

Тольятти, 2016

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
 ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ, ТЕМПЕРАМЕНТА И УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ	
1.1. Понятие синдрома эмоционального выгорания.....	7
1.2. Взаимосвязь эмоционального выгорания и темперамента.....	13
1.3. Взаимосвязь эмоционального выгорания и удовлетворенности качеством жизни медицинских работников среднего звена с заболеваниями сердечно- сосудистой системы.....	15
Выводы по первой главе.....	20
 ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ ВЫГОРАНИЕМ И КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СРЕДНЕГО ЗВЕНА	
2.1. Организация исследования и обоснование выбора методов проведения диагностики.....	22
2.2. Результаты исследования по изучению эмоционального выгорания, темперамента и качества жизни медицинских работников среднего звена....	25
2.3. Работа по изучению взаимосвязи эмоционального выгорания, темперамента и удовлетворенностью качеством жизни медицинских работников среднего звена с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.....	43
Выводы по второй главе.....	51
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	53
БИБЛИОГРАФИЯ.....	55
ПРИЛОЖЕНИЕ	

ВВЕДЕНИЕ

Современные работодатели заботятся об эффективности работы персонала, оказывающего услуги населению [10]. Особенно важно эти условия соблюдать в медицине, так как качество оказанных медицинских услуг зависит состояние здоровья и жизнь человека.

Актуальность данной работы связана с тем, что в настоящее время отрасль здравоохранения испытывает дефицит кадров во всех подразделениях. В данной работе мы рассмотрели ситуацию среди среднего медицинского персонала.

Как известно, работа в сфере медицины связаны с высокими психоэмоциональными нагрузками и требует высокой сосредоточенности и включенности. Из этого следует, что для эффективного поддержания трудовой мотивации медицинских сестер важно заботиться об их физическом и психологическом здоровье. При постоянном стрессе на работе, у специалистов появляется чувство тревожности, и развиваются защитные механизмы, вследствие развития которых формируется синдром эмоционального выгорания. Так же стрессовые ситуации, работа в ночную смену и повышенная тревожность оказывают влияние на состояние здоровья медицинского работника. При опросе в ходе работы, нами было установлено, что большинство специалистов данной сферы имеют серьезные нарушения в работе сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, а также развитие онкологических заболеваний. Исходя их полученных ответов, мы приняли решение рассмотреть взаимосвязь развития синдрома эмоционального выгорания и качества жизни специалистов, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

В настоящее время синдром выгорания описывается как долговременная стрессовая ситуация, вызванная продолжительными среднеинтенсивными стрессами, связанными с трудовой деятельностью. Согласно трехфакторной модели К. Маслач и С. Джексон, синдром эмоционального выгорания состоит из трех основных компонентов:

эмоционального истощения, деперсонализации и редукции личных достижений. Такие симптомы, как усталость, приглушенность эмоций, циничное отношение к работе, формализация отношений, чувство собственной некомпетентности в профессии говорят о том, что у специалиста может развиваться данный синдром.

Выгорание среднего медицинского персонала негативно отражается на работе учреждений здравоохранения. Ухудшаются взаимоотношения между сотрудниками, понижается качество предоставляемых медицинских услуг, усиливается кадровая текучесть, снижается трудовая удовлетворенность, появляются неблагоприятные эмоциональные проявления. Из последнего следует, что эмоциональное выгорание является причиной развития целого ряда заболеваний, которым подвержены медработники среднего звена. Так же, специалисту, подверженному эмоциональному выгоранию свойственно переносить негативные моменты трудовой деятельности на другие сферы. В особенности страдает личная жизнь и состояние здоровья [19]. Следовательно, можно предположить, что развитие данного синдрома провоцирует отток специалистов из отрасли.

Учитывая актуальность выбора темы для изучения, нами были сформулированы цель, задачи, объект, предмет и гипотеза данного исследования.

Цель исследования: Изучение взаимосвязи синдрома эмоционального выгорания, темперамента и удовлетворенности качеством жизни медицинских работников среднего звена, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Объект исследования: эмоциональное выгорание медицинских работников среднего звена с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Предмет исследования: взаимосвязь синдрома эмоционального выгорания, темперамента и удовлетворенностью качеством жизни медицинских работников среднего звена, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Гипотеза исследования: эмоциональное выгорание медицинских работников среднего звена с заболеваниями сердечно-сосудистой системы взаимосвязано с темпераментом и удовлетворенностью качеством жизни.

Обозначенная цель и выдвинутая гипотеза определили постановку следующих **задач**:

1. Рассмотреть теоретические аспекты изучения синдрома эмоционального выгорания, темперамента и удовлетворенности качеством жизни в отечественной и зарубежной литературе.
2. Изучить проблему формирования синдрома эмоционального выгорания, факторы, влияющие на его развитие.
3. Подобрать методики, необходимые для проведения исследования.
4. Организовать и провести экспериментальное исследование по выбранным методикам.
5. Применить методы математической статистики для установления взаимосвязи эмоционального выгорания медицинских работников среднего звена с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, темперамента и удовлетворенностью качеством жизни.

Для достижения цели работы и выполнения поставленных задач использовались следующие методы исследования: теоретический анализ психологической литературы, изучение опыта психологической работы по теме исследования, диагностические методики, качественный и количественный анализ результатов проведенных исследований методами статистической обработки полученных данных.

Методологическая основа. Для проведения исследования, нами были выбраны следующие методики:

1. Д.М. Аронов, В.П. Зайцев «Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями»;
2. В.В. Бойко ««Методика диагностики уровня эмоционального выгорания»»;
3. Г.Ю. Айзенк «Личностный опросник ЕРІ (А)»;

4. Статистический критерий Колмогорова-Смирнова;
5. Статистический критерий Спирмена.

Базой исследования послужили следующие структурные подразделения муниципальных учреждений здравоохранения Самарской области и Республики Татарстан:

1. Тольяттинская городская клиническая больница имени В.В. Баныкина.
2. ГАУЗ «Альметьевская станция скорой медицинской помощи».

Практическая значимость данного исследования состоит в том, что сформулированные в работе выводы могут способствовать снижению оттока кадров из сферы здравоохранения и повышению их трудовой мотивации и качества труда.

Структура настоящей выпускной квалификационной работы состоит из: введения, содержащего аппарат исследования; двух глав с выводами, включающих в себя теоретическое и эмпирическое изучение проблемы; заключения, библиографии, приложения. Объем работы составляет 60 страниц. В библиографии указано 25 источников.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ, ТЕМПЕРАМЕНТА И УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ

1.1 Понятие синдрома эмоционального выгорания

Понятие синдрома эмоционального выгорания первым ввел американский психиатр Герберт Фрейденгербер в 1974 году. Работая в психиатрической больнице, он стал замечать, что влияние больничной среды приводит к снижению мотивации и эмоциональной слабости у сотрудников.

Всемирная Организация Здравоохранения дает термину «эмоциональное выгорание» следующее определение: «Синдром эмоционального выгорание – это физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся нарушением продуктивности в работе, усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью соматическим заболеваниям»[22].

Интерес к изучению синдрома выгорания повысился после того, как психологи из Соединенных Штатов Америки К. Маслач и С. Джексон описали характеристики данного синдрома и разработали опросник MBI для его оценки. Наиболее популярной для описания феномена эмоционального выгорания является трехфакторная модель К. Маслач и С. Джексон. В данной модели выгорание представлено как комбинация, состоящая из эмоционального истощения, деформации отношений с окружающими и редукции личных достижений [6].

Первая составляющая – эмоциональное истощение – основной компонент в структуре возникновения профессионального выгорания. Проявляется в чувстве эмоциональной опустошенности, перенапряжении, эмоциональном бессилии.

Вторая составляющая – деформация отношений с окружающими (деперсонализация). Проявляется в циничном отношении к собеседникам, формализации и обезличивании общения. На начальной стадии может быть

скрытой, проявляться как внутреннее раздражение, которое в дальнейшем вырывается наружу и провоцирует возникновение конфликтных ситуаций.

Третья составляющая - редукция личных достижений. Проявляется в чувстве недостаточной компетентности в своем деле, уменьшении значимости своей работы, снижении трудовой мотивации. Может появиться чувство безразличия к работе[7].

Такой подход позволяет характеризовать выгорание как профессиональный кризис.

К. Маслач заметила, что снижение интереса к работе и негативные отношения с клиентами влияет на поведение специалиста на работе и его профессиональную самоидентификацию. Так же она отметила снижение осторожности при выполнении трудовых обязанностей.

В отечественной литературе впервые о данном феномене личности в своих работах упомянул Б.Г. Ананьев. Он использовал понятие «эмоциональное сгорание» для описания негативного явления, проявлявшегося у специалистов, трудящихся в системе «человек-человек». Но, данный феномен не был подтвержден дальнейшими исследованиями.

Сегодня «профессиональным выгоранием» называют продолжительную стрессовую ситуацию, вызванную долговременным стрессом средней степени интенсивности, связанным с профессиональной деятельностью, и ввиду этого рассматривается как аспект личностной деформации, произошедшей в результате длительной трудовой практики [5].

В отечественной литературе В.В. Бойко дает эмоциональному выгоранию следующее определение: «Эмоциональное выгорание – это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетики) в ответ на избранные психотравмирующие воздействия». Согласно данному определению, феномен эмоционального выгорания рассматривается как приобретенный стереотип профессионального поведения специалиста. Отчасти, такие изменения функциональны, так как это позволяет человеку

более экономно расходовать внутренние ресурсы. Но, помимо этого, развивающийся синдром эмоционального выгорания оказывает негативное влияние на качество выполняемой работником деятельности[4].

Процесс эмоционального выгорания динамический, механизм его возникновения соответствует механизму развития стресса. Г. Селье, изучая природу стресса, выделил три фазы процесса его формирования: реакция тревоги, фаза опустошения, фаза истощения [18]. Так же и процесс развития эмоционального выгорания включает в себя развитие двенадцати симптомов, которые объединяются в три фазы: напряжение, резистенция и истощение.

Фаза «Напряжение» является начальной в процессе формирования эмоционального выгорания. Напряжение имеет свойство нарастать, что обусловлено настоящим воздействием психотравмирующих обстоятельств. Фаза напряжения включает в себя четыре симптома:

1. Переживание психотравмирующих обстоятельств. Проявляется в виде нарастающего раздражения в ответ на психотравмирующие воздействия, негодования, накопления отчаяния.
2. Неудовлетворенность собой. Появляется в результате неспособности оказать воздействие на неблагоприятные обстоятельства, неудачах. Специалист проявляет недовольство собой и своей профессией.
3. «Загнанность в клетку». Проявляется в чувстве безысходности при невозможности устранения психотравмирующих обстоятельств. Возникает состояние эмоционального тупика.
4. Тревога и депрессия. Нарастающее чувство неудовлетворенности собой порождает сильные переживания тревоги. Данный симптом можно считать крайней точкой развития фазы тревожной напряженности.

Фаза «Резистенции» - фаза, отражающая сопротивление стрессу, вызванному тревожным напряжением. Данная фаза так же состоит из четырех симптомов:

1. Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование. Проявляется в виде неадекватной ограниченности при отдаче эмоций, действий по принципу «хочу-не хочу».
2. Эмоционально-нравственная дезориентация. Недостаточное проявление нравственных чувств, самооправдание, склонность к оцениваю клиентов.
3. Расширение сферы экономии эмоций. Возникает, когда защитный механизм, основанный на экономии эмоций проявляется не только в профессиональной сфере, но и в общении с близкими.
4. Редукция профессиональных обязанностей. Заключается в желании сократить объем обязанностей, требующих эмоциональных затрат. Воспринимается как неуважение и бескультурье в деловом общении.

Фаза «Истощения». Характерная черта рассматриваемой фазы – падение общего тонуса и ослабление нервной системы. В фазе истощения выгорание становится устойчивым защитным механизмом. Фаза истощения состоит из следующих четырех симптомов:

1. Эмоциональный дефицит. Выражается у специалиста в виде ощущения, что он не может оказать эмоциональную помощь пациенту. О том, что это именно симптом эмоционального выгорания свидетельствует тот факт, что непродолжительное время тому назад таких ощущений не возникало. Человек становится обидчивым, капризным.

2. Эмоциональная отстраненность. В трудовой деятельности практически полностью отключаются эмоции. На позитивные, ни негативные события не способствуют появлению эмоционального отклика. Является приобретенной эмоциональной защитой, сформированной за несколько лет. Работа выполняется автоматически, без подключения эмоций. В других сферах жизни эмоции проявляются полноценно. Для специалиста, чья работа связана с людьми, особо опасна демонстративная эмоциональная отстраненность.

3. Деперсонализация (личностная отстраненность). Проявляется в виде утраты интереса к людям, при данном симптоме люди воспринимаются как

неодушевлённые предметы. Теряется заинтересованность в профессии. В тяжелой форме появляются мысли о ненависти к людям. Таким специалистам противопоказано работать в системе профессий «человек-человек».

4. Психосоматические и психовегетативные нарушения. Характеризуется изменениями в физическом и психическом здоровье. При наличии данного симптома даже мысли о неприятных профессиональных контактах способны вызвать ухудшения настроения и самочувствия. Проявления на уровне психосоматики свидетельствуют о том, что эмоциональное выгорание, как защитный механизм, не справляется со стрессовыми нагрузками[4].

В.В. Бойко в своей концепции выделяет ряд внешних и внутренних факторов, влияющих на развитие синдрома эмоционального выгорания. К внешним автор отнес следующие:

1. Эмоционально напряженная деятельность. Связана с необходимостью высокоинтенсивного общения на рабочем месте. Воздействию данного фактора особенно подвержены специалисты, работающие в системе «человек-человек». Взаимодействуя с людьми, работнику приходится подкреплять общение эмоционально, решать проблемы, внимательно относиться к собеседнику, запоминать и интерпретировать предоставляемую собеседником информацию, принимать решения.

2. Плохо структурированная организация трудовой деятельности. К ее признакам относят нечеткую организацию труда и его планирования, завышенные требования, плохое оснащение рабочих мест. Важно отметить, что данный фактор снижает не только трудовую мотивацию сотрудника, но и влияет на качество оказываемых услуг клиенту. В дальнейшем это приводит к осложнению взаимоотношений между сторонами.

3. Высокая степень ответственности за выполняемую работу. Особо сильное влияние этот фактор оказывает на медицинских работников. При честном отношении к выполняемой деятельности, люди, работающие в

системе профессий «человек-человек» несут не только нравственную, но и юридическую ответственность за клиентов, которым оказывают услуги. Особенно высокую ответственность несут врачи и медицинские сестры, ведь от них зависит состояние здоровья и жизнь пациента.

4. Неблагополучная атмосфера в рабочем коллективе. Определяется наличием в системе взаимоотношений коллектива двух видов конфликта: вертикального (между руководителем и подчиненным) и горизонтального (между коллегами). Непокойная обстановка в коллективе со временем вынуждает растрчивать эмоции либо находить способы их экономии.

5. Психологически трудный контингент людей, которым оказываются услуги. У медицинских работников среднего звена это тяжелобольные и умирающие пациенты. Ежедневно они сталкиваются со страданием людей. Это приводит к стремлению к экономии эмоциональных ресурсов.

Помимо внешних факторов В.В. Бойко так же выделил внутренние:

1. Склонность к эмоциональной ригидности. Из этого следует, что эмоциональное выгорание, как защитный механизм, быстрее развивается у тех, кто привык сдерживать эмоции. Соответственно, у импульсивных людей формирование данного симптома будет происходить медленнее. В некоторых случаях, повышенная чувствительность может полностью блокировать симптомы защиты.

2. Интенсивные переживания обстоятельств трудовой деятельности. Как правило, наблюдается у людей с высокой ответственностью за выполняемую работу. Воспринимая рабочую ситуацию слишком эмоционально, такой специалист отдается делу без остатка. Постепенно ему приходится прибегать к приемам психологической защиты для того, чтобы экономно расходовать ресурсы.

3. Недостаточная мотивация эмоциональной отдачи. В первом случае, специалист не чувствует себя значимым. Это способствует развитию выгорания и даже приводит к его крайним формам: равнодушию, безразличному отношению к работе. Во втором случае, человек не привык

поощрять себя за эмоциональные проявления. Он не испытывает удовольствия от эмоциональной отдачи [4].

4. Нравственная дезориентация личности. Под нравственным дефектом понимают неспособность вкладывать в отношения с клиентом такие моральные качества как честность, уважение, порядочность и т.д. При наличии нравственной дезориентации повышается возможность возникновения безразличия, апатии к клиенту и выполняемой работе, что ведет к облегчению формирования синдрома эмоционального выгорания [4].

1.2. Взаимосвязь эмоционального выгорания и темперамента

Под темпераментом понимается динамическая сторона психики, которая выражается в интенсивности психической деятельности. Для темперамента важным показателем является сила психических процессов. От ее динамической устойчивости зависит сила реакций на раздражители. При одной и той же силе, психическая деятельность может отличаться степенью напряженности, зависящей от соотношения силы протекающего процесса и динамических возможностей личности. Такие различия в напряжении в характере индивида. Так же, к важным проявлениям темперамента относятся скорость, темп и ритм, с которыми протекают психические процессы.

Прежде всего, темперамент проявляется во впечатлительности, определяющейся силой и устойчивостью воздействия, которое оказало впечатление. У разных людей, в зависимости от темперамента, различна устойчивость впечатления.

Темперамент отражается в силе эмоционального возбуждения, скорости, с которой оно развивается и устойчивости, с которой сохраняется. Другая центральная характеристика темперамента – импульсивность, зависящая от силы побуждений и скорости их овладения моторной сферой и перехода в действие. Импульсивность обуславливается эмоциональной возбудимостью и впечатлительностью в сочетании с динамической характеристикой.

Принято различить четыре типа темперамента: сангвинический, холерический, флегматический, меланхолический[17].

Отечественный ученый И.П. Павлов в своей теории разделял типы нервной системы по силе нервных процессов на сильную и слабую. В свою очередь, представителей с сильной нервной системой он разделил на уравновешенных и неуравновешенных. Слабость нервной системы он принял за основной признак и представителей слабой нервной системы не разделял. Таким образом, И.П. Павлов охарактеризовал четыре типа темперамента:

1. Сангвинический темперамент: нервная система сильная, уравновешенная, быстрая;
2. Холерический темперамент: сильная, неуравновешенная нервная система;
3. Флегматический темперамент: нервная система сильная, медленная, уравновешенная;
4. Меланхолический темперамент: слабый тип нервной системы [17].

Г.Ю. Айзенк рассматривал темперамент через два свойства личности: экстравертированность (интровертированность) и эмоциональной устойчивости/неустойчивости (нейротизм).

Экстравертированность характеризует направленность личности на внешнее (экстраверсия) или на внутренние субъективные явления (интроверсия). Экстраверты общительны, им свойственна гибкость в поведении, инициативность, экстраверты легко адаптируются в социуме. Экстраверсия свойственна холерикам и сангвиникам. Интроверты склонны к самоанализу, наблюдательны, испытывают трудности при социальной адаптации, пассивны. Интроверсия свойственна флегматикам и меланхоликам.

Нейротизм – термин, характеризующий эмоциональную неустойчивость, тревогу, вегетативные отклонения. Его позитивное значение характеризует эмоциональную устойчивость, негативное – эмоциональную неустойчивость. Эмоциональная устойчивость наблюдается у людей с флегматическим и

сангвиническим типами темперамента, а неустойчивость – у людей с холерическим и меланхолическим.

Темперамент дает представление об аспектах поведения, реакций и способности к адаптации личности и является стабильной личностной характеристикой. Так как факторы, влияющие на формирование эмоционального выгорания связаны с социальной адаптацией, устойчивостью эмоций и умением выстраивать общение с окружающими, мы предположили, что темперамент личности взаимосвязан с эмоциональным выгоранием.

1.3. Взаимосвязь эмоционального выгорания и удовлетворенности качеством жизни медицинских работников среднего звена с заболеваниями сердечно-сосудистой системы

Понятие качества жизни впервые было определено в 60-х годах XX века. Потребность в обращении к данному термину появилась из-за недостаточности другого распространенного понятия – уровень жизни, описывающего в основном материальную часть благосостояния.

Существуют множество подходов к описанию качества жизни. Изначально оно было связано с обеспечением человека основными благами. Позже добавилось качество окружающей среды, благоустроенность городов и прочие экологические вопросы. Затем понятие качества жизни расширяется и уже включает в себя ряд социальных и психологических факторов [10].

В настоящее время проблема качества жизни продолжает изучаться во многих психологических, социальных и гуманитарных науках. Всемирная Организация здравоохранения дает такое определение данному понятию: «Качество жизни – это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системе ценностей, в которых они живут, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами. Качество жизни определяется физическими, социальными и эмоциональными факторами

жизни человека, имеющими для него важное значение и на него влияющими. Качество жизни — это степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества». [16].

Повышенный интерес к изучению качества жизни связан с возникновением тенденции к восприятию человека как личности целостной. Опираясь на это, можно предположить, что здоровье и благополучие жизни человека определяется удовлетворенностью его потребностей и адаптацией в социальной и психологической сферах. Таким образом, по определению Всемирной Организации Здравоохранения, качество жизни основывается на комплексном определении здоровья. Отсюда следует, что изменения качества жизни происходят под влиянием многих факторов, но важнейшим из них является состояние здоровья [16]. Это объясняется тем, что ухудшение состояния здоровья создает некие препятствия для достижения поставленных целей, накладывает ограничения на выполнение некоторых задач, связанных с физической нагрузкой, выносливостью, концентрацией, стрессами.

Существует множество параметров, по которым дается оценка качеству жизни, их количество может быть различным, в зависимости от целей и объектов проводимых исследований. Например, сопоставляя международные или межрегиональные показатели, используют индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП). Согласно данной концепции, разработанной экспертами Программы Развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), развитие потенциала человека расширяет возможности выбора, а так же способствует повышению уровня благосостояния населения в целом. Соответственно, повышается и качество жизни[12].

Составляющие компоненты в структуре развития человеческого потенциала:

- ✓ Продуктивность (повышение продуктивности производимого труда);
- ✓ Равенство (равные начальные условия для всех);

- ✓ Устойчивость (стабильное распределение возможностей);
- ✓ Расширение возможностей (повышение личной ответственности не только относительно себя и своей семьи, но и в рамках города, страны, человечества) [12].

Однако, число факторов, определяющих качество жизни, может достигать до 1000, в связи с более углубленным исследованием конкретно взятой аудитории. Соответственно, чем более конкретизируется объект исследования и его профессиональная деятельность, тем больше появляется факторов, влияющих на его качество жизни. А так же, в зависимости от профессиональной деятельности, может меняться значимость и весомость некоторых из них.

Несомненно, здоровье является основным параметром, и в той или иной степени влияет на все остальные. Однако, на основе анализа литературы, можно выделить и другие важные факторы, которые оказывают влияние на удовлетворенность качеством жизни:

1. Семейное положение (удовлетворенность или неудовлетворенность семейной жизнью, наличие детей, удовлетворение потребностей в сексе).
2. Бытовые и жилищные условия (наличие собственного жилья и его обустроенность, наличие личного транспорта).
3. Трудовая деятельность (удовлетворенность или неудовлетворенность профессиональной деятельностью, выбором профессии, ее соответствие интересам и возможностям человека, возможность профессионального и карьерного роста).
4. Материальное положение (удовлетворенность материальных потребностей человека и его семьи, в особенности тех ее членов, которые находятся на иждивении).
5. Количество дней отпуска в году (сюда же входят места и способы проведения отпуска, соответствие планов фактическому времяпровождению в отпуске).

6. Благоустроенность города проживания (развитость инфраструктуры населенного пункта, транспортная доступность, состояние экологии, соблюдение правопорядка и т.д.).

7. Культурный досуг (возможность посещения культурных мероприятий, их качество, наличие в населенном пункте театров, музеев, выставок, ресторанов, стадионов, парков культуры и отдыха).

8. Физическая активность (наличие, доступность и возможность выбора физической активности для укрепления здоровья: фитнес клубы, бассейны, спортивные секции и т.д.).

9. Наличие хобби (склонность к творчеству, активный отдых, коллекционирование и т.д.)

10. Социальное положение (набор личностных качеств, благодаря которым человек получает одобрение общества, а так же положение и статус, как негласный, так и формализованным).

Качество трудовой жизни является важнейшим составляющим качества в жизни в целом. Значимыми критериями в оценке удовлетворенности качеством трудовой жизни выделяют:

- Оснащение рабочего места (комфортное помещение, достаточная освещенность, наличие необходимого оборудования и его исправность, эргономичная планировка рабочего пространства);
- Возможность профессионального роста (проведение организацией учебных мероприятий, профессиональных тренингов);
- Безопасность условий труда (соблюдение санитарно-эпидемиологических требований, норм противопожарной безопасности);
- Достойная оплата труда (достойный оклад, наличие премий, социальный пакет, отпускные);
- Благоприятная атмосфера в коллективе;
- Правовая защищенность сотрудника;

- Полезность выполняемой работы.[5],[6], [7]

Как известно, работа в сфере медицины, одна из самых ответственных, трудоемких и сложных видов профессиональной деятельности [1]. Работа медицинского персонала содержит в себе высокие психоэмоциональные и физические нагрузки, требует от работника высокой внимательности, сосредоточенности, выносливости. Медсестры проводят значительную часть времени на рабочем месте, нередко выходят на ночные дежурства, сталкиваются с психологическими нагрузками и стрессами, что значительно влияет на состояние здоровья. В связи с этим, у них нередко развивается целый ряд заболеваний, к которым относятся заболевания сердечно-сосудистой системы, нарушение работы желудочно-кишечного тракта, заболевания опорно-двигательного аппарата, онкология [1]. Они сталкиваются с такими трудностями, как лишение сна, усталость, физические и психологические нагрузки, постоянные стрессы. Все это может негативно влиять на взаимоотношения с окружающими, способность к запоминанию нового и обучению, эффективность в принятии решений, что так же приводит к снижению качества жизни [20].

Еще одной немаловажной причиной негативного настроения медработников среднего звена является материальная неудовлетворенность. Многие из них испытывают беспокойство и тревогу, связанную с материальным неблагополучием, жилищной неустроенностью и заботой о благополучии близких. Низкий уровень семейного бюджета в семьях средних медработников иногда делает необходимою заниматься совместительством, что так же добавляет нагрузку [8] [9].

Низкий уровень жизни приводит к ухудшению состояния здоровья, а соответственно и к снижению удовлетворенности качеством жизни. Это способствует оттоку персонала из сферы здравоохранения в другие направления профессиональной деятельности [19]. Особенно сложно приходится начинающим специалистам, чья заработная плата лишь немного превышает прожиточный минимум.

Также работа среднего медицинского персонала связана с постоянной эмоциональной включенностью. Вследствие этого повышается тревожность, настороженность, переживания за возможные последствия. Все это приводит к психологическому напряжению и может послужить развитию синдрома эмоционального выгорания [13]. Медсестры ежедневно встречаются со страданием людей. Им постоянно приходится выстраивать психологическую защиту от пациентов, подавлять собственную эмпатичность. В противном случае, им грозит быстрое выгорание, а иногда и невротические срывы [21].

Выводы по первой главе

Изучив теоретический материал по выбранной проблеме, мы выделили следующие мысли:

1. Эмоциональное выгорание – это механизм психологической защиты личности, выражающийся в форме полного или частичного подавления эмоций, в ответ на определенные психотравмирующие ситуации, является формой профессиональной деформации личности. Эмоциональное выгорание формируется под воздействием ряда внешних и внутренних факторов. К внешним факторам относят хроническую напряженную психоэмоциональную деятельность, плохую организацию трудовой деятельности, высокую степень ответственности за выполняемую работу, неблагоприятный климат в коллективе, психологически трудный контингент клиентов. К внутренним предпосылкам развития эмоционального выгорания относят: эмоциональную ригидность, слабую мотивацию эмоциональной отдачи в трудовой деятельности, нравственные дефекты личности.

2. Эмоциональное выгорание является динамическим процессом и возникает поэтапно. Процесс эмоционального выгорания проходит в три этапа: напряжение, резистенция и истощение. Каждый из трех этапов характеризуется четырьмя симптомами.

3. Темперамент - динамическая сторона психики, которая выражается в интенсивности психической деятельности. Темперамент дает представление об аспектах поведения, реакций и способности к адаптации личности и является стабильной личностной характеристикой. Так как факторы, влияющие на формирование эмоционального выгорания связаны с социальной адаптацией, устойчивостью эмоций и умением выстраивать общение с окружающими, мы предположили, что темперамент личности взаимосвязан с эмоциональным выгоранием.

4. Качество жизни – комплексное понятие, отражающее уровень благополучия и удовлетворенности в различных аспектах жизни. Проанализировав теоретический материал, мы выявили, что среди факторов, влияющих на удовлетворенность качеством жизни присутствует удовлетворенность условиями труда и выполняемой работой. Исходя из этого, мы предполагаем, что удовлетворенность качеством жизни взаимосвязана с эмоциональным выгоранием.

ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ ВЫГОРАНИЕМ И КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СРЕДНЕГО ЗВЕНА

2.1. Организация исследования и обоснование выбора методов проведения диагностики

Вторая глава данного исследования посвящена практическому изучению эмоционального выгорания, темперамента и качества жизни медицинских работников среднего звена.

Для подтверждения либо опровержения выдвинутой гипотезы нами было проведено исследование на базе больницы имени В.В. Баныкина г. Тольятти Самарской области и ГАУЗ «Альметьевская станция скорой медицинской помощи», республика Татарстан.

В состав выборки, принявшей участие в практической части нашего исследования вошли медицинские сотрудники среднего звена в возрасте 40-50 лет из Тольятти и Альметьевска. Общее количество респондентов – 30 человек (15 из Тольятти и 15 из Альметьевска), женщины. Критерием участия в исследовании было наличие у респондента подтвержденного диагноза какого-либо заболевания сердечно-сосудистой системы.

Исследование состояло из следующих этапов:

I этап: подбор методик и проведение диагностики с целью изучения темперамента респондентов, выраженности эмоционального выгорания, качества жизни.

II этап: анализ полученных результатов и изучение взаимосвязи выраженности эмоционального выгорания, темперамента и качества жизни медицинских работников среднего звена.

III этап: подведение итогов исследования.

Для того, чтобы определить темперамент, оценить выраженность эмоционального выгорания и качество жизни медицинского персонала среднего звена, необходимо использовать стандартизированные методики.

Это позволит получить наиболее достоверные результаты и даст возможность подтвердить либо опровергнуть выдвинутую гипотезу.

Для этого на первом этапе нашего исследования мы провели диагностические мероприятия для изучения темперамента каждого участника, оценки выраженности синдрома эмоционального выгорания и оценки качества жизни.

Диагностика проводилась методом опроса при помощи нескольких методик. Методики были подобраны с учетом цели исследования, а так же с учетом состояния здоровья испытуемых. Рассмотрим подробнее подобранный для исследования материал.

Одним из основных методов является метод опроса. В нашем исследовании все методики содержали в себе опросник. Одна из них, а именно «Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями» Д.М. Аронова и В.П. Зайцева имеет градацию ответов от полного согласия до полного отрицания утверждения, данного в вопросе опросника. По мнению авторов, качество жизни оценивается самим респондентом по степени удовлетворенности различными жизненными аспектами. Данная методика позволяет оценить отношение опрашиваемого к уже наступившим или возможным изменениям в его жизни, причиной которых выступает развитие сердечно-сосудистых заболеваний. Выбранная методика является оригинальной разработкой отечественных ученых, ее использование позволяет нам адекватно оценить качество жизни в российских условиях. Ее чувствительность и надежность были доказаны многочисленными испытаниями. Так же, данная методика удобна тем, что содержит небольшое количество вопросов.

В ходе дальнейшего исследования мы провели методику для оценки эмоционального выгорания. Специалисты, чья деятельность связана с общением, подвержены развитию утомления и отстраненности. Медицинские работники среднего звена испытывают постоянные психоэмоциональные нагрузки. Это является серьезной предпосылкой для

развития синдрома эмоционального выгорания, а также для развития различных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Так же, эмоциональное выгорание среднего медицинского персонала выражается в формировании особого отношения к своей трудовой деятельности. Для того, чтобы оценить развитие синдрома эмоционального выгорания, нами был выбран опросник В.В. Бойко «Методика диагностики уровня эмоционального выгорания». Автор считает, что развитие эмоционального выгорания является механизмом психологической защиты, в ответ на определенные психотравмирующие ситуации. Согласно трёхфакторной модели, описывающей эмоциональное выгорание, методика имеет 3 шкалы: напряжение, резистенция и истощение. Каждая из фаз включает в себя четыре симптома. Использование данной методики позволяет увидеть степень развитости синдрома эмоционального выгорания и его составляющих, составлять прогноз и подбирать рекомендации для испытуемого.

Одним из значимых свойств личности для развития синдрома эмоционального выгорания является темперамент. Понятие темперамента содержит в себе ряд факторов, которые имеют значение при изучении эмоционального выгорания: активность, уверенность в себе, доминантность, общительность, депрессия, склонность к рефлексии, спокойствие, эмоциональность, терпимость и др. Опираясь на ранее изученные свойства личности, Г.Ю. Айзенк выделил два типа работы нервной системы: экстравертивный и интровертивный. Люди с экстравертивным типом темпераменты ориентированы на внешние события, мнения других людей, общепринятые нормы. Интроверты же направляют свое внимание на внутренние переживания. Соответственно, и на стрессовые ситуации люди с разными типами темперамента реагируют по-разному. Работая в сфере здравоохранения, специалисты ежедневно испытывают психоэмоциональные нагрузки. Это является причиной того, что со временем у каждого срабатывает механизм защиты, появляется эмоциональная и личностная

отстраненность, снижается трудовая мотивация. Все это является симптомами эмоционального выгорания работника.

Для диагностики типа темперамента нами был выбран личностный опросник Г. Ю. Айзенка ЕРІ (А). Данная методика позволяет определить тип темперамента респондента по двум шкалам: интроверсия-экстраверсия и стабильность-нейротизм.

2.2. Результаты исследования по изучению эмоционального выгорания, темперамента и качества жизни медицинских работников среднего звена

Исследование проводилось методом письменного опроса. Условием участия в данном исследовании было наличие подтвержденного диагноза заболевания сердечно-сосудистой системы, возраст 40-50 лет, стаж работы более 15 лет. Всего в опросе приняло участие две группы испытуемых, по 15 человек в каждой группе.

Результаты по методике оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями Д.М. Аронова и В.П. Зайцева:

Оценка удовлетворенности качеством жизни производится участником исследования самостоятельно. При подсчете результатов 0 баллов принимается за удовлетворительную оценку, положительное значение говорит о высокой оценке качества жизни, отрицательное значение соответствует низкой оценке качества жизни [2].

Результаты по методике оценки качества жизни больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Результаты по методике оценки качества жизни больных с заболеваниями
сердечно-сосудистой системы

№	Показатель качества жизни
1.	-7
2.	-4
3.	0
4.	-2
5.	-11
6.	0
7.	-4
8.	-9
9.	-8
10.	-7
11.	-14
12.	-15
13.	-5
14.	-10
15.	0
16.	-12
17.	0
18.	-4
19.	-7
20.	-6
21.	-3
22.	-7
23.	-4
24.	-9
25.	-2

26.	0
27.	0
28.	-14
29.	0
30.	-7

Обработав ответы, данные испытуемыми, мы получили следующий результат: 23% опрошенных удовлетворены качеством жизни, остальные 77% дали негативную оценку (Рисунок 1).

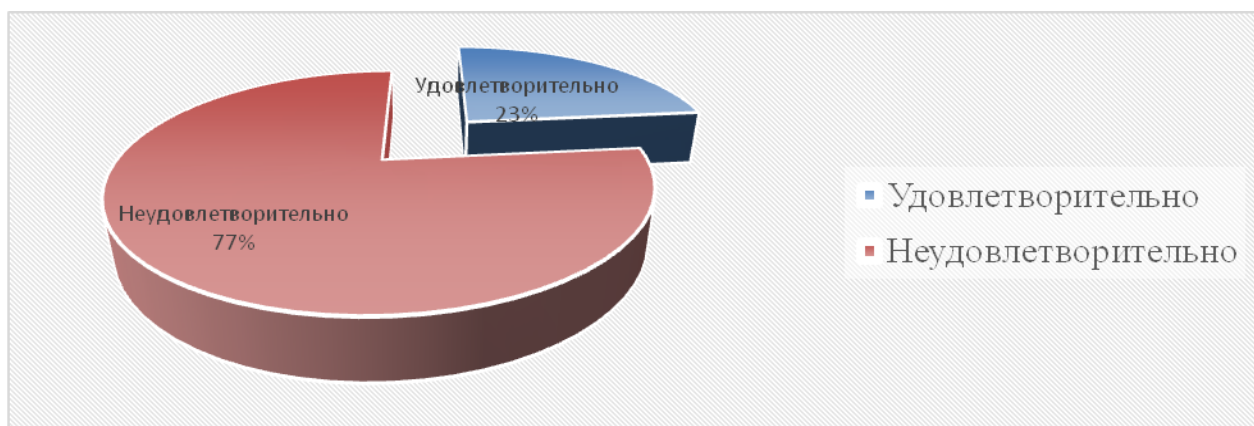


Рисунок 1. Удовлетворенность качеством жизни

Проанализировав ответы, полученные в ходе проведения опроса, мы выяснили, что большая часть респондентов оценивает качество жизни как низкое. В основном специалисты не удовлетворены материальным аспектом. Из-за наличия заболевания сердечно-сосудистой системы многие из опрошенных отказались от работы по совместительству, что негативно отразилось на их материальном достатке.

В ходе дальнейшего исследования мы провели методику диагностики уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко [4].

При обработке результатов и составлении таблиц важно обращать внимание на показатели каждого симптома и их сумму. Сумма показателей

симптомов дает возможность определить степень формирования фазы эмоционального выгорания.

Границы количества баллов для оценки выраженности симптома (максимальное количество – 30 баллов):

0-9 баллов – симптом не выражен;

10-15 баллов – симптом в процессе сложения;

Более 16 баллов – выраженный симптом;

20 и более баллов – данный симптом является доминирующим.

Границы количества баллов для оценки степени сформированности фазы (максимальное количество – 120 баллов):

0-36 баллов – фаза не сформирована;

37-60 баллов – фаза в стадии формирования;

Более 61 балла – фаза сформирована.

Результаты, полученные после проведения диагностики по шкале «Напряжение» представлены в таблице 2.

Таблица 2

Результаты диагностики по шкале «Напряжение»

№	Переживание психотравмирующих обстоятельств	Неудовлетворенность собой	«Загнанность в клетку»	Тревога и депрессия	Напряженность
1.	15	0	0	0	15
2.	7	3	0	8	18
3.	17	8	1	13	39
4.	7	8	2	0	17
5.	22	8	5	15	50
6.	12	2	5	0	19

7.	12	0	1	0	13
8.	15	10	23	18	66
9.	25	13	23	20	81
10.	2	2	6	6	16
11.	20	22	14	23	79
12.	19	8	2	18	47
13.	5	3	5	15	28
14.	2	0	0	6	8
15.	5	8	0	3	16
16.	17	9	26	30	82
17.	3	0	0	1	4
18.	3	4	2	0	9
19.	17	4	2	14	37
20.	10	10	2	3	25
21.	0	2	4	0	6
22.	3	0	2	4	9
23.	17	4	16	5	42
24.	29	8	7	15	59
25.	4	2	8	1	15
26.	26	10	15	18	69
27.	13	3	7	0	23
28.	19	4	13	13	49
29.	10	1	0	0	11
30.	16	0	0	11	27

По результатам анализа ответов респондентов нами было выявлено, что у 60% опрошенных эта фаза эмоционального выгорания не сформирована, у 23% - находится в стадии формирования, у 17% - фаза полностью сформирована (Рисунок 2).

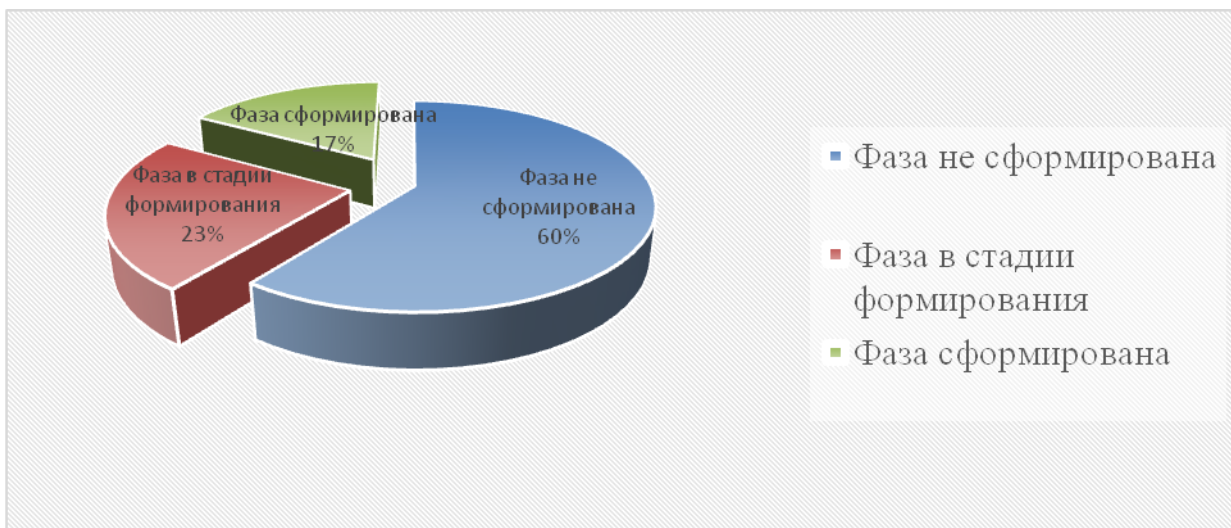


Рисунок 2. Результат диагностики по шкале «Напряжение»

Фаза «Напряжение» формируется из четырех симптомов:

1. Переживание психотравмирующих обстоятельств:

40% - симптом сформирован;

23,3% - симптом находится в стадии формирования;

36,7% - симптом не сформирован;

У 20% опрошенных данный симптом является доминирующим.

2. Неудовлетворенность собой:

83,3% - симптом не сформирован;

13,3% - симптом в стадии формирования;

3,3% - симптом сформирован.

3. «Загнанность в клетку»:

76,7% - симптом не сформирован;

13,3% - симптом в процессе формирования;

10% - симптом сформирован;

У 10% данный симптом является доминирующим.

4. Тревога и депрессия:

56,7% - симптом не сформирован;

23,3% - симптом в стадии формирования;

10% - симптом сформирован;

У 10% опрошенных данный симптом является доминирующим.

По результатам анализа полученных данных, мы выявила все четыре симптома у 17% испытуемых, три симптома - у 7%, по два симптома – у 26%, по одному симптому – у 17%, ни одного симптома не было выявлено у 33% испытуемых (Рисунок 3).

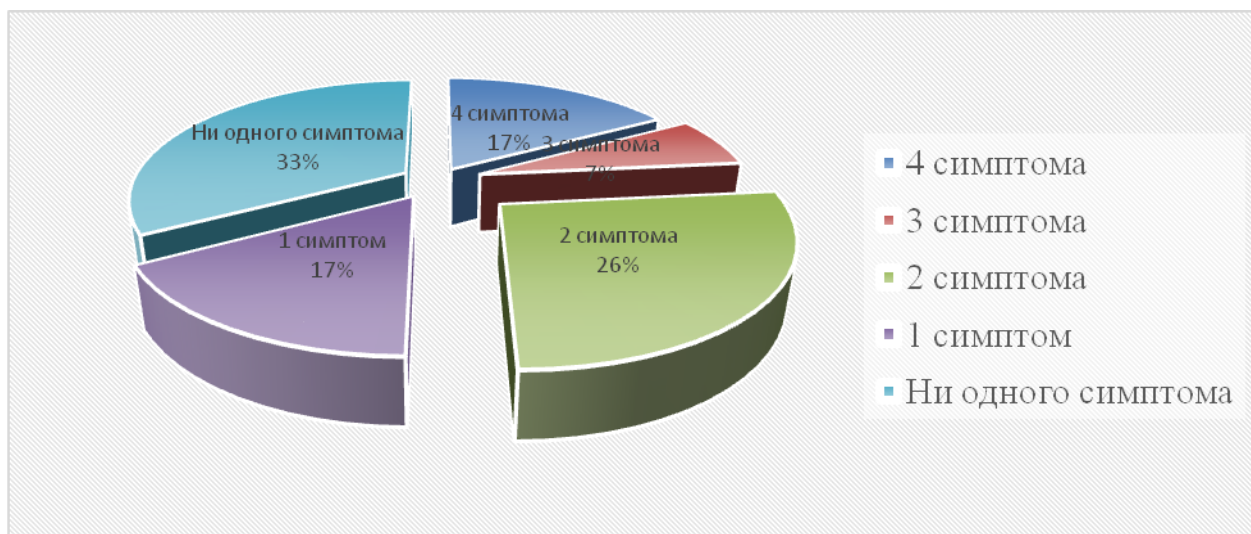


Рисунок 3. Количество выявленных симптомов фазы «Напряжение»

Тревога и напряженность служат пусковым механизмом в развитии синдрома эмоционального выгорания. При формировании фазы напряжения человек становится раздражительным, может появиться недовольство деятельностью, занимаемой должностью, коллективом и.т.д., развивается тревожность и депрессия.

Результаты по шкале «Резистенция», полученные после проведения диагностики, представлены в таблице 3.

Таблица 3

Результаты диагностики по шкале «Резистенция»

№	Неадекватное эмоциональное избирательное реагирование	Эмоционально-нравственная дезориентация	Расширение сферы экономики эмоций	Редукция профессиональных обязанностей	Резистенция
1.	15	5	10	5	35
2.	7	7	0	10	24
3.	27	12	3	22	64
4.	17	16	22	19	74
5.	28	5	3	22	58
6.	3	8	14	10	35
7.	23	17	11	15	66
8.	28	17	2	25	72
9.	29	19	10	30	88
10.	18	15	6	25	54
11.	20	20	5	10	55
12.	27	6	16	25	74
13.	17	10	23	12	62
14.	5	2	2	10	19
15.	20	5	25	22	72
16.	10	13	10	6	39
17.	8	5	0	15	28
18.	16	10	16	26	68
19.	11	12	13	36	72

20.	26	21	30	27	104
21.	15	12	15	25	67
22.	26	21	21	24	92
23.	3	0	5	19	27
24.	21	25	23	24	93
25.	13	15	13	17	58
26.	28	15	9	9	61
27.	28	21	25	14	88
28.	10	15	12	18	55
29.	21	15	6	25	67
30.	29	17	12	16	74

По результатам анализа ответов нами было выявлено, что фаза резистенции сформирована у 60% опрошенных, у 20% - находится в процессе формирования, у 20% данная фаза эмоционального выгорания не сформирована (Рисунок 4).

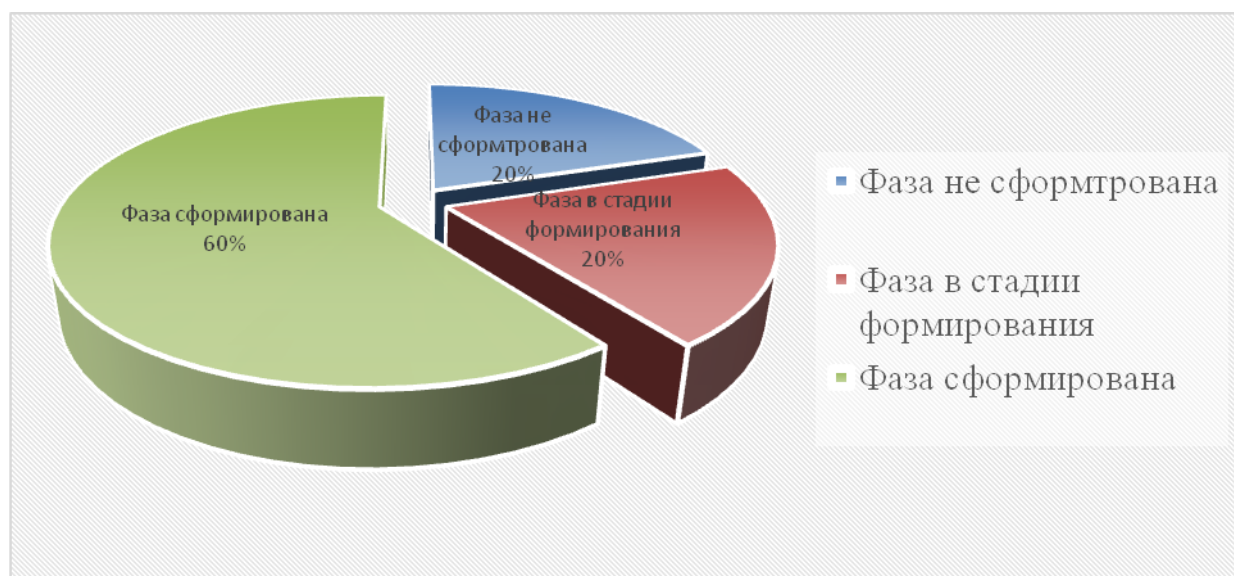


Рисунок 4. Результат диагностики по шкале «Резистенция»

Фаза «Резистенция» складывается из четырех симптомов:

1. Неадекватное эмоциональное избирательное реагирование:

16,7% - симптом не сформирован;

16,7% - симптом в стадии формирования;

66,7% - симптом сформирован;

У 46,7% опрошенных данный симптом является доминирующим.

2. Эмоционально-нравственная дезориентация:

30% - симптом не сформирован;

36,7% - симптом в стадии формирования;

33,3% - симптом сформирован;

У 16,7% опрошенных данный симптом является доминирующим.

3. Расширение сферы экономии эмоций:

33,3% - симптом не сформирован;

36,7% - симптом в стадии формирования;

30% - симптом сформирован;

У 20% опрошенных данный симптом является доминирующим.

4. Редукция профессиональных обязанностей:

6,7% - симптом не сформирован;

33,3% - симптом в стадии формирования;

30% - симптом сформирован;

У 46,7% опрошенных данный симптом является доминирующим.

Анализ ответов показал, что все четыре симптома сформированы у 50% опрошенных, по три симптома – у 27%, по два симптома – у 10%, по одному симптому у 13% опрошенных (Рисунок 5).

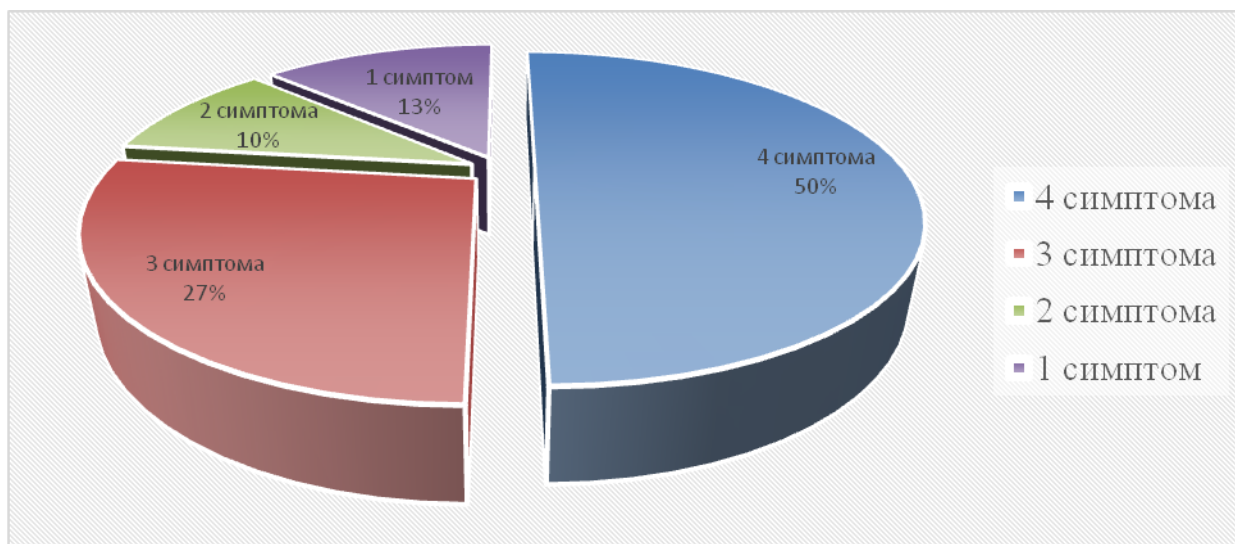


Рисунок 5. Количество выявленных симптомов фазы «Резистенция»

Фаза резистенции является показателем сопротивления стрессу, вызванному психотравмирующими обстоятельствами. В данной фазе происходит формирование защитных механизмов. Основными проявлениями данной фазы является формальность в отношениях с коллегами и пациентами, внешнее равнодушие, ухудшение отношений с родственниками, безразличное отношение к должностным обязанностям.

Результаты по шкале «Истощение», полученные после проведения диагностики представлены в таблице 4.

Таблица 4

Результаты диагностики по шкале «Истощение»

№	Эмоциональный дефицит	Эмоциональная отстраненность	Личностная отстраненность (деперсонализация)	Психосоматические и психовегетативные нарушения	Истощение
1.	5	3	3	3	14
2.	0	21	8	8	37
3.	5	3	8	10	26
4.	7	6	3	13	29

5.	2	3	3	10	18
6.	8	12	2	0	22
7.	12	13	10	10	45
8.	7	11	8	14	40
9.	13	8	12	15	48
10.	7	8	5	8	28
11.	12	20	28	14	74
12.	9	13	23	15	60
13.	17	11	5	15	48
14.	0	8	10	15	33
15.	0	3	3	20	26
16.	3	6	9	7	25
17.	0	4	10	0	14
18.	10	16	16	6	48
19.	10	10	5	7	32
20.	10	16	16	16	58
21.	8	7	4	9	28
22.	6	9	12	10	37
23.	14	15	26	8	63
24.	15	15	11	10	51
25.	1	16	4	16	37
26.	7	10	9	5	31
27.	16	18	16	3	53
28.	13	11	16	16	56
29.	16	21	15	16	68
30.	6	7	5	15	33

После проведения анализа полученных ответов, мы получили следующий результат: у 47% опрошенных фаза истощения не сформирована,

у 43% - данная фаза находится в стадии формирования, у 10% фаза истощения сформирована полностью (Рисунок 6).

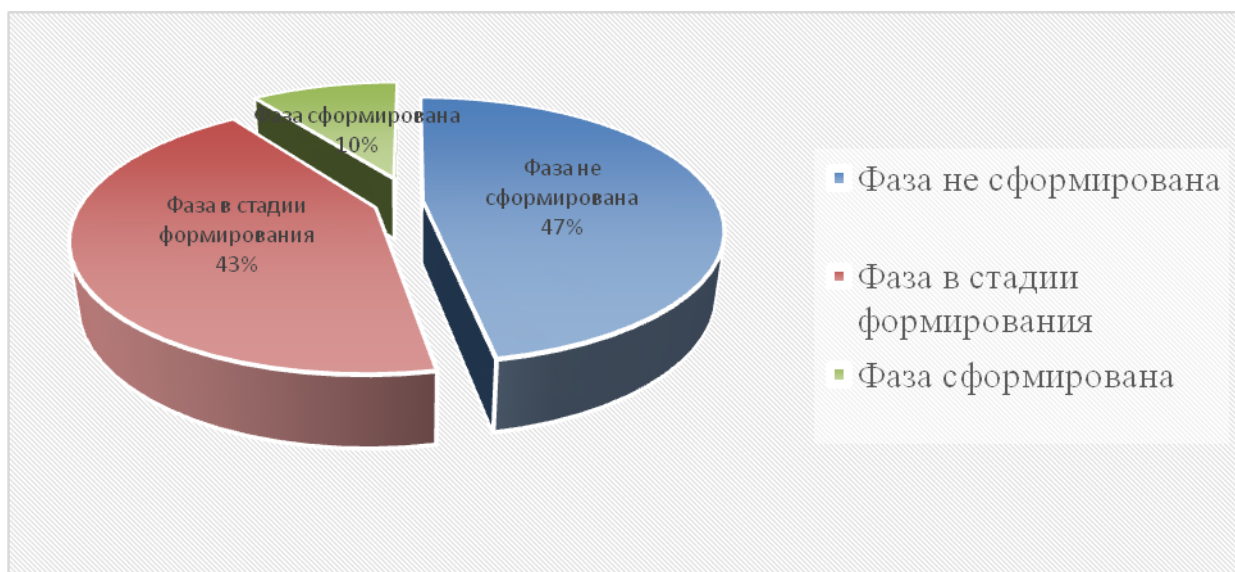


Рисунок 6. Результат диагностики по шкале «Истощение»

Фаза истощения складывается из четырех симптомов:

1. Эмоциональный дефицит:

56,7% - симптом не сформирован;
33,3% - симптом в стадии формирования;
10% - симптом сформирован.

2. Эмоциональная отстраненность:

40% - симптом не сформирован;
30% - симптом в стадии формирования;
30% - симптом сформирован.

У 6,7% опрошенных данный симптом является доминирующим.

3. Личностная отстраненность или деперсонализация:

46,7% - симптом не сформирован;
30% - симптом в стадии формирования;
23,3% - симптом сформирован.

У 10% опрошенных данный симптом является доминирующим.

4. психосоматические и психовегетативные нарушения:

36,7% - симптом не сформирован;

46,7% - симптом в процессе формирования;

16,7% - симптом сформирован.

У 3,3% данный симптом является доминирующим.

По результатам диагностики мы выявили, что четыре симптома наблюдается у 23% опрошенных, по три симптома у 20%, по два симптома у 20%, по одному симптому у 30%, ни одного симптома не выявлено у 6,7% опрошенных (Рисунок 7).

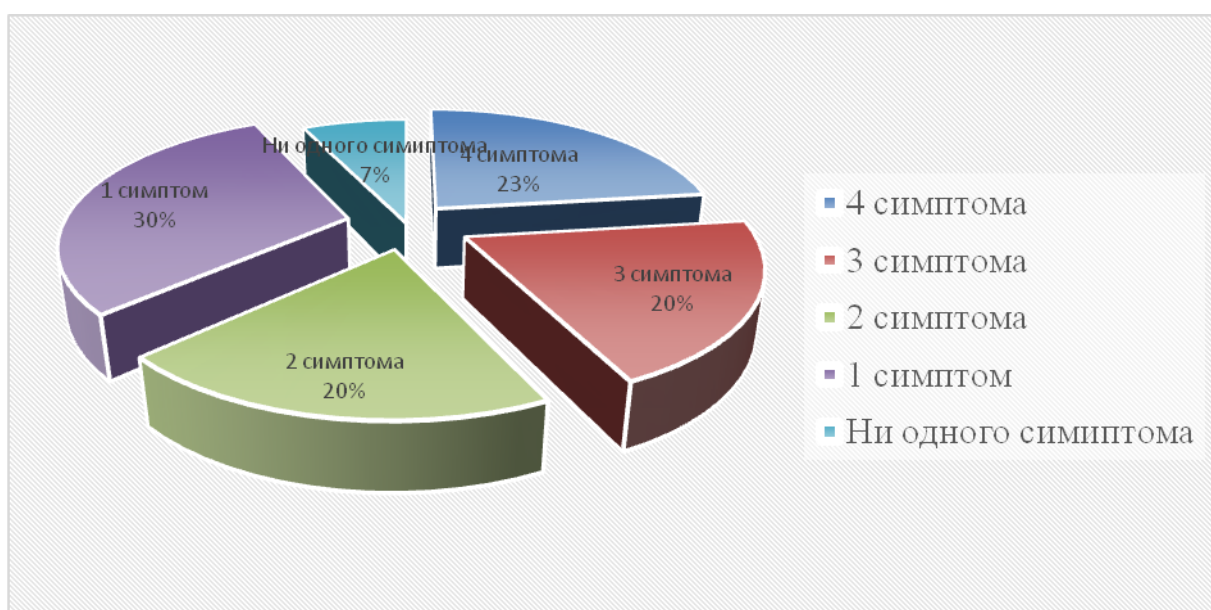


Рисунок 7. Количество выявленных симптомов фазы «Истощение»

Фаза истощения характеризуется ослаблением нервной системы. Выгорание представляет и себя личностную деформацию. У специалиста появляется ощущение неспособности оказывать помощь субъектам своей деятельности, уделять им достаточное внимание. О том, что это проявление эмоционального выгорания говорит тот факт, что данное ощущение ранее не наблюдалось и появилось недавно. На данном этапе специалист полностью исключает эмоции на работе, что делает его внешне равнодушным. Формируется убеждение, что работа с людьми не интересна, теряется интерес к человеку. В некоторых случаях специалист плохо себя чувствует, когда вспоминает о предстоящих контактах с пациентами.

Проанализировав показатели по всем трем фазам, мы получили следующий результат (Рисунок 8):

20% - есть признаки всех трех фаз;

50% - имеют признаки двух фаз;

23% - имеют признаки одной фазы;

7% - не имеют признаков ни одной фазы эмоционального выгорания.

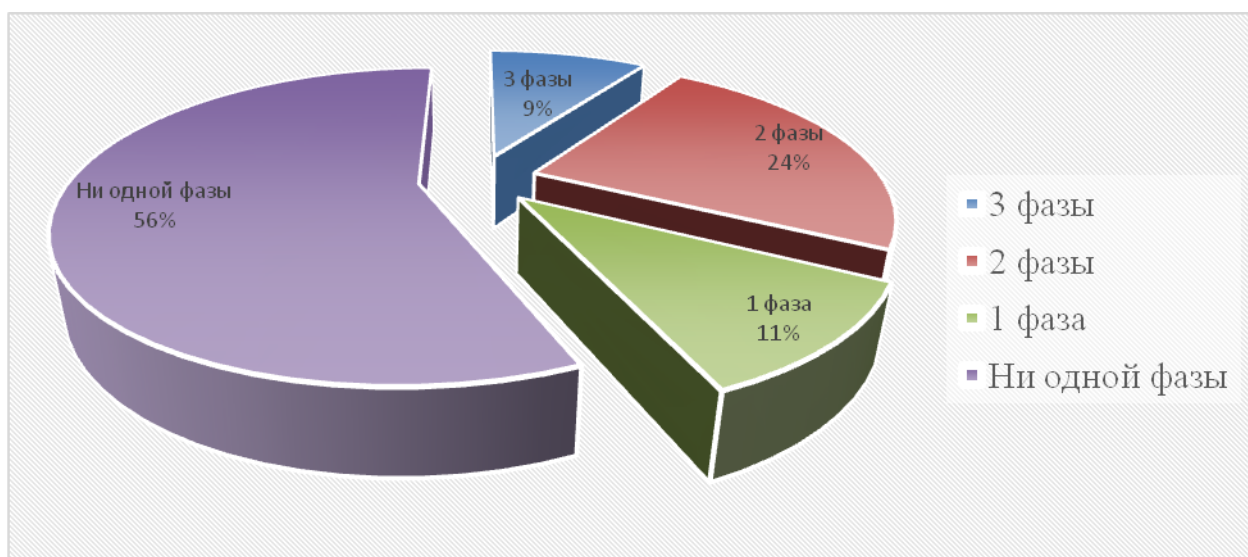


Рисунок 8. Степень выраженности эмоционального выгорания

Из этого следует, у 93% опрошенных медицинских работников среднего звена наблюдается развитие синдрома эмоционального выгорания.

Далее, для получения сведений о темпераменте участников исследования, мы провели письменный опрос по личностному опроснику Г. Ю. Айзенка. Результаты обработки ответов на вопросы данного опросника позволяют определить тип темперамента при помощи шкал интроверсии-экстраверсии и нейротизма-стабильности.

0-12 баллов – интроверт;

12-24 – экстраверт;

0-12 – стабильность;

12-24 – нейротизм.

Результаты, полученные после проведения диагностики по личностному опроснику Г. Ю. Айзенка представлены в таблице 5.

Таблица 5

Результаты диагностики по личностному опроснику Г.Ю. Айзенка

№	Экстраверсия- интроверсия	Нейротизм- стабильность	Соответствие типу темперамента
1.	6	14	Меланхолик
2.	16	10	Сангвиник
3.	5	13	Меланхолик
4.	8	16	Меланхолик
5.	14	19	Холерик
6.	6	16	Меланхолик
7.	14	21	Холерик
8.	8	10	Флегматик
9.	7	14	Меланхолик
10.	16	7	Сангвиник
11.	8	7	Флегматик
12.	12	14	Меланхолик, холерик
13.	2	16	Меланхолик
14.	14	12	Сангвиник, холерик
15.	17	19	Холерик
1.	11	15	Меланхолик
2.	11	2	Флегматик
3.	21	9	Сангвиник
4.	7	12	Флегматик, меланхолик
5.	5	13	Меланхолик
6.	14	14	Холерик
7.	8	19	Меланхолик
8.	12	17	Меланхолик, холерик
9.	11	23	Сангвиник
10.	14	21	Холерик

11.	6	11	Флегматик
12.	16	19	Холерик
13.	19	15	Холерик
14.	6	10	Флегматик
15.	7	18	Меланхолик

Из таблицы мы видим, что 33% общей выборки являются меланхоликами, 24% - холериками, 17% флегматиками, 13% сангвиниками, 7% имеют смешение меланхолического и холерического типов, 3% - смешение флегматического и меланхолического типов, 3% - смешение сангвинического и холерического типов темперамента (Рисунок 9).

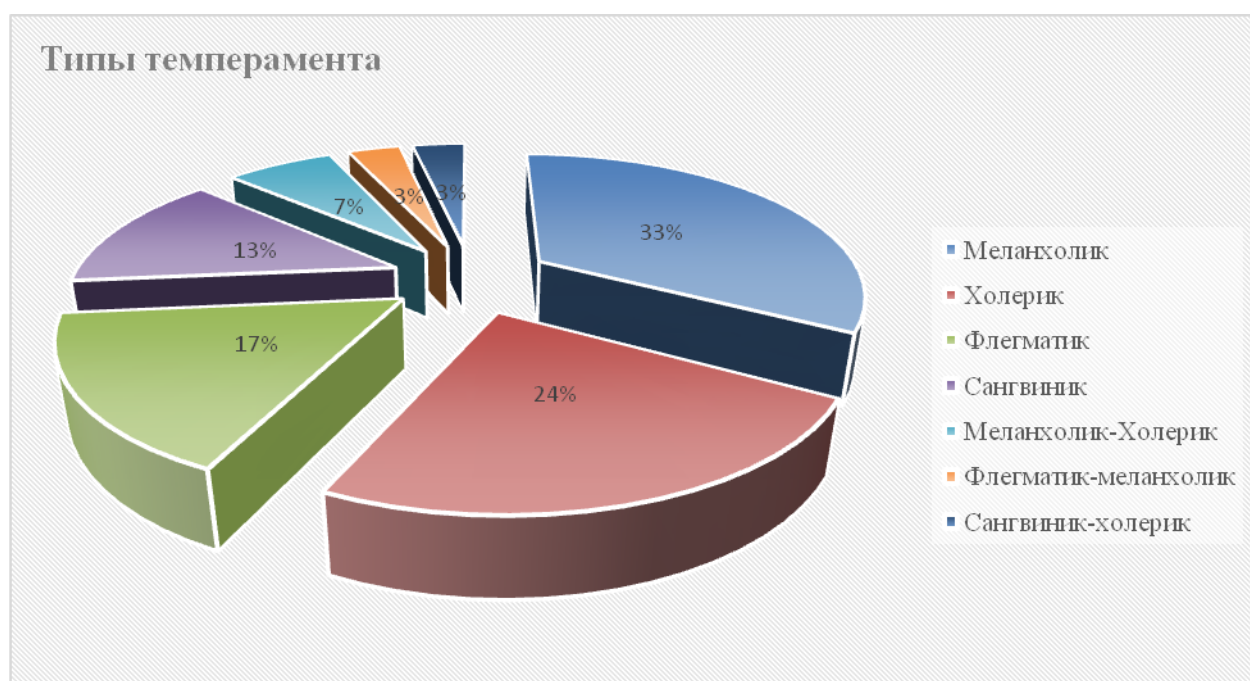


Рисунок 9. Типы темперамента в выборке

Люди с меланхолическим типом темперамента интровертны и нейротичны. Имеют склонность к повышенной тревожности, замкнутости, пессимизму. Им сложно устанавливать контакты с окружающими, они пассивны, обидчивы, неуверенны в себе. В связи с этим, у специалиста-

меланхолика есть склонность к развитию синдрома эмоционального выгорания

Люди с холерическим типом темперамента экстравертны и нейротичны. Склонны к беспокойству, агрессии, ранимы, импульсивны, общительны. Холерики инициативны и самоуверенны, легко переключаются с одного вида деятельности на другой. Хорошо проявляют себя на работе, не связанной с монотонностью и однообразием. Так же могут быть подвержены развитию синдрома эмоционального выгорания.

Люди с флегматичным типом темперамента интровертны и стабильны. Уравновешенны, надежны, внимательны. Флегматиков сложно вывести из себя, они малословны, способны долго работать в неблагоприятных условиях. Менее, чем специалисты с другими типами темперамента, склонны к развитию эмоционального выгорания.

Люди с сангвиническим типом темперамента экстравертны склонны к лидерству. Они уравновешенны, общительны. Легко приспосабливаются к новым условиям труда, успешны, если выполняемая работа им интересна. Менее склонны к эмоциональному выгоранию, чем меланхолики и холерики.

2.3. Работа по изучению взаимосвязи эмоционального выгорания, темперамента и удовлетворенностью качеством жизни медицинских работников среднего звена

Перейдем к изучению вопроса взаимосвязи эмоционального выгорания у медицинских работников среднего звена и их оценки качества жизни.

Чтобы выбрать критерий, описывающий корреляционную связь между шкалами, нам необходимо проверить распределение полученных данных на нормальность. Для обратимся к методам математической статистики. Для определения нормальности распределений, нами был выбран критерий Колмогорова-Смирнова. Для проверки нормальности распределения по данному критерию мы воспользовались расчетом в программе SPSS.

Значения, полученные при расчете представлены в таблице 6 (см. приложение 1).

Из таблицы 6 мы видим, что распределение является нормальным. Соответственно, для проведения дальнейшего исследования взаимосвязи, мы выбираем корреляционный критерий Спирмана. Основанием для выбора данного коэффициента была его универсальность, простота и возможность сравнения индивидуальных и групповых иерархий признаков.

Расчет взаимосвязи эмоционального выгорания, темперамента и качества жизни.

Для проведения корреляционного анализа составим гипотезы:

H_0 : Корреляция между показателями эмоционального выгорания, темперамента и качества жизни не отличается от нуля.

H_1 : Корреляция между показателями эмоционального выгорания, темперамента и качества жизни значимо отличается от нуля.

Для расчета значимости корреляционных связей между показателями по критерию Спирмана, мы воспользовались программой SPSS. Значения, полученные в ходе расчетов представлены в таблице 7.

Таблица 7

Корреляции

			Качество жизни	Экстраверсия	Нейротизм	Напряжение	Резистентность	Истощение
По Спирману	Качество жизни	Коэффициент корреляции	1,000	-,335	,366*	,470**	,020	,244
		Знач. (2-х сторонняя)	.	,071	,046	,009	,915	,194
		N	30	30	30	30	30	30
	Экстраверсия	Коэффициент корреляции	-,335	1,000	,114	-,138	,150	-,004
		Знач. (2-х сторонняя)	,071	.	,547	,466	,428	,982
		N	30	30	30	30	30	30

Нейротизм	Коэффициент корреляции	,366*	,114	1,000	,045	,552**	,097
	Знач. (2-х сторонняя)	,046	,547	.	,813	,002	,611
	N	30	30	30	30	30	30
Напряжен ие	Коэффициент корреляции	,470**	-,138	,045	1,000	,130	,234
	Знач. (2-х сторонняя)	,009	,466	,813	.	,494	,214
	N	30	30	30	30	30	30
Резистенц ия	Коэффициент корреляции	,020	,150	,552**	,130	1,000	,340
	Знач. (2-х сторонняя)	,915	,428	,002	,494	.	,066
	N	30	30	30	30	30	30
Истощени е	Коэффициент корреляции	,244	-,004	,097	,234	,340	1,000
	Знач. (2-х сторонняя)	,194	,982	,611	,214	,066	.
	N	30	30	30	30	30	30

*. Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

**. Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

Опираясь на результаты, полученные в таблице, выделим значимые корреляционные связи (значимыми считаются значения в диапазоне от -1 до 1 весомо отличающиеся от нуля):

1. Качество жизни – нейротизм. Корреляция значима на уровне 0,05; вес значимости связи: $r_s = 0,366$.
2. Качество жизни – напряжение. Корреляция значима на уровне 0,01; вес значимости связи: $r_s = 0,470$.
3. Нейротизм-качество жизни. Корреляция значима на уровне 0,05; вес значимости связи: $r_s = 0,366$.
4. Нейротизм-резистенция. Корреляция значима на уровне 0,01; вес значимости связи: $r_s = 0,552$.

5. Напряжение – качество жизни. Корреляция значима на уровне 001; вес значимости связи: $r_s = 0,470$.

6. Резистенция – нейротизм. Корреляция значима на уровне 0,01; вес значимости связи: $r_s = 0,552$

Вывод: двусторонне взаимосвязаны между собой показатели качества жизни и нейротизма, качества жизни и напряжения, нейротизма и резистенции.

Корреляционное исследование показало, что удовлетворённость качеством жизни медицинского работника среднего звена, имеющего в анамнезе нарушения работы сердечно-сосудистой системы взаимосвязано с напряжением, являющимся компонентом эмоционального выгорания. Так же, из таблицы мы видим, что показатель удовлетворенности качеством жизни взаимосвязан с показателем нейротизма. В свою очередь, нейротизм взаимосвязан с показателем резистенции. Исходя из этого, мы предположили, что степень сформированности фазы резистенции так же взаимосвязан с удовлетворенностью качеством жизни.

Для того, чтобы проверить данное предположение, мы провели корреляционный анализ для выявления взаимосвязей между качеством жизни и симптомами фаз напряжения и резистенции.

Для проведения корреляционного анализа мы составили гипотезы:

H_0 : Корреляция между показателями симптомов фаз напряжения и резистенции и удовлетворенности качеством жизни не отличается от нуля.

H_1 : Корреляция между показателями симптомов фаз напряжения и резистенции и удовлетворенности качеством жизни значимо отличается от нуля.

Для выбора критерия корреляции мы провели проверку нормальности распределения по критерию Колмогорова-Смирнова. Значения, полученные при расчете представлены в таблице 8 (см. приложение 2).

Из таблицы 8 мы видим, что распределение является нормальным. Соответственно, для проведения дальнейшего исследования взаимосвязи, мы

выбираем корреляционный критерий Спирмана. Значения, полученные в ходе расчетов представлены в таблице 9.

Таблица 9

Корреляции

				Переживание психотравмирующей обстановки	Неудовлетворенность собой	«Загнанность в клетку»	Тревожающее депрессивное поведение	Неадекватное эмоциональное поведение	Эмоционально-нравственная дезориентация	Расширение сферы экономической деятельности	Редукция профессиональных обязанностей
Роль качества жизни на	Качество жизни	Коэффициент корреляции	1,000	,381*	,260	,308	,635**	,085	,111	-,122	,094
		Знач. (2-х сторонняя)	.	,038	,166	,098	,000	,656	,559	,521	,623
		N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	Переживаемые психотравмирующие обстоятельства	Коэффициент корреляции	,381*	1,000	,603**	,459*	,635**	,386*	,210	-,110	-,051
		Знач. (2-х сторонняя)	,038	.	,000	,011	,000	,035	,265	,564	,790
		N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Неудовлетворенность собой	Неудовлетворенность собой	Коэффициент корреляции	,260	,603**	1,000	,588**	,629**	,342	,242	,066	,232
		Знач. (2-х сторонняя)	,166	,000	.	,001	,000	,064	,197	,727	,217
		N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	«Загнанность в клетку»	Коэффициент корреляции	,308	,459*	,588**	1,000	,505**	,108	,342	,021	,026
		Знач. (2-х сторонняя)	,098	,011	,001	.	,004	,571	,064	,913	,891
		N	30	30	30	30	30	30	30	30	30

Тревога и депрессия	Корреляции									
Коэффициент	т	,635**	,635**	,629**	,505**	1,000	,287	,115	-,276	,000
Знач. (2-х сторонняя)		,000	,000	,000	,004	.	,124	,546	,140	1,000
N		30	30	30	30	30	30	30	30	30
Неадекватно эмоциональное избирательное реагирование	Корреляции									
Коэффициент	т	,085	,386*	,342	,108	,287	1,000	,557**	,162	,327
Знач. (2-х сторонняя)		,656	,035	,064	,571	,124	.	,001	,392	,077
N		30	30	30	30	30	30	30	30	30

*. Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

**. Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

Опираясь на результаты, полученные в таблице, выделим значимые корреляционные связи (значимыми считаются значения в диапазоне от -1 до 1 весомо отличающиеся от нуля):

1. Качество жизни – переживание психотравмирующих обстоятельств. Корреляция значима на уровне 0,01; вес значимости связи: $r_s = 0,381$.
2. Качество жизни - тревога и депрессия. Корреляция значима на уровне 0,01; вес значимости: $r_s = 0,635$.
3. Переживание психотравмирующих обстоятельств – качество жизни. Корреляция значима на уровне 0,01; вес значимости: $r_s = 0,381$.
4. Тревога и депрессия – качество жизни. Корреляция значима на уровне 0,01; вес значимости: $r_s = 0,635$.

Вывод: двухсторонне взаимосвязаны показатели удовлетворенности качеством жизни и симптомом переживания психотравмирующих обстоятельств, а также показатели удовлетворенности качеством жизни и симптомом тревоги и депрессии.

В ходе корреляционного исследования мы выяснили, что показатель удовлетворенности качеством жизни медицинских работников среднего звена с заболеваниями сердечно-сосудистой системы взаимосвязан с двумя симптомами фазы «Напряжение» эмоционального выгорания. К симптомам, взаимосвязанным с удовлетворенностью качеством жизни относятся симптом переживания психотравмирующих обстоятельств и симптом тревоги и депрессии. Симптомы фазы «Резистенция» не взаимосвязаны с удовлетворенностью качеством жизни.

В ходе дальнейшего исследования мы провели анализ взаимосвязи показателей нейротизма и симптомов фазы резистенции.

Для проведения корреляционного анализа мы составили гипотезы:

H_0 : Корреляция между показателями симптомов фазы резистенции и нейротизма не отличается от нуля.

H_1 : Корреляция между показателями симптомов фаз напряжения и резистенции и удовлетворенности качеством жизни значимо отличается от нуля.

Для выбора критерия корреляции мы провели проверку нормальности распределения по критерию Колмогорова-Смирнова. Значения, полученные при расчете представлены в таблице 10 (см. приложение 3).

Из таблицы 10 мы видим, что распределение является нормальным. Соответственно, для проведения дальнейшего исследования взаимосвязи, мы выбираем корреляционный критерий Спирмена. Значения, полученные в ходе расчетов представлены в таблице 11.

Корреляции

			Неадекватное эмоциональное избирательное реагирование	Эмоционально-нравственная дезориентация	Расширение сферы экономики эмоций	Редукция профессиональных обязанностей	Нейротизм
Ро Спирмана	Неадекватное эмоциональное избирательное реагирование	Коэффициент корреляции	1,000	,557**	,162	,327	,403*
		Знач. (2-х сторонняя)	.	,001	,392	,077	,027
		N	30	30	30	30	30
	Эмоционально-нравственная дезориентация	Коэффициент корреляции	,557**	1,000	,356	,233	,362*
		Знач. (2-х сторонняя)	,001	.	,054	,215	,050
		N	30	30	30	30	30
	Расширение сферы экономики эмоций	Коэффициент корреляции	,162	,356	1,000	,254	,439*
		Знач. (2-х сторонняя)	,392	,054	.	,175	,015
		N	30	30	30	30	30
	Редукция профессиональных обязанностей	Коэффициент корреляции	,327	,233	,254	1,000	,480**
		Знач. (2-х сторонняя)	,077	,215	,175	.	,007
		N	30	30	30	30	30
	Нейротизм	Коэффициент корреляции	,403*	,362*	,439*	,480**	1,000

Знач. (2-х сторонняя)	,027	,050	,015	,007	.
N	30	30	30	30	30

** . Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

* . Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

Опираясь на результаты, полученные в таблице, выделим значимые корреляционные связи (значимыми считаются значения в диапазоне от -1 до 1 весомо отличающиеся от нуля):

1. Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование – нейротизм. Корреляция значима на уровне 0,05; вес значимости: $r_s = 0,403$.
2. Эмоционально-нравственная дезориентация – нейротизм. Корреляция значима на уровне 0,05; вес значимости: $r_s = 0,362$.
3. Расширение сферы экономии эмоций – нейротизм. Корреляция значима на уровне 0,05; вес значимости: $r_s = 0,439$.
4. Редукция профессиональных обязанностей – нейротизм. Корреляция значима на уровне 0,01; вес значимости: $r_s = 0,480$.
5. Нейротизм – неадекватное избирательное эмоциональное реагирование. Корреляция значима на уровне 0,05; вес значимости: $r_s = 0,403$.
6. Нейротизм – эмоционально-нравственная дезориентация. Корреляция значима на уровне 0,05; вес значимости: $r_s = 0,362$.
7. Нейротизм – расширение сферы экономии эмоций. Корреляция значима на уровне 0,01; вес значимости: $r_s = 0,480$.
8. Нейротизм – редукция профессиональных обязанностей. Корреляция значима на уровне 0,01; вес значимости: $r_s = 0,480$.

Вывод: двухсторонне взаимосвязаны показатели нейротизма и каждого симптома фазы «Резистенция» эмоционального выгорания.

В ходе корреляционного анализа мы выявили, что показатель нейротизма взаимосвязан с показателями всех симптомов фазы резистенции эмоционального выгорания. Нейротизм – термин, характеризующий эмоциональную неустойчивость, тревогу, вегетативные отклонения. Является компонентом темперамента. Из этого следует, что на склонность к развитию симптомов фазы резистенция влияет темперамент.

Выводы по второй главе

Проведенные на начальном этапе диагностические мероприятия позволили нам выявить наличие эмоционального выгорания, определить тип темперамента и уровень удовлетворенности качеством жизни медицинских работников среднего звена с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Подводя итоги второй главы, приведем основные выводы, полученные в ходе эмпирической части исследования:

1. По результатам исследования синдрома эмоционального выгорания мы увидели, что данный синдром встречается у 93% опрошенных, а у 9% - эмоциональное выгорание полностью сформировано.

2. При исследовании удовлетворенности качеством жизни медицинских работников с заболеваниями сердечно-сосудистой системы мы выявили, что 77% респондентов не удовлетворены качеством жизни. Было отмечено, что из-за наличия заболевания, опрошенные имели ряд ограничений, связанных с работой и ежедневной активностью.

3. При исследовании темперамента, нами было выявлено, что 33% опрошенных являются меланхоликами, 24% - холериками, 17% - флегматиками, 13% - сангвиниками, у 6% - смешанный тип темперамента. Как известно, люди с меланхолическим типом темперамента имеют слабый тип нервной системы, соответственно они более склонны к эмоциональному выгоранию.

Далее нами был проведен корреляционный анализ для проверки взаимосвязи эмоционального выгорания, темперамента и удовлетворенности качеством жизни. В ходе корреляционного исследования нами было установлено:

1. Фаза эмоционального выгорания «Напряжение» взаимосвязана с удовлетворенностью качеством жизни. При более глубоком анализе было выявлено, что с удовлетворенностью качеством жизни взаимосвязаны следующие симптомы фазы «Напряжение»: переживание психотравмирующих обстоятельств; тревога и депрессия.

2. Фаза эмоционального выгорания «Резистенция» взаимосвязана с нейротизмом. При дополнительном исследовании нами было установлено, что нейротизм взаимосвязан со всеми четырьмя симптомами фазы «Резистенция»: неадекватное избирательное эмоциональное реагирование; эмоционально-нравственная дезориентация; расширение сферы экономии эмоций; редукция профессиональных обязанностей. Также, показатель нейротизма взаимосвязан с удовлетворенностью качеством жизни. Так как, нейротизм является составляющей темперамента, можно сделать вывод, что темперамент взаимосвязан как с эмоциональным выгоранием, так и с удовлетворенностью качеством жизни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По итогам выполненной работы отметим, что изучение проблемы эмоционального выгорания медицинских работников среднего звена является актуальной темой исследования, так как развитие синдрома эмоционального выгорания отражается на качестве исполнения специалистом своих профессиональных обязанностей, его отношениях с коллегами и пациентами, а также на состоянии здоровья специалиста.

В первой главе, посвященной теоретическому обзору литературы по проблеме эмоционального выгорания, темперамента и удовлетворенности качеством жизни, мы определили основные положения, касающиеся предмета исследования.

Мы установили, что термин «эмоциональное выгорание» описывает защитный механизм психики, формирующийся в ответ на длительный профессиональный стресс. Формируется данный синдром под воздействием ряда внешних и внутренних факторов. Одним из таких факторов является подвижность нервных процессов, интенсивность которой обуславливается темпераментом. Процесс формирования эмоционального выгорания динамический, подобен механизму формирования стресса. Развитие эмоционального выгорания происходит поэтапно.

Эмоциональное выгорание оказывает воздействие на удовлетворенность профессиональной деятельностью. При возникновении данного синдрома у специалиста теряется интерес к выполняемой работе, снижается трудовая мотивация. Так как трудовая деятельность занимает значительную часть жизни, она оказывает влияние и на удовлетворенность качеством жизни в целом.

Вторая глава настоящего исследования посвящена эмпирическому изучению взаимосвязи между эмоциональным выгоранием, темпераментом и качеством жизни медицинских работников среднего звена с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В данной главе мы проверили выдвинутую гипотезу. С этой целью, нами было организовано и проведено исследование

с участием группы медицинских работников среднего звена в возрасте от 40 до 50 лет, в анамнезе которых было подтвержденное заболевание сердечно-сосудистой системы. В исследовании приняли участие 30 медицинских сестер на базе структурных подразделений Тольяттинская городская клиническая больница имени В.В. Баныкина и ГАУЗ «Альметьевская станция скорой медицинской помощи».

Проведенные диагностические исследования показали, что у большинства опрошенных медицинских работников присутствуют признаки формирования эмоционального выгорания.

Для проверки взаимосвязи эмоционального выгорания с личностными качествами, мы определили тип темперамента каждой участницы исследования.

Также, в ходе исследования, нами было выявлено, что существенная доля испытуемых имеют неудовлетворенность качеством жизни. Так как все респонденты группы имеют заболевания сердечно-сосудистой системы, что уже влияет на уровень удовлетворенности качеством жизни, мы особое внимание уделили выявлению взаимосвязи между эмоциональным выгоранием и качеством жизни.

Корреляционный анализ показал, что некоторые симптомы эмоционального выгорания взаимосвязаны с темпераментом и удовлетворенностью качеством жизни.

Таким образом, результаты, полученные в настоящей выпускной квалификационной работе, свидетельствуют о подтверждении выдвинутой гипотезы, которая заключается в предположении о наличии взаимосвязей между эмоциональным выгоранием, темпераментом и удовлетворенностью качеством жизни медицинских работников с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Авхименко, М. М. Некоторые факторы риска труда медика [Текст] / М.М. Авхименко // Медицинская помощь. – 2003. - №2. – С. 25-29.
2. Аронов, М. Д. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями [Текст] / М.Д. Аронов, В.П. Зайцев // Кардиология. – 2002. - №5. – с. 92-95.
3. Бойко, В. В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении [Текст] / В.В. Бойко. – СПб.: Питер, 2002. – 752 с.
4. Бойко, В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других [Текст] / В.В. Бойко. – М.: Филин, 1996. – 472 с.
5. Бушуев, В. В. Качество жизни и его индексы: мир и Россия [Текст] / В.В. Бушуев, В.С. Голубев, А.М. Тарко // Уровень жизни населения регионов России. – 2010. - №1. – С. 12-24.
6. Водопьянова, Н. Е. Синдром выгорания [Текст] / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2009. – 440 с.
7. Водопьянова, Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика [Текст] / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – СПб.: Питер, 2005. – 336 с.
8. Гурьянов, М. С. Образ и условия жизни медицинских работников [Текст] / М.С. Гурьянов // Вестник РУДН. Сер. Медицина. – 2009. - №4. – С. 207-510.
9. Гурьянов, М. С. Применение факторного анализа для оценки взаимосвязи здоровья, образа и качества жизни медицинских работников [Текст] / М.С. Гурьянов // Медицинский альманах. – 2011. - №1. – С. 21-23.
10. Давыдов, Д. Г. Современные подходы к исследованию качества жизни [Текст] / Д.Г. Давыдов // Социальные науки и современное общество. – 2012. - №2. – С. 54-57.
11. Динамика показателей качества трудовой жизни медицинских сестер инфекционных отделений Клиник Самарского государственного

медицинского университета [Текст] / Л. А. Карасева, О. В. Беликова, Е. Ю. Кичатова [и др.] // Главная медицинская сестра. - 2009. - № 7. - С. 121-126.

12. Зенькова, А. В. Основные факторы, влияющие на качество жизни населения / А.В. Зенькова, В.И. Ляликова // Экономика и управление. – 2009. - №1. – С. 25-29.

13. Измеров, Н. Ф. Медицина труда. Введение в специальность [Текст] / Н. Ф. Измеров, А. А. Каспаров. – М.: Медицина, 2002. - 390 с.

14. Ильин, Е. П. Эмоции и чувства [Текст] / Е.П. Ильин. – СПб.: Питер, 2002. – 752 с.

15. Орел, В. Е. Синдром психического выгорания личности [Текст] / В.Е. Орел. – М.: ИП РАН, 2005. – 330 с.

16. Проценко, А. С. Современные тенденции оценки эффективности медицинской помощи через критерий качества жизни [Текст]/ А.С. Проценко, Р.Э. Абишев // Современная медицина: тенденции развития: мат. междунар. науч. конф. 2 апреля 2012 г. – Новосибирск, 2012. – С. 92-96.

17. Рубинштейн, С. Л. Основы общей психологии [Текст] С.Л. Рубинштейн - СПб.: Питер, 2000. – 711с.

18. Селье, Г. Стресс без дистресса [Текст]: Монография / Г. Селье. – 3-е изд. - М.: Прогресс, 1982. – 128с.

19. Солохина, Л. В. Уровень и качество жизни медицинских работников негосударственных учреждений здравоохранения ОАО «РЖД» на Дальневосточной железной дороге [Текст] / Л. В. Солохина, К. Р. Аветян, В. М. Салатник // Дальневосточный медицинский журнал. - 2008. - № 3. - С. 102-104.

20. Сутырина, О. М. Социально-гигиеническое исследование заболеваемости, образа жизни, и условий труда медицинских работников крупной многопрофильной больницы [Текст]: автореф. дис. канд. мед. наук: 14 февраля 2003 / О.М. Сутырина; Нижегород. гос. мед. акад. – М., 2011. – 25 с.

21. Харди, И. Врач, сестра, больной: психология работы с больными [Текст] / И. Харди ; [пер. с венг. М. Алекса ; ред. пер.: М. В. Коркина, В. М.

Шкловский]. - 5-е изд., перераб. и доп. - Будапешт: Изд-во Акад. наук Венгрии, 1988. - 338 с.

22. Чутко, Л. С. Синдром эмоционального выгорания. Клинические и психологические аспекты [Текст] / Л.С. Чутко, Н.В. Козина. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 256 с.

23. Экономика и социология труда [Текст] / А.Я. Кибанов, И.А. Баткаева, Л.В. Ивановская [и др.]; под ред. А.Я. Кибанова. – М.: ИНФРА-М, 2003. – 582 с.

24. Экономика труда [Текст] / Т.П. Варна, Ю.П. Кокин, В.М. Маслова [и др.]; под ред. П.Э. Шлендера, Ю.П. Кокина. – М.: Юристъ, 2002. – 588 с.

25. Эмоциональное выгорание у медицинских работников как предпосылка астенизации и психосоматической патологии [Текст] / А.В. Балахонов, В.Г. Белов, Е.Д. Пятибрат, А.О. Пятибрат // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2009. - №3. – С. 57-70.

Приложение 1.

Таблица 6

Одновыборочный критерий Колмогорова-Смирнова для оценки нормальности распределения показателей удовлетворенности качеством жизни, экстраверсии, нейротизма, напряжения, резистенции, истощения

		Качество жизни	Экстраверсия	Нейротизм	Напряжение	Резистенция	Истощение
N		30	30	30	30	30	30
Параметры	Среднее значение	5,70	10,70	14,20	32,63	61,50	39,40
нормального распределения ^{a,b}	Среднеквадратичная отклонения	4,625	4,757	4,737	24,291	21,706	15,975
Наибольшие	Абсолютная	,124	,181	,083	,179	,132	,126
экстремальные	Положительные	,124	,181	,055	,179	,116	,126
расхождения	Отрицательные	-,109	-,123	-,083	-,119	-,132	-,071
Статистика критерия		,124	,181	,083	,179	,132	,126
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)		,200 ^{c,d}	,013 ^c	,200 ^{c,d}	,015 ^c	,196 ^c	,200 ^{c,d}

a. Проверяемое распределение является нормальным.

b. Вычислено из данных.

c. Коррекция значимости Лиллиефорса.

d. Это нижняя граница истинной значимости.

Приложение 2.

Одновыборочный критерий Колмогорова-Смирнова для оценки
нормальности распределения показателей качества жизни и симптомов
фаз эмоционального выгорания «Напряжение» и «Резистенция»

	Качество жизни	Переживание психотравмирующих обстоятельств	Неудовлетворенность собой	«Загнанность в клетку»	Тревога и депрессия	Неадекватное эмоциональное избирательное реагирование	Эмоционально-нравственная дезориентация	Расширение сферы экономической и эмоциональной	Редукция профессиональных обязанностей
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Параметры нормального распределения ^{a,b}	Среднее значение 5,70	Среднее значение 12,40	Среднее значение 5,20	Среднее значение 6,37	Среднее значение 8,67	Среднее значение 18,30	Среднее значение 12,70	Среднее значение 12,07	Среднее значение 18,77
	Среднеквадратичная отклонения 4,625	Среднеквадратичная отклонения 7,994	Среднеквадратичная отклонения 4,965	Среднеквадратичная отклонения 7,609	Среднеквадратичная отклонения 8,458	Среднеквадратичная отклонения 8,400	Среднеквадратичная отклонения 6,358	Среднеквадратичная отклонения 8,250	Среднеквадратичная отклонения 7,628
Наибольшие экстремальные расхождения	Абсолютная Положительные 0,124	Абсолютная Положительные 0,123	Абсолютная Положительные 0,195	Абсолютная Положительные 0,217	Абсолютная Положительные 0,157	Абсолютная Положительные 0,154	Абсолютная Положительные 0,141	Абсолютная Положительные 0,102	Абсолютная Положительные 0,131
	Отрицательные 0,124	Отрицательные 0,123	Отрицательные 0,195	Отрицательные 0,217	Отрицательные 0,157	Отрицательные 0,101	Отрицательные 0,087	Отрицательные 0,102	Отрицательные 0,108
Статистика критерия	0,109	0,094	0,147	0,201	0,153	0,154	0,141	0,094	0,131
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	0,200 ^{c,d}	0,200 ^{c,d}	0,005 ^c	0,001 ^c	0,057 ^c	0,069 ^c	0,131 ^c	0,200 ^{c,d}	0,200 ^{c,d}

a. Проверяемое распределение является нормальным.

b. Вычислено из данных.

c. Коррекция значимости Лиллиефорса.

d. Это нижняя граница истинной значимости.

Таблица 10

Одновыборочный критерий Колмогорова-Смирнова для оценки нормальности распределения показателей нейротизма и симптомов фазы эмоционального выгорания «Резистенция»

		Неадекватное эмоциональное избирательное реагирование	Эмоционально-нравственная дезориентация	Расширение сферы экономики эмоций	Редукция профессиональных обязанностей	Нейротизм
N		30	30	30	30	30
Параметры нормального распределения ^{a,b}	Среднее значение	18,30	12,70	12,07	18,77	14,20
	Среднеквадратичная отклонения	8,400	6,358	8,250	7,628	4,737
Наибольшие экстремальные расхождения	Абсолютная	,154	,141	,102	,131	,083
	Положительные	,101	,087	,102	,108	,055
	Отрицательные	-,154	-,141	-,094	-,131	-,083
Статистика критерия		,154	,141	,102	,131	,083
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)		,069 ^c	,131 ^c	,200 ^{c,d}	,200 ^{c,d}	,200 ^{c,d}

a. Проверяемое распределение является нормальным.

b. Вычислено из данных.

c. Коррекция значимости Лиллиефорса.

d. Это нижняя граница истинной значимости.