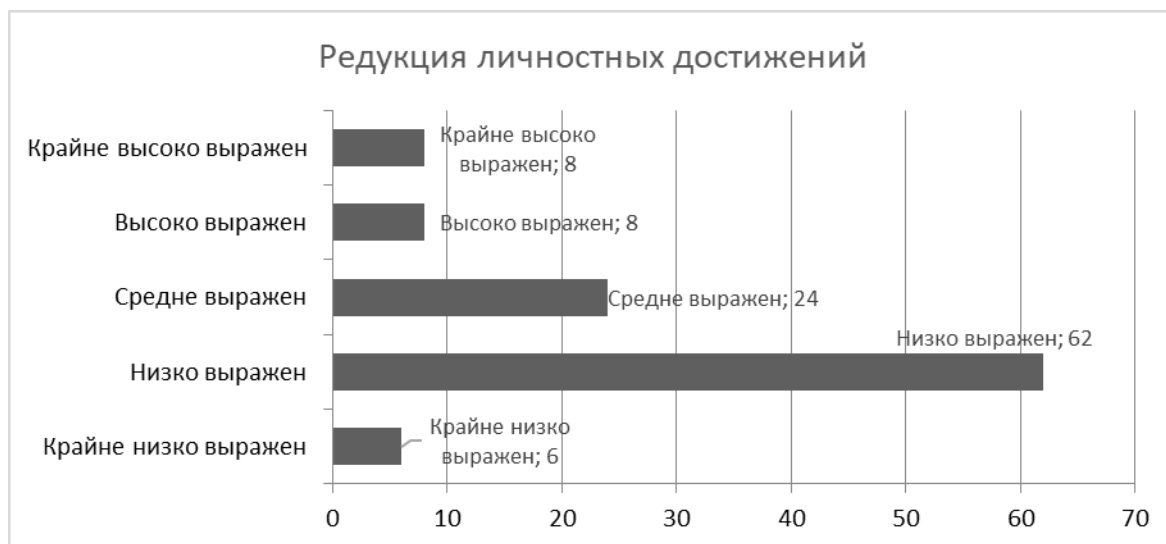


Рис. 3. Соотношение уровней выраженности редукции личностных достижений у врачей (в %)

Анализ данных, представленных на рис. 3 позволяет сделать вывод, что 6% врачей, принявших участие в исследовании, имеют крайне низко выраженный признак, 62% специалистов имеют низко выраженный признак редукции личностных достижений, 24% специалистов с признаком, выраженным средне, а также 8% специалистов с высоко выраженным признаком редукции личностных достижений. Специалистов с крайне высоким признаком выраженности не обнаружено.

Таким образом, проведение диагностики эмоционального выгорания у врачей, работающих в отделениях хирургии и анестезиологии-реаниматологии при помощи методики К. Маслач и С. Джексон показало наличие профессиональной деформации различной степени выраженности. Несмотря на то, что процент специалистов с крайне выраженными и высокими показателями эмоционального выгорания существенно ниже, чем тех, у кого симптомы выражены незначительно, мы можем говорить о том, что у врачей, принявших участие в исследовании, обнаружены симптомы эмоционального выгорания.

**Анализ и интерпретация данных исследования уровня профессионального выгорания по методике «Эмоциональное выгорание» В.В. Бойко**

Результаты исследования уровня профессионального выгорания, проведенного при помощи методики «Эмоциональное выгорание» В.В. Бойко представлены в таблице 4.

Итак, как видно из таблицы 4, у хирургов ровно 1/2 выборки обнаруживает эмоциональное выгорание на уровне от 1-й до 3-х фаз в стадии формирования синдрома эмоционального выгорания и 16,6% выборки с уже сформировавшейся хотя бы 1-й фазой выгорания.

Таблица 4.

Процентное отношение числа врачей хирургов и анестезиологов, не обнаруживающих и обнаруживающих эмоциональное выгорание по каждой его фазе (в связи с фазами выгорания)

Выборка	Фаза не сформировалась	В формировании только фаза «напряжение»	Сразу две фазы в стадии формирования		Все три фазы в стадии формирования	Сформирована 1 фаза «напряжение», фазы «резистенция» и «истощение» в стадии формирования	Сформированы 2 фазы: «напряжение» и «истощение», фаза «резистенция» в стадии формирования	Полностью сформированы три стадии	Общее число лиц в стадии формирования	Общее число лиц с выгоранием не менее чем по одной фазе
			«напряжение» и «истощение»	«напряжение» и «резистенция»						
Врачи хирурги	33,3	16,7	0	26,7	6,7	10,0	3,3	3,3	50,1	16,6

Врачи анестезиологи	40,0	36,7	3,3	6,7	10,0	3,3	0	0	56,7	3,3
Всего	36,7	26,7	1,7	16,7	8,3	6,7	1,7	1,7	53,4	10,0

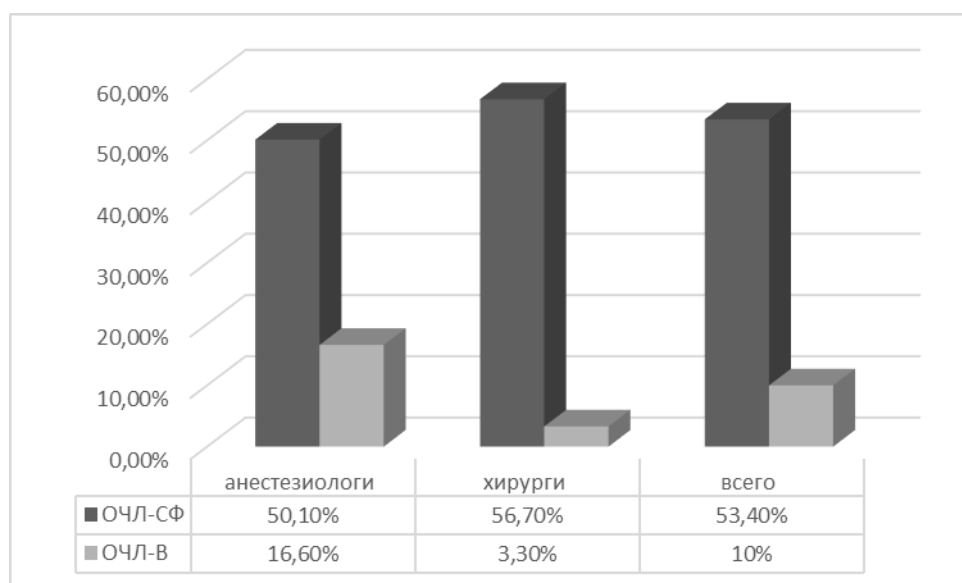


Рис. 4. Результаты распределения врачей по фазам выгорания (в %)

Из рисунка 4 мы видим, что:

- общее число лиц среди врачей-анестезиологов в стадии формирования выгорания составляет 50,1% (по фазам напряжение и резистенция);

- общее число лиц врачей-анестезиологов в стадии сформированности выгорания составляет 16,6% (по фазе выгорание);

- общее число лиц среди врачей-хирургов в стадии формирования выгорания составляет 56,7% (по фазам напряжение и резистенция);

- общее число лиц врачей-анестезиологов в стадии сформированности выгорания составляет 3,3% (по фазе выгорание);

В целом же можно сказать, что среди врачей-хирургов обнаруживается как более высокое число лиц с тенденцией и сформированностью эмоционального выгорания, так и то, что среди большинства хирургов эмоциональное выгорание имеет более «жесткие» формы, по сравнению с врачами анестезиологами, проявляющиеся уже не столько в напряжении адаптационных возможностей организма, сколько на уровне его резистентности и истощения.

Далее подробно проанализируем выраженность симптомов синдрома



эмоционального выгорания у врачей по выборке в целом по каждой из фаз.

Первая фаза «Напряжение». Симптом «переживания психотравмирующих обстоятельств», как сформировавшийся выражен у 4 человек, еще у 9 человек – этот симптом формируется. При этом, у одного врача этот симптом выражен как доминирующий. Сотрудники ощущают влияние психотравмирующих условий, испытывают постоянные физические или психологические перегрузки, в результате нарастает напряженность, которая заставляет их нервничать, переживать, растет раздражение, негодование.

Такая непреодолимость обстоятельств и ведет к формированию у них выгорания, что препятствует рационализации принимаемых решений в процессе проведения операций, в то время как им в своей профессиональной деятельности необходимо действовать рационально и быть сконцентрированными.

Симптом «неудовлетворенность собой» как сложившийся не выражен ни у одного врача, а у 22 человек – симптом не сформирован, то есть врачи в большинстве не ощущают недовольства собою в специальности и конкретными условиями на работе. Однако, у 14 человек – симптом уже формируется. Проявляется это в том, что сотрудники сегодня меньше удовлетворены своей профессией, чем в начале карьеры, работа уже приносит им все меньше удовлетворения. При этом некоторые недовольны собой из-за имеющихся неудач или в результате понимания, что они не соответствуют занимаемой должности, и не могут справиться с обязанностями.

Эти врачи беспокоятся по поводу того, что ошиблись в выборе профиля деятельности, появляется желание сменить место работы. При этом происходит эмоциональный перенос с внешних обстоятельств на себя.

Симптом «загнанность в клетку» сложился у 4 человек, который проявляется в остром переживании чувства безысходности из-за

неудовлетворенности профессиональной деятельностью. Данный симптом возникает в результате невозможности изменить обстоятельства, которые давят на человека. Он пытается произвести изменения, обдумать, в чем заключаются неудовлетворительные стороны работы. В результате происходит усиление энергии. Если она не реализуется, то человек ощущает себя загнанным в клетку, происходит тупик. Симптом возникает не во всех случаях, но выступает логическим продолжением развивающегося стресса. У 6 человек – симптом начинает складываться, последнее время их преследуют неудачи в работе, и обстановка на работе им начинает казаться сложной.

Симптом «тревога и депрессия» у 16 человек – не сформирован. Однако у 8 человек этот симптом формируется в связи с профессиональной деятельностью в особо осложненных обстоятельствах, когда люди ощущают неудовлетворенность собой; чувствуют разочарование в специальности, при этом сотрудники отмечают, что они стали хуже работать, не могут оказать необходимую профессиональную поддержку должным образом. В результате порождается мощное энергетическое напряжение, формируется ситуационная или личностная тревога.

Таким образом, в фазе «напряжение» преобладающим стал симптом – «переживание психотравмирующих обстоятельств», демонстрирующий собой ответную реакцию на факторы, способствующие формированию эмоционального выгорания.

Анализируя всю выборку врачей, принявших участие в исследовании, отметим, что:

- 36,7% общей выборки не обнаруживает признаков выгорания,
- 26,7% - на уровне формирования фазы напряжения,
- 18,4% - на уровне стадии формирования 2-х фаз,
- 8,3% - на уровне стадии формирования сразу 3-х фаз;
- не менее 10% выборки имеют сформированный синдром эмоционального выгорания хотя бы на уровне 1-й фазы.

Иначе говоря, около 37% обследованных врачей имеют серьёзный риск или уже сформированный синдром эмоционального выгорания и почти четверть выборки обнаруживают склонность к его формированию.

На основании этого можно сказать, что наиболее уязвимыми объектами сточки зрения профессионального выгорания являются врачи-хирурги.

Показатели выгорания у анестезиологов хотя в ряде случаев и достаточно высокие, но они, как правило, ниже, чем аналогичные у врачей хирургического отделения.

### **Анализ и интерпретация данных, полученных с помощью опросника «способы совладающего поведения» Р. Лазаруса**

С целью изучения стратегий, которые используются врачами, чтобы совладать со стрессом, преодолеть психологические трудности в профессиональной деятельности, мы использовали опросник Р. Лазаруса в адаптации Вассермана. Результаты, полученные в ходе исследования, представлены в таблице 5.

Таблица 5.

#### Способы совладающего поведения

Стратегия совладающего поведения	Уровень выраженности признаков		
	Низкие значения	Средние значения	Высокие значения
Конфронтационный	6 человек (16%)	28 человек (76%)	3 человека (8%)
Дистанцирование	8 человек (22%)	25 человек (67%)	4 человека (11%)
Самоконтроль	5 человек (13,5%)	27 человек (73%)	5 человек (13,5%)
Поиск социальной поддержки	3 человека (8%)	23 человека (62%)	11 человек (30%)
Принятие ответственности	4 человека (11%)	23 человека (62%)	10 человек (27%)
Бегство-избегание	1 человек (3%)	26 человек (70%)	10 человек (27%)
Планирование решения проблемы	5 человек (13,5%)	24 человека (64,5%)	8 человек (22%)
Положительная переоценка	10 человек (27%)	21 человек (57%)	6 человек (16%)

На рис. 5 представлены результаты исследования выраженности стратегий совладающего поведения у врачей, принявших участие в исследовании.

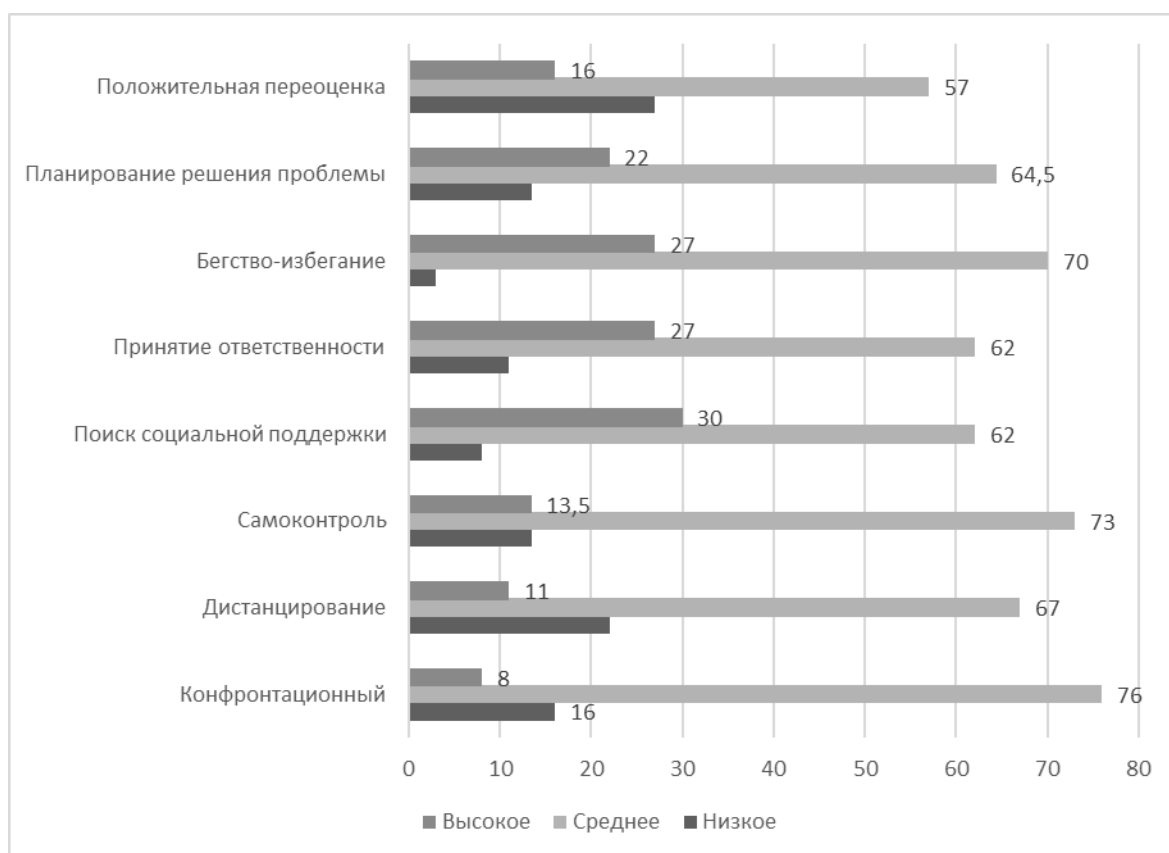


Рис. 5. Результаты соотношения уровней выраженности стратегий совладающего поведения у врачей (в %)

Анализ данных, представленных на рис. 5 позволяет сделать следующие выводы:

1. Исследование выраженности стратегии конфронтационного копинга у врачей показало, что 16% специалистов, принявших участие в обследовании, имеют низкие значения, а значит, выбирают не рисковать в своей деятельности и не выражать сопротивление в спорных ситуациях слишком активно. Большее количество специалистов 76% имеют средние показатели, что свидетельствует об умеренном желании отстаивать свою точку зрения при возникших конфликтах и спорных ситуациях. И только 8% врачей, которые набрали высокие значения по данной шкале часто

выбирают в своем поведении определенную степень враждебности и готовность к риску, проявляющуюся в агрессивных усилиях по изменению ситуации.

2. Исследование выраженности стратегии дистанцирования у врачей показало, что 22% из лиц, принявших участие в исследовании, имеют низкие значения, и, сталкиваясь с проблемной ситуацией не стремятся абстрагироваться от нее, а наоборот – максимально включаются в происходящее. Большинство специалистов 67% имеют средние показатели и выбирают для себя частичное дистанцирование, при этом не забывая о проблеме полностью и находясь в поиске оптимального решения. 8% специалистов предпочитает абстрагироваться от проблемы, не включаться эмоционально и не отождествлять себя с проблемой.

3. Исследование выраженности стратегии самоконтроля у врачей показало, что 13,5 % специалистов имеют низкие значения, что может свидетельствовать о наличии у них проблем с саморегуляцией и совладением с собственными чувствами. 73% специалистов имеет средние показатели по самообладанию и 13,5% имеют высокие значения, что указывает на чрезмерное желание контролировать свои реакции и мысли.

4. Исследование выраженности стратегии поиска социальной поддержки у врачей показало, что 8% имеет низкие значения и не обращаются к социальным ресурсам для разрешения проблемной ситуации, при этом 62% врачей имеют средние значения и не отрицают важность социальной поддержки, сталкиваясь с трудностями, а также 30% врачей демонстрируют высокие значения, что говорит о попытках разрешения проблемы за счет привлечения внешних ресурсов.

5. Исследование выраженности стратегии принятия ответственности у врачей-хирургов и анестезиологов показало, что 11% имеют низкие показатели и стремятся к избеганию ответственности за свои действия. 62% врачей имеют средние значения, что может выражаться в признании своей роли в возникновении проблемы и принятии

ответственности за ее решение, а также 27% специалистов имеют высокие значения и чувство повышенной ответственности даже за те ситуации, где их роль минимальна.

6. Исследование выраженности стратегии бегства-избегания у врачей показало, что 3% имеют низкие значения и не стараются отрицать проблему и избегать поисков ее решения, 70% врачей имеют средние значения, и 27% врачей имеют высокие значения, что может предполагать попытки отрицания проблемы, и уход в фантазирование.

7. Исследование выраженности стратегии планирования решения проблемы у врачей показало, что среди хирургов и анестезиологов есть 13,5% врачей с низкими значениями, которые откладывают решение проблемы. Большинство врачей 64,5% имеют средние значения и предпринимают попытки преодоления трудностей за счет целенаправленного анализа ситуации и выработки стратегии разрешения проблемы при необходимости. 22% специалистов имеют высокие значения и направляют всю свою концентрацию на планирование собственных действий для решения проблемы с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов.

8. Исследование выраженности стратегии положительной переоценки у врачей, принявших участие в обслуживании, выявило наличие 27% врачей с низкими значениями, что говорит об их склонности не замечать плюсов в сложившейся ситуации и сосредотачивать свое внимание непосредственно на возникшие трудности. Большинство специалистов 57% имеют средние значения и предпринимают попытки справиться с негативными переживаниями в связи с проблемой за счет ее положительного переосмысления. 16% врачей имеют высокие значения и с радостью встречают любые трудности, рассматривая их как стимул для личностного роста и развития.

## Анализ и интерпретация данных, полученных с помощью методики «Личностный дифференциал»

С целью изучения субъективного отношения специалистов врачей, работающих в отделении хирургии и анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии к себе и другим людям, мы использовали методику «Личностный дифференциал». Результаты, полученные в ходе исследования, представлены в таблице 6.

Таблица 6.  
Результаты по методике «Личностный дифференциал»

Название шкалы	Уровень выраженности признаков		
	Низкие значения	Средние значения	Высокие значения
Оценка	15 человек (40,5 %)	15 человек (40,5 %)	7 человек (19 %)
Сила	24 человека (65 %)	13 человек (35 %)	0 человек (0 %)
Активность	25 человек (67 %)	11 человек (30%)	1 человек (3%)

На рис. 6 представлены результаты исследования оценки у психологов-консультантов.

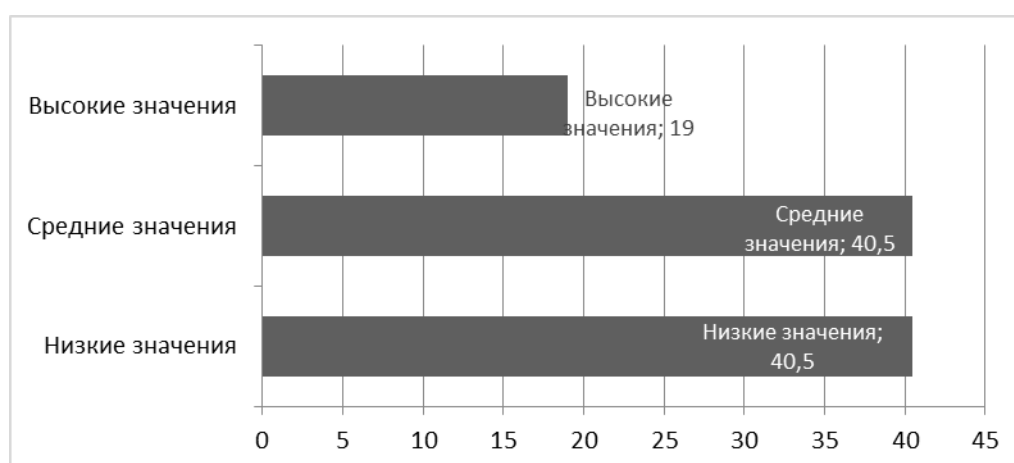


Рис. 6. Соотношение показателей фактора «оценка» у врачей (в %)

Анализ данных, представленных на рис. 6 позволяет сделать вывод, что среди врачей, принявших участие в обследовании, есть 40,5% специалистов,

имеющих низкие значения и относящихся к себе критически, 40,5% специалистов со средними значениями и 19% специалистов с высокими значениями. Это говорит о том, что последние принимают себя как личность.

На рис. 7 представлены результаты исследования силы у врачей, принявших участие в исследовании.

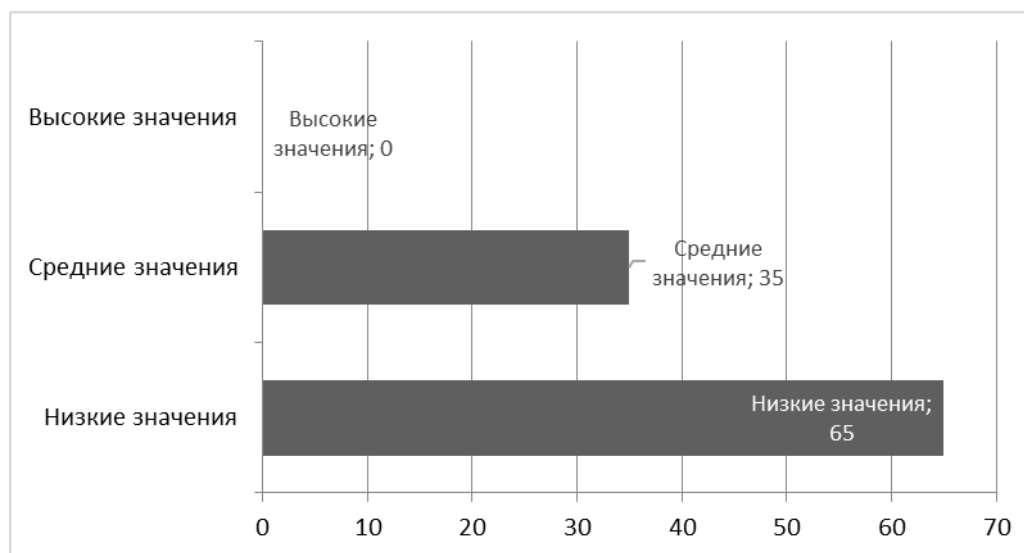


Рис. 7. Соотношение показателей фактора «сила» у врачей (в %)

Анализ данных, представленных на рис. 7 позволяет сделать вывод, что среди врачей, принявших участие в исследовании, есть 65% специалистов, имеющих низкие показатели, свидетельствующие о низком самоконтроле, зависимости от внешних обстоятельств и оценок. Средние показатели имеют 35% врачей, что говорит об уверенности в себе. Высокие показатели, которые бы свидетельствовали об уверенности в своих силах не обнаружены.

На рис. 7 представлены результаты исследования активности у врачей-хирургов и анестезиологов.

Анализ данных, представленных на рис. 8 позволяет сделать вывод, что среди врачей принявших участие в исследовании есть 67% специалистов с низкими значениями, что свидетельствует о пассивности и выраженности спокойных эмоциональных реакций



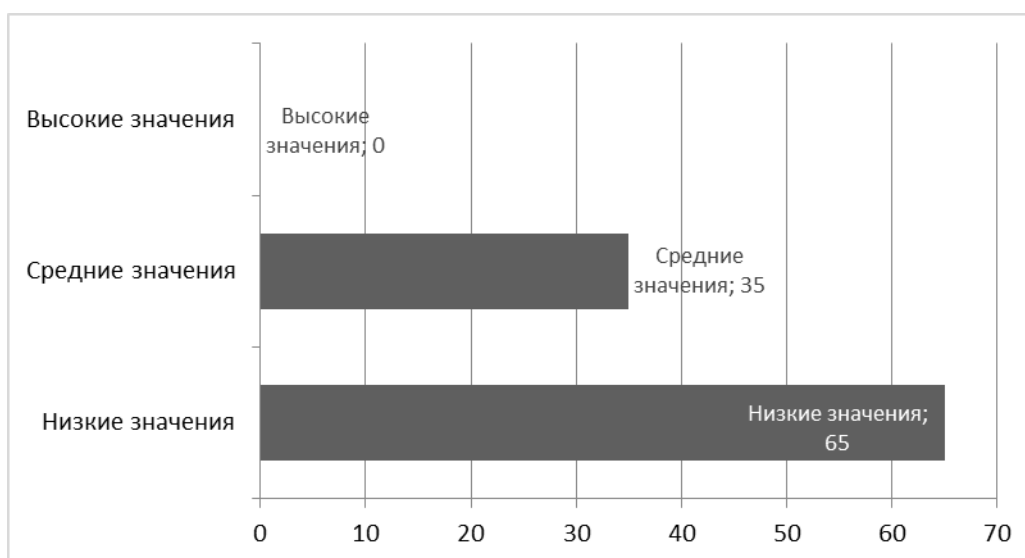


Рис. 8. Соотношение показателей фактора «активность» у врачей (в %)

30% специалистов имеют средние значения и склонны к общительности, и 3% специалистов выявлено с высокими значениями, указывающими на активность и импульсивность.

### **Анализ и интерпретация данных исследования уровня удовлетворенности трудом**

С целью изучения уровня удовлетворенности трудом врачей отделений хирургии и анестезиологии-реаниматологии использовали методику «Интегральная удовлетворенность трудом».

Результаты, полученные в ходе исследования, представлены в таблице 7.

Таблица 7.

#### Результаты изучения уровня удовлетворённости трудом

Составляющие удовлетворенности трудом	Уровень выраженности удовлетворенности		
	Низкие значения	Средние значения	Высокие значения
Удовлетворенность достижениями в работе	5 человек (13%)	3 человека (8%)	29 человек (79%)
Удовлетворенность взаимоотношениями с сотрудниками	0 человек (0%)	1 человек (3%)	36 человек (97%)

Окончание Таблицы 7.

Удовлетворенность взаимоотношениями с руководством	6 человек (16%)	12 человек (33%)	19 человек (51%)
Предпочтение выполняемой работы высокому заработку	18 человек (49%)	9 человек (24%)	10 человек (27%)
Удовлетворенность условиями труда	3 человека (8%)	7 человек (19%)	27 человек (73%)

На рис. 9 представлены результаты исследования удовлетворенности достижениями в работе врачей.

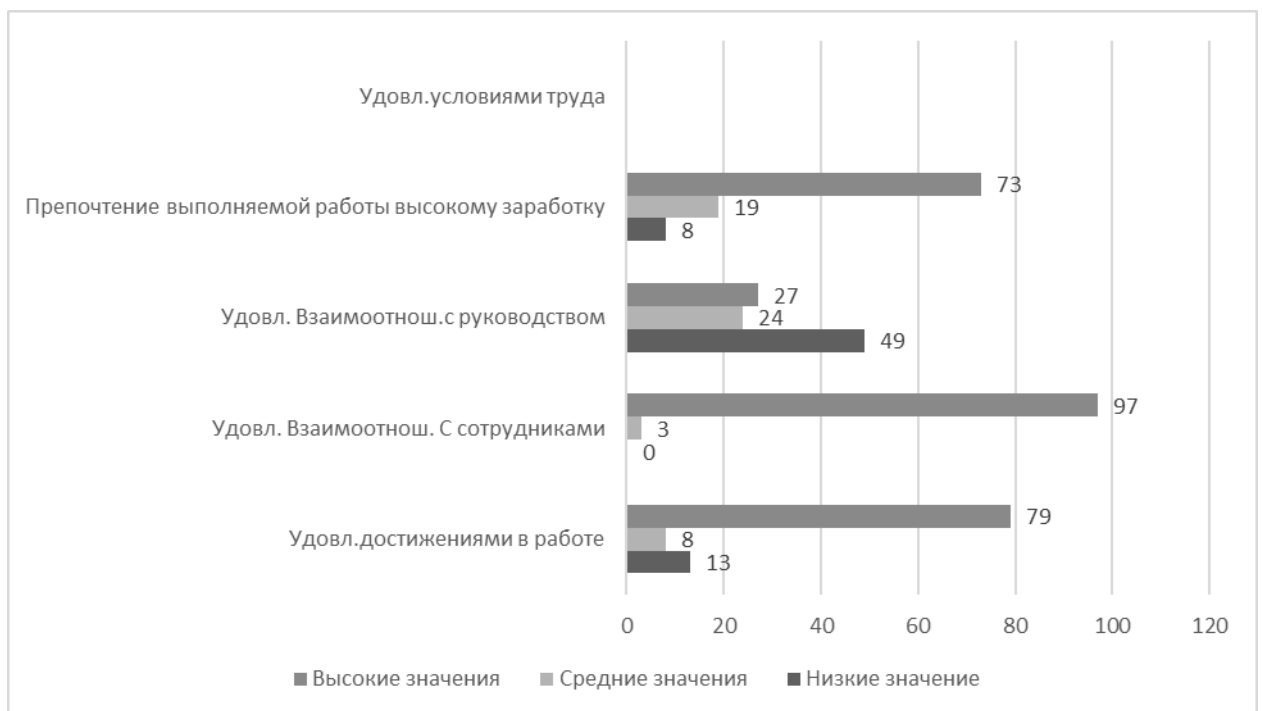


Рис. 9. Составляющие удовлетворенности трудом в работе врачей

Анализ данных, представленных на рис. 9 позволяет сделать следующие выводы:

1. Исследование удовлетворенности достижениями в работе показало 13% специалистов с низкими значениями, недовольных результатами своей профессиональной деятельности. 8% сотрудников со средними значениями, и большинство 79% сотрудников, высоко оценивающих свой вклад и достижения за время работы в работе своих отделений и больницы в целом.

Большая часть коллектива удовлетворена своими успехами, однако есть несколько человек, на переживания которых следует обратить внимание.

2. Исследование удовлетворенности отношениями с сотрудниками показало, что у большинства специалистов 97% выявлены высокие значения, что говорит о благоприятной атмосфере в рабочем коллективе и о хороших взаимоотношениях, сложившихся у коллег друг с другом. Только 3% имеет средние показатели и ни одного врача с низкими показателями не выявлено.

3. Исследование удовлетворенности отношениями с руководством у врачей показало, что существует 16% специалистов с низкими значениями и с выраженным желанием менять что-то во взаимодействии с руководством. 33% специалистов имеют средние значения, не имея при этом претензий к руководству. Большинство врачей 51% довольны теми отношениями, которые сложились у них с руководством. Большая часть коллектива удовлетворена отношениями с руководством, однако есть небольшая группа специалистов, испытывающая неудовлетворенность в отношениях и требующая дополнительных исследований.

4. Исследование предпочтения выполняемой работы высокому заработку у врачей показало, что среди респондентов существует 49% специалистов с низкими значениями, что означает неудовлетворенность оплатой своего труда у половины коллектива. 24% сотрудников имеют средние значения и считают, что заработная плата не является самым важным компонентом в деятельности врача. И только 27% сотрудников оплата труда устраивает и соответствует их ожиданиям.

5. Исследование удовлетворенности условиями труда показало высокие значения у большинства врачей, принявших участие в исследовании – 73%, что свидетельствует о комфортном самоощущении врачей на своем рабочем месте. 19% составило количество специалистов, имеющих средние значения удовлетворенности условиями труда, и только 8% с низкими значениями имеют замечания или идеи по улучшению условий.

Таким образом, было обследовано 37 специалистов – врачей-хирургов и анестезиологов. В ходе эмпирического исследования были получены достоверные данные о наличии признаков эмоционального выгорания и их связи с личностными особенностями врачей, а также особенностями их профессиональной деятельности. Таким образом, высказанные в нашем исследовании гипотезы нашли свое подтверждение. На основании проведенного эмпирического исследования была разработана программа групповых консультаций.

Итоговый уровень эмоционального выгорания врачей на основании проведенного исследования в рамках констатирующего этапа представлен ниже.

Обобщая результаты методик диагностики эмоционального выгорания, мы решили представить гистограмму с различной степенью выраженности синдрома эмоционального выгорания у врачей (см. Рис. 10).

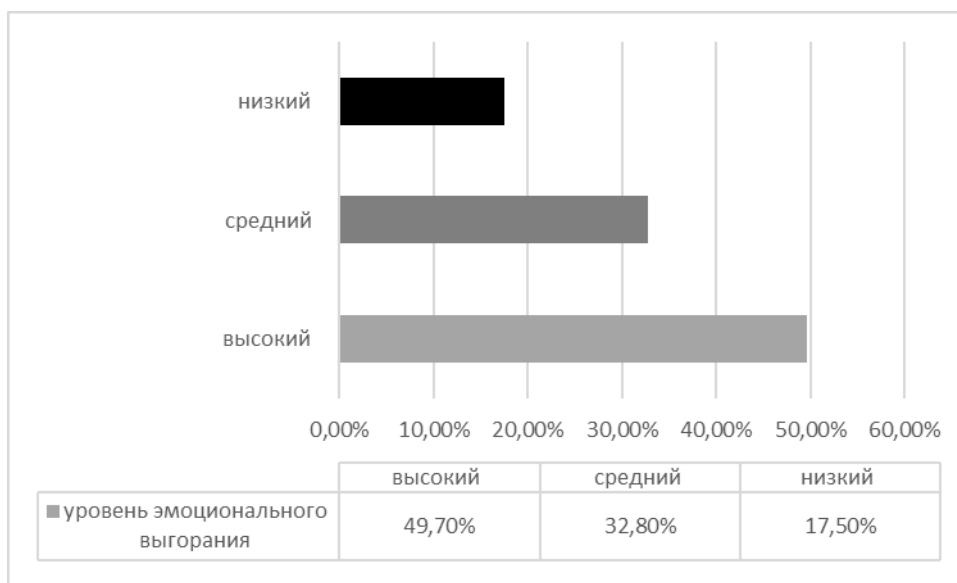


Рис. 10. Распределение врачей по уровням синдрома эмоционального выгорания на основании проведенных исследований (в %)

Из представленного нами рисунка видно, что врачи имеют разный общий уровень эмоционального выгорания. Тем не менее, высокий уровень эмоционального выгорания выявлен у большинства врачей – 49,7%. Для

этих врачей характерны такие проявления, как: общее психическое истощение, раздражительность, вспыльчивость, агрессия, полная безынициативность, выраженное недовольство внутренним состоянием, нежелание что-то изменить, неудовлетворенность собственной работой, неудовлетворенность собой, как профессионалом, пренебрежение основными обязанностями, неспособность противостоять внешним стрессам и неудачам, значительные трудности самоконтроля и саморегуляции, проявляют пренебрежение к работе, полное и открытое разочарование в профессии; демонстрируют проявление пустой амбициозности или полной безынициативности.

Средний уровень эмоционального выгорания выявлен у 32,8% врачей. Для них характерно: частая смена настроения без видимых причин, опасение за свое состояние, вынужденная мера по попытке что-либо изменить, значительное снижение стремлений в получении профессиональных достижений, снижение профессиональной самооценки, отсутствие направленности к способности самоконтроля собственной регуляции поведения в критических ситуациях, растущее внутреннее равнодушие к своей профессиональной деятельности; частичное проявление инициативности (в основном, в ситуациях, не требующих больших затрат внутренних ресурсов).

Низкий уровень выявлен у 17,5% врачей (наименьшее количество респондентов). Эти врачи имеют следующие проявления: психоэмоциональная стабильность, положительный фон настроения, сохранность поиска внутренних источников для решения внутриличностных проблем, собственная стабильность внутреннего состояния, получение истинного удовольствия от своей деятельности, проявление высокого интереса к своей деятельности, заинтересованность в карьерном росте, хороший самоконтроль и саморегуляция, полная самоотдача, высокое стремление показать себя с лучшей стороны, быть полезным, глубокая преданность своей профессии.

В рамках проведенного исследования, считаем, что в данном случае для поддержки и устранения низкого уровня общего эмоционального выгорания у врачей рекомендуются групповые консультации на преодоление внутренних барьеров. Групповые консультации позволят принять окружающую действительность и повысить уровень устойчивости в возникающих стрессовых ситуациях (которые закономерны в рамках данной профессии), а также позволят воздействовать на формирование конкретных практических навыков в преодолении синдрома эмоционального выгорания.

### **2.3. Организация и проведение формирующего эксперимента**

В качестве наиболее результативной формы работы предпочтение было отдано групповому консультированию, позволяющему участникам проработать проблему с единомышленниками, быть обеспеченными поддержкой, посмотреть на себя со стороны, раскрыть свой потенциал, ликвидировать негативные эмоции и установки.

Групповое консультирование имеет большие возможности: одновременная работа со всеми участниками, отсутствие ощущения «изгой», получение эмоциональной поддержки и конструктивной обратной связи, коррекция самовосприятия и самооценки, обучение новым моделям реагирования и поведения, обучения навыкам самоподдержки.

На основании данных, полученных в ходе констатирующего этапа эксперимента, были определены мишени консультативной работы (рис. 11). Поскольку в эксперименте участвовало 37 человек, то для проведения консультаций было принято решение разделить их на две группы 19 и 18 человек соответственно. Занятия в каждой из групп проводилось отдельно в соответствии с составленным расписанием.

На основании результатов констатирующего этапа эксперимента, полученных данных о выраженности синдрома эмоционального выгорания у врачей, принимавших участие в исследовании, были определены следующие

направления групповой консультативной работы:

- когнитивная сфера;
- эмоциональная сфера;
- поведенческая сфера.

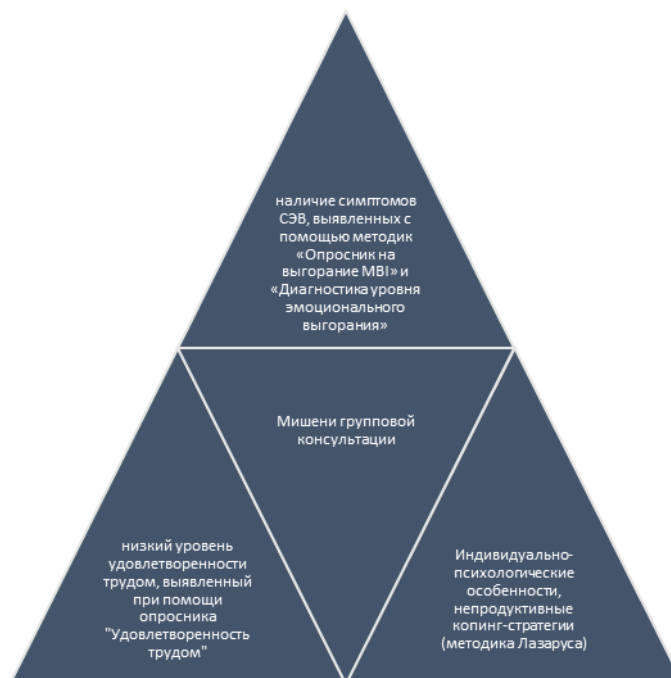


Рис. 11. – Мишени группового консультирования

Задачи консультативной работы, направленные на изменения в когнитивной сфере, были определены следующим образом:

- осознание стереотипных для участника паттернов осознанного и эмоционального поведения в конкретных ситуациях и формирование новых навыков;
- выделение конкретных ситуаций, связанных с профессиональной деятельностью, которые являются причиной негативных переживаний, беспокойства, формируют предпосылки для развития синдрома эмоционального выгорания. Осознание этого фактора и тем самым снижение тревожности;
- выявление и осознание характерных механизмов совладающего поведения и психологических защит и формирование более зрелых

механизмов.

Задачи, направленные на изменения в эмоциональной сфере, предполагали научение врачей распознавать и принимать характерные для них эмоциональные реакции, трансформировать их путем расстановок.

Групповое консультирование в поведенческой сфере должна способствовать пониманию характерных для специалиста поведенческих шаблонов и их трансформация в более адаптивные паттерны. Поскольку деятельность врача протекает в сфере «человек-человек» и, как показало исследование, зачастую определяет неудовлетворённость трудом, формируя предпосылки к развитию синдрома эмоционального выгорания, то в поведенческой сфере также был выделен еще ряд задач, схематично представленных на рисунке 12.



Рис. 12. Задачи группового консультирования в поведенческой сфере

Таким образом, групповые консультации были направлены на осознание причин беспокойства и тревожности и тем самым снижения уровня их воздействия; изменения отношения врачей к сложностям, возникающим в сфере их профессиональной деятельности и тем самым трансформацию образа профессионального функционирования специалистов с опорой на полученные навыки и выявленные ресурсы, а также в повышении удовлетворенности деятельностью, что, в конечном итоге,



должно снизить имеющиеся симптомы синдрома эмоционального выгорания и профилактировать возможное появления новых.

При составлении программы занятий группы были использованы отдельные методики, разработанные В.В. Макаровым и Ю.А. Кухтенко для снижения симптомов синдрома эмоционального выгорания у врачей<sup>1</sup>.

Разработанная программа рассчитана на 8 занятий по два часа каждое.

Программа представлена в таблице Приложения. На первом занятии участники группы получают задание вести так называемый «Дневник эмоций и мыслей» в котором они подводят итог каждого дня, заносая значимые для участника события, связанные с профессиональной деятельностью, которые, по его мнению, повлияли на самочувствие, настроение. Заполнение дневника осуществляется по определенной схеме (рис. 13).



Рис. 13. Схема заполнения Дневника эмоций и мыслей

На всех последующих занятия группа заслушивает записи, сделанные участниками в Дневник, идет обсуждение различных альтернативных вариантов решения проблемы или реагирования на ситуацию, используется техника позитивного воображения и моделирования успешного результата.

<sup>1</sup> Модификация практики «Океан» для врачей, страдающих синдромом эмоционального (профессионального) «выгорания». Полимодальная групповая психотерапия синдрома: учебное пособие / В.В. Макаров, Ю.А. Кухтенко; ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования». – М.: ФГБОУ ДПО РМАПО, 2016. – 55 с.

При проведении занятий используется ряд упражнений, направленных на коррекцию различных проявлений синдрома эмоционального выгорания, развития навыков позитивного мышления, улучшение удовлетворенности деятельностью.

Так, например, упражнение «Пустой стул» основано на практиках когнитивно-поведенческой терапии. Участник группы садится на стул, напротив ставится второй, пустой стул, на котором участник представляет либо пациента, либо коллегу, в зависимости от содержания рассматриваемой ситуации. Участник приводит свое видение проблемы и свои аргументы, параллельно ведя дискуссию от имени второго «участника». Таким образом, используется прием, который в когнитивной терапии получил название «дискуссия между противоречивыми тенденциями». Данное упражнение позволяет врачу представить себя на месте пациента, почувствовать его эмоции, посмотреть на ситуацию со стороны оппонента и понять, что им движет.

Упражнение «Осознание чувств» заключается в том, что участнику дается задание из числа других участников составить композицию, которая бы отражала те или иные чувства, которые могут возникать в процессе профессиональной деятельности и которые являются для участника важными, вызывающими тревогу, сомнения. «Скульптору» и «скульптуре» ведущий задает вопросы «Что Вы ощущаете (чувствуете) в тот момент, когда выступаете в роли?», «Как часто Вы испытываете похожие чувства?».

В структуре каждого занятия выделялись блоки упражнений, направленных на коррекцию отдельных симптомов синдрома эмоционального выгорания и их профилактике их последующего возникновения. Эти упражнения были направлены на работу с эмоциями. Обязательный элемент каждого занятия – групповая дискуссия. Целью этого элемента было как снижение симптомов эмоционального выгорания, так и трансформация непродуктивного совладающего поведения.

## 2.4. Анализ результатов формирующего эксперимента

Контрольный этап опытно-экспериментальной работы предусматривал динамику уровня эмоционального выгорания у врачей, проходивших групповое консультирование. В содержание этого этапа входит диагностика уровня развития эмоционального выгорания у врачей. Рассмотрим результаты проведенной работы.

### Результаты исследования по методике диагностики профессионального выгорания МВИ (Н. Е. Водопьяновой)

По результатам диагностики было выявлено, что большинство врачей, прошедших программу группового консультирования показали низкий уровень профессионального выгорания.

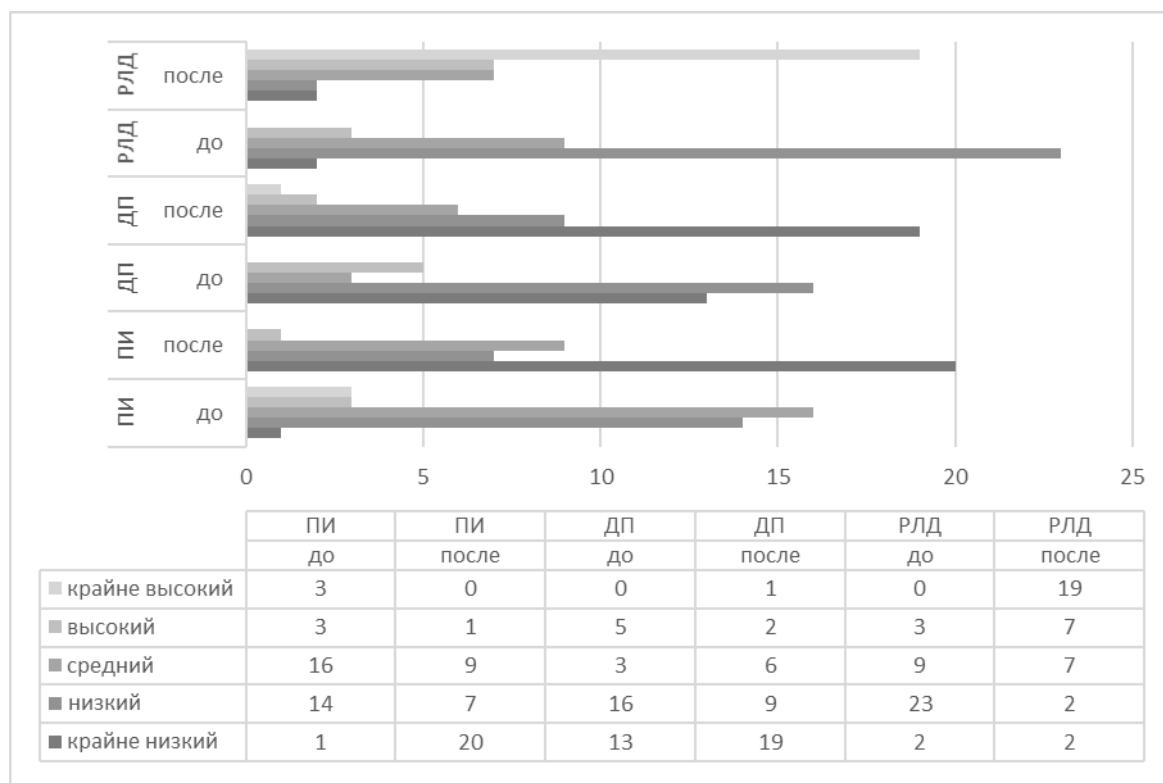


Рис. 14. Выраженность стадий профессионального выгорания врачей до и после проведения группового консультирования (%)

Как видно из Рисунка 14, синдром эмоционального выгорания в

результате проведения групповых консультаций значительно снизился.

Особенно это заметно по показателю «Психоэмоциональное истощение», где крайне низкое значение имеют 20 врачей, тогда как, на констатирующем этапе такое значение имел всего лишь один испытуемый. Также можно отметить показатель «Деперсонализация», где крайне низкие значения выявлены у 19 врачей (по сравнению с 13 на констатирующем этапе). Что касается редукиции личностных возможностей, то здесь мы видим крайне высокие показатели у 19 врачей, (по сравнению с констатирующим этапом, где не было выявлено ни одного испытуемого).

Полученные на контрольном этапе исследования результаты по данной методике дают нам возможность предположить, что отдельные составляющие синдрома эмоционального выгорания и компоненты профессиональной деформации стали меньше тревожить врачей, благодаря полученным ими навыкам саморегуляции, пополнения ресурса, формирования позитивного отношения к работе.

#### **Результаты исследования уровня профессионального выгорания по методике «Эмоциональное выгорание» (В.В. Бойко)**

В ходе проведения групповых консультаций у врачей выявлены значительные сдвиги по основным показателям уровней профессионального выгорания по методике В.В. Бойко. Полученные результаты представлены на Рисунке 15.

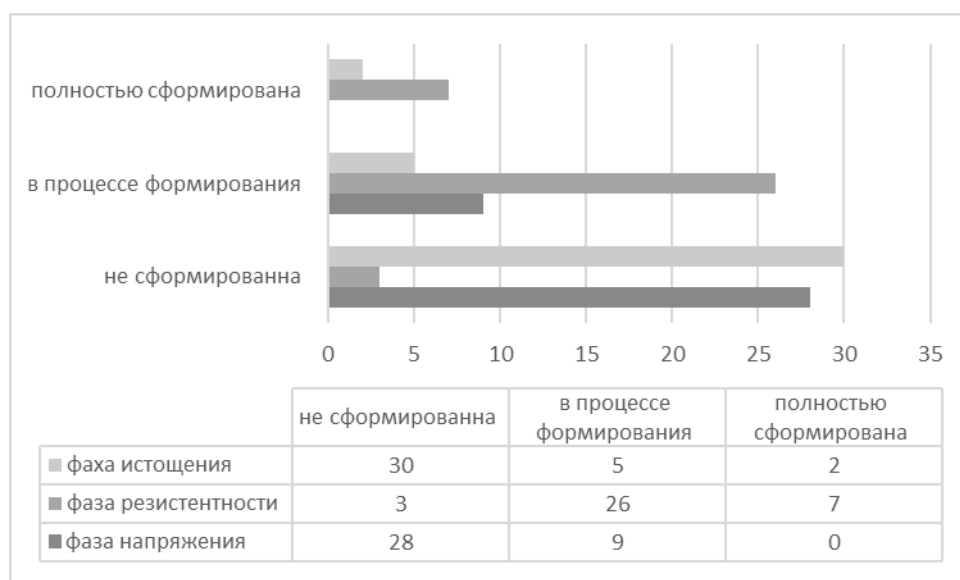


Рис. 15. Результаты диагностики уровней профессионального выгорания после проведения групповых консультаций

Результаты проведенного исследования на контрольном этапе позволили нам выявить низкие показатели по основным фазам, представленным в данной методике. Так, фаза напряжения не сформирована у большинства испытуемых, что говорит о том, что они не испытывают дискомфорта в рабочей атмосфере, так же фаза резистентности в процессе формирования у большинства испытуемых (26), что говорит о высокой готовности врачей сопротивляться возникающим трудностям в профессиональной деятельности и неожиданным ситуациям, связанными с рисками их профессии. Также у 30 врачей не сформирована фаза истощения – что свидетельствует о положительной динамике групповых консультаций в рамках нашего исследования.

### **Результаты исследования опросника «Способы совладающего поведения» (Р. Лазарус)**

По результатам данного опросника было выявлено, что внедрение группового консультирования с целью преодоления СЭВ у врачей выявилась положительная направленность в динамике таких критериев, как индивидуально-личностный и регулятивный. Результаты, полученные в ходе

исследования, представлены в Рисунке 16.

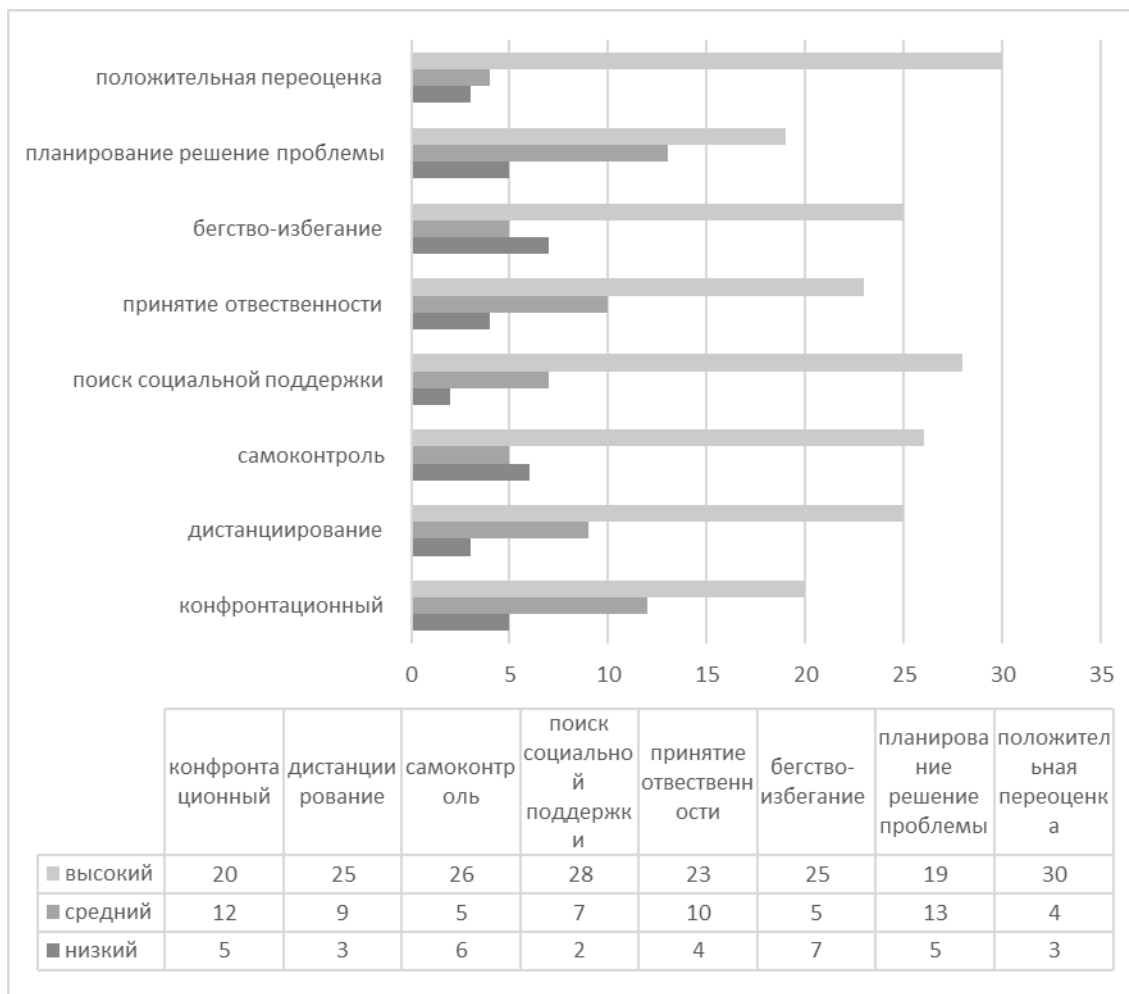


Рис. 16. Распределение результатов врачей после проведения группового консультирования эксперимента по данным опросника «Способы совладающего поведения» (Р. Лазарус)

Анализ данных, представленных на Рисунке 15 позволяет сделать следующие выводы:

1. Исследование выраженности стратегии конфронтационного копинга у врачей показало, что 5 специалистов, принявших участие в групповом консультировании, имеют низкие значения, а значит, выявлена положительная динамика, по сравнению с констатирующим этапом (6 человек). Эти испытуемые выбирают не рисковать в своей деятельности и не выражать сопротивление в спорных ситуациях слишком активно. Средний уровень имеют 12 специалистов (по сравнению с прежним уровнем 28

человек)

– умеренное желание отстаивать свою точку зрения при возникших

конфликтах и спорных ситуациях. И теперь 20 врачей (из прежних 3) набрали высокие значения по данной шкале – часто выбирают в своем поведении определенную степень готовности к риску по изменению ситуации.

2. Исследование выраженности стратегии дистанцирования у врачей показало, что 3 специалиста, принявших участие в групповом консультировании, теперь имеют низкие значения, и, сталкиваясь с проблемной ситуацией не стремятся абстрагироваться от нее, а наоборот – максимально включаются в происходящее. Большинство специалистов (25 человек) имеют высокие показатели и предпочитают абстрагироваться от проблемы, не включаться эмоционально и не отождествлять себя с проблемой, частичное дистанцирование выявлено у 9 испытуемых, при этом они не забывают о проблеме полностью и стремятся оптимально решить ее.

3. Исследование выраженности стратегии самоконтроля у врачей показало, что в результате группового консультирования у 6 испытуемых низкие значения (по сравнению с констатирующим этапом – 5 испытуемых), что может свидетельствовать о наличии у них проблем с саморегуляцией и совладением с собственными чувствами. Также 5 специалистов имеют средние показатели по самообладанию (на констатирующем этапе их было выявлено 27) и 26 респондентов имеют высокие значения (в отличие от констатирующего этапа – 5 испытуемых) – это указывает на положительные сдвиги в рамках группового консультирования, результатом которого является желание респондентов контролировать свои реакции и мысли.

4. Исследование выраженности стратегии поиска социальной поддержки у врачей показало, что 2 испытуемых имеют низкие значения и не обращаются к социальным ресурсам для разрешения проблемной ситуации, при этом 7 врачей имеют средние значения и не отрицают важность

социальной поддержки, сталкиваясь с трудностями, а также 28 врачей демонстрируют высокие значения, что говорит о попытках разрешения проблемы за счет привлечения внешних ресурсов. Это подтверждает значимость группового консультирования как эффективного средства.

5. Исследование выраженности стратегии принятия ответственности у врачей показало, что 4 специалиста все же имеют низкие показатели и стремятся к избеганию ответственности за свои действия. У 10 врачей выявлены средние значения – признание своей роли в возникновении проблемы и принятие ответственности за ее решение, а также 23 испытуемых (составляющее большинство по данной шкале) имеют высокие значения – им присуще чувство повышенной ответственности.

6. Исследование выраженности стратегии бегства-избегания у врачей показало, что 7 испытуемых имеют низкие значения (не стараются отрицать проблему и избегать поисков ее решения), 5 врачей имеют средние значения, и 25 врачей имеют высокие значения.

7. Исследование выраженности стратегии планирования решения проблемы у врачей после группового консультирования показало, что у 5 врачей низкие значения – они стремятся откладывать решение возникающих проблем. У 13 врачей выявлены средние показатели – преодолевают возникающие трудности за счет целенаправленного анализа ситуации и выработки стратегии разрешения проблемы при необходимости. И у 19 специалистов выявлены высокие значения – это говорит о том, что эти специалисты направляют всю свою концентрацию на планирование собственных действий для решения проблемы с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов.

8. Исследование выраженности стратегии положительной переоценки у врачей, принявших участие в групповом консультировании, выявило наличие у 3 врачей низкий уровень – они склонны не замечать плюсов в сложившейся ситуации и сосредотачивать свое внимание непосредственно на возникшие трудности. Также 4 специалиста имеют



средние значения и предпринимают попытки справиться с негативными переживаниями в связи с проблемой за счет ее положительного переосмысления. У большинства испытуемых – 30 врачей выявлены высокие значения – они смело встречают трудности, рассматривая их как стимул для личностного роста и профессионального развития.

### Результаты методики «Интегральная удовлетворенность трудом»

С целью изучения уровня удовлетворенности трудом врачей отделений хирургии и анестезиологии-реаниматологии после проведения групповых консультаций, мы вновь использовали методику «Интегральная удовлетворенность трудом». Полученные результаты мы представили на Рисунке 17.

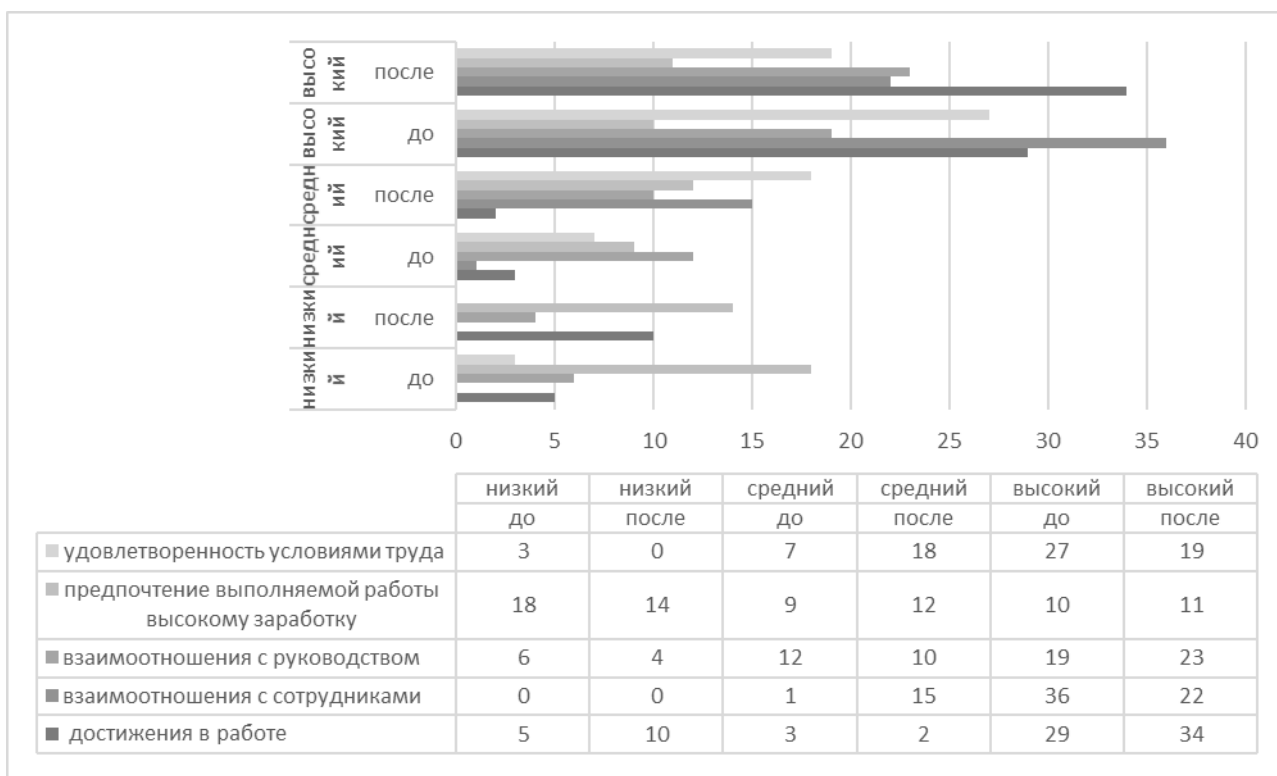


Рис. 17. Результаты исследования удовлетворенности врачей своим трудом после проведения групповых консультаций.

Анализ данных, представленных на Рисунке 16 в рамках контрольного

эксперимента позволяет сделать следующие выводы:

1. Исследование удовлетворенности достижениями в работе показало полное отсутствие специалистов с низкими значениями. У 2 специалистов выявлены средние значения, и большинство (34 специалиста) высоко оценивающих свой вклад и достижения за время профессиональной деятельности. Большая часть коллектива удовлетворена своими успехами.

2. Исследование удовлетворенности отношениями с сотрудниками показало, что у большинства специалистов (22 испытуемых) выявлены высокие значения, что говорит о благоприятной атмосфере в рабочем коллективе и о хороших взаимоотношениях, сложившихся у коллег друг с другом. Только у 15 врачей средние показатели (стабильные чисто профессиональные взаимоотношения), и ни одного врача с низкими показателями выявлено на контрольном этапе исследования не было.

3. Исследование удовлетворенности отношениями с руководством у врачей показало, что у 4 специалистов низкие значения – имеют выраженное желание поменять что-то во взаимодействии с руководством. 10 специалистов имеют средние значения, не имея при этом претензий к руководству. Большинство врачей (23) довольны теми отношениями, которые сложились у них с руководством. Большая часть коллектива удовлетворена отношениями с руководством.

4. Исследование предпочтения выполняемой работы высокому заработку у врачей показало, что среди респондентов у 14 специалистов низкие значения, что показывает неудовлетворенность оплатой своего труда. 12 врачей имеют средние значения и считают, что заработная плата не является самым важным компонентом в деятельности врача. И только у 11 врачей оплата труда устраивает и соответствует их ожиданиям.

5. Исследование удовлетворенности условиями труда показало высокие значения у большинства врачей, принявших участие в исследовании - 19, что свидетельствует о комфортном самоощущении врачей на своем рабочем месте. 18 респондентов составили количество специалистов,

имеющих средние значения удовлетворённости условиями труда, и не имеют замечаний или идей по улучшению условий ни один испытуемый.

Таким образом, на контрольном этапе нашего исследования было обследовано 37 специалистов – врачей-хирургов и анестезиологов. В ходе эмпирического исследования были получены достоверные данные о наличии признаков эмоционального выгорания и их связи с личностными особенностями врачей, а также особенностями их профессиональной деятельности.

Для проведения корреляционного анализа с целью установления взаимосвязей между показателями профессионального выгорания с личностными особенностями врачей, особенностями их профессиональной деятельности и результатами проведения групповых консультаций мы использовали коэффициент Пирсона. Для обоснованного выбора коэффициента линейной корреляции была выполнена проверка нормальности распределения результатов наблюдений при помощи критерия Колмогорова-Смирнова.

Расчёт статистического критерия был проведён в программе IBM SPSS Statistics 22.

В ходе корреляционного анализа были выявлены следующие статистически значимые взаимосвязи:

Деперсонализация – психоэмоциональное истощение ( $R= 0,86, p<0,01$ ). Между этими показателями обнаружена положительная взаимосвязь, то есть, чем более выражено психоэмоциональное истощение, тем более формальными становятся отношения специалистов с клиентами и коллегами.

Редукция личных достижений – психоэмоциональное истощение ( $R= 0,72, p<0,01$ ). Между этими показателями также обнаружена положительная взаимосвязь, то есть, чем более выражено психоэмоциональное истощение, тем ниже вера врача в собственные силы, в способность решать профессиональные проблемы, выше уровень недовольства собой, негативного самовосприятия в профессиональной сфере.

Редукция личных достижений – деперсонализация ( $R= 0,59, p<0,01.$ ) Между этими показателями выявлена средняя по силе положительная корреляция, что свидетельствует о том, что, чем выше у врача уровень недовольства собой в профессиональной деятельности, уровень обесценивания своей деятельности, тем больше он склонен к сокращению и формализации контактов с окружающими.

Поиск социальной поддержки – психоэмоциональное истощение ( $R= -0,4, p<0,05$ ). Между этими показателями выявлена умеренная по силе отрицательная корреляция. Это свидетельствует о том, что существует обратная взаимосвязь между психоэмоциональным истощением и выбором в эмоционально напряженных ситуациях стратегии привлечения социальных ресурсов, поиска поддержки социального окружения.

Поиск социальной поддержки – деперсонализация ( $R= -0,39, p<0,05$ ). Между этими показателями выявлена умеренная по силе отрицательная корреляция. Это свидетельствует о том, что существует обратная взаимосвязь между деперсонализацией и выбором в эмоционально напряженных ситуациях стратегии привлечения социальных ресурсов, поиска поддержки социального окружения.

Поиск социальной поддержки – редукция личностных достижений ( $R= -0,43, p<0,01$ ) Между этими показателями выявлена умеренная по силе отрицательная корреляция. Это свидетельствует о том, что существует обратная взаимосвязь между редукцией личностных данных и выбором в эмоционально напряженных ситуациях стратегии привлечения социальных ресурсов, поиска поддержки социального окружения.

Поиск социальной поддержки – дистанцирование ( $R= -0,41, p<0,01$ ). Между этими показателями выявлена умеренная по силе отрицательная корреляция. Это свидетельствует о том, что существует обратная взаимосвязь между дистанцированием и выбором в эмоционально напряженных ситуациях стратегии привлечения социальных ресурсов, поиска поддержки социального окружения.

Принятие ответственности – конфронтационный копинг ( $R= 0,32$ ,  $p<0,05$ ). Между этими показателями обнаружена положительная взаимосвязь, то есть, чем более выражено признание своей роли в возникновении проблемы, тем ярче проявляется склонность врача к активному противостоянию трудностям, осуществлению конкретных действий, направленных либо на изменение ситуации, либо на отреагирование негативных эмоций в связи с возникшими трудностями.

Принятие ответственности – самоконтроль ( $R= 0,42$ ,  $p<0,01$ ). Между этими показателями обнаружена положительная взаимосвязь, то есть, чем более склонен врач к признанию своей роли в возникновении проблемы и ответственности за ее решение, тем больше он склонен к самоконтролю.

Бегство-избегание – психоэмоциональное истощение ( $R= 0,46$ ,  $p<0,01$ ). Между этими показателями обнаружена положительная взаимосвязь, то есть, чем более врач склонен к избеганию негативных переживаний и трудностей, тем сильнее у него будет выражено психоэмоциональное истощение.

Бегство-избегание – деперсонализация ( $R= 0,55$ ,  $p<0,01$ ). Между этими показателями обнаружена положительная взаимосвязь, то есть, чем больше специалист склонен к избеганию негативных переживаний и трудностей, тем больше он склонен к личностному дистанцированию, уменьшению контактов сокружающими.

Бегство-избегание – конфронтационный копинг ( $R=0,35$ ,  $p<0,05$ ). Между этими показателями обнаружена положительная взаимосвязь, то есть, чем больше врач склонен к избеганию негативных переживаний, тем больше он импульсивен в поведении, проявляет враждебность.

Бегство-избегание – дистанцирование ( $R= 0,48$ ,  $p<0,01$ ). Между этими показателями обнаружена положительная взаимосвязь, то есть, чем больше врач склонен к избеганию негативных переживаний и трудностей, тем больше его субъективное снижение их значимости и степени эмоциональной вовлеченности в них.

Планирование решения проблемы – психоэмоциональное истощение

(R=

-0,45,  $p < 0,01$ ). Между этими показателями выявлена умеренная по силе отрицательная корреляция. Следовательно, чем более специалист склонен решать проблемы, используя всесторонний анализ ситуации и разных способов поведения, он испытывает психоэмоциональное истощение.

Планирование решения проблемы – деперсонализация (R= -0,32,  $p < 0,05$ ). Между этими показателями выявлена умеренная по силе отрицательная корреляция. Следовательно, чем более специалист склонен решать проблемы, используя всесторонний анализ ситуации и разных способов поведения, тем менее он склонен к сокращению контактов с окружающими.

Планирование решения проблемы – редукция личностных достижений (R= -0,67,  $p < 0,01$ ). Между этими показателями выявлена умеренная по силе отрицательная корреляция. Следовательно, чем более врач склонен решать проблемы, используя всесторонний анализ ситуации и разных способов поведения, тем менее он склонен испытывать чувство некомпетентности в своей работе и недовольство собой.

Планирование решения – поиск социальной поддержки (R= 0,64,  $p < 0,01$ ). Между этими показателями выявлена средняя по силе положительная корреляция, что свидетельствует о том, что специалисты, решающие проблемы, используя всесторонний анализ ситуации и разных способов поведения склонны привлекать дополнительные ресурсы из вне.

Планирование решения – принятие ответственности (R= 0,43,  $p < 0,01$ ). Между этими показателями выявлена средняя по силе положительная корреляция, что свидетельствует о том, что специалист склонный решать проблемы, используя всесторонний анализ ситуации и разных способов поведения, более склонен к осознанию роли в возникшей проблеме и ответственности за ее решение.

Положительная переоценка – редукция личностных достижений (R= -0,39,  $p < 0,05$ ). Между этими показателями выявлена умеренная по силе

отрицательная корреляция. Следовательно, чем более врач склонен преодолевать негативные переживаний в связи с проблемой за счет ее положительного переосмысления, тем менее он склонен испытывать чувство некомпетентности в своей работе и недовольство собой.

Положительная переоценка – самоконтроль ( $R= 0,44$ ,  $p<0,01$ ). Между этими показателями выявлена средняя по силе положительная корреляция.

Следовательно, чем более врач склонен преодолевать негативные переживаний в связи с проблемой за счет ее положительного переосмысления, тем более он склонен к саморегуляции своих состояний.

Положительная переоценка – поиск социальной поддержки ( $R= 0,7$ ,  $p<0,01$ ). Между этими показателями выявлена сильная положительная корреляция. Следовательно, чем больше врач склонен к положительному переосмыслению проблемы, тем более он склонен к поиску социальных ресурсов и поддержки для решения проблем.

Положительная переоценка – принятие ответственности ( $R= 0,37$ ,  $p<0,05$ ). Между этими показателями выявлена средняя по силе положительная корреляция. Следовательно, чем больше специалист склонен к положительному переосмыслению проблемы, тем более он склонен к принятию ответственности.

Положительная переоценка – планирование решения проблемы ( $R= 0,77$ ,  $p<0,01$ ). Между этими показателями выявлена сильная положительная корреляция. Следовательно, чем более врач склонен решать проблемы, используя всесторонний анализ ситуации и разных способов поведения, тем более он склонен к положительному переосмыслению проблемы.

Оценка – принятие ответственности ( $R= -0,35$ ,  $p<0,05$ ). Между этими показателями выявлена умеренная по силе отрицательная корреляция. Следовательно, чем более специалист склонен к принятию ответственности, тем более он склонен к критическому отношению к себе.

Сила – психоэмоциональное истощение ( $R= -0,56$ ,  $p<0,01$ ). Между этими показателями выявлена средняя по силе отрицательная корреляция.

Следовательно, чем более высокой уверенностью в своих силах обладает специалист, тем менее он склонен к психоэмоциональному истощению.

Сила – деперсонализация ( $R = -0,52, p < 0,01$ ). Между этими показателями выявлена средняя по силе обратная взаимосвязь. Следовательно, чем более высокой уверенностью в своих силах обладает врач, тем менее он склонен личностному отдалению и уменьшению контактов с окружающими.

Сила – редукция личностных достижений ( $R = -0,5, p < 0,01$ ). Между этими показателями выявлена средняя по силе обратная взаимосвязь. Следовательно, чем более высокой уверенностью в своих силах обладает врач, тем менее он склонен испытывать чувство некомпетентности в своей работе.

Сила – бегство-избегание ( $R = -0,49, p < 0,01$ ). Между этими показателями выявлена умеренная по силе обратная взаимосвязь. Следовательно, чем более высокой уверенностью в своих силах обладает специалист, тем менее он склонен избегать трудности и негативные личностные переживания.

Сила – планирование решения проблем ( $R = 0,34, p < 0,05$ ). Между этими показателями выявлена умеренная по силе положительная корреляция. Следовательно, чем более высокой уверенностью в своих силах обладает врач, тем более он склонен решать проблемы, используя всесторонний анализ ситуации и разных способов поведения.

Сила – оценка ( $R = 0,38, p < 0,05$ ). Между этими показателями выявлена умеренная по силе положительная корреляция. Следовательно, чем более высокой уверенностью в своих силах обладает врач, тем более он склонен понимать себя как носителя позитивных характеристик.

Активность – оценка ( $R = 0,38, p < 0,05$ ). Между этими показателями выявлена умеренная по силе положительная корреляция. Следовательно, чем более выражены экстравертированные черты личности у специалиста, тем более он склонен понимать себя как носителя социально-желательных



характеристик.

Удовлетворенность достижениями в работе – психоэмоциональное истощение ( $R = -0,55$ ,  $p < 0,01$ ). Между этими показателями выявлена средняя по силе обратная взаимосвязь. Следовательно, чем выше у специалиста удовлетворенность достижениями в работе, тем ниже его психоэмоциональное истощение.

Удовлетворенность достижениями в работе – деперсонализация ( $R = -0,4$ ,  $p < 0,01$ ). Между этими показателями выявлена умеренная по силе обратная взаимосвязь. Следовательно, чем выше удовлетворенность достижениями в работе специалиста, тем ниже склонность к личностному дистанцированию и уменьшению контактов с окружающими.

Удовлетворенность достижениями в работе – редукция личностных достижений ( $R = -0,7$ ,  $p < 0,01$ ). Между этими показателями выявлена сильная обратная взаимосвязь. Следовательно, чем выше удовлетворенность достижениями в работе врача, тем ниже склонность испытывать чувство некомпетентности и недовольства своим трудом.

Удовлетворенность достижениями в работе – поиск социальной поддержки ( $R = 0,41$ ,  $p < 0,05$ ). Между этими показателями выявлена умеренная по силе положительная корреляция. Следовательно, чем выше удовлетворенность достижениями в работе врача, тем выше его склонность привлекать социальные ресурсы для решения проблем.

Удовлетворенность достижениями в работе – планирование решения проблем ( $R = 0,59$ ,  $p < 0,01$ ). Между этими показателями выявлена средняя по силе положительная корреляция. Следовательно, чем выше удовлетворенность достижениями в работе врача, тем более он склонен решать проблемы за счет целенаправленного анализа ситуации.

Удовлетворенность достижениями в работе – положительная переоценка ( $R = 0,49$ ,  $p < 0,01$ ). Между этими показателями выявлена умеренная по силе положительная корреляция. Следовательно, чем выше удовлетворенность достижениями в работе специалиста, тем больше он

склонен преодолевать негативные переживания.

Удовлетворенность достижениями в работе – сила ( $R= 0,49, p<0,01$ ). Между этими показателями выявлена умеренная по силе положительная корреляция. Следовательно, чем выше удовлетворенность достижениями в работе врача, тем выше его уверенность в собственных силах.

Удовлетворенность взаимоотношениями с сотрудниками - редукция личностных достижений ( $R= -0,36, p<0,05$ ). Между этими показателями выявлена умеренная по силе обратная взаимосвязь. Следовательно, чем выше удовлетворенность взаимоотношениями с сотрудниками, тем ниже склонность испытывать чувство некомпетентности и недовольства своим трудом.

Удовлетворенность взаимоотношениями с коллегами – планирование решения проблемы ( $R=0,37, p<0,05$ ). Между этими показателями выявлена умеренная по силе положительная корреляция. Следовательно, чем выше удовлетворенность взаимоотношениями с коллегами, тем более специалист склонен решать проблемы используя всесторонний анализ ситуации и разных способов поведения.

Удовлетворенность взаимоотношениями с руководством – редукция личностных достижений ( $R= -0,4, p<0,05$ ). Между этими показателями выявлена умеренная по силе обратная взаимосвязь. Следовательно, чем выше удовлетворенность взаимоотношениями с руководством, тем ниже склонность врача испытывать чувство некомпетентности и недовольства своим трудом.

Удовлетворенность взаимоотношениями с руководством – поиск социальной поддержки ( $R= 0,51, p<0,01$ ). Между этими показателями выявлена средняя по силе положительная корреляция. Следовательно, чем выше удовлетворенность взаимоотношениями с руководством, тем выше склонность врача привлекать социальные ресурсы для решения проблем.

Удовлетворенность взаимоотношениями с руководством – планирование решения проблемы ( $R= 0,39, p<0,05$ ). Между этими

показателями выявлена умеренная по силе положительная корреляция. Следовательно, чем выше удовлетворенность взаимоотношениями с руководством, тем больше специалист склонен к решать проблемы за счет целенаправленного анализа ситуации.

Удовлетворенность взаимоотношениями с руководством – положительная переоценка ( $R=0,51$ ,  $p<0,01$ ). Между этими показателями выявлена средняя по силе положительная корреляция. Следовательно, чем выше удовлетворенность взаимоотношениями с руководством, тем более врач склонен преодолевать негативные переживания в связи с проблемой за счет ее положительного переосмысления.

Удовлетворенность взаимоотношениями с руководством – удовлетворенность достижениями в работе ( $R=0,43$ ,  $p<0,01$ ). Между этими показателями выявлена умеренная по силе положительная корреляция. Следовательно, чем выше удовлетворенность взаимоотношениями с руководством, тем больше удовлетворенность достижениями в работе.

Предпочтение выполняемой работы высокому заработку – психоэмоциональное истощение ( $R=-0,48$ ,  $p<0,01$ ). Между этими показателями выявлена умеренная по силе обратная взаимосвязь. Следовательно, чем сильнее врач предпочитает выполняемую работу высокому заработку, тем менее он склонен испытывать психоэмоциональное истощение.

Предпочтение выполняемой работы высокому заработку – деперсонализация ( $R=-0,42$ ,  $p<0,01$ ). Между этими показателями выявлена умеренная по силе обратная взаимосвязь. Следовательно, чем более специалист предпочитает выполняемую работу высокому заработку, тем менее он склонен к личностному дистанцированию, уменьшению контактов с окружающими.

Предпочтение выполняемой работы высокому заработку – редукция личностных достижений ( $R=-0,42$ ,  $p<0,01$ ). Между этими показателями выявлена умеренная по силе обратная взаимосвязь. Следовательно, врачи,

предпочитающие выполняемую работу высокому заработку менее склонны испытывать чувство некомпетентности в своей работе, уменьшению ценности своей деятельности.

Предпочтение выполняемой работы высокому заработку – сила ( $R=0,37$ ,  $p<0,05$ ). Между этими показателями выявлена умеренная по силе положительная корреляция. Следовательно, врачи, предпочитающие выполняемую работу высокому заработку склонны испытывать уверенность в своих силах.

Предпочтение выполняемой работы высокому заработку – удовлетворенность достижениями в работе ( $R=0,57$ ,  $p<0,01$ ). Между этими показателями выявлена средняя по силе положительная корреляция.

Следовательно, специалисты, не предпочитающие высокий заработок склонны быть удовлетворенными достижениями на работе.

Предпочтение выполняемой работы высокому заработку – удовлетворенность взаимоотношениями с руководством ( $R=0,35$ ,  $p<0,05$ ). Между этими показателями выявлена умеренная по силе положительная корреляция. Следовательно, специалисты, предпочитающие выполняемую работу высокому заработку склонны быть удовлетворенными взаимоотношениями с руководством.

Таким образом, на контрольном этапе нашего исследования было обследовано 37 специалистов – врачей-хирургов и анестезиологов. В ходе эмпирического исследования были получены достоверные данные о наличии признаков эмоционального выгорания и их связи с личностными особенностями врачей, а также особенностями их профессиональной деятельности.

Таким образом, высказанные в нашем исследовании гипотезы нашли свое подтверждение. На основании проведенного эмпирического исследования была разработана программа групповых консультаций. Результаты внедрения группового консультирования позволили нам получить достоверные данные о положительной динамике групповых

консультаций в качестве эффективного средства борьбы и профилактики с синдромом эмоционального выгорания.

Итоговый уровень эмоционального выгорания врачей на основании проведенного исследования в рамках контрольного этапа представлен ниже.

Обобщая результаты методик диагностики эмоционального выгорания, мы решили представить гистограмму с различной степенью выраженности синдрома эмоционального выгорания у врачей до и после группового консультирования (см. Рисунок 18).

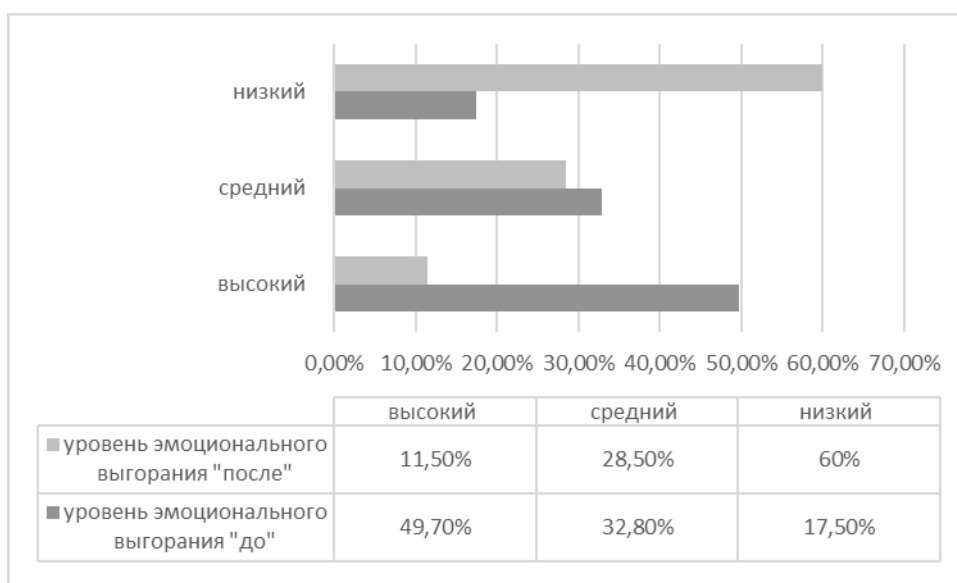


Рис. 18. Распределение врачей по уровням синдрома эмоционального выгорания «до» и «после» проведения группового консультирования (в %)

Из представленного нами рисунка видно, что групповое консультирование положительно сказалось на уровнях синдрома эмоционального выгорания врачей.

Тем не менее, высокий уровень эмоционального выгорания выявлен у 11,5% врачей. И хотя его показатели значительно снизились, все же для этих врачей характерны такие проявления, как: общее психическое истощение, раздражительность, вспыльчивость, агрессия, полная безынициативность, выраженное недовольство внутренним состоянием, нежелание что-то изменить, неудовлетворенность собственной работой, неудовлетворенность собой, как профессионалом.

Средний уровень эмоционального выгорания выявлен у 28,5% врачей. Для них характерно: частая смена настроения без видимых причин, опасение за свое состояние, вынужденная мера по попытке что-либо изменить, значительное снижение стремлений в получении профессиональных достижений, снижение профессиональной самооценки, отсутствие направленности к способности самоконтроля собственной регуляции поведения в критических ситуациях, растущее внутреннее равнодушие к своей профессиональной деятельности; частичное проявление инициативности (в основном, в ситуациях, не требующих больших затрат внутренних ресурсов).

Низкий уровень выявлен у 60% врачей (наименьшее количество респондентов). Эти врачи имеют следующие проявления: психоэмоциональная стабильность, положительный фон настроения, сохранность поиска внутренних источников для решения внутриличностных проблем, собственная стабильность внутреннего состояния, получение истинного удовольствия от своей деятельности, проявление высокого интереса к своей деятельности, заинтересованность в карьерном росте, хороший самоконтроль и саморегуляция, полная самоотдача, высокое стремление показать себя с лучшей стороны, быть полезным, глубокая преданность своей профессии.

В рамках проведенного исследования, считаем, что в данном случае для поддержки и устранения низкого уровня общего эмоционального выгорания у врачей рекомендуются групповые консультации на преодоление внутренних барьеров.

Групповые консультации позволят принять окружающую действительность и повысить уровень устойчивости в возникающих стрессовых ситуациях (которые закономерны в рамках данной профессии), а также позволят воздействовать на формирование конкретных практических навыков в преодолении синдрома эмоционального выгорания.

## Выводы по Главе II

Опираясь на результаты исследования, можем сделать следующие выводы:

Эмпирическое исследование синдрома эмоционального выгорания у врачей проводилось на базе КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона». Общее количество испытуемых составило 37 человек, из которых 14 мужчины и 23 женщины, в возрасте от 20 лет до 51 года.

После анализа теоретической литературы мы выделили критерии синдрома эмоционального выгорания: психоэмоциональный, индивидуально-личностный, личностно-профессиональный, регулятивный и профессиональная мотивация.

Для сбора эмпирических данных были использованы следующие методики: опросник на определение уровня психического выгорания МВІ в интерпретации Н.Е. Водопьяновой, методика «Диагностика уровня эмоционального выгорания» В.В.Бойко; опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса в адаптации Вассермана, тест Интегральная удовлетворенность трудом А.В. Батрашева; методика «Личностный Дифференциал».

На этапе констатирующего эксперимента, проанализировав все результаты по проведённым методикам, можно увидеть общий уровень эмоционального выгорания врачей: высокий уровень эмоционального выгорания выявлен у большинства врачей – 49,7%. Для этих врачей характерны такие проявления, как: общее психическое истощение, раздражительность, вспыльчивость, агрессия, полная безынициативность, выраженное недовольство внутреннею состоянием, нежелание что-то изменить, неудовлетворенность собственной работой, неудовлетворенность собой, как профессионалом, пренебрежение основными обязанностями, неспособность противостоять внешним стрессам и неудачам, значительные

трудности самоконтроля и саморегуляции, проявляют пренебрежение к работе, полное и открытое разочарование в профессии; демонстрируют проявление пустой амбициозности или полной безынициативности.

Средний уровень эмоционального выгорания выявлен у 32,8% врачей. Для них характерно: частая смена настроения без видимых причин, опасение за свое состояние, вынужденная мера по попытке что-либо изменить, значительное снижение стремлений в получении профессиональных достижений, снижение профессиональной самооценки, отсутствие направленности к способности самоконтроля собственной регуляции поведения в критических ситуациях, растущее внутреннее равнодушие к своей профессиональной деятельности; частичное проявление инициативности (в основном, в ситуациях, не требующих больших затрат внутренних ресурсов).

Низкий уровень выявлен у 17,5% врачей (наименьшее количество респондентов). Эти врачи имеют следующие проявления: психоэмоциональная стабильность, положительный фон настроения, сохранность поиска внутренних источников для решения внутриличностных проблем, собственная стабильность внутреннего состояния, получение истинного удовольствия от своей деятельности, проявление высокого интереса к своей деятельности, заинтересованность в карьерном росте, хороший самоконтроль и саморегуляция, полная самоотдача, высокое стремление показать себя с лучшей стороны, быть полезным, глубокая преданность своей профессии. Таким образом, каждый четвертый врач нуждается в поддержке и внимании, так как самостоятельно справиться с эмоциональным выгоранием они не могут, то нуждаются в помощи в рамках психологического группового консультирования.

При разработке программы была выбрана форма группового консультирования. Групповое консультирование имеет большие возможности: одновременная работа со всеми участниками, отсутствие ощущения «изгоя», получение эмоциональной поддержки и конструктивной



обратной связи, коррекция самовосприятия и самооценки, обучение новым моделям реагирования и поведения, обучения навыкам самоподдержки. Включая различные техники и упражнение в процесс группового консультирования, мы можем помочь участнику более свободно выражать свои чувства и эмоции; понимать себя и свои желания; легко обмениваться невербальным опытом; учиться слышать свое «Я» и осознавать внутренние переживания через вербализацию образов и т.п. Таким образом, была создана программа групповых консультаций врачей по преодолению (снижению) синдрома эмоционального выгорания. Программа включает в себя 14 тематических встреч, каждая из которых несет определенную смысловую нагрузку и подчиняется единой общей цели – преодолению (или снижению) эмоционального выгорания у врачей.

Рассматривая общие результаты динамики развития СЭВ после формирующего эксперимента, мы видим существенные изменения на всех уровнях выгорания. Тем не менее, высокий уровень эмоционального выгорания выявлен у 11,5% врачей. И хотя его показатели значительно снизились, все же для этих врачей характерны такие проявления, как: общее психическое истощение, раздражительность, вспыльчивость, агрессия, полная безынициативность, выраженное недовольство внутренним состоянием, нежелание что-то изменить, неудовлетворенность собственной работой, неудовлетворенность собой, как профессионалом.

Средний уровень эмоционального выгорания выявлен у 28,5% врачей. Для них характерно: частая смена настроения без видимых причин, опасение за свое состояние, вынужденная мера по попытке что-либо изменить, значительное снижение стремлений в получении профессиональных достижений, снижение профессиональной самооценки, отсутствие направленности к способности самоконтроля собственной регуляции поведения в критических ситуациях, растущее внутреннее равнодушие к своей профессиональной деятельности; частичное проявление инициативности (в основном, в ситуациях, не требующих больших затрат

внутренних ресурсов).

Низкий уровень выявлен у 60% врачей (наименьшее количество респондентов). Эти врачи имеют следующие проявления: психоэмоциональная стабильность, положительный фон настроения, сохранность поиска внутренних источников для решения внутриличностных проблем, собственная стабильность внутреннего состояния, получение истинного удовольствия от своей деятельности, проявление высокого интереса к своей деятельности, заинтересованность в карьерном росте, хороший самоконтроль и саморегуляция, полная самоотдача, высокое стремление показать себя с лучшей стороны, быть полезным, глубокая преданность своей профессии.

В рамках проведенного исследования, считаем, что в данном случае для поддержки и устранения низкого уровня общего эмоционального выгорания у врачей рекомендуются групповые консультации на преодоление внутренних барьеров.

Групповые консультации позволят принять окружающую действительность и повысить уровень устойчивости в возникающих стрессовых ситуациях (которые закономерны в рамках данной профессии), а также позволят воздействовать на формирование конкретных практических навыков в преодолении синдрома эмоционального выгорания.

Статистическая обработка полученных результатов с применением Т-критерия Вилкоксона показала достоверность различий в уровнях эмоционального выгорания офисных сотрудников до и после формирующего эксперимент на 99% уровне значимости. Таким образом, можно сделать вывод, что реализованная программа положительным образом сказалась на участниках группы, снизив общий уровень СЭВ и его отдельных факторов, что подтверждает выдвинутую нами гипотезу.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В первой главе выпускной квалификационной работы рассматривались теоретические основы синдрома эмоционального выгорания. Анализ литературы по выбранной проблеме позволил заключить, что формирование данного синдрома может быть связано с индивидуальными, организационными, социально-психологическими факторами.

Также были подробно изучены, признаки проявления синдрома эмоционального выгорания, которые могут выражаться в обычной усталости и плохом самочувствии и даже до потери интереса к работе и коллегам, злоупотребление вредными привычками, и рассмотрены три стадии его прохождения: приглушение эмоций, апатия к другим людям, к коллегам, равнодушие ко всему окружающему.

Основной причиной синдрома эмоционального выгорания является комбинация целого ряда факторов, но индивидуальная ситуация профессионального развития может усугублять или, наоборот, сглаживать их влияние.

Рассмотрев симптомы проявления и стадии процесса эмоционального выгорания, можно сказать о том, что выявить синдром выгорания на ранних этапах сложно, поскольку сначала складывается впечатление о том, что человек находится в обычной усталости от трудовой нагрузки или иных факторов. Но даже при таких, казалось бы, мало значимых проявлениях, не стоит забывать как работнику, так и работодателю, о том, что это уже является сигналом, чтобы помочь данному человеку и предотвратить дальнейшее развитие у него эмоционального выгорания

Профессиональная деятельность врачей хирургов, анестезиологов и реаниматологов зачастую бывает связана со специфическими, неблагоприятными условиями, которые тесно связаны с высокой психологической и физиологической нагрузкой на организм.

Сложность задач, стоящих перед хирургами, анестезиологами и

реаниматологами в свою очередь, предъявляет высокие требования к уровню профессионализма и личностным качествам специалистов. Врачи, работающие в отделениях хирургии, анестезиологии-реаниматологии каждый день вовлечены в длительное общение с людьми, в ходе оперативного вмешательства, направленного на улучшение качества жизни пациента или её спасения, врачу приходится принимать быстрые и ответственные решения, от которых зависит здоровье и жизнь другого человека.

Эмпирическое исследование синдрома эмоционального выгорания у врачей проводилось на базе КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона» в рамках написания выпускной квалификационной работы в течение одного года.

Для проверки выдвинутой гипотезы и достижения поставленной цели исследования была сформирована целевая группа, в которую вошли врачи больницы №20, работающие в хирургическом отделении, а также отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.

Проведение диагностики эмоционального выгорания у врачей, работающих в отделениях хирургии и анестезиологии-реаниматологии при помощи методики К. Маслач и С. Джексон показало наличие профессиональной деформации различной степени выраженности. Несмотря на то, что процент специалистов с крайне выраженными и высокими показателями эмоционального выгорания существенно ниже, чем тех, у кого симптомы выражены незначительно, мы можем говорить о том, что у врачей, принявших участие в исследовании, обнаружены симптомы эмоционального выгорания.

Около 37% обследованных нами методикой Бойко врачей имеют серьёзный риск или уже сформированный синдром эмоционального выгорания и почти четверть выборки обнаруживают склонность к его формированию.

Задачи консультативной работы, направленные на изменения в

когнитивной сфере, были определены следующим образом:

- осознание стереотипных для участника паттернов осознанного и эмоционального поведения в конкретных ситуациях и формирование новых навыков;

- выделение конкретных ситуаций, связанных с профессиональной деятельностью, которые являются причиной негативных переживаний, беспокойства, формируют предпосылки для развития синдрома эмоционального выгорания. Осознание этого фактора и тем самым снижение тревожности;

- выявление и осознание характерных механизмов совладающего поведения и психологических защит и формирование более зрелых механизмов.

Задачи, направленные на изменения в эмоциональной сфере, предполагали научение врачей распознавать и принимать характерные для них эмоциональные реакции, трансформировать их.

В ходе эмпирического исследования были получены достоверные данные о существовании значимых корреляционных связей между признаками профессионального выгорания и личностными особенностями врачей, а также особенностями их профессиональной деятельности.

В результате проведения группового консультирования среди врачей, принявших участие в исследовании, только у одного специалиста сохранилась крайняя выраженность признаков эмоционального выгорания по признаку «эмоциональное истощение». Выросло количество специалистов выраженность признаков эмоционального выгорания, у которых из высокой трансформировалась в среднюю, а из средней в низкую.

Проведение группового консультирования оказало значимый эффект на всю экспериментальную группу.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Арендачук И.В. Регуляция и саморегуляция психических состояний в экстремальных условиях. Методическое пособие для студентов, обучающихся по дополнительной специальности «Юридический психолог». Саратов: 2014. 57 с.
2. Богатырев С.В. Современные зарубежные и отечественные исследования эмоционального выгорания и стресса //Академическая мысль. 2020. № 4 (13). С. 106-109.
3. Бойко В.В. Психоэнергетика [Электронный ресурс] Режим доступа: [https://bookz.ru/authors/viktor-boiko/psihoene\\_829.html](https://bookz.ru/authors/viktor-boiko/psihoene_829.html) .
4. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. СПб.: Сударыня, 1999. 177 с.
5. Бурлачук Л. Ф. Словарь-справочник по психодиагностике. СПб: Питер, 2007. 685 с.
6. Вачков И.В. Основы технологии группового тренинга. Психотехники: учебное пособие. – 2е изд., перераб. и доп. М: Издательство «Ось-89». 2000. 224 с.
7. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. – СПб.: Питер, 2016. 336 с.
8. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания. Диагностика и профилактика: практическое пособие. М.: Издательство Юрайт, 2017. 343 с.
9. Волков А.А., Назаров И.Н. Особенности проявления негативных признаков профессиональной деформации личности // Фундаментальные исследования. 2015. № 2. С. 23-26.
10. Галустова О.В Психологическое консультирование: Конспект лекций. Москва: Приор-издат, 2005. 240 с.
11. Грановская Р.М. Элементы практической психологии. СПб: Свет, 2003. 600с.

12. Гридчин А.А., Ряпухина И.А., Семейкин А.Ю. Стресс-менеджмент в подготовке персонала экстренных служб, правоохранительных органов и опасных производственных объектов. Белгород: Белгородский гос. технологический ун-т (БГТУ) им. В. Г. Шухова, 2018. 70 с.
13. Гришина Н.В. Помогающие отношения: профессиональные и экзистенциальные проблемы // Психологические проблемы самореализации личности. / Под ред. А.А. Крылова, Л.А. Коростылёвой. СПб.: СПбГУ, 1997. С.112-144
14. Дорофеева Е.А. Синдром эмоционального выгорания как вид профессиональной деформации личности // Международный академический вестник. 2018. № 27. С. 30-32.
15. Желдоченко Л.Д., Семенко Е.Р. Психологическое сопровождение как превенция деформации профессиональных представлений на этапе оптации // Профессиональные представления. 2017. № 1 (9). С. 38- 43.
16. Жижин Н.С. Профессиональная деформация личности: факторы и последствия // В сборнике: Экономическая психология: проблемы и возможности Материалы панельной дискуссии. М.: ООО «СВИВТ», 2017. С. 76-83.
17. Зеер Э.Ф. Психология профессий: учебное пособие для студентов вузов. М.: Академический проект, 2008. 463с.
18. Зуева Е.Г., Баринаева М.Г. Психофизиологические особенности сотрудников правоохранительных органов с учётом экстремального характера деятельности // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. 2017. № 4 (76). С. 213-216.
19. Иванова Е.А. Особенности психологической устойчивости в связи с профессиональным выгоранием // Современные проблемы психологии и образования с различными категориями детей и молодёжи. Материалы научно-практической конференции. М.:

- Московский финансово- юридический университет МФЮА, 2016. С.352-361.
20. Карнаухова А.О. Психологические аспекты феномена профессиональной деформации // Молодой ученый. 2017. № 1 (135). С. 393- 399.
  21. Кецко Т.В. Модели синдрома эмоционального выгорания: [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://elib.bspu.by/bitstream/doc/1492/.pdf>. (03.03.2021)
  22. Константинов В.В. Профессиональная деформация личности: учеб. пособие для академического бакалавриата. М.: Издательство Юрайт, 2017. 385 с.
  23. Кот Е.А. Профессиональное самоотношение как фактор эмоционального выгорания педагогов в период кризиса середины жизни // Сборник трудов конференции, системогенез учебной и профессиональной деятельности. 2015. С. 194-196.
  24. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. Москва: Академический проект. 2000. 240 с.
  25. Кравченко А.В. Синдром эмоционального выгорания как результат профессионального стресса // Проблемы современного педагогического образования. 2015. №49 С.377-383.
  26. Кравчук Н.Н. Эмоциональное выгорание сотрудников: выявления и методы лечения // Наука и практика регионов. 2017. №3 С.65-68.
  27. Кривчун А.В. Взаимосвязь социально-психологического климата в коллективе и эмоционального выгорания учителей // Сборник трудов конференции: Социализация человека в современном мире в интересах устойчивого развития общества: междисциплинарный подход. 2017. С.425-429.
  28. Крыжановская Н.В., Скоробогатая А.Д. Эмоциональная неустойчивость как фактор развития эмоционального выгорания //



- Концепт. 2015. №3 С.1-7.
29. Куликов Л.В. Психогигиена личности: Вопросы психологической устойчивости и психпрофилактики: учебное пособие. СПб.:Питер, 2014. 464 с.
  30. Куроптева В.И. Профессиональное выгорание //NovaUm.Ru. 2021. № 29. С. 121-122.
  31. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. Справочник практического психолога. М.: Изд-во «ЭКСМО», 2005. 960с.
  32. Малыгина А.А. Профессиональные деструкции и психологические защиты личности в профессиях особого риска // В сборнике: Экстремальная психология: теория и практика Сборник научных статей. Под редакцией А.В. Кокурина, В.И. Екимовой, Е.А. Орловой. М.: ООО «РУСАЙНС», 2017. С. 187-192.
  33. Мансури О.В. Психологические особенности деятельности спасателей // Заметки ученого. 2018. № 3 (28). С. 80-89.
  34. Мэй Р. Искусство психологического консультирования. М.: Независимая фирма «Класс». 1994. 144 с.
  35. Неги А. Профилактика синдрома эмоционального выгорания и профессиональной деформации с использованием когнитивного, телесно- ориентированного и экзистенциально-аналитического подходов. Екатеринбург: Издательские решения, 2016. 70 с.
  36. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. СПб.: Питер. 2001. 464 с.
  37. Огольцова Е.Г., Рождественская Я.В. Синдром эмоционального выгорания педагогов: теоретический аспект // Danish Scientific Journal. 2020. № 37-2. С. 68-70.
  38. Орел В.Е. Синдром психического выгорания. Мифы и реальность. – Харьков: Гуманитарный центр, 2014. 296 с.
  39. Орёл В.Е. Синдром психологического выгорания личност Электронный ресурс. Режим доступа: <https://iknigi.net/avtor->

- valeriy-orel/92952-sindrom-psihicheskogo-vygoraniya-lichnosti-valeriy-orel/read/page-2.html. (15.10.2022).
40. Осипова А.А. Общая психокоррекция. Учебное пособие. М.: Сфера. 2002. 510 с.
  41. Пахальян В.Э. Психологическое консультирование: Учебное пособие. Москва: 1998. 256 с.
  42. Пусикова М.В. Синдром эмоционального выгорания как пример дезадаптации к организационной культуре // Молодой учёный. 2015. №11. С.1768-1771.
  43. Резанова Е. Никогда-нибудь. Как выйти из тупика и найти себя. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2018. 208 с.
  44. Рытенков Ю.Н. Эмоциональное выгорание как психологическая проблема: методологический аспект // Наука и образование сегодня. 2018. №2 С.82-84.
  45. Рябоконова Э.И. Эмоциональная вовлеченность в бизнесе как синдром профессионального выгорания // Современные научные исследования и разработки. 2018. №2 С.280-283.
  46. Салогуб А.М. Структура и содержание синдрома эмоционального выгорания в исследованиях зарубежных и отечественных ученых // Молодой ученый. 2014. № 5 С. 459-461.
  47. Самсонова В.Ю. Педагоги начальной школы и синдром эмоционального выгорания. В сборнике: Реализация ФГОС начального общего образования в современных условиях: инновационные практики, проблемы, перспективы. Материалы XV региональной научно-практической конференции. Южный федеральный университет; Ответственные редакторы П.П. Пивненко, И.В. Шатохина. 2017. С. 59-63.
  48. Севостьянова Е.В. Влияние синдрома эмоционального выгорания на деятельность работников фирмы // Инновационная экономика и общество. 2015. №2 С. 92-98.

49. Селье Г. Стресс без дистресса. М.: Прогресс,1979. 124 с.
50. Семенов В.Ю., Герлис Я.П. Факторы риска возникновения эмоционального выгорания среди молодых специалистов-педагогов общеобразовательных школ Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2022. № 205. С. 245-253.
51. Семиздралова О.А. Психологическое здоровье педагога и пути его сохранения // Народное образование. 2010. № 1 С. 130-135.
52. Ситникова Е.В., Ткач Е.Н. Факторы и симптоматика синдрома эмоционального выгорания преподавателей высшей школы Проблемы высшего образования. 2017. № 2. С. 202-204.
53. Скугаревская М.М. Синдром эмоционального выгорания // Медицинские новости. 2002. №7. С.22-25
54. Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий: коллективная монография / под ред. В.В. Лукьянова, Н.Е. Водопьяновой, В.Е. Орла, С.А. Подсадного, Л.Н. Юрьевой, С.А. Игумнова. Курск: Курск. гос. ун-т., 2008. 336 с.
55. Соляк М.В. Профилактика эмоционального выгорания педагогов общеобразовательной школы с применением здоровьесберегающей технологии сеанс релаксации Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. Т.17. № S2. С. 226-227.
56. Соляк М.В. Профилактика эмоционального выгорания педагогов общеобразовательной школы с применением здоровьесберегающей технологии «Сеанс релаксации» // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. №52 С.226-227.
57. Стебловская А.В. Теоретическое представление понятия «синдром эмоционального выгорания» в психолого-педагогической литературе // Историческая и социально-образовательная мысль.2017.

№S1 С.140-146.

58. Сурженко Л.В. Синдром психического выгорания преподавателей высшей школы: ценностно-смысловой аспект: монография. Краснодар: КубГАУ. 2014. 159 с.
59. Суховой А.А. Синдром эмоционального выгорания: причины и рекомендации // Сборник трудов конференции: Наука и образование: векторы развития. 2017. С.98-102.
60. Таранова О.В. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) и хронической усталости (СХУ) как факторы профессиональной успешности (на примере педагогов-мастеров вождения). // Автореф. дис. канд. псих. наук. М., 2014.
61. Томилин О.Б., Фадеева И.М., Томилин О.О. Оценка степени интеллектуального и эмоционального выгорания в высшей школе Университетское управление: практика и анализ. 2019. Т. 23. № 1-2. С. 141-154.
62. Трухан Е.А. Симптомы "эмоционального выгорания" у учителей общеобразовательных школ. 2001. № 2. С. 113-124.
63. Федотова Н.И. Особенности эмоционального выгорания преподавателей высшей школы В сборнике: Преподаватель высшей школы. Электронный ресурс: сборник статей выпускников программы профессиональной переподготовки «Преподаватель высшей школы». В 2-х томах. М., 2021. С. 68-87.
64. Филатов Д.О., Филатова О.В. Понимание профессиональных деформаций в современной психологии (к постановке проблемы) // В сборнике: Психология учебной и профессиональной деятельности. – Владимир: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Владимирский государственный университет имени Александра Григорьевича и Николая Григорьевича Столетовых. 2018. С. 79-83.
65. Форманюк Т.В. Синдром «эмоционального сгорания» как

- показатель профессиональной дезадаптации учителя // Вопросы психологии. 1994. №6 С. 57-64.
66. Харланова Ю.В. Профессиональное выгорание педагогов: выявление и профилактика // Психологическое сопровождение безопасности образовательной среды школы в условиях внедрения новых образовательных и профессиональных стандартов. 2015. №1 С. 94–98.
67. Хуснутдинова Р.Р., Коновалова Е.В. Психологические факторы эмоционального выгорания педагогов сельских школ Человеческий капитал. 2022. № 7 (163). С. 185-193.
68. Хухлаева О.В. Основные направления профилактики эмоционального выгорания педагогов // Народное образование. 2010. № 7 С. 278-282.
69. Цветкова О.А., Волкова А.А. Тренинг как инновационная технология профилактики эмоционального выгорания у педагогов коррекционной школы. В сборнике: XXVI Мерлинские чтения: Психологические инновации в образовании. материалы Всероссийской научной конференции, посвященной 90-летию со дня образования ПГПИ- ПГПУ. 2011. С. 308-310.
70. Чукина А.И. Факторы эмоционального выгорания педагогов с разным стажем работы // Статья в сборнике трудов конференции, психолого- педагогическое сопровождение образовательного процесса: проблемы, перспективы, технологии. 2015. С.68-70.
71. Чутко Л.С. Козина Н.В. Синдром эмоционального выгорания. Клинические и психологические аспекты // Медпресс-информ. 2019. С.1-13.
72. Чутко Л.С., Козина Н.В. Синдром эмоционального выгорания. Клинические и психологические аспекты. М.: «МЕДпресс- информ», 2015. 255с.
73. Шабанова Т.А. Эмоциональное выгорание, причины появления

- и методы его предотвращения // Преемственность в образовании. 2018. №17 С.689-693.
74. Шангареева Л.Р., Чуйкова Т.С. Эмоциональное выгорание преподавателей высшей школы: профилактика и коррекция // В сборнике: Человек в условиях социальных изменений. Материалы международной научно-практической конференции. 2022. С. 366-369.
75. Шатров С.Л., Кравченко А.В. Саморегуляция эмоционального состояния и профессиональное выгорание педагога высшей школы // В сборнике: Актуальные проблемы бизнес-образования. Материалы XVI Международной научно-практической конференции. 2017. С. 212-215.
76. Шингарёва А.А. Психологические особенности преподавателей высшей школы с синдромом эмоционального выгорания // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. 2009. № 6-2. С. 57-61.
77. Hemati Allamdarloo G., Moradi S. Job burnout in public and special school teachers. *Clinical Psychology and Special Education*. 2021. Т. 10. № 2. С. 63-75.
78. Kulikova T.I. The relationship between time management competence and stress resistance of teachers with different amount of work experience *Perspectives of Science and Education*. 2021. № 4 (52). С. 381-391.
79. Bocheliuk V.Y., Shcherbyna S.S., Turubarova A.V., Antonenko I.Y., Rukolyanska N.V. Emotional intelligence and burnout of teachers of higher education institutions. *Journal of Intellectual Disability - Diagnosis and Treatment*. 2021. Т. 9. № 5. С. 442-450.
80. Tkacheva T., Sazonova Z. Interactive educational methods of engineering pedagogy against technical teachers emotional burnout В сборнике: *Proceedings of 2015 International Conference on Interactive Collaborative Learning, ICL 2015*. 2015. С. 477-486.

## Приложение А

Таблица 1.

### Программа групповых консультаций для коррекции синдрома эмоционального выгорания у врачей

Занятие	Содержание	Планируемый результат	Продолжительность
1.	1. Процедура знакомства. Информация об основных нормах групповой работы	Принятие норм групповой работы. Выявить и озвучить ожидания участников от работы группы	15 мин
	2. Упражнение «Зоопарк». Используется метод эмоционально-образной терапии	Цель упражнения – оценка характера межличностных транзакций, характерных для участника группы; осознание и последующая вербализация специфики формирования отношений участников группы с коллегами на работе, пациентами	25 минут
	3. Групповая дискуссия «Что такое синдром эмоционального выгорания и каковы причины его формирования»	В ходе дискуссии участники группы обмениваются представлением о том, как они понимают симптомы эмоционального выгорания, обмен личным опытом, вербализация переживаний, соматических симптомов	40 минут
	4. Проведение «Практики переключения, сосредоточения и погружения «Океан»	Комплекс дыхательных и медитативных упражнений, направленных на достижение максимального расслабления и освобождения от негативно окрашенных эмоций	20 минут

5. Завершение занятия	На первом занятии участники группы получают задание, выполнение которого рассчитано на весь курс – заполнение дневника чувств и мыслей. Подведение итогов занятия, обмен впечатлениями	20 минут
-----------------------	--	----------



2.	1. Анализ Дневника	Групповое обсуждение	25 мин
	2 Упражнение «Пустой стул»	Обсуждение с использованием групповой связи. Направлено на улучшение понимания позиции пациентов, коллег, развитие коммуникативных навыков	25 минут
	3 Дискуссия «Врач-пациент»	Центральный элемент второго занятия связан с осознанием иррациональных установок «врач должен...», «пациент должен...». Участники не только высказывают свое мнение, но и пытаются оценить эмоции, которые вызывает у них каждая обсуждаемая в ходе дискуссии ситуация и позиция	40 минут
	4. Проведение «Практики переключения, сосредоточения и погружения «Океан»	Комплекс дыхательных и медитативных упражнений, направленных на достижение максимального расслабления и освобождения от негативно окрашенных эмоций	20 минут
	5 Подведение итогов	Рефлексия собственного состояния, мысли и чувства. Задание для Дневника	10 мин
3.	1. Анализ Дневника	Групповое обсуждение	25 мин
	2 Упражнение «Осознание чувств»	Выявление и осознание скрытых эмоций, формирование навыков объективной оценки переживаний, умения их продуктивно выражать. Используется техника «обсуждение с обратной связью»	25 мин
	3 «Эмпатия, апперцепция,	Групповая дискуссия, с использованием приемов мозгового	45 минут

	конгруэнтное поведение врача»	штурма и элементов деловой игры, рефрейминга. Цель упражнения заключается в анализе различных копинг- стратегий, формирования альтернативных способов оценки ситуации и мышления, закладывание основ продуктивного мышления и убеждений в отличие от дисфункциональных	
	4. Проведение «Практики переключения, сосредоточения и погружения «Океан»	Комплекс дыхательных и медитативных упражнений, направленных на достижение максимального расслабления и освобождения от негативно окрашенных эмоций	20 минут
	5 Подведение итогов	Рефлексия собственного состояния, мысли и чувства. Задание для Дневника	10 мин
4	1. Анализ Дневника	Групповое обсуждение	25 мин
	2. Упражнение «Отражение и отреагирование чувств	Развитие навыков рефлексии, осознания своих вытесняемых эмоциональных состояний	25 минут
	3. Дискуссия «Как взаимодействовать с пациентом»	Цель групповой дискуссии – развитие навыков уверенного поведения, уверенности в своих способностях. Направлено на снижение такого проявления синдрома эмоционального выгорания, как «редукция личностных достижений»	40 минут
	4. Проведение «Практики переключения, сосредоточения и	Комплекс дыхательных и медитативных упражнений, направленных на достижение максимального расслабления и	20 минут

	погружения «Океан»	освобождения от негативно окрашенных эмоций	
	5 Подведение итогов	Рефлексия собственного состояния, мысли и чувства. Задание для Дневника	10 мин
5	1. Анализ Дневника	Групповое обсуждение	25 мин
	2. «Испорченный телефон»	Развивает умение слушать, вникать в детали, снимает эмоциональное напряжение	25 минут
	3. Дискуссия «Как взаимодействовать с пациентом»	Продолжение групповой дискуссии, начатой на предыдущем занятии. Развитие конструктивных навыков межличностных отношений, продуктивных копинг-стратегий. Применение закладываемых навыков будет способствовать повышению удовлетворённости трудом и снижению проявления таких симптомов эмоционального выгорания как «эмоциональное истощение» «неудовлетворенность собой»	40 минут
	4. Проведение «Практики переключения, сосредоточения и погружения «Океан»	Комплекс дыхательных и медитативных упражнений, направленных на достижение максимального расслабления и освобождения от негативно окрашенных эмоций	20 минут
	5 Подведение итогов	Рефлексия собственного состояния, мысли и чувства. Задание для Дневника	10 мин
6	1. Анализ Дневника	Групповое обсуждение	25 мин
	2. Упражнение	Использование техники	25

	«Сменим черное на белое»	когнитивной психотерапии, связанной с преобразованием знака эмоций – «позитивное воображение»	минут
	3.«Дискуссия о потерянном времени»	Основная тема занятия – умение правильно организовать время, структурировать рабочий день. Развитие навыков планирования, тайм-менеджмента. Правильное планирование рабочего времени направлено на снижение таких симптомов эмоционального выгорания как «загнанность в клетку», увеличение толерантности к стрессу	40 минут
	4. Проведение «Практики переключения, сосредоточения и погружения «Океан»	Комплекс дыхательных и медитативных упражнений, направленных на достижение максимального расслабления и освобождения от негативно окрашенных эмоций	20 минут
	5 Подведение итогов	Рефлексия собственного состояния, мысли и чувства. Задание для Дневника	10 мин
7	1. Анализ Дневника	Групповое обсуждение	25 мин
	2. Упражнение «Поиск ресурсов»	Во время групповой работы участникам предлагается составить список занятий, способных доставить удовольствие, радость, являющихся ресурсными.  Затем участников просят ответить на вопросы: «Как часто Вы занимаетесь любимыми делами?», «Достаточно Вам этого?», «Каковы причины того, что Вы не уделяете достаточно времени	25 минут

		приятным для Вас делам?», «Что Вы намерены сделать, чтобы изменить ситуацию?». Это упражнение помогает найти и осознать наличие ресурсов в своей трудовой деятельности.	
	3.Групповая дискуссия «Коррекция симптомов эмоционального выгорания»	Участники группы обсуждают проделанную на предыдущих занятиях работу и предлагают собственные, эффективные, по их мнению, методы коррекции отдельных проявлений СЭВ и личную практику их применения	40 минут
	4. Проведение «Практики переключения, сосредоточения и погружения «Океан»	Комплекс дыхательных и медитативных упражнений, направленных на достижение максимального расслабления и освобождения от негативно окрашенных эмоций	20 минут
	5 Подведение итогов	Рефлексия собственного состояния, мысли и чувства. Задание для Дневника	10 мин
8	1.Анализ Дневника	Групповое обсуждение	25 мин
	2. Упражнение «Получай удовольствие от своей деятельности»	Участникам группы предлагают ответить на вопросы: «В чём заключается Ваше жизненное предназначение?»; «Какие аспекты Вашей работы приносят Вам наибольшее удовлетворение?»; «Что можно изменить, что Вы будете менять сейчас, основываясь на полученных во время групповых занятиях опыте?»	25 минут
	3.Групповая дискуссия	Заключительное обсуждение полученных результатов, навыков; обсуждение личного опыта	40 минут

		использования приобретенных во время занятий навыков. Обобщение ведущего	
4. Проведение «Практики переключения, сосредоточения и погружения «Океан»	Комплекс дыхательных и медитативных упражнений, направленных на достижение максимального расслабления и освобождения от негативно окрашенных эмоций	20 минут	
5. Завершение работы	Подведение итогов работы группы. Индивидуальное представление планов профессионального и личностного развития	10 минут	