

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт

Кафедра «Теоретическая и прикладная психология»

37.03.01 «Психология»

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

на тему: **Взаимосвязь особенностей фрустрационного поведения и эмоционального выгорания у медицинских работников**

Студент(ка) Е.С. Аладышкина _____
(И.О. Фамилия) (личная подпись)

Научный к.псих.н., доцент И.В. Костакова _____
руководитель (И.О. Фамилия) (личная подпись)

Допустить к защите

Заведующий кафедрой к.псих.н., доцент Е.А. Денисова _____
(ученая степень, звание, И.О. Фамилия) (личная подпись)

« _____ » _____ 20__ г.

Тольятти, 2016

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБРАЗ ПРОБЛЕМЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У МЕДЕЦИНСКИХ РАБОЧИХ	
1.1. Эмоциональное поведение личности в психологии.....	7
1.2. Эмоциональное выгорание. Психологическая характеристика эмоционального выгорания у медработников.....	14
Выводы по первой главе	26
ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ОСОБЕННОСТЕЙ ФРУСТРАЦИОННОГО ПОВЕДЕНИЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	
2.1. Организация и методы исследования	28
2.2. Анализ результатов исследования взаимосвязи фрустрационного поведения и эмоционального выгорания медицинских работников высшего звена	30
2.2.1. Анализ результатов исследования эмоционального выгорания медицинских работников высшего звена	30
2.2.2. Анализ результатов исследования фрустрационной направленности медицинских работников высшего звена.....	40
Выводы по второй главе	47
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	49
БИБЛИОГРАФИЯ	51
ПРИЛОЖЕНИЕ	56

ВВЕДЕНИЕ

У работников медицины, отмечается довольно высокий уровень заболеваемости различными психическими расстройствами (тревожные и депрессивные расстройства, злоупотребление вредными привычками и т.д.), а также присутствие профессионального истощения (выгорания). Значимость эмоционального выгорания работников медицины уже давно интересовала психологов, и является актуальной и в настоящее время. Популярность исследования этой темы значительно увеличивается в связи с тем, что большое количество высококвалифицированных врачей обладают низкой стрессоустойчивостью, что является следствием эмоционального выгорания.

Синдром эмоционального выгорания – довольно трудный психический парадокс, которому подвержены специалисты, работающие с постоянным вовлечением в непрерывный прямой контакт с пациентами и предложение им своей поддержки [37]. Эта деятельность характеризуется общением с людьми, к которому в дальнейшем пропадает интерес.

Наиболее часто в профессиях наподобие «человек-человек» можно увидеть отрицательные симптомы профессиональной деструкции личности. Синдром эмоционального выгорания рассматривается в ситуациях более длительного профессионального общения под влиянием многих внутренних и внешних факторов и проявляется как «притупление» эмоций, потеря остроты чувств и переживаний, преобладания конфликтов с собеседниками, безразличие и отстранённость от страданий другого человека, недостаточное ощущение главных жизненных значений, утраты веры в собственные силы.

Врач или другой работник медицины, в отличие от всех других профессий, находится в постоянном контакте с больным человеком. Или же с человеком буквально здоровым, но которого он обязан уберечь от заболеваний, а также со здоровым человеком, которого необходимо не только предохранить от заболеваний, но и сохранить и сделать лучше его

самочувствие. Медицинский работник, как правило, характеризуется эмоциональной насыщенностью своей работы. Это тесное общение с людьми, в том числе с пациентами, которые нуждаются в заботе и внимании, а так же работа с родственниками. Медработник постоянно сталкивается с отрицательными эмоциями пациента в отношении своего здоровья, тем самым наталкивая себя к ощущению повышенного эмоционального напряжения [49].

Последующее становление синдрома имеет возможность привести к ограниченному чувству сопереживания пациентам, непрофессиональному поведению, что в дальнейшем может приводить к ухудшению качества медицинской поддержки. Это в свою очередь приводит к неудовлетворению своей работы самого медработника.

Таким образом, синдром эмоционального выгорания - это синдром физического и эмоционального истощения, что характеризует развитие отрицательной самооценки, плохого отношения к работе, а так же потерю понимания и сочувствия по отношению к людям, вступая с ними в психологический контакт по работе. Выгорание - это не отсутствие творческого потенциала, не реакция на неинтересную деятельность, а истощение, которое возникает на фоне напряжения, спровоцировано межличностным общением.

Большой вклад в исследование проблемы синдрома эмоционального выгорания внесли: К. Маслач, С. Джексон, Б. Перлман и Е. Хартман, К. Кондо, В. Бойко, Р. Лазарус, С. Фолькман, Н.В. Гришина, Г.С. Абрамов, В.Е. Орел и пр.

Объект исследования – синдром эмоционального выгорания.

Предмет исследования - взаимосвязь особенностей фрустрационного поведения и эмоционального выгорания у медицинских работников.

Цель исследования - определить особенности взаимосвязи фрустрационного поведения и эмоционального выгорания медицинских работников.

Гипотеза исследования - существует взаимосвязь синдрома эмоционального выгорания с фрустрационным поведением медицинских работников: так менее подвержены синдрому эмоционального выгорания работники, имеющие фрустрационное поведение с преобладанием импунитивной направленности.

Задачи исследования:

1. Провести теоретический анализ проблемы синдрома эмоционального выгорания и особенностей фрустрационного поведения у медицинских работников.
2. Обосновать и подобрать необходимые методы и методики исследования.
3. Выявить особенности проявления эмоционального выгорания и фрустрационного поведения у медицинских работников.
4. Определить особенности взаимосвязи синдрома эмоционального выгорания и фрустрационного поведения у медицинских работников.

Методы исследования:

1. Теоретический анализ научных источников по теме исследования.
2. Проективные методы (методика изучения фрустрационных реакций С. Розенцвейга).
3. Опросники (методика диагностики уровня эмоционального выгорания по В.В. Бойко).
4. Методы количественного, качественного и статистического анализа (корреляционный анализ) и интерпретации полученных результатов эмпирического исследования.

Теоретическая значимость исследования характеризуется в изучении синдрома эмоционального выгорания и выявлении его взаимосвязи с фрустрационным поведением у медицинских работников.

Практическая значимость исследования будет состоять в предупреждении негативных последствий развития синдрома

эмоционального выгорания для профессиональной деятельности и характерного поведения для личности; в соответствии с выявленными особенностями его взаимосвязи с фрустрационным поведением планировать и реализовывать программу профилактики и формирования адаптивных форм фрустрационного поведения, в которую при необходимости включить блок психокоррекционных мероприятий.

Структура работы.

В работу входит введение, в которой описываются актуальность проблемы, предмет, объект, цель, гипотеза, задачи, теоретическая и практическая значимость проведенного исследования; теоретической главы, в которой рассматриваются основные подходы к рассматриванию синдрома эмоционального выгорания, аспекты рабочей сформированности врачей, влияющие на развитие данного синдрома, а так же особенности фрустрационного поведения и его значение для профилактики исследуемого синдрома; практического исследования, в которой представлены описание выборки, методов диагностики, процедуры проводимого исследования, анализа полученных данных; выводов; заключения; библиографии; приложения.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ПРОБЛЕМЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

1.1. Эмоциональное поведение личности в психологии

Виды эмоционального поведения в общении. По мнению Томкинса, Р. Лазаруса важную роль в поведении человека играют эмоциональные состояния, которые побуждают предпринимать определённые действия. В.В. Бойко рассматривает три вида эмоционального поведения в процессе общения: резонирование, отстранённость и диссонирование [12].

Эмоциональное резонирование - это способность личности откликаться на различные эмоциональные состояния партнёров. Этот вид поведения между партнёрами вызывает сложение их энергий, заключённых в эмоциях, и стимулирует дополнительный психологический эффект взаимодействия – синергизм.

Эмоциональная отстранённость характеризуется тем, как человек в ответ на эмоциональное состояние окружающих проявляет незначительные, притуплённые эмоции. Она может являться следствием эмоциональной ригидности как свойства человека.

Эмоциональное диссонирование определяется демонстративным устранением личности из эмоциональной сферы общения или проявлением эмоций, противоположных по смыслу ситуации взаимодействия. Такой вид поведения может быть признаком аутичности у ребёнка. Подобные дети не способны показывать эмоции, как и все: когда все веселятся, они держатся в стороне.

В особой степени к эмоциональному поведению относятся: эмоциональные реакции (действия) и способы поведения. Каждый из видов эмоций можно рассмотреть более подробно, включая настроение, аффект, чувство, страсть и стресс, в их влиянии на поведение человека.

Большое значение в проявлении эмоционального реагирования имеют эмоциональные произвольные реакции (действия), они характеризуются как,

преднамеренные ответы человека на эмоциогенную ситуацию. Такие ответы могут быть речевыми и двигательными.

Произвольные эмоциональные реакции подразделяются на: конструктивные, псевдоконструктивные и деструктивные. Конструктивные реакции в большей степени способствуют достижению цели деятельности, псевдоконструктивные могут создавать видимость участия субъекта в решении проблемы, деструктивные являются препятствием для выхода из эмоциогенной ситуации и могут обострять её.

По семантике выделяют: оценочные, защитные и регулирующие реакции, по направленности эмоциональной реакции (действия) – внешненаправленные, содержащие указания объекту, самонаправленные, которые выражают своё мнение о себе, и *ненаправленные* – обращённые непосредственно к проблеме.

По характеру активности реакции разделяют на наступательные, уступающие и рационализирующие, по выполняемой функции – на мобилизирующие, успокаивающие и провоцирующие.

Наиболее подробно в ходе работы необходимо рассмотреть фрустрационное поведение.

Основоположником теории фрустрационного поведения является С. Розенцвейг. Его концепция фрустрации возникла, как результат исследований способности людей воспринимать успешные и неуспешные ситуации людей в своей жизни [36].

По основным направлениям теории С. Розенцвейга, фрустрация имеет место в тех случаях, когда организм встречает более или менее непреодолимые препятствия на пути к удовлетворению какой-либо жизненной потребности.

Н.Д. Левитов говорит о том, что фрустрация всегда указывает на чувства разочарования по поводу травмирующей ситуации неудачи и рухнувших планов [26]. По мнению Л.Ф. Бурлачук, необходимыми признаками фрустрационной ситуации, является наличие сильной

мотивированности достигнуть цели или преграды, или удовлетворить потребность, препятствующей этому достижению. Такие барьеры могут быть самые разные – социальные, биологические, психологические.

С.Е. Лукин и А.В.Суворов дают два определения фрустрации: « первое из них - как невозможность удовлетворения уже активированной потребности из-за какого-либо препятствия, второе – как психического состояния, возникающего вследствие противоречия факторов, блокирующих удовлетворение потребности». Из определений можно сказать, что фрустрация относится к ситуативным явлениям. Но иногда можно сказать что, фрустрация является более или менее устойчивой характеристикой, свойствами личности, неспособностями приспособления к ситуации стресса. Розенцвейг, придерживаясь такому пониманию, считает противопоставлением фрустрации толерантность, с помощью которой можно справиться с ситуацией фрустрации без потери психологической адаптации.

С. Розенцвейг выделяет по направленности три формы поведения (реакций) личности: экстрапунитивная, импунитивная и интрапунитивная.

Экстрапунитивная форма определяется наличием внутреннего «подстрекателя» к агрессии, с направленностью реакции вовне (внешнеобвинительные реакции). Такой человек ищет вину в случившемся обстоятельства, других людей. У него в большей степени присутствует озлобленность, раздражительность, досада, обида, стремление добиться поставленной цели любыми способами. Вследствие этого поведение становится примитивным, малопластичным, используются ранее заученные формы поведения, даже если нет ожидаемого результата. Основные эмоции, которые присутствуют при этой форме – это гнев и возбуждение. В немногих случаях агрессия сначала бывает, скрыта, затем она находит своё проявление, отвечая механизму проекции.

Интрапунитивная форма (самообвинение) предполагает наличие аутоагрессии: обвинением в неудаче самого себя, присутствием вины. Такой человек находится чаще в подавленном настроении, тревожный, становится

молчаливым и замкнутым. Для решения задач человек прибегает к более примитивным формам, ограничивает виды деятельности и удовлетворение своих интересов. Определяющие чувства для данной формы – виновность, угрызение совести.

Импунитивная форма поведения связана с отношением к неудаче, либо как к неизбежному, фатальному, либо как к малозначимому событию, исправимому со временем. Человек не обвиняет ни себя, ни других. Основным критерием такой формы является попытка уклониться от упреков, высказанными другими людьми, так и самому себе, и рассматривать такую ситуацию примиряющим образом.

Н.В. Тарабрина и К.Д. Шафранский, получили данные, что 50% преобладают экстрапунитивные реакции, в два раза меньше - интрапунитивные (27%), и реже – импунитивные (23%). Считается, что мужчины больше подвержены экстрапунитивным реакциям, а женщин - интрапунитивным.

Интрапунитивную форму фрустрации в основном проявляют лица со слабой нервной системой, экстрапунитивную форму (чаще агрессия) проявляется у лиц, с сильной нервной системой. По мнению В.Е. Василенко, экстрапунитивные реакции с интеллектом связаны отрицательно, тогда как, интрапунитивные и импунитивные - положительно.

Фрустрация как психическое состояние может быть:

- 1) типичной для характера человека;
- 2) нетипичной, но выражающей начало в возникновении новых черт характера;
- 3) эпизодической, переходящей (для грубого, несдержанного человека свойственна агрессия, а для неуверенного в себе человека - депрессия).

Определение состояния фрустрации и зависимости формы его реагирования определяется личностными характеристиками человека, вследствие этого ввели понятие фрустрационной толерантности, т.е.

устойчивости к фрустраторам. Толерантность определяется, как способность индивида переносить фрустрацию без потери своей психобиологической приспособленности, тем самым не прибегая к формам нестандартных ответов. Существуют различные формы толерантности.

1. Наиболее характерные психические состояния, проявляющиеся, спокойствием, рассудительностью, способностью принять произошедшее как должное, но без самообвинений.

2. Толерантность обычно выражается в напряжении, усилении, сдерживании нехарактерных импульсивных реакций.

3. Толерантность типа бравирования, с выраженным равнодушием, которым в большинстве случаев прячется особенное скрываемое озлобление или уныние.

Разделяют виды фрустрационного реагирования:

1) Двигательное возбуждение – бесцельные и неупорядоченные реакции;

2) Апатия - отсутствие стремления к различным видам деятельности. В ситуации фрустрации можно лечь на пол и смотреть в потолок;

3) Агрессия и деструкция;

4) Стереотипия – стандартизированные механические повторения фиксированного поведения;

5) Регрессия – проявление примитивного поведения, в обращении к моделям поведения, которое преобладает в наиболее ранние периоды жизни, или сниженном качестве исполнения.

Е.П. Ильин к фрустрационному поведению так же относит: агрессию, эгрессивное поведение, аффекты, жалобы. Положительные эмоции, такие как настроение; негативные - стрессы, месть[18].

Фрустрация (определяется как обман, тщетное ожидание) может проявляться в ощущении гнетущего напряжения, чувстве тревоги, отчаянья, гнева, которые охватывают человека, когда на своём пути к достижению

цели, он встречается с неожиданными препятствиями, которые мешают удовлетворению потребности.

Фрустрация создает, наряду с исходной мотивацией новую, защитную мотивацию, направленную на преодоление возникающего препятствия. Прежняя и новая мотивация совокупно реализуются в эмоциональных реакциях.

Наиболее характерным проявлением реакции на фрустрацию является возникновение агрессивности, направленной на препятствия. Преодоление, или устранение негативной ситуации является оптимальной реакцией на преодоление препятствия; нестандартные реакции в поведении это агрессивность, переходящая быстро в гнев, (оскорбление, физические нападки на человека, с которым связаны трудности, деструкция по отношению к объектам).

Возникновению препятствия при повышенной мотивации приводит к нарушению эмоциональной сферы при фрустрации. Стрессы и переживания со стороны фрустрации приводят человека к эмоционально-личностной дезадаптации.

В зарубежной психологии свой вклад по изучению эмоционального поведения внесли такие исследователи как: Р. Лазарус и С. Фолкман. Они разработали концепции копинг - поведения, т.е. способы преодоления стрессовых ситуаций.

К осознанному поведению в эмоционально напряженных, стрессовых ситуациях относят и так называемое совладающее, преодолевающее (coping) поведение. Психологическое преодоление в основном зависит от двух факторов – личности субъекта и реальной ситуации.

С.К. Нартова-Бочавер говорит о совладании как о личном методе принятия ситуации, исходя из значимых жизненных критериев и психологических способностей. Такое положение приводит к многим рассуждениям. Нужно исследовать критические ситуации в жизни (Анцыферова Л.И., Лазарус Р. и Фолькман С.), распознавать индивидуальные

критерии, необходимых для уточнения манеры реагирования на возможные поступки (Коста П., Маккрей Р., Стреляу Я.). Проблемно-ориентированный стиль, характеризуется построением решения выхода из тяжёлой обстановки. Подразумевает под собой поведение личности в качестве поиска нужных данных, решением возникшей ситуации, а так же принимать поддержку от других людей. Проявлениями субъектно-ориентированного являются непонимание выхода из трудной ситуации, перекладывание её на более смягчающие обстоятельства как: переедание, употребление спиртных напитков и другими вредными привычками.

По мнению отечественного исследователя А.В. Либина, было определено, что темперамент и личностные характеристики человека напрямую зависят от стиля поведения. По мнению В.М. Русалова отрицательное отношение к себе, снижение уровня контроля, а так же неблагоприятный исход ожидания результата, подразумевает под собой стратегию избегания[38]. Необходимость в напряжённой работе, является важным фактором стратегии сотрудничества. Повышенная эмоциональная сфера взаимосвязана со сферой общения, а так же с внешним уровнем контроля и отрицательным отношением к самому себе предполагает стиль соперничества.

1.2. Эмоциональное выгорание. Психологическая характеристика эмоционального выгорания у медработников

Синдром эмоционального выгорания составляет один из сложных психологических феноменов, определённо затрагивающих профессиональную деятельность специалистов, работа которых, требует непрерывного прямого контакта с людьми и оказание им психологической поддержки. Общение с пациентами, с точки зрения психологии, бывает очень трудно поддерживать длительный период.

По данным многих исследований, у работников, относящимся к типу «помогающих профессий» спустя определенное время происходит снижение уровня хорошего отношения к сотрудникам, работающих в одном коллективе. Спустя определённое время они понимают, что не способны вынести проявления добродушия, обязательств и ответственности, которая так необходима в их работе. И с этого момента характеризуются начальными признаками СЭВ.

Синдром «выгорания» характеризуется набором отрицательных психических переживаний, «истощением» от продолжительного воздействия напряжения в профессиях, характеризующиеся активным отношением между субъектами, а так же изменением в эмоциональной и поведенческой сфере.

Зарубежным психиатром Х.Дж. Фрейденбергером в 1974 году было введено определение «эмоционального выгорания» для описания психологического состояния здоровых людей, которые находятся в интенсивном и тесном контакте с клиентами, пациентами в атмосфере эмоционально насыщенной при оказании профессиональной помощи. Им работникам службы психического здоровья были определены разочарования в работе, истощение со стороны эмоций и психических процессов, которые обозначали как «поражение, истощение, износ, происходящий в человеке по причине завышенных притязаний к личным ресурсам и силам». Изначально данное определение обозначалось как чувство изнеможения, истощения с

чувством личной ненужности. Этот синдром относится к характеристике личностной деформации.

По мнению Р. Швабе к группе риска относятся профессии как: педагоги, юристы, полицейские, персонал тюрьмы, политики, менеджеры, то есть работники сфер типа "Человек - человек".

По мнению К. Маслач, специалиста в сфере эмоционального выгорания работа данных специалистов довольно отличается, но сходством является тесный контакт с людьми, который, с точки зрения эмоций, часто трудно поддерживать длительное время. Сам К. Маслач отмечает, что выгорание является по большому счёту эмоциональным истощением, вследствие повышенного напряжения из-за постоянных контактов с людьми, а не утрата творческого потенциала и не реакция на скуку.

По мнению В. Бойко «эмоциональное выгорание» — это механизм выработанный личностью психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетики) в ответ на избранные психотравмирующие воздействия. Маслач и Джексон определяют эмоциональное выгорание - как ответную реакцию организма на длительные профессиональные стрессы межличностных коммуникаций, включающая в себя три составляющих: эмоциональное истощение, деперсонализацию, и редукцию персональных достижений.

Эмоциональное истощение основными проявлениями являются: эмоциональная усталость от контактов, ощущение опустошенности, истощенности своих эмоциональных запасов. Эмоционально человек не готов к работе как раньше. Появляется ощущение «притупленности» эмоций, в более сложных случаях возникают нарушения эмоциональной сферы.

Деперсонализация возникает постепенное развитие отрицательного предвзятого отношения к людям. Негативные ситуации сначала можно увидеть в проявлении невидимого характера, который характеризуется внутренним контролируемым раздражением, которое через некоторое время можно увидеть вспышки ярости и агрессии в ситуациях конфликта.

Редуцирование персональных достижений проявляется в снижении компетентности к своей работе, негативное отношение к самому себе как к личности, так и в профессиональном плане. Обнаруживая у себя эти чувства, личность начинает винить себя, снижается самооценка профессиональная и личностная, появляется отсутствие интереса к работе и чувство собственной несостоятельности к самому себе. Эмоциональное выгорание чаще характеризуют, как приобретенный стереотип эмоционального поведения, чаще всего поведения в профессии. Само «Выгорание» — в какой - то степени функциональный стереотип, т.к. помогает человеку равномерно употреблять энергетические ресурсы. Одновременно, отмечаются его нехарактерные последствия, когда «выгорание» негативно отражается в работе специалиста, самочувствии и в межличностных отношениях. СЭВ относится к профессиональной деформации личности.

Главной причиной СЭВ является переутомление как душевное, так и психологическое. Когда (внутренние и внешние) требования достаточно продолжительное время преобладают над ресурсами, такой человек характеризуется нарушенным состоянием спокойствия, результатом которого является данный процесс.

К профессиональным стрессорам, вызывающих развитие СЭВ, относятся обязательность строго установленного режима дня в работе, достаточно высокая насыщенность эмоциональных актов взаимодействия. У многих специалистов стрессогенность обусловлена тем, что общение продолжается длительное время и повторяется в течение долгих лет, а реципиентами являются пациенты со сложной судьбой.

К основным организационным факторам, которые способствуют процессу выгоранию, относятся: повышенная рабочая нагрузка; недостаточная социальная поддержка или её отсутствие со стороны коллег и руководства; незначительные поощрения за выполненную работу; повышенная степень неопределенности в оценке выполняемой работы; отсутствие влияния на принятие решений; двусмысленные, неоднозначные

требования к работе; постоянный риск штрафных санкций; однообразная и бесперспективная работа; необходимость внешне проявлять эмоции, не соответствующие реальным представлениям; недостаточное количество выходных, отпусков и отсутствие интересов в свободное от работы время.

Многие специалисты, изучавшие синдром выгорания, утверждают, что развитие этого синдрома не ограничивается только в профессии, так же может проявляться и в личной жизни человека и во взаимоотношениях с другими людьми.

Индивидуальные особенности личности, которые проявляются в повышенной степени эмоциональной лабильности, высокий самоконтроль, тем более при волевом подавлении негативных эмоций, рациональное поведение, предрасположенность к высокой тревоге и к подавленному настроению, связанным с недопустимостью внутреннего эталона и подавлением в себе негативных переживаний; негибкая личностная структура, наталкивают на проявление данного синдрома, к ним относятся: специалистами так же переживается недостаточная оплата за выполненную работу как непризнание его обязанностей, и может проявиться в эмоциональной беспомощности, снижению эмоциональной вовлеченности в жизнь коллектива, возникновению чувства недостаточно справедливого к нему отношения и, соответственно, к самому выгоранию.

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

I. Фаза «Тревожное напряжение». Характерные симптомы:

1) переживание психотравмирующих обстоятельств: проявляется усилением осознания психотравмирующих факторов профессиональной деятельности. Раздражение постепенно возрастает, присоединяется отчаяние и негодование.

2) неудовлетворённость собой: характеризуется в чувстве недовольства собой, выбранной профессией, занимаемой должностью; появляется при отсутствии конструктивно разрешить ситуацию.

3) загнанность в клетку: Острые переживания при психотравмирующих обстоятельствах, отмечается в чувстве безысходности. Это состояние интеллектуально - эмоционального затора, тупика.

4) тревога и депрессия: проявления тревожно – депрессивной симптоматики, в профессиональной деятельности в особо сложных обстоятельствах. Неудовлетворённость деятельностью и собой, приводящее к напряжению и переживанию.

Эта фаза является начальным и «запускающим механизмом» в формировании эмоционального выгорания.

II. Фаза «Резистенция» (сопротивление нарастающему стрессу).
Проявляется в следующих симптомах выгорания.

1. Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование: отмечается, когда профессионал неадекватно «экономит» на своих эмоциях, ограничивает эмоциональную отдачу за счёт выборочного реагирования на ситуации субъектов деятельности; эмоциональный контакт устанавливается по принципу «хочу - не хочу» - неадекватный или избирательный образ.

2. Эмоционально - нравственная дезориентация: отсутствие эмоций недостаточно стимулирующих нравственные чувства. Защита своей стратегии, трудно признать свою вину. Используются суждения, типа: « это не тот случай, чтобы переживать», « таким людям нельзя сочувствовать».

3. Расширение сферы экономии эмоций: на работе специалист устаёт от контактов и разговоров так, что ему не хочется даже общаться с родными и близкими.

4. Редукция профессиональных обязанностей: попытки облегчить или сократить обязанности, которые требуют эмоциональных затрат.

III. Фаза «Истощение». Достаточное снижение общего тонуса и ослабление нервной системы. Чувство перенапряжения и истощения эмоциональных и физических ресурсов, постоянное чувство усталости, не проходящее после сна. После отдыха эти явления уменьшаются, но

возобновляются по возвращении в прежнюю рабочую ситуацию. Основные симптомы данной фазы:

- эмоциональный дефицит: характеризуется ощущением эмоциональной незначимости помощи субъектам профессиональной деятельности

- эмоциональная отстранённость: такой работник полностью не показывает эмоции в трудовом процессе

- личностная отстранённость или деперсонализация: проявляется в широком диапазоне душевного состояния и поступков профессионала в сфере общения. Субъект деятельности становится неинтересен.

- психосоматические и психовегетативные нарушения: обнаруживаются на уровне психического и физического самочувствия. Этот симптом подталкивает к отклонениям в состоянии здоровья.

Процесс выгорания наиболее опасен в начале своего развития. Сотрудник, который подвергается такому процессу, почти не замечает на себе его симптомов, т.о. первым это замечают его коллеги.

В работе Бабанова С.А. выделены 3 типа работников, которым угрожает синдром выгорания:

- педантичный, характеризуется добросовестностью, излишней аккуратностью, стремлением добиться образцового порядка;

- демонстративный – тип, стремящийся первенствовать во всем, всегда быть на виду;

- эмоциональный, включающий впечатлительных и чувствительных людей.

Обратимся к особенностям проявления синдрома эмоционального выгорания у медработников.

Профессия врача - одна из наиболее достойных и необходимых профессий в мире, но при этом она характеризуется как самая трудная, т.к. врач отвечает за жизни людей. Исследования данного вопроса становятся популярны, в связи с тем что, происходит увеличением значительного

количества высококвалифицированных врачей, которые имеют низкую устойчивость к стрессу и подвержены эмоциональному выгоранию. Эмпатия является главным психологическим фактором, который необходим в помощи врача, способствующий к сочувствию, сопереживанию, состраданию. Эмоциональное соучастие, так же необходимо в деятельности врача, т.к. помогает собрать более достоверный анамнез больного, установить психологический контакт с ним, убедить его в выборе данного лечения, а так же внушить веру в благоприятный исход. Считается, что медицина для людей с высоким уровнем эмпатии. Так же замечено, что высокий уровень эмпатийности врача, помогает лучше охарактеризовать состояние пациента. М.А. Юровской было замечено, что врача характеризует способность с легкостью преодолевать неприятные впечатления.

Труд медицинских работников является очень ответственным, требует выносливости, предусматривает серьёзную постоянную психоэмоциональную нагрузку, а также незамедлительно принимать решения в экстренных случаях. Эмоциональная вовлечённость в профессиональной деятельности медработника является следствием стресса. Эмоции, могут быть различны: удовлетворение по поводу успешного лечения, чувство собственной принадлежности, причастности другим людям, одобрение и уважение со стороны коллег; а так же сожаление, подавленность из-за неподходящего диагноза или ошибки в лечении, недовольство к более успешным коллегам, разочарование в профессии и т.п.

Главной характеристикой профессиональной адаптации врача является эмоциональная «вовлечённость» пациента, которая необходима в профессиональном общении [26]. Данный компонент адаптации напрямую зависит от эмпатии, от «дозирования» эмпатической вовлеченности в процесс межличностного взаимодействия с больным. В самом начале своей карьеры молодой специалист старается помочь пациенту пережить повышенную ответственность за свои действия из-за недостаточной уверенности в своем профессиональном опыте работы, испытывает

чрезмерные эмоциональные нагрузки. Чрезмерная эмоциональная «включенность» в сочувствия пациента, высокая степень тревоги как реакция на ситуацию неопределенности, неуверенность, опасения и недоверие в отношении возможных последствий, приводят к хроническим эмоциональным перегрузкам. Происходит снижение адаптивных и компенсаторных возможностей. Из-за постоянного переутомления возникают частые простудные заболевания, иммунитет становится слабее, возможны обострения хронической симптоматики. Синдром эмоционального сгорания появляется в виде деструкции компетенции, при длительном общении с пациентами и оказании им своевременной поддержки.

Многие исследователи СЭВ обратили внимание на одну из важных характеристик под названием «потеря пациента». Такое происходит, когда врач не воспринимает пациента как полноценную личность, а смотрит на него как на «кусочек мяса».

Большинство исследователей отмечают негативные последствия культурных критериев подготовки:

- односторонность восприятия и понимания;
- узость мышления;
- субъективно поставленный диагноз;
- преувеличение значимости биологических и недооценка роли общественных и психологических моментов заболевания;
- врач рассматривает преимущественно один орган, не брав во внимание организм полностью;
- врач забывает про этическую и юридическую ответственность (особенно при групповых формах курирования больного);
- потеря индивидуального и целостного отношения к пациенту;
- грубое и халатное отношение врачей;
- отсутствие в работе терапии словом;
- забвение доброты к больному, лечения лаской и любовью;

- пациент воспринимается как источник материального благополучия
- нетерпимость и даже агрессия, а порой и хамство при общении с больным;
- отсутствие такта, чувства меры в отношении, как пациентов, так и коллег в присутствии больных и т. п.

В работах Р. Конечного и М. Боухал профессиональная деформация изучается как поведение и выражения медицинских сотрудников, под влиянием привыкания можно увидеть грубость по отношению к пациентам, что может насторожить присутствующих людей.

А.Н. Орлов утверждает, что низкая квалификация врача, является следствием ограниченного анамнеза пациента, при этом обследования и назначение анализов происходит чаще других врачей.

Негативное отношение к пациентам, является недопустимым фактором грамотного специалиста. Ведь только доброжелательные и грамотные специалисты приветствуются благодарными пациентами, и воспринимают медицину как чудо. При негативном отношении пациента к благоприятному исходу заболевания, у врача стоит сложная задача: вселить веру и надежду на положительное выздоровление.

Общая картина доктора включает в себя такое понятие как сочувствие к пациенту. Очень часто можно заметить холодность по отношению к пациенту, причиной которого является привыкание к страданиям человека.

Труд большинства медработников осуществляется в условиях воздействия комплекса негативных факторов рабочей среды, слишком высокого напряжения эмоциональной сферы, повышенного чувства долга перед пациентом. К числу психологических факторов стресса можно отнести:

- многочисленные беседы с пациентами и их родными, с отрицательными эмоциями, систематическое обдумывание трудностей в отношении с пациентом;

-завышенная планка в отношении грамотности, доброжелательности и особого подхода к каждому больному;

- ответственность за жизнь и здоровье других людей;

Г. Робертс указывал, на возможность существования самой по себе профессии врача как способности развития болезненных состояний[35]. Изучая эмоциональный дистресс у врачей, Кинг пришёл к выводу, что работники медицинских учреждений имеют повышенное личностное напряжение, в результате которого возникают проблемы за пределами семейного окружения. Основная составляющая работника медицины - не принимать во внимание собственные проблемы со здоровьем.

Факторы, влияющие на эмоциональное выгорание:

1. Социальный фактор.
2. Личностный фактор. Подвержены данному синдрому специалисты, рабочая деятельность которых является главной основой в жизни,
3. Факторы среды. Большую роль играют доброжелательная обстановка в коллективе, взаимовыручка, помощь в решении сложных ситуаций. Отрицательный настрой рабочей команды может подавлять мотивацию деятельности своим плохим отношением. Напряжённый график работы, нехватка и просроченность медикаментов, ограниченный отдых после ночных смен – всё это говорит о недостаточных условиях работы.

Существует множество исследований, которые убеждают думать, что выбранная профессия врача является поспешным и неверным решением. Очень часто данные специалисты сожалеют о своём выборе.

Поведение становится переменчивым: медработник постоянно обращает внимание на время и торопит его, визиты к пациентам переносятся на «потом», профессиональная деятельность становится более насыщенной, а результаты хуже.

Чувства подвергаются переменам, которые характеризуются отсутствием воспринимать шутки, всё время думает о неудачах, обвинения

самого себя, проявление агрессии, повышенная неприязнь, создаётся впечатление, что все «цепляются» только к нему, пациенты становятся малозначимыми.

Происходят преобразования в мышлении: чаще думает о том, что надо бросить работу; отсутствует сосредоточенность внимания; люди не внушают доверия; грубость к пациентам; мышление становится примитивным; озабоченность собственными потребностями и личным выживанием. На первый план выходит необходимость в личностных делах.

Нарушение в самочувствии: частые просыпания ночью, простудные заболевания увеличиваются, повышенная усталость в течение рабочего дня, отсутствие медикаментов, врачей становится меньше, частые суточные смены, плохое состояние рабочих помещений – всё это характеризует социальные факторы, которые приводят к профессиональной деформации [10].

На фоне повышенного впечатления профессиональных событий, молодой специалист тяжело переживает ситуации как: онкологические заболевания пациентов, ухудшение самочувствия больных, особенно тяжёло переносятся смерти. Наличие привычек у врачей способствуют халатности и грубости по отношению к пациентам, что в свою очередь является причиной профессиональной деформации. Лечащий специалист, который профессионально деформирован, вызывает у пациента ощущение отсутствие интереса, не понимая этого самим.

Личностные факторы, которые способствуют возникновению у специалиста СЭВ: увеличение степени требований, негативные моменты сложно оценивать, снижение стрессоустойчивости, особенно фрустрационная толерантность.

Симптомы эмоционального выгорания (СЭВ) характеризуются: чрезмерной усталостью, переутомлением, истощением (после активной профессиональной деятельности), психосоматическими проблемами (головные боли, заболевания сердечно - сосудистой и пищеварительной

систем, неврологические расстройства), бессонницу, негативное отношение к пациентам, отрицательный настрой к работе, ригидность мыслительных операций, агрессивное поведение по отношению к коллегам и пациентам, негативное отношение к себе, тревожное состояние, пессимистический настрой [45].

Главной причиной СЭВ большинство исследователей считают психологическое, душевное переутомление [43]. Риск выгорания возрастает, когда отношения в коллективе становятся трудными (пропадает доверие). К сожалению, очень редко люди получают положительное эмоциональное подкрепление за выполненную работу: смерти пациентов происходят на глазах персонала, что оказывает на него сильное психологическое воздействие. При работе в таких условиях риск выгорания значительно повышен, и поэтому очень необходим позитивный и доверительный настрой всего коллектива. Риск выгорания может повышаться при отсутствии интересов помимо работы, если на работе можно уйти от остальных жизненных проблем и профессиональная деятельность поглощает полностью. Если человек при общении и оказании помощи полностью растворяется в этом, забывая о себе, собственных нуждах и личных проблемах, то он больше подвержен выгоранию, и наоборот, если он закрыт для общения и сопереживает из чувства долга - риск выгорания так же повышается.

Д.А. Марченко-Тябут и А.А. Головач в своих работах указывали, что врачи-терапевты имеют наиболее неблагоприятную картину проблемы эмоционального выгорания, по отношению с другими врачами. Эта проблема возникает, в результате с недостаточным количеством времени, отведённого на пациента, продолжительным контактом с пациентами и членами его семьи, возможным различным прогнозам заболевания.

Врачи, со стажем работы больше 15 лет имеют преобладающий «профессиональный стресс», по сравнению с врачами, чей стаж меньше 15 лет. Отмечено, что врачи женского пола имеют высокий процент

становления СЭВ. Врачи-онкологи имеют наибольший показатель выраженности симптомов СЭВ. Второе место занимают врачи-психиатры.

Медицинская деятельность характеризуется наибольшей возможностью угрозы развития СЭВ. Важное значение в формировании СЭВ имеют личностные черты эмоциональной неустойчивости, недоверчивости, принятию чувства вины, интроверсия, состояние напряжения[30].

Таким образом, к развитию СЭВ является условия профессиональной деятельности медицинских работников.

Выводы по первой главе

На основании теоретического анализа взаимосвязи синдрома эмоционального выгорания и фрустрационной направленности поведения у медицинских работников можно составить следующие выводы:

1. СЭВ считается чаще приобретённым стереотипом эмоционального, но очень часто профессионального поведения, в форме полного или частичного отключения эмоций в ответ на психотравмирующие воздействия, которое приводит к моральному опустошению и профессиональной деформации личности медицинского работника, результатом которой является негативные изменения в поведении, мышлении, чувстве и здоровье.

2. В процессе своей деятельности медицинские работники имеют наибольшую значимость подвергаться воздействию различных неблагоприятных факторов рабочей среды и непосредственно самого трудового процесса (ответственность за жизнь и здоровье других людей, повышенные требования к профессиональной компетенции, большое количество контактов с пациентами, беседы с родственниками, переживание негативных эмоций и т.д.).

3. Фрустрационное поведение является особым состоянием личности, возникающее при неудовлетворении своих потребностей в

реальных либо предполагаемых ситуациях. Такие ситуации обычно воспринимаются личностью как травмирующие.

4. Эмоциональное выгорание является следствием негативного проявления профессиональной деятельности, как стандартизация общения, применение в работе стереотипных навыков, стандартных шаблонов, подмена творческой продуктивной деятельности формальным исполнением своих обязанностей, желание уменьшить объём работы. В таком состоянии медицинскому работнику кажется, что чувство хронической усталости связано с перегрузкой на работе.

ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ОСОБЕННОСТЕЙ ФРУСТРАЦИОННОГО ПОВЕДЕНИЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

2.1. Организация и методы исследования

Экспериментальное исследование особенностей фрустрационного поведения и эмоционального выгорания у медицинских работников проводилось на базе больницы г. Ульяновска с сентября 2015г. по март 2016г.

Исследование проходило поэтапно.

На первом этапе была определена проблема. Проблема исследования определяется большой вероятностью возникновения у медицинских работников «эмоционального выгорания», связанная с ответственностью за судьбу, здоровье, жизнь людей. Среди наиболее часто встречающихся профессий, подверженных СЭВ отмечают медицинских работников.

На втором этапе был определён методический аппарат: цель, задачи, объект, предмет исследования, а так же выдвинуты гипотезы.

Выборка испытуемых была выбрана на третьем этапе. В исследовании принимали участие 25 врачей-терапевтов. Стаж работы испытуемых составляет от 5 до 25 лет, их возраст от 26 до 55 лет, выборку составили в основном женщины, и присутствует несколько мужчин. Следующий этап работы состоял из выбора методик для проведения обследования.

Были использованы следующие методики:

1. Проективные методы (методика изучения фрустрационных реакций С. Розенцвейга).
2. Опросники (методика диагностики уровня эмоционального выгорания по В.В. Бойко).

Этап пятый – проведение диагностического исследования медицинских работников. Исследование проводилось отдельно с каждым специалистом и в определённое время.

А так же на последнем этапе была проведена обработка первичных данных. Были определены количественные и качественные показатели выраженности синдрома эмоционального выгорания и направленность реакции фрустрационного поведения у медицинских работников, проведён статистический анализ данных.

Методики исследования.

Методика изучения фрустрационных реакций С. Розенцвейга.

Стимульный материал состоит из рисунков, где представлены лица, находящиеся в проблемной ситуации. Одни персонаж на картинке произносит фразу, в которой описывается суть возникшей проблемы. Над другим персонажем нарисован пустой квадрат. Задача испытуемого дать за него ответы, которые первые приходят на ум. Их содержание анализируется с целью выявления типа обиды (агрессии и её направленности – на себя, на других).

Каждый из полученных ответов оценивается, по двум критериям: по направленности реакции и по типу реакции. Данное исследование заключается лишь в направленности реакции.

По направленности реакции разделяются:

Экстрапунитивные: реакция направлена на окружение, осуждается внешняя причина фрустрации, отмечается степень фрустрирующей ситуации, иногда разрешение ситуации требует от другого лица.

Интропунитивные: реакция направлена на самого себя, испытуемый может брать вину и ответственность на себя за исправление сложившейся ситуации, ситуация не подлежит осуждению. Испытуемый принимает фрустрирующую ситуацию как благоприятную для себя.

Импунитивные: фрустрирующая ситуация рассматривается как нечто неизбежное или мало значительное, преодолимое со временем, обвинения окружающих и самого себя отрицает.

Обозначения реакции отмечаются буквами:

Е - экстрапунитивные реакции

I – интропунитивные реакции

M – импунитивные

2.2. Анализ результатов исследования взаимосвязи фрустрационного поведения и эмоционального выгорания медицинских работников высшего звена.

2.2.1 Анализ результатов исследования эмоционального выгорания медицинских работников высшего звена.

Результаты распределения врачей по уровню сформированности фаз СЭВ можно увидеть на рисунке 1.

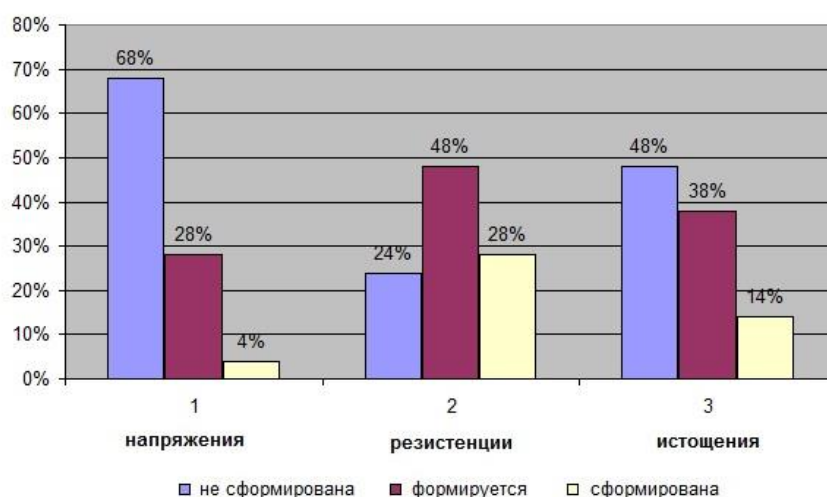


Рисунок 1. Сформированность фаз СЭВ у медработников.

Из полученных результатов данного (рисунок 1) видно, что наибольшее число врачей имеет сформированность фазы резистенции, что составляет 28% респондентов. Это может свидетельствовать о наличии у этих специалистов выработанных психологических защит, механизмов сопротивления неблагоприятным факторам собственной деятельности.

Фаза напряжения (68%) и фаза истощения (48%) не сформирована у большинства представителей выборки.

Фаза резистенции также имеет наибольшее формирование (48%). Это говорит о том, что медработники испытывают психоэмоциональное напряжение, вызывающее синдром эмоционального выгорания.

Проанализируем сформированность отдельных симптомов фаз напряжения у медработников.

Таблица 1.

Сформированность симптомов фазы напряжения СЭВ
у медработников (в %).

№	Симптомы	Не сформирован	Формируется	Сформирован
1.	Переживание психотравмирующих обстоятельств	44 %	16 %	40 %
2.	Неудовлетворенность собой	88 %	8 %	4 %
3.	«Загнанность в клетку»	68 %	12 %	16 %
4.	Тревога и депрессия	68 %	24 %	4 %
Фаза напряжения		68 %	28 %	4 %

Из анализа симптомов фазы напряжения можно увидеть, что симптом эмоционального выгорания «переживание психотравмирующих обстоятельств» сформирован у 40% испытуемых. Данный симптом проявляется усиливающимся осознанием психотравмирующих обстоятельств профессиональной деятельности, такие переживания как раздражение, отчаяние, негодование постепенно растёт и накапливается. Неразрешённые ситуации приводят к возникновению других симптомов «выгорания». Данный симптом не проявляется у 44% медработников, а так же находится в стадии формирования у 16% респондентов.

Синдром «неудовлетворённость собой» сформировался лишь у 4%. Эти медработники испытывают недовольство собой, избранной профессией, занимаемой должностью. Закладывается механизм «эмоционального

переноса» - переживания направляются не только вовне, сколько на себя. Внешние факторы постоянно приводят к травмированию личности, и заставляют снова и снова переживать психотравмирующие элементы профессиональной деятельности. В таких случаях важное значение имеют внутренние факторы, способствующие появлению эмоционального выгорания: повышенная совестливость и чувство ответственности. На начальных этапах СЭВ они подталкивают к напряжению, а в дальнейшем провоцируют психологическую защиту. У большинства медработников нашей выборки данные симптомы не сформированы.

Симптом «загнанности в клетку» определён у 16% врачей. Это говорит о продолжении развивающегося стресса. Психотравмирующие обстоятельства влияют на врачей, и при этом, устранить их довольно трудно, и это приводит их к чувству безысходности и возникает состояние эмоционально-интеллектуального затора.

«Тревога и депрессия» выявился только у 4% врачей. У большего числа испытуемых (68%) такой симптом не имеет сформированности. Этот синдром выявляется в взаимосвязи с профессиональной деятельностью в более непростых условиях, провоцирующих эмоциональное выгорание как психологическое средство защиты. Ощущение неудовлетворённости занимаемой должности и собой провоцируют сильные энергетические напряжения в форме волнения работниками медицины ситуационной либо личностного беспокойства, разочарования в себе, в выбранной специальности, в занимаемой должности.

Результаты диагностики сформированности симптомов фазы напряжения можно увидеть на рисунке 2.

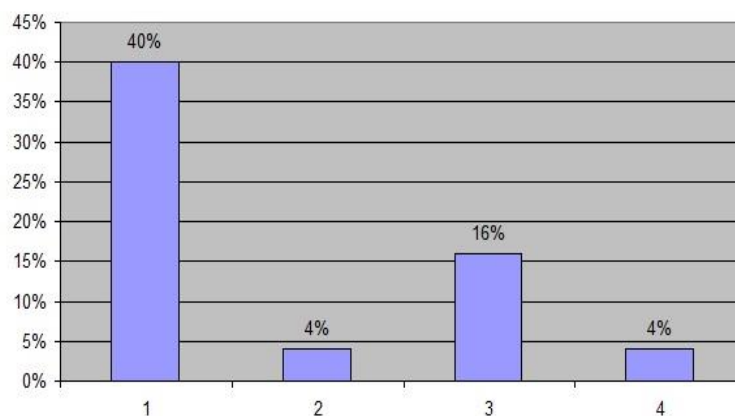


Рисунок 2. Результаты диагностики сформированности симптомов фазы напряжения.

Условные обозначения: 1- Переживание психотравмирующих обстоятельств, 2- Неудовлетворённость собой, 3- «Загнанность в клетку», 4 – Тревога и депрессия.

Фаза резистенции сформирована у большинства врачей выборки, подробнее рассмотрим сформированность отдельных её симптомов. Результаты диагностики симптомов фазы резистенции представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Результаты диагностики симптомов фазы резистенции (в %)

№	Симптомы	Не сформирован	Формируется	Сформирован
1.	Неадекватное эмоциональное избирательное реагирование	0 %	36 %	64 %
2.	Эмоционально– нравственная дезориентация	54 %	46 %	0 %
3.	Расширение сферы экономии эмоций	48 %	20 %	32 %
4. 4	Редукция профессиональных обязанностей	24 %	12 %	60 %
Фаза резистенции		24 %	48 %	28 %

Симптом «неадекватного эмоционального избирательного реагирования» считается более характерным для данной фазы, он выявляется у 64% врачей, для 36% врачей характерна стадия формирования. Этот синдром – определённый признак «выгорания», он говорит о том, что врачи перестают замечать разницу между явлениями, на первый план выходит неадекватное избирательное эмоциональное реагирование.

Симптом «эмоционально-нравственной дезориентации» формируется у 46%, и не сформирован у 54%. Данный признак как бы углубляет неадекватную реакцию в отношениях с больными и сослуживцами по работе. Он выражается в проявлении направленности прибегать к средствам самооправдания. Не выражая характерного эмоционального отношения к личности, он отстаивает собственную стратегию.

Симптом «расширения сферы экономии эмоций» сформировано у 32% врачей и у 20% от числа выборки формируется, а у 48% респондентов не сформирован. Сформированность представленного симптома характеризуется усталостью врачей на работе от многочисленного общения, ответов на вопросы, и у них пропадает желание вести беседу, в том числе с близкими людьми. И очень часто именно члены семьи делаются первой «жертвой» эмоционального выгорания. В рабочей обстановке специалисты общаются в рамках делового общения: как положено по нормативам и обязанностям, а дома замыкаются.

Симптом «редукции профессиональных обязанностей» организован у 60% врачей и формируется у 12% респондентов. Данный признак отмечается в попытках упростить или уменьшить обязанности, которые характеризуются эмоциональными затратами, что может свидетельствовать о том, что пациенты остаются обделенными должным профессиональным вниманием врачей. Врач считает неважным беседовать с пациентом, побудить к подробному изложению клинической картины. Анамнез заболевания получается достаточно бедным и малоинформативным, что может послужить неверному медицинскому диагнозу.

Результаты исследования сформированности симптомов фазы резистенции СЭВ представлены на рисунке 3.

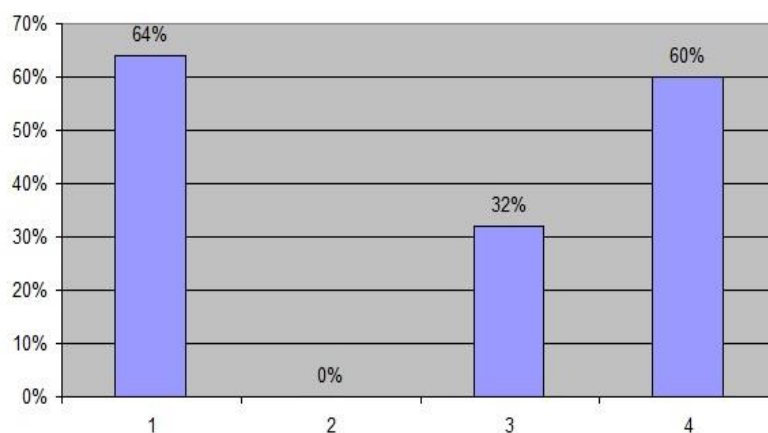


Рисунок 3. Результаты исследования сформированности симптомов фазы резистенции СЭВ.

Условные обозначения: 1- Неадекватное эмоциональное реагирование; 2 – Эмоционально-нравственная дезориентация; 3- Расширение сферы экономики эмоций; 4- Редукция профессиональных обязанностей.

Распределение медработников по уровню сформированности симптомов данной фазы истощения представлено в таблице 4.

У большинства медработников фаза «истощения» находится в стадии формирования. Эта фаза характеризуется более или менее выраженным падением общего энергетического тонуса и ослаблением нервной системы. Эмоциональная защита в форме «выгорания» становится определяющим атрибутом личности.

Таблица 3.

Распределение медработников по уровню сформированности симптомов фазы истощения (в %).

№	Симптомы	Не сформирован	Формируется	Сформирован
1	Эмоциональный дефицит	60 %	36 %	0 %
2	Эмоциональная	32 %	48 %	16 %

	отстраненность			
3	Личностная отстраненность	48 %	16 %	32 %
4	Психосоматические и психовегетативные нарушения	56 %	28 %	12 %
	Фаза истощения	48 %	38 %	14 %

Из данной таблицы можно увидеть, что симптом «эмоционального дефицита» находится в стадии формирования у 36% врачей, и не сформирован у 60% врачей выборки. Данный симптом свидетельствует, что эмоционально медработник истощен и уже не может проявлять эмпатию по отношению к пациентам. Состояние сопереживания, сочувствия, сострадания в большей степени может отсутствовать. Со временем симптом усиливается, и может приобрести более осложнённую форму: реже проявляются положительные эмоции, чаще – отрицательные. Резкость, грубость, капризы, раздражительность – частый симптом «эмоционального дефицита».

Симптом «эмоциональной отстранённости» сформировался у 16% врачей и находится в стадии формирования у 48% из них. При сформированности данного симптома врачи совсем исключают эмоции из сферы своей деятельности. Их мало что волнует, ничто не вызывает эмоционального реагирования, подавляются как позитивные так и отрицательные эмоции. Это больше относится к приобретённым за годы обслуживания людей эмоциональным защитам «вытеснение» или «изоляция». В других сферах жизнедеятельности он живёт полноценными эмоциями. Реагирование в отсутствии эмоций – более яркий признак «выгорания». Он говорит о профессиональной деформации личности врача и приносит вред пациентам. Такие пациенты, очень часто глубоко травмированы профессиональным общением и глубоко переживают проявление к ним безразличия.

Симптом «личностной отстранённости (деперсонализации)» сформировался у 32% врачей, в стадии формирования находятся 16% врачей, и у большинства врачей симптом не сформировался. Этот симптом проявляется в поступках профессионала в процессе общения. В основном, отмечается полная или частичная утрата интереса к человеку – субъекту профессиональной деятельности (пациенту). Пациент воспринимается как объект, нечто неживое, как объект для манипуляций: с ним формально приходится что-то делать. Пациент надоедает своими проблемами, жалобами, неприятно его присутствие. Медработник утверждает, что работа с людьми становится неинтересной, не приносит удовольствия, не предполагает общественной важности.

Признак «психосоматических и психовегетативных нарушений» представлен у 12% врачей и у 28% находится в стадии формирования, у основной массы медработников он не сформирован, что составляет 56% выборки. Данный признак выражается на уровне психического и физического самочувствия. В целом он образуется по условно-рефлекторной связи неблагоприятного свойства: почти все, что касается пациентов, способствует отклонениям в соматических или психических состояниях. Зачастую связь с пациентами либо мысль о них порождает нехорошее душевное состояние, негативные ассоциации, бессонницу, ощущение боязни, неприятные ощущения в области сердца, реакции со стороны сосудов, обострение хронических болезней.

Результаты исследования сформированности симптомов фазы истощения СЭВ представлены на рисунке 4.

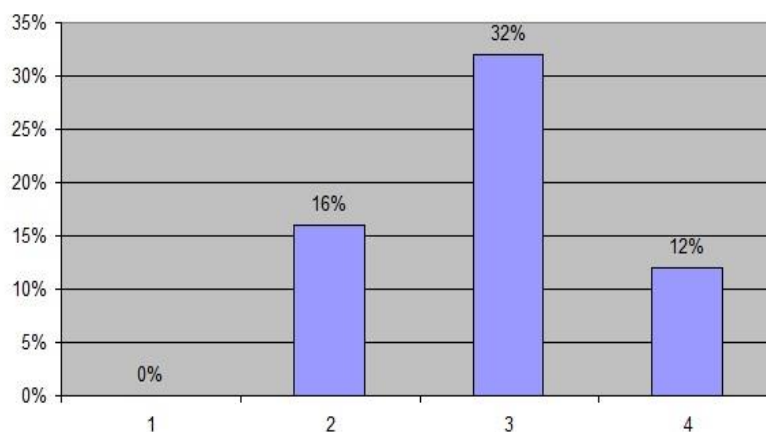


Рисунок 4. Результаты исследования сформированности симптомов фазы истощения СЭВ.

Условные обозначения: 1 – Эмоциональный дефицит; 2 – Эмоциональная отстранённость; 3- Личностная отстранённость; 4 – Психосоматические и психовегетативные нарушения.

Таким образом, в ходе проведённой психодиагностики эмоционального выгорания было установлено, что у врачей наиболее выраженными являются симптомы эмоционального выгорания как переживание психотравмирующих обстоятельств (у 40% - сложившийся симптом), неадекватное эмоциональное избирательное реагирование (у 64% - сформировавшийся симптом), редукция профессиональных обязанностей (у 60% - сформировавшийся симптом).

Наименее выраженными симптомами эмоционального выгорания у врачей являются: неудовлетворённость собой (сложившийся симптом - у 4%), тревога и депрессия (сложившийся симптом – у 4%), эмоциональный дефицит (сложившийся симптом – 0%).

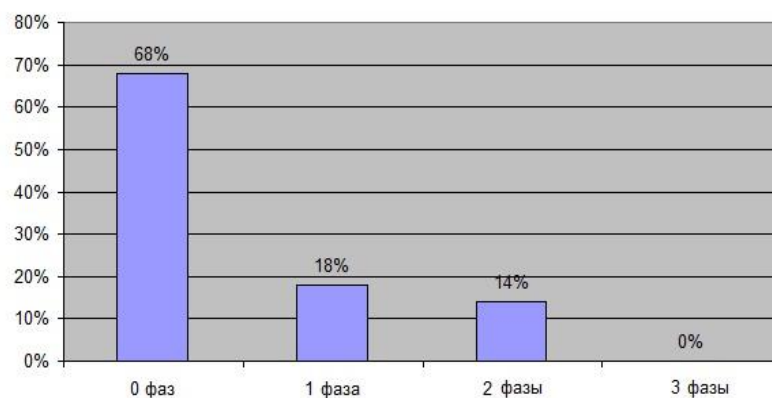


Рисунок 5. Показатели сформированности фаз СЭВ.

Анализ сформированности фаз показал, что преобладают медработники, у которых полностью не сформирована ни одна фаза: 68% представителей выборки, что свидетельствует, о профессиональном становлении и адаптации к профессии, об использовании адаптивных копинг-стратегий, что помогает оставаться в сложившейся профессиональной ситуации, у 12% медработников сформированы две фазы синдрома эмоционального выгорания, что говорит о женщинах возраста от 35 до 50, со стажем работы более 15 лет. У 16% врачей женщин, в возрасте от 33 до 55, со стажем работы более 8 лет и более 20 лет, синдром эмоционального выгорания отличается сформированностью одной фазы, что характеризует их как специалистов проявляющие попытки облегчить или сократить обязанности, которые требуют эмоциональных повышенных затрат, в неадекватном ограничении диапазона и интенсивности включения эмоций в профессиональное общение, в повышенной потребности значимости пребывания на работе.

2.2.2. Анализ результатов исследования фрустрационной направленности медицинских работников высшего звена

Таблица 6.

Результаты исследования фрустрационной направленности
у медработников

№	Е (экстрапунитивная)	I (интрапунитивная)	М (импунитивная)
1.	7	4	12
2.	4	6	14
3.	9	5	10
4.	6	4	14
5.	6	4	12
6.	7	6	11
7.	4	7	12
8.	6	14	4
9.	13	6	5
10.	9	4	9
11.	4	6	14
12.	3	9	12
13.	11	4	9
14.	6	3	15
15.	7	9	8
16.	5	5	14
17.	2	6	16
18.	10	5	9
19.	8	7	8
20.	11	6	7
21.	3	8	13
22.	10	5	9
23.	7	6	11
24.	8	4	12
25.	4	5	15

Из таблицы 5 видно, что у большинства медицинских работников выражены импунитивные реакции, что составляет 72% от общей численности выборки. Это говорит о том, что фрустрирующая ситуация рассматривается как малозначащая, доступная исправлению, как отрицание какой-либо вины или как что-то такое, что имеет возможность быть

исправлено само собой, стоит лишь только подождать и задуматься. Обследуемый никого не винит в случившемся.

Экстрапунитивные реакции имеют меньшие значения и составляют 24% численности выборки, присутствуют женщины и мужчина в молодом возрасте до 32 лет, со стажем работы около 5 лет. Можно сказать, что данная форма реакции связана с возникновением внутреннего «подстрекателя» к агрессии, с направленностью реакции вовне. Испытуемые в произошедших ситуациях накладывают вину на других людей. Им характерны такие качества как обида, досада, гнев, озлобленность, и хочется любыми средствами добиться поставленной цели. К окружающим людям присутствует повышенная требовательность, и низкая самокритичность по отношению к самому себе.

Исследование показало, что наименьшее значение присутствует в интрапунитивных реакциях, всего лишь 4% у женщины в возрасте 42 лет, со стажем работы более 15 лет. Это значит, что у такого человека присутствует аутоагрессия: обвинения в неудаче самого себя, появлением чувства вины. За исправление ошибок всю вину берёт на себя. Такой человек становится молчаливым, замкнутым, преобладает подавленное настроение, появляется тревожность. Такие работники чаще всего самокритичны и неуверенны в себе.

Таблица 7.

Сопоставление результатов сформированности СЭВ и фрустрационного поведения врачей

Проявление СЭВ	Показатели фрустрационного поведения в %		
	Е (экстрапунитивная)	І (интрапунитивная)	М (импунитивная)
1 группа с отсутствием СЭВ	15,2 %	6,8%	78%
2 группа сформированность 1 фазы СЭВ	20 %	20 %	60%
3 группа сформированность	33,3 %	33,3 %	33,3%

1 группа с отсутствием СЭВ и экстрапунитивной реакцией, составляет 15,2% выборки. Характеризуется отсутствием симптомов СЭВ или началом их формирования с реакцией направленной на обвинения других в ситуациях фрустрации, говорит о том, что у специалистов в зрелом возрасте пройден период профессионального развития и привыкания к профессии, определены необходимые цели, выработаны механизмы профессионального самосохранения, за счёт сформированных механизмов психологической защиты направленных на уменьшение тревоги по отношению к себе, возникающей при осознании конфликта или препятствии к самореализации, но в обвинении в случившемся других людей.

1 группа с отсутствием СЭВ и интрапунитивной реакцией составляет 6,8% выборки, характеризуется отсутствием симптомов СЭВ или началом их формирования с реакцией направленной на обвинения себя, что говорит о том, что у специалистов в зрелом возрасте пройден этап профессионального становления и адаптации к профессии, определены конкретные цели, выработаны механизмы профессионального самосохранения, за счёт сформированных механизмов психологической защиты направленных на уменьшение тревоги по отношению к себе, найти недостатки или присвоение себе вины в ситуациях избегания конфликта.

1 группа с отсутствием СЭВ и импунитивной реакцией составляет значительную часть выборки 78%, характеризуется отсутствием симптомов СЭВ или началом их формирования с реакцией направленной вовне, что говорит о том, что у специалистов в зрелом возрасте пройден этап профессионального становления и адаптации к профессии, определены конкретные цели, выработаны механизмы профессионального самосохранения, за счёт сформированных механизмов психологической защиты направленных на уменьшение тревоги, непринятии аспектов внешней реальности, которые очевидны для окружающих, не принимаются

самим специалистом. Информация, которая беспокоит и может привести к конфликту, не осознаётся и не воспринимается.

2 группа сформированность 1 фазы СЭВ и экстрапунитивная реакция, составляет 20% выборки. Характеризуется перепадами настроения, не считают проявлять необходимые эмоции, как сочувствие сострадание, негативное самовосприятие в своей работе, чувства компетентности снижены, усталость от контактов с пациентами, это приводит к негативно настроенному восприятию конфликтной ситуации и виноват в случившемся, может быть пациент или родственник, вместо того, чтобы адекватно принять свою вину.

2 группа сформированность 1 фазы СЭВ и интрапунитивная направленность реакции составляет 20% выборки. Характеризуется перепадами настроения, не считают проявлять необходимые эмоции, как сочувствие сострадание, негативное восприятие самого себя в своей работе, чувства компетентности снижены, усталость от контактов с пациентами. Отмечается в ситуациях фрустрации как самообвинение путём отвлечения внимания, поиском отвлекающих мыслей или занятий, смягчающие способы поведения, нацеленные на сглаживание эмоций, в частности самоуспокаивание.

2 группа сформированность 1 фазы СЭВ и импунитивная реакция, когда направленность фрустрирующей реакции направлена вовне составляет 60% выборки. Характеризуется перепадами настроения, не считают проявлять необходимые эмоции, как сочувствие сострадание, негативное самовосприятие в своей работе, чувства компетентности снижены, усталость от контактов с пациентами. Характеризуется уклонением поведения от источника стресса, пассивное поведение, как ожидание, колебание или отставка в ситуации конфликта.

3 группа сформированность 2 фазы СЭВ и экстрапунитивная реакция составляет 33,3 % выборки, что говорит о снижении активности, усталости, ощущении постоянного отсутствия сил, нежелании видеть людей и общаться

с ними, снижении эмоций, эмоциональный контакт отмечается по принципу «хочу – не – хочу», Механизмы совладания со стрессом в конфликтных ситуациях отсутствуют, раздражение выходит наружу, агрессивное обвинение в конфликте других людей или обстоятельств, яркое проявление гнева.

3 группа сформированность 2 фазы СЭВ и интрапунитивная реакция, составляет 33,3% выборки. Что свидетельствует, о снижении активности, усталости, ощущении постоянного отсутствия сил, нежелании видеть людей и общаться с ними, снижении эмоций, эмоциональный контакт отмечается по принципу «хочу – не – хочу». Характеризуется как смягчающие способы поведения, которые направлены на сглаживание эмоций через действия как курение, переедание, алкоголь, употребление психотропных веществ. Отношение к себе направлено на самокритику, жалость к себе.

3 группа сформированность 2 фазы СЭВ и импунитивная направленность реакции, составляет 33,3 % выборки. Что говорит, о снижении активности, усталости, ощущении постоянного отсутствия сил, нежелании видеть людей и общаться с ними, снижении эмоций, эмоциональный контакт отмечается по принципу «хочу – не – хочу». Характеризуется, в конфликтных ситуациях обвинения подвергаются сомнению или обращаются за разъяснениями, самостоятельные попытки противостоять влиянию другого человека, механизм психологической защиты характеризуется как искажение восприятия действительности.

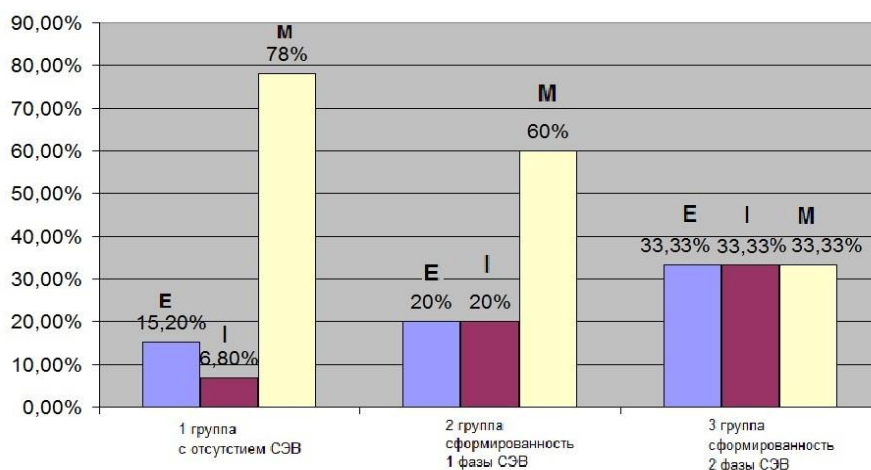


Рисунок 6. Процентное соотношение СЭВ и фрустрационной направленности.

На данном рисунке выявлены преобладания импунитивных реакций во всех группах с сформированностью и отсутствием СЭВ.

Отличительными признаками реакций и СЭВ является третья группа, у которой сформированы 2 фазы ЭВ и равными значениями фрустрационных реакций. Это является наличием СЭВ с характерными преобладаниями всех реакций. Можно сделать вывод, что в конфликтных ситуациях реакции будут направлены на себя и на других людей, что приводит к большому эмоциональному напряжению и служит причиной СЭВ. Чем больше интрапунитивных реакций, тем больше эмоционального проявления. Экстрапунитивные показатели говорят об напряжении в межличностном общении. Причиной такого явления могут быть как личностные переживания так и давление окружающей среды. Чтобы избежать такого проявления, необходимо фрустрирующую ситуацию воспринимать как само по себе разрешимое, а не винить в этом себя или других людей. Таким образом, необходимо в большей степени воспринимать такие ситуации с импунитивной направленностью.

Результаты корреляционного анализа взаимосвязи фрустрационного поведения и эмоционального выгорания у врачей с помощью коэффициента корреляции Пирсона (N=25).

СЭВ	Е	І	М
178	6	14	4
180	4	6	14
127	9	4	9
76	13	6	5
110	11	4	9
78	3	9	12
205	10	5	9
76	4	5	15
72	2	6	16
108	4	7	12
146	6	4	12
77	6	4	14
69	7	6	11
59	4	6	14
144	9	5	10
135	7	4	12
95	6	3	15
143	7	9	8
80	3	8	13
136	8	7	8
140	10	5	9
110	11	6	7
146	5	5	14
121	8	4	12
97	7	6	11
	0.262873	0.138045	-0.376539

При $p \leq 0,05$ $r_{кр} = 0,38$; при $p \leq 0,01$ $r_{кр} = 0,49$.

Полученный коэффициент корреляции совпал с критическим значением для уровня значимости в 1%. Следовательно, можно утверждать, что показатели СЭВ и экстрапунитивная и интрапунитивная реакции связаны

положительной корреляции зависимости, иначе говоря, чем выше показатели экстрапунитивной и интрапунитивной реакции, тем выше показатели СЭВ.

Результатом проведённой работы является подтверждение гипотезы взаимосвязи СЭВ с фрустрационным поведением, в частности работники подверженные СЭВ имеют фрустрационное поведение с преобладанием импунитивной реакции.

Выводы по второй главе

1. Преобладающее большинство врачей имеет сформированность фазы резистенции, что подразумевает о присутствии у таких работников сформированных психологических защит, факторов сопротивления неблагоприятным моментам собственной деятельности. Отсутствие сформированности фаз истощения и напряжения. Наиболее выраженными симптомами СЭВ у медицинских работников считаются: неадекватное эмоциональное избирательное реагирование составляет 64%, редукция профессиональных обязанностей сформирована у 60% врачей.

2. У большинства медицинских работников преобладают импунитивные реакции, что составляет 72% от общей выборки. Это говорит о том, что фрустрирующая ситуация рассматривается как незначительная, которая подлежит исправлению, как отрицание какого-нибудь обвинения и которое может быть исправлено само по себе, спустя некоторое время. Обследуемый не обвиняет ни себя, ни других.

3. Наибольшими показателями проявления СЭВ и фрустрационной направленности является группа с отсутствием СЭВ и импунитивной реакцией, что составляет 78% и говорит о немаловажном значении возраста как профессиональной устойчивости к профессиональной деятельности, определения конкретных целей, выработывании механизмов профессионального самосохранения, за счёт сформированных механизмов психологической защиты, направленные на уменьшение тревоги. Говоря о

импунитивной реакции, фрустрирующая ситуация не осознаётся и не воспринимается.

4. Значительными показателями проявления СЭВ и фрустрационной направленности является группа с отсутствием СЭВ и экстрапунитивной реакцией составляет 15,2%, что говорит о сформированных механизмов психологической защиты направленных на уменьшение тревоги по отношению к себе, возникающей при осознании конфликта или препятствии к самореализации, но в обвинении в случившемся других людей.

5. Преобладание показателей группы с проявлением одной фазы СЭВ и импунитивной направленности реакции составляет 60%, что является причиной перепадов настроения, сниженном проявлении эмоций, усталости от контактов с пациентами. Импунитивная направленность выражается в уклонении и пассивном поведении поведения от источника стресса.

6. Анализ корреляции показал существование взаимосвязи фрустрационного поведения и эмоционального выгорания, что говорит подтверждении синдрома эмоционального выгорания работников, имеющих фрустрационное поведение с преобладанием импунитивной реакции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Значимость проблемы эмоционального выгорания работников медицины, является то, что в настоящее время довольно часто отмечаются большое количество стрессов, причиной которых является данная профессия. На сегодняшний день работа врачей предполагает повышенный уровень стрессов, следствием которого является синдром эмоционального выгорания. Это означает, что данная проблема имеет большую значимость. По изучению синдрому выгорания было проведено множество исследований, но о взаимосвязи с фрустрационным поведением исследовательских работ не наблюдалось.

Переутомление и напряжённый график работы негативно проявляются в психическом и соматическом состоянии врачей, что в свою очередь отражается в профессиональной сфере. Выгорание проявляется как в душевном неблагополучии, неудовлетворённости в личной жизни, а так же в состоянии здоровья. В многочисленных исследованиях обнаружено, что «трудоголики» имеют большой риск возрастания выгорания, кто постоянно трудится без отдыха, отдавая себя полностью карьере.

Профессиональная деятельность врачей является наиболее склонной к воздействию неблагоприятных условий рабочей среды и преимущественно самого трудового процесса как: повышенный интерес к самочувствиям пациентов, высокий уровень ответственности за здоровье и жизнь пациентов, общение с пациентами и их родственниками настроенных негативно.

Из теоретического анализа данной проблемы можно сказать, что СЭВ - это механизм выработанный личностью психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетике) в ответ на избранные психотравмирующие влияния. Этот синдром, является приобретенным стереотипом поведения трудовой деятельности.

Говоря о фрустрационном поведении, интрапунитивную форму фрустрации в основном проявляют лица со слабой нервной системой,

экстрапунитивную форму, которая проявляется в виде агрессии, можно заметить у лиц, с сильной нервной системой.

Из анализа сформированности СЭВ следует, что фаза резистенции имеет значительные отличия, а так же симптомы фазы истощения как эмоциональная и личностная отстранённость. При корреляционном анализе взаимосвязи СЭВ и фрустрационным поведением, было отмечено, что врачи имеющие импунитивную направленность меньше подвержены выгоранию. Эти данные помогли определить, что чем больше у врача выражены импунитивные реакции, тем меньше работник подвержен выгоранию. Следовательно, полученные результаты исследования могут применяться для разработки методов профилактики психокоррекции в помощи препятствованию СЭВ, а так же в большей степени профессиональной деформации личности.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Абрамова, Г. С., Юдчиц, Ю. А. Психология в медицине [Текст] / Г.С. Абрамова, Ю. А. Юдчиц. - М.: Наука, 1998. – С. 231-244.
2. Авхименко, М. М. Некоторые факторы риска труда медика [Текст] / М.М. Авхименко // Медицинская помощь. - М.: Медицина, 2003. - №2. - С.25-29.
3. Ананьев, Б. А. Введение в психологию здоровья [Текст] / Б.А. Ананьев. - СПб.: Питер, 1999. – 123 с.
4. Балахонов, А. В., Белов, В. Г. Эмоциональное выгорание у медицинских работников как предпосылка астенизации и психосоматической патологии [Текст] / А.В. Балахонов, В.Г. Белов. – СПб., 2009. – 18 с.
5. Баркер, Р. Эффект фрустрации в когнитивной среде [Текст] / Р. Баркер. - М., 2004.
6. Бердяева, И. А., Войт, Л. Н. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей [Текст] / И.А. Бердяева, Л.Н. Войт // Дальневост. мед. журн. - 2012. - №2. - С. 117-120.
7. Бойко, В. В. Охрана психического здоровья [Текст] / В.В. Бойко. - М.: Академия, 2004. – 348с.
8. Бодров, В. А. Психологический стресс: развитие учения и современное состояние проблемы [Текст] / В.А. Бодров. - М.: Институт психологии РАН, 1995.
9. Василюк, Ф. Е. Психология переживания [Текст] / Ф.Е. Василюк. - М., 2008.
10. Водопьянова, Н. Е., Старченкова, Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика [Текст] / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – СПб.: Питер, 2008. - 338 с.
11. Воронин, А. Н., Николаев, Е. Л. Психологическое исследование личности врача в отношении к профессиональной

деятельности [Текст] / А.Н. Воронин, Е.Л. Николаев // Вестник Чуваш. ун-та. – 2013. - №1. – С. 79-85.

12. Вилюнас, В. К., Гиппенрейтер, Ю. Б. Психология эмоций [Текст] / В.К. Вилюнас, Ю.Б. Гиппенрейтер. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – 288 с.

13. Далакова, А. С., Дубовый, Л. М. Механизм формирования предпосылок синдрома эмоционального выгорания и факторы, влияющие на синдром [Текст] / А.С. Далакова, Л.М. Дубовый // Вестник КГУ имени Н.А. Некрасова. - 2009. - №3. – С. 336-343.

14. Двойников, С. И., Карасёва, Л. А. Теория сестринского дела [Текст] / С.И. Двойников, Л.А. Карасёва, Л.А. Пономарёва // Самара: ГП «Перспектива», 2009. - 134с.

15. Дементий, Л. И. Фрустрация понятие и диагностика [Текст] / Л.И. Дементий. – Омск: Изд-во ОмГУ, 2004. – 68с.

16. Ермолаев, О. Ю. Математическая статистика для психологов [Текст] / О.Ю. Ермолаев. - М.: Московский психолого-социальный институт: Флинта, 2004. – 336 с.

17. Знаков, В. В. Исследование профессионально важных качеств у медицинских работников [Текст] / В.В. Знаков // Психологический журнал. – 2004. - №3. – С. 71-81.

18. Ильин, Е. П. Эмоции и чувства [Текст] / Е.П. Ильин. – СПб.: Питер, 2008. – 364 с.

19. Исаева, Е. Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни [Текст] / Е.Р. Исаева // Монография. – 2009. - 67с.

20. Китаев – Смык, Л. А. Психология стресса [Текст] / Л.А. Китаев – Смык. - М., 2003.

21. Колупаева, А. Л. Как не сгореть на работе...или ещё раз о профилактике синдрома профессионального выгорания педагогов

[Электронный ресурс]. Режим доступа: http://family2children.ru/upload/file/Emocionalnoe_vigoranie_posobie.pdf

22. Конопкин, О. А. Общая способность к саморегуляции как фактор субъективного развития [Текст] / О.А. Конопкин // Вопросы психологии. – 2004. - №2. – С.128-135.

23. Крюкова, Т. Л. Психология совладающего поведения [Текст] / Т.Л. Крюкова // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. – 2008. - Том 14. – С. 151.

24. Куликов, Л. В. Здоровье и субъективное благополучие [Текст] / Л.В. Куликов. - СПб.: Речь, 2000. – 182 с.

25. Ларенцова, Л. И., Барденштейн, Л. М. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей: психологические аспекты [Текст] / Л.И. Ларенцова, Л.М. Барденштейн. - М.: Мед. книга, 2009. – 142с.

26. Левитов, Н. Д. О психологических состояниях человека [Текст] / Н.Д. Левитов. – М., 2006.

27. Левитов, Н. Д. Фрустрация как один из видов психических состояний [Текст] / Н.Д. Левитов // Психологический журнал вопросы психологии. – 1997. - № 6.

28. Леонова, А. Б. Основные подходы к изучению профессионального стресса [Текст] / А.Б. Леонова // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2001. – №11. – С. 2-16.

29. Линде, Н. Д. Новые методы саморегуляции [Текст] / Н.Д. Линде // Журнал практического психолога. – 2005. - №1. – С.81-99.

30. Майер, Н. Фрустрация: поведение без цели [Текст] / Н. Майер. – М., 2005.

31. Никифоров, Г. С. Психология здоровья [Текст] / Г.С. Никифоров. – СПб.: Речь, 2006.

32. Орёл, В. Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии [Текст] / В.Е. Орёл // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2001. - № 3.
33. Портной, Л. В. Люди в такого доктора поверят! Совершенствование отечественного здравоохранения и проблемы врача общей практики [Текст] / Л.В. Портной // Мед. газета. – № 38. - 2005. – С 5.
34. Прохоров, А. О. Функциональные структуры и средства саморегуляции психических состояний [Текст] / А.О. Прохоров // Психологический журнал . – 2005. - №2. – С. 68-80.
35. Робертс, Г. А. Профилактика выгорания [Текст] / Г.А. Робертс // Вопросы общей психотерапии. – 1998. - № 1. – С. 26-32.
36. Розенцвейг, С. Психодиагностика [Текст] / С. Розенцвейг // М., 2004.
37. Ронгинская, Т. И. Синдром выгорания в социальных профессиях [Текст] / Т.И. Ронгинская // Психологический журнал. – 2002. - №3. – С. 85 – 95.
38. Русалова, М. Н. Экспериментальные исследования эмоциональных реакций человека [Текст] / М.Н. Русалова. - М.: Наука, 1989.
39. Самоукина, Н. Карьера без стресса [Текст] / Н. Самоукина. - СПб.: Питер, 2007.
40. Свенцицкий, А. С. Социальная психология управления [Текст] / А.С. Свенцицкий. - Л.: ЛГУ, 1989.
41. Сидоров, П. Синдром эмоционального выгорания [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://health.mpei.ac.ru/sindrom.htm>
42. Сидоров, П. Синдром эмоционального выгорания [Текст] / П. Сидоров // Медицинская газета. – 2005. - № 43. – С.25-42.
43. Силкина, А. А. Синдром «эмоционального выгорания» среди врачей различных специальностей в России и за рубежом. [Электронный ресурс]. Режим доступа: [http:// http:// http://medconfer.com/node/4331](http://http://http://medconfer.com/node/4331)

44. Стрельникова, А. Н. Зачем медицинской сестре самооценка [Текст] / А.Н. Стрельникова // Медицинская сестра. – 2000. - №1. – С.42-43.
45. Творогова, Н. Д., Волковая, В. В. Психология развития профессионала [Текст] / Н.Д. Творогова, В.В. Волковая. - М.: Юнити, 2000. – 246с.
46. Тен, Е. Е. Основы социальной медицины [Текст] / Е.Е. Тен // М.: Инфра. – М., 2003. – 208с.
47. Фокина, Т. Ю. Личностно-психологические аспекты синдрома эмоционального выгорания у врачей – стоматологов. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.dissercat.com/content/lichnostno-psikhologicheskie-aspekty-sindroma-emotsionalnogo-vygoraniya-u-vrachei-stomatolog>
48. Харди, И. Врач, сестра, больной / И. Харди. – Будапешт, 1998. – 312с.
49. Хатагурова, А. Профессиональное выгорание: может ли сестра не гореть на работе? // Сестринское дело. – 2004. - №4 – 5. – С. 21 – 25.
50. Юрьева, Л. Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников [Текст] / Л.Н. Юрьева. – Киев: Сфера, 2004. – С. 272.

Примеры выполнения методики Розенцвейга разных групп.

Таблица 1.

Первая группа с отсутствием СЭВ.

1. Костюм ерунда, а вы идите на @@@!	1. Я конечно расстроена, что это произошло, но вам повезло, что я иду домой.	1. Ничего страшного, бывает.
2. Прошу прощения, купим новую, лучше старой!	2. Извините пожалуйста! Я могу взамен разбитой вазы для вас что-нибудь сделать?	2. Простите, я нечаянно.
3. Мы же с вами не кино пришли смотреть!	3. Ничего страшного!	3. Я попрошу даму снять шляпу!
4. Деньги за проезд назад давай!	4. Вы ни в чём не виноваты. Я возьму билет на следующий поезд.	4. Да, это просто капец! Ну что вы, вы же не виноваты...
5. Потому что это китайское фуфло. Надо брать отечественное!	5. Девушка, давайте я обменяю их, или верну вам деньги.	5. Вы просто на них плохо влияете.
6. Хорошо, беру две. Всё равно я их читать не буду...	6. Хорошо, спасибо!	6. Вам же хуже. Скачаю всё из интернета, перестану к вам ходить, и всех уволят @@!
7. Я вообще один сижу, и ем. Когда я ем я	7. Возможно буду потише!	7. Нет, не слишком. Всё ещё впереди!

глух и нем!		
8. Су@@@!..	8. Обидно, иметь такую подругу. Спасибо, что предупредили!	8. А я решил, что втроём нам будет веселее.
9. Хорошо, приду после обеда.	9. На каком основании(где это прописано?), что плащ возвращается клиенту с согласия заведующего!	9. Вы что, сдурели?! На улице дождь!
10. Иди на @@@!	10. Это ваше мнение, переубедить я вас не собираюсь!	10. Я?! Сейчас кто-то в глаз получит!
11. Пока!	11. Да, ничего страшного!	11. Ничего страшного. Разговаривать по телефону в 2 часа ночи – моё любимое занятие!
12. Прикольно, его шляпа лучше!	12. Да возможно.	12. Да просто спёрли её, так и говорите!@@!
13. Решаем вопрос конструктивно!	13. Когда и во сколько вы меня примите?	13. Ничего страшного, я приду в следующий раз (а в голове: «ах, ты ж сволота!»).
14. Наверное опаздывает по уважительной причине...	14. Давай ещё подождём	14. Вот овца, всегда опаздывает!
15. Ну и ладно!	15. Хорошо, встретим позже.	15. Ну спасибо..
16. Иди на @@@!	16. Извиняюсь, но я	16. Сейчас я за битой

	очень спешу.	схожу, и мы поговорим о наших правах подробнее.
17. Я ключей не теряю, их спёрли!	17. Простите, возможно, я их где-то выронил.	17. Да, мне жаль, что я вчера упоролся до беспамятства!
18. Ерунда!	18. Хорошо, возможно будут ещё.	18. Вот блин..
19. Извините, больше не буду.	19. Простите, я не прав, задумался о своих проблемах.	19. Думаю, не выпить ли мне ещё кружечку пива..
20. С@@@!	20. Не знаю, видимо на то были причины.	20. Были причины, наверное. Например, она – обозлившаяся на весь белый свет старая дева. Или нет...
21. Так ему и надо!	21. Я не хотела ничего плохого, и обязательно съезжу к нему в больницу.	21. Ого, да я ведьма!..
22. Всё нормально!	22. Нет, всё нормально.	22. Ааа..!нет, ну что вы!копчиком больше, копчиком меньше!
23. Хорошо, ждём!	23. Хорошо, подождём.	23. Конечно, дорогая. Поезд несомненно подождёт нас пару часов, пока эта старая корга будет кавылять сюда.

24. Ерунда!	24. Ничего страшного, это всего лишь газета.	24. Полагаю, очень странно спихивать всю вину на ребёнка, учитывая, что это вы две минуты назад выхватили у меня эту газету и поскакали с ней в неизвестном направлении.
-------------	--	--

Таблица 2.

Вторая группа с формированием одной группы СЭВ.

1. Ничего страшного не случилось, вашего извинения будет достаточно.	1. Я принимаю Ваши извинения, я на Вас не в обиде.
2. Не расстраивайтесь, я по возможности найду равноценную замену вашей вазе.	2. Примите мои искренние извинения, как я могу исправить ситуацию?
3. Можно вас попросить снять головной убор, мне, правда, ничего не видно.	3. Вежливо попрошу снять красивую шляпу (я – спутник говорящего).
4. Мне тоже очень жаль, но эта проблема легко решаема.	4. Принимаю извинения и тороплюсь к кассам, чтобы узнать как « догнать» поезд.
5. Хорошо, я попробую сделать возврат товара.	5. Надо решать проблему « гарантированный ремонт» или « заводской брак».
6. Но мне, действительно нужны все эти три книги, может быть,	6. Согласна, буду приходить к Вам, чаще (т. к читаю книги быстро).

попробуете отступить от правил?	
7. Извините, что мешаю окружающим. Я постараюсь вести себя гораздо сдержаннее.	7. Хорошо, буду вести себя тише.
8. Мы больше не друзья, моё доверие к тебе навсегда исчерпано.	8. Она много на себя берет (много себе позволяет).
9. Попробуйте решить проблему с заведующим по телефону, пойдите мне навстречу.	9. Какой у Вас, заведующий!!! Без него Вы. Не можете решить мелкие проблемы (держит Вас, в «ежовых рукавицах» и Вы, ничего без его ведома делать не можете).
10. Сначала предоставьте ваши доказательства.	10. Ваши, обвинения не обоснованны... и Вы не смеете меня оскорблять.
11. Со всеми бывает, в следующий раз будьте внимательнее, до свидания!	11. Прощаю « спокойной ночи».
12. Завтра решим эту проблему, хотя я очень огорчён, что придётся идти без головного убора.	12. Я позвоню Петрову...
13. Хорошо, я понимаю вашу занятость, когда можно подойти повторно.	13. Очень жаль, а теперь у меня, возможно, не будет возможности для встречи.
14. Бывают непредвиденные обстоятельства, ещё немного подождём.	14. Подождем еще 10 (десять) мин.
15. Мне очень жаль, надеюсь у тебя действительно веские причины.	15. Ты создал мне непредвиденные проблемы, которые мне придется решать самому.

16. Мне кажется, я сделал обгон по правилам, и не считаю себя в чём-то виноватым.	16. Давайте заглянем в правила дорожного движения.
17. У меня был трудный день на работе, нужно больше отдыхать, чтобы не быть рассеянным.	17. Сердись – не сердись, но что – то надо делать.
18. Не подскажите, есть ли возможность заказать еще один эксперимент, мне он действительно очень нужен.	18. А не подскажите, в каком магазине еще можно успеть купить эту, книгу (позвоните своим коллегам – половцам).
19. Извините, я отвлекся, не заметил знака, в следующий раз внимательнее.	19. Извините, я больше не буду...
20. Ничего, переживем, не стоит огорчаться по мелочам.	20.
21. Я очень сожалею, хочу попросить у него прощение за нанесенную обиду.	21. Как ???!!! Этого не может быть! Мое поведение (я его обидела) не имеет к этому отношения.
22. Лучшее помогите мне встать.	22. Спасибо. Помогите мне встать, (или я сама встану).
23. Придется подождать, хотя данная ситуация заставляет меня нервничать.	23. Скажите тете Наташе, что лично провожать нас не надо, мы попрощаемся по телефону.
24. Научите своего ребенка манерам поведения с чужими вещами.	24. Ничего, в жизни все бывает.

Таблица 3.

Третья группа с формирование двух фаз СЭВ.

1. Мне тоже очень жаль. В таком виде я не могу идти на встречу, я попрошу Вас, отвести меня.
2. Я очень сожалею...готова компенсировать убытки.
3. Я сейчас попрошу эту даму снять шляпу.
4. Готова простить, если Вы, хотя бы частично компенсируете покупку нового билета.
5. Давайте подберем Вам, другие часы.
6. Такие правила меня вполне устраивают.
7. Прошу прощения, если я Вам, помешала.
8. Сделаем ей сюрприз.
9. С учетом того, что на улице дождь, я буду ждать заведующего у Вас, здесь.
10. Я не намерена слушать эту ересь....
11. Что ж, бывает ...
12. Хорошо, завтра поменяемся.
13. Что ж, давайте согласуем дату и время следующей встречи.
14. Ждем еще 10 (десять) минут и уходим.
15. Мне очень жаль, встретимся в другой раз.
15. Обгон в данном месте не запрещен, Ваши претензии не обоснованы.
16. С каждым такое может случиться, запасной ключ у мамы.
17. Вот досадно - то как...
18. Я понимаю, что нарушила, но я очень тороплюсь, и детей на дороге не было; готова оплатить штраф.
19. Видимо у нее были на то причины.
20. Мне очень жаль, что такое произошло.
21. Ушиблась, но это я переживу. Спасибо, что поинтересовались.
22. Хорошо, несколько минут мы еще можем подождать. Но чтобы, не

опаздывать мы должны выйти через 20 (двадцать) минут.

23. Это всего лишь газета...