

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: **Исследование синдрома эмоционального выгорания**

Студент(ка) Петькова Ю.А.  
(И.О. Фамилия) \_\_\_\_\_  
(личная подпись)

Руководитель к.псих.н., доцент Кулагина И.В.  
(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

<b>ВВЕДЕНИЕ .....</b>	<b>3</b>
 <b>ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ .....</b>	<b>7</b>
1.1 Представления о синдроме эмоционального выгорания в работах отечественных и зарубежных исследователей.....	7
1.2 Особенности проявления синдрома эмоционального выгорания специалистов «помогающих» профессий .....	18
<b>Выводы по первой главе.....</b>	<b>26</b>
 <b>ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ .....</b>	<b>27</b>
2.1. Организация и методы исследования.....	27
2.2 Профилактика и коррекция негативных последствий эмоционального выгорания .....	34
2.3 Определение эффективности коррекционно-оптимизирующих мероприятий .....	43
<b>Выводы по второй главе.....</b>	<b>49</b>
 <b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....</b>	<b>51</b>
<b>БИБЛИОГРАФИЯ.....</b>	<b>54</b>

## ВВЕДЕНИЕ

Современные социально-экономические условия предъявляют все большие требования к личности работника-профессионала, что обуславливает повышение эмоциональной напряженности, связанной с осуществлением профессиональной деятельности. В качестве возможных последствий постоянного стресса выделяют ощущение тревоги, появление симптомов депрессивных состояний, психосоматические дисгармонии, злоупотребление психоактивными веществами. Обозначенный перечень трактуется исследователями как признаки синдрома эмоционального сгорания или выгорания специалиста. В научной литературе наряду с синдромом эмоционального сгорания можно встретить и такие понятия как «информационный невроз», «синдром психического выгорания», «синдром менеджера». Их все объединяет совокупность таких проявлений как состояние изначально эмоционального, а после и умственного истощения, ощущение физического утомления, прогрессирующее состояние неудовлетворения от выполняемой деятельности, неприязнь к окружающим людям, снижение интереса ко всему происходящему вокруг.

Синдром эмоционального выгорания достаточно сложный психологический феномен, ему в большей степени подвержены люди, чья профессиональная деятельность напрямую связана с непрерывным и непосредственным общением с другими людьми, т.е. специалисты «помогающих» профессий, работающих в системе «человек-человек». Зарубежная и отечественная статистика разных лет свидетельствует, что данный синдром наиболее распространен среди представителей таких профессий как руководители, судьи, учителя, продавцы, медицинские работники и т.д., а его выраженность зависит в частности от типа личности и объективных возможностей психологической адаптации к стрессовым ситуациям.

Все это обусловило широкий интерес к проблеме эмоционального выгорания исследователей из различных областей психологии: медицинской

психологии, психологии труда, психологии развития и др. В зарубежной литературе часто можно встретить исследования на эту тему, но исчерпывающими их назвать нельзя. В отечественной науке представления о личностной деформации как отдельной проблеме возникли примерно в конце 1990-х годов, ранее она рассматривалась в обширном ракурсе исследования личности. Так, интерес к влиянию профессиональной деятельности на психологические особенности личности можно встретить в работах Б.Г. Ананьева, Е.А. Климова, А.К. Марковой, А.И. Папкина, К.К. Платонова, А.М. Столяренко и др. Интерес к проблеме профессионального выгорания можно найти в работах Г.С. Абрамова, Н.В. Водопьяновой, Г.С. Никифорова, Г.А. Робертса, Т.И. Ронгинской, Е.С. Старченковой, Д.Г. Трунова, А.М. Хатагурова и других.

Современные исследователи трактуют эмоциональное выгорание (СЭВ) в самом общем виде как длительную стрессовую ситуацию, возникающую вследствие продолжительных профессиональных стрессов различной интенсивности. Поэтому некоторые авторы наряду с понятием «эмоциональное выгорание» используют термин «профессиональное выгорание», подчеркивая тем самым аспект личностной деформации именно профессионала вследствие длительного профессионального стажа. В качестве ведущего фактора, провоцирующего возникновение и усугубление синдрома эмоционального выгорания, многие исследователи выделяют эмоциональные затруднения, возникающие под влиянием напряженного взаимодействия в человеко ориентированных системах, например в ходе общения лечащего врача с больным, руководителя с подчиненным и др. Влияние этого явления усиливается при повышенном когнитивном и эмоциональном наполнении вынужденных коммуникаций, увеличении их частоты и продолжительности.

Проявление синдрома у специалистов «помогающих профессий», в частности медицинских работников, проявляется через снижение уровня заботы об окружающих людях, утрату сострадания и уважения к пациентам и

коллегам, неприязнь к обязательствам и ответственности, налагаемых необходимостью выполнять трудовую деятельность. Общий итог СЭВ у медицинских работников выражается в значительном снижении качества оказываемых медицинских услуг. Регулярно проводимая профилактическая или оптимизирующая работа могла бы значительно снизить риск возникновения синдрома эмоционального выгорания у представителей медицинской сферы. При этом результаты исследований, касающихся данного аспекта, на наш взгляд, фрагментарны и лишены комплексного подхода в области практических рекомендаций, как по профилактике, так и по коррекции синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников. Это и составляет проблему настоящего исследования.

**Объект исследования** – синдром эмоционального выгорания.

**Предмет исследования** – особенности проявлений и коррекции синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников.

**Цель исследования** состоит в определении особенностей проявления синдрома эмоционального выгорания и возможностей его коррекции у представителей «помогающих профессий».

**Гипотеза исследования** состоит в предположении о том, что своевременно проведенная коррекционно-оптимизирующая работа снижает негативные проявления и последствия синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие **задачи**:

1. Осуществить теоретический анализ состояния проблемы синдрома эмоционального выгорания.
2. Подобрать диагностический инструментарий и организовать экспериментальное исследование уровня проявлений синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников.
3. Разработать и апробировать коррекционно-оптимизирующую программу, направленную на снижение проявлений СЭВ.

4. Осуществить экспериментальную проверку эффективности разработанной и апробированной коррекционной программы у медицинских работников.
5. Проанализировать и обобщить полученные результаты, разработать практические рекомендации по профилактике синдрома эмоционального выгорания для работников медицинской сферы.

**Теоретическая значимость исследования** заключается в качественном анализе и обобщении имеющейся научной литературы по проблеме синдрома эмоционального выгорания у представителей «помогающих профессий», а также в разработке коррекционно-оптимизирующих мероприятий, направленных на профилактику и коррекцию негативных проявлений и последствий СЭВ у медицинских работников.

**Практическая ценность исследования** состоит в экспериментально подтвержденном эффекте снижения проявленности признаков синдрома эмоционального выгорания у респондентов, принявших участие в коррекционно-оптимизирующей программе. Апробированный в работе диагностический инструментарий может быть использован для своевременного определения начала формирования СЭВ у профессионалов.

Полученные результаты могут быть использованы в качестве профилактического или коррекционного средства медицинскими психологами, представителями «помогающих профессий», также они могут послужить основой тренингов, направленных на оптимизацию эмоциональных состояний специалистов различного профиля, способствовать дальнейшей разработке темы эмоционального выгорания работников системы «человек-человек».

В исследовании были использованы общие теоретические методы, такие как анализ, синтез, обобщение, сравнение, изучение литературных источников и т.д., а также беседа и конкретные диагностические методики: методика диагностики уровня «эмоционального выгорания» В.В. Бойко, методика «Определение психического «выгорания» А.А. Рукавишникова.

# **ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ**

## **1.1. Представления о синдроме эмоционального выгорания в работах отечественных и зарубежных исследователей**

Интерес в проблеме эмоционального выгорания в последнее время вызван совокупностью разнородных причин, среди которых можно особо выделить ухудшение физического и психологического самочувствия работников, что неминуемо сказывается на эффективности деятельности организации в целом. Источниками снижения качества и работоспособности были признаны хронический стресс и психические перегрузки, которые в итоге приводят к полной эмоциональной и личностной дезинтеграции. Статистические показатели экономических убытков организаций от проблем со здоровьем у работников, вызванных производственным стрессом, достаточно высоки и составляют примерно 265 млрд. евро в год для 15 государств Европейского союза. Среди соматических проявлений СЭВ обычно называют слабость и боль в мышцах, расстройства сна, боли в горле, периодические головные боли, забывчивость и раздражительность, общее снижение мыслительной активности и способности к концентрации внимания при отсутствии других причин или заболеваний, способных вызвать подобные симптомы. [43]

Комплекс признаков психологического и соматического неблагополучия, возникающих под действием длительного расхождения между требованиями (внешними и внутренними) профессии и ресурсными возможностями личности получил название «синдром эмоционального выгорания». Первоначально этот термин («burnout») был введен в научный аппарат американским психологом и психиатром Х. Дж. Фрейденбергом в 1974 г. на основе наблюдения за собственным самочувствием и опроса коллег. В качестве сигнальных симптомов были выделены нарастающее истощение, снижение мотивации к профессиональной деятельности и ответственности за ее результаты. Социальным психологом К. Маслач [21]

были к физическому и психическому утомлению дополнены такие признаки как: снижение самооценки, утрата взаимопонимания с клиентами, пациентами или коллегами, деперсонализация и дегуманизация, недостаток уверенности в себе как профессионале, преобладание упаднических и агрессивных чувств. Эмоциональное выгорание с точки зрения К. Кондо [61] представляет собой состояние дезадаптированности в рабочей среде, вызванное нарушениями в межличностном взаимодействии и психических перегрузок и свойственно специалистам с высокой мотивацией трудовой деятельности. Особенно ярко, по мнению автора можно наблюдать эмоциональное выгорание у специалистов «помогающих» профессий, что связано с расхождением ожиданий и реальности, сопровождается излишними энергетическими растратами и психическими перегрузками. Со стороны организма СЭВ сопровождается нарушениями в сердечно-сосудистой и пищеварительной системах, затрудненным дыханием, головными болями и расстройствами сна.

Р. Кочюнас [34] объединяет все признаки в единый психофизиологический комплекс истощения вследствие длительных эмоциональных перегрузок. В.В. Бойко [17] определяет «эмоциональное выгорание» как сформировавшийся у личности защитный механизм, предполагающий отсутствие эмоционального реагирования на определенного рода раздражители. Риск появления СЭВ исключительно для специалистов «помогающих профессий» отмечен и в работах Т.В. Форманюка [61]. В Международной классификации болезней также присутствует такая рубрика как Z73 – «Стресс, связанный с трудностями поддержания нормального образа жизни».

Постоянное расширение и наполнение термина «эмоциональное выгорание» привело к тому, что на данный момент уже насчитывается около ста симптомов, которые с ним, так или иначе связаны. Б. Перлман и Е. Хартман [45], обобщив исследовательские воззрения на синдром эмоционального выгорания, обозначили его как ответную реакцию на



хронический эмоциональный стресс. Ими были выделены три основные группы переменных, обуславливающих возникновение СЭВ в «помогающих профессиях»: личностные, ролевые и организационные. Также ими были предложены три измерения выгорания и основные симптоматические категории. Так физиологический уровень сопровождается появлением физического истощения, аффективно-когнитивный связан с эмоциональным истощением и приводит к деперсонализации, поведенческий уровень – характеризуется дезадаптацией и падением работоспособности.

Последующие исследования позволили выяснить, что тесной взаимосвязи между такими личностными переменными как возраст, семейное положение, стаж данной трудовой деятельности (выделенные Б. Перлманом и Е. Хартманом) не наблюдается, но было обнаружено, что женщины более подвержены формированию СЭВ, чем мужчины. В аспекте ролевых переменных установлена связь ролевой неопределенности и конфликтности с возникновением синдрома выгорания. Исследования, посвященные организационному фактору, подытожили, что напряженная психоэмоциональная деятельность, неблагоприятная психологическая атмосфера и общая дестабилизация сопряжены с неминуемым формированием СЭВ сотрудников.

Б. Перлманом и Е. Хартманом на основе выделенных личностных переменных была предложена модель синдрома эмоционального выгорания, имеющая когнитивно-перцептивный фокус и демонстрирующая важность индивидуальных характеристик, рабочего и социального окружения в процессе эффективного или неэффективного преодоления стрессового воздействия. Развертывание СЭВ проходит четыре стадии.

На первой – возникает ситуация, вызывающая стресс. Она связана либо с несоответствием знаний, умений и навыков субъекта действительным требованиям профессиональной среды, либо трудовая деятельность не соотносится с потребностями и ожиданиями работника.

На второй стадии возникает субъективное ощущение стресса и его актуальное переживание. По мнению авторов, промежуток между первым и вторым этапами во много зависит от ресурсов личности, а также от ролевых и организационных переменных.

Третья стадия связана с возможными реакциями на стресс, а четвертая – это уже последствия стресса в виде эмоционального выгорания при неблагоприятном исходе.

С. Джексон и К. Маслач [22] предложили свою модель СЭВ, представляющую собой три взаимосвязанных компонента: эмоциональное истощение, деперсонализация и редукция персональных достижений. Эмоциональное истощение описывается ими как неспособность работника к проявлению в профессиональной и личной жизни каких бы то ни было эмоций, как ощущение опустошенности и равнодушия. Деперсонализацией обозначается безразличное отношение к событиям и явлениям окружающей жизни и деятельности, формирование цинизма и раздражительности. Редуцирование личных (персональных) достижений формируется за счет снижения самооценки и чувства собственного достоинства, появления ощущения собственной бесполезности и профессиональной некомпетентности. Авторы видят причину появления СЭВ в повышении несоответствия между требованиями окружающей, в том числе профессиональной, среды и возможностями личности им соответствовать. Кроме этого они выделяли несоответствие между стремлением работника в самостоятельности и ответственности и жестким контролем функциональных обязанностей. Важным становится и расхождение ожиданий в признании результатов труда, представлений о справедливости при распределении обязанностей и фактическим его отсутствием. Несоответствие этических и моральных принципов личности требованиям работы, усугубляющееся ухудшающимися взаимоотношениями с коллегами зачастую значительно способствует возникновению синдрома эмоционального выгорания. Преимущество данного подхода состоит в возможности комплексного

рассмотрения влияния совокупности факторов на личность отдельного профессионала.

Негативное влияние профессиональных стрессов можно заметить во всех сферах деятельности специалиста. В эмоциональной сфере начинает превалировать тревога, в когнитивной – восприятие и оценка практически любой ситуации как неопределенной и опасной. В мотивационной сфере наблюдается либо мобилизация всех осознанных ресурсов, либо истощение, в поведенческой сфере появляются изменения темпа и ритма деятельности, скованность движений. Таким образом, можно отметить нарушение оптимальности функционирования субъекта трудовой деятельности, т.е. эмоциональное выгорание начинает приобретать черты специфического функционального стереотипа профессионала с элементами дисфункциональных следствий. Данный стереотип складывается постепенно под влиянием ряда внешних и внутренних факторов, что позволяет при своевременно организованном обследовании выявить уровень его проявления признаков.

Дж. Гринберг также предлагает стадийную модель эмоционального выгорания как прогрессирующего процесса [36].

1. Первая стадия описывает переход под воздействием постоянного напряжения от энтузиазма и вдохновения в работе к усталости и потери интереса к трудовым «подвигам».

2. Вторая стадия характеризуется появлением симптомов соматического неблагополучия, а именно усталости, апатии ко всему, проблем со сном. Далее следует потеря интереса к профессиональной деятельности, снижение продуктивности и качества работы, появляется стремление отстраниться от трудовых обязанностей и ответственности. При сохранении высокой трудовой мотивации начинается истощение внутренних ресурсов организма.

3. Третья стадия отличается усилением соматических сигналов проявления СЭВ в виде измождения и подверженности различного рода

заболеваниям. К ним присоединяются психологические переживания – ощущение нехватки времени, хроническая раздражительность, обостренная злоба или, наоборот, чувство подавленности, безысходности.

4. Четвертой стадии обычно уже сопутствуют хронические заболевания с частичной или полной потерей работоспособности. Усугубляются и психологические переживания в виде формирования чувства собственной неполноценности, незначимости, неудовлетворенности выполняемой деятельностью и жизнью в целом.

5. Пятая стадия развертывания эмоционального выгорания может грозить субъекту развитием опасных заболеваний, угрожающих жизни. Совокупность реальных и воспринимаемых таковыми проблем становится существенной угрозой для профессионального роста и развития человека.

Еще одна модель СЭВ, пользующаяся популярностью принадлежит К. Носач и С. Джексон. Она подробно описана в работах В.В. Бойко и состоит из трех крупных уровней, собирающих воедино различные из описанных выше симптомов.

Первая фаза связана с нервным напряжением, которое обнаруживает себя в следующих симптомах:

- усиление переживания стрессовых факторов профессионального труда;
- осознание невозможности разрешения сложившейся ситуации приводит к усугублению чувства неудовлетворенности собой, профессией, настоящим;
- дальнейшее давление стрессовой психотравмирующей ситуации приводит к ощущению безысходности ситуации и тщетности любых усилий и попыток ее разрешения;
- появление тревожно-депрессивных состояний с элементами психосоматических проблем.

Вторая фаза связана с формированием защитной тактики и стратегии, что на поведенческом уровне проявляется в следующем:

- появление неадекватной эмоциональной избирательности в реакциях на события и явления окружающей действительности;

- утрата эмоционально-нравственных ориентиров во взаимоотношениях с коллегами и другими людьми;
- резкое падение эмоциональной вовлеченности в межличностные контакты вне сферы профессиональной деятельности – с родными, друзьями, соседями и т.д.;
- попытки ухода от обязанностей и ответственности, связанных с выполнением трудовой деятельности.

Третья фаза сопровождается общим истощением нервной системы и укреплением эмоционально-защитной стратегии, о чем можно судить по выраженности следующих симптомов:

- субъективное ощущение невозможности эмоционально вовлекаться во взаимодействие с окружающими людьми;
- атрофия эмоционального отклика на любые обстоятельства, связанные с профессиональной деятельностью;
- обесценивание человека как субъекта профессионального взаимодействия (у медицинских работников может проявляться в крайнем равнодушии к жалобам больных);
- появление соматического и вегетативного сопровождения психологических проблем.

Таким образом, по мнению данных авторов, эмоциональное выгорание может проявляться на психическом уровне или одновременно «захватывать» и физиологические компоненты. Описанная подробная стадийность синдрома позволяет осуществлять психодиагностику степени развития симптомов и своевременную коррекцию негативных признаков.

Е. Махер [68], занимаясь вопросами профессионального выгорания, выделил обобщенный перечень возможных симптомов:

- усталость, утомление или даже истощение;
- психосоматические недомогания, бессонница;
- недоброжелательное отношение к клиентам и скудность поведенческого профессионального репертуара;

- появление зависимости от стимулирующих или психоактивных веществ;
- проблемы с аппетитом;
- негативная «Я-концепция», преобладание агрессивных чувств, таких как раздражительность, напряженность, тревожность, беспокойство, взволнованность до перевозбуждения, гнев и др.;
- появление упаднических настроений, сопровождающихся цинизмом, пессимизмом, апатией, депрессией, чувством бессмысленности и безнадежности, переживанием чувства вины и зависимости.

К. Маслач [68], углубленно интересуясь проблемами эмоционального сгорания профессионалов, также предложила сигнальные признаки «опознания» СЭВ:

- объем ресурсных возможностей противостоять стрессорам;
- наличие положительного психологического опыта преодоления неблагополучия в жизни;
- интенсивность имеющегося негативного индивидуального опыта переживания дискомфорта, дистресса и т.д.

Несмотря на многочисленные исследования все еще не существует единообразного взгляда на структуру синдрома эмоционального выгорания. Ученые только пришли к общему выводу, что СЭВ представляет собой комплексную деформацию личности, возникающую под воздействием напряженных эмоциональных взаимоотношений специалиста в системе профессий «человек-человек». Изучение причин и темпов формирования синдрома привело к тому, что были выделены внешние и внутренние факторы, обуславливающие особую предрасположенность работника к возникновению данного синдрома.

Среди факторов внешнего порядка можно отметить [17]:

- Хроническую напряженность психоэмоциональной деятельности. Данный фактор вызывается необходимостью постоянной эмоциональной вовлеченности в межличностное взаимодействие, интенсивной переработкой поступающей по разным каналам информации и принятием решений в

информационно и временно ограниченных условиях. Дестабилизирующая обстановка рабочей среды оказывает негативное влияние на все коммуникативные стороны, усугубляя и без того напряженное общение.

- Высокая ответственность за выполнение функциональных обязанностей. Наличие данного фактора неоспоримо во всех профессиях типа «человек-человек», но для медицинских работников особенно актуально т.к. они «отвечают» за жизнь и здоровье пациентов, что является самой большой ценностью в современном обществе.

- Психологически конфликтная рабочая атмосфера приводит к «выгоранию» эмоциональной сферы либо вследствие излишней растраты, либо из-за стремления к экономии эмоциональных ресурсов.

- Психологические сложности партнеров по общению в человекоцентрированных профессиях, например, медикам часто приходится иметь дело с тяжело больными или умирающими пациентами, что, в свою очередь, ведет к формированию механизма эмоциональной защиты. Этот механизм сбережения эмоциональных ресурсов со временем может генерализоваться и использоваться дисфункционально в процессе общения с любым человеком.

К внутренним факторам, обуславливающим СЭВ, обычно относят:

- Преобладание в психике эмоциональной ригидности. Длительное сдерживание эмоциональных реакций приводит к закреплению невосприимчивости и нечувствительности как основной стратегии при взаимодействии с партнерами по общению.

- Повышенная трудовая ответственность как внешний фактор нередко вызывает внутренний отклик в виде обостренной интериоризации стрессогенных обстоятельств профессиональной деятельности. Возможны и периоды чередования эмоциональной вовлеченности и безразличности к происходящему.

- Третью группу факторов можно условно обозначить как отсутствие эмоциональной отдачи при реализации профессионального труда.

Причинами такого отношения могут выступать как незаинтересованность в подобном поведении, так и неумение вознаграждать себя за проявленное сочувствие.

- Дезориентация нравственной сферы личности, появляющаяся под воздействием совокупности разнообразных причин.

К уже обозначенным факторам можно добавить и выделенные Решетовой Т.В. [47]:

- отсутствие навыков и умений продуктивного общения и взаимодействия;
- невозможность определения и вербализации испытываемых эмоций и чувств;
- проявления трудоголизма как способа уйти от решения других проблем;
- отсутствие психологических ресурсов, таких например как цели в жизни, экономическая стабильность, эмоциональная привязанность к близким и родственникам, широкая социальная сеть и др.

Таким образом, можно говорить о том, что эмоциональное выгорание выступает следствием длительного стрессового состояния и может проявляться как в профессиональной, так и в других сферах бытия личности.

На последних стадиях прогрессирующего СЭВ у человека наблюдается целый комплекс психопатологических, психосоматических, соматических симптомов и признаков социальной дисфункции, которые можно сгруппировать в пять пунктов:

- среди соматических признаков выделяют – проблемы со сном и аппетитом, ощущение физической усталости и/или истощения, болезненные ощущения со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем, тремор и дрожь конечностей, головокружение, потливость, кожные высыпания и воспаления и др.

- эмоциональная сфера характеризуется превалированием с одной стороны пессимизма, цинизма, агрессивности и раздражительности, с другой – ощущения беспомощности, безвыходности положения, усилением



тревожно-депрессивных состояний, появления чувства вины и симптомов деперсонализации.

- в поведении СЭВ проявляется посредством увеличения рабочего времени, обилие перерывов, употребление психоактивных веществ с целью улучшить работоспособность или, наоборот, эмоционально отдохнуть, усиление импульсивности поведенческих реакций, что может приводить к несчастным случаям и др.

- среди интеллектуальных особенностей можно отметить проявления цинизма или безразличия к нововведениям в профессиональной области, утрату интереса к жизни в целом, предпочтение рутинных шаблонных способов и приемов деятельности, отказ от повышения квалификации и участия в развивающих мероприятиях, проявления скуки, апатии и формализации в выполнении профессиональных обязанностей и т.д.

- симптомы социального неблагополучия таковы – падение активности и интереса в выполнении досуговых видов деятельности, ограничение социальных контактов, ощущение изоляции и нехватки эмоциональной поддержки со стороны близких и друзей и др.

Таким образом, можно подытожить, что синдром эмоционального выгорания представляет собой сложный многоаспектный феномен, возникающий под влиянием продолжительного стрессового воздействия на профессионала и сопровождающийся проявлениями психологического, соматического и социального неблагополучия.

## **1.2. Особенности проявления синдрома эмоционального выгорания специалистов «помогающих» профессий**

Профессиональный стресс длительного и конфликтного характера является основным фактором, провоцирующим возникновение и развитие синдрома эмоционального выгорания. По уровню «стрессовости» все профессии условно можно подразделить на следующие группы [67]:

- профессии первого типа предполагают постоянную деятельность по совершенствованию предмета труда и себя, что чаще встречается в области просвещения, искусства и медицины;
- профессии второго типа встречаются в основном среди прикладных специальностей и содержат только необходимость «улучшения» предмета труда;
- профессии третьего типа требуют обучения, но исключают аспекты работы над предметом деятельности или над собой.

Профессия медицинского работника, несомненно, относится к первой категории и является сложным напряженным видом деятельности, что требует от субъекта разносторонней образованности, стремления к повышению профессионализации, постоянной рефлексии содержания предмета собственной деятельности. Призванные способствовать улучшению здоровья населения, они сами зачастую имеют плачевное состояние здоровья, поскольку испытывают значительные физические и психические перегрузки. Наиболее уязвимыми оказываются люди с повышенным чувством ответственности, готовностью постоянно приходить на помощь окружающим, со стремлением быть нужным и оказывать еще и психологическую поддержку, с высоким морально-нравственным обликом, переживающие по поводу своей профессиональной компетентности и соответствия профессиональным требованиям, строго соблюдающие этический кодекс и т.д. Повышенная профессиональная ответственность медиков приводит к обострению амбивалентных эмоциональных состояний, которые на одном полюсе связаны с удовлетворенностью от успешности

лечения, чувством собственной значимости и сопричастности, уважением со стороны коллег и пациентов, на другом же полюсе возможны сожаления и угрызения совести, связанные с неправильным диагнозом или лечением, зависть в профессиональному успеху коллег, переживание собственной профессиональной несостоятельности и т.д. Особенно быстро и «ярко» синдром эмоционального выгорания проявляется у врачей, оказывающих психиатрическую, ургентную и паллиативную помощь, т.е. работающие с патологией, с агрессивными и суицидальными больными, с зависимыми от алкоголя или наркотиков. Постоянное напряжение испытывают лица, осуществляющие уход за «тяжелыми» больными, у них отмечается очень быстрое прогрессирование симптомов, выражающееся в конечном итоге в халатном выполнении своих обязанностей, безразличии к пациентам и даже пренебрежении их потребностями в медицинском уходе.

Не менее заметны проявления СЭВ и у медицинских сестер, каждый трудовой день которых связан с постоянным непосредственным общением, повышенной ответственностью и эмоциональной напряженностью. Сочувствие пациентам, испытывающим негативные эмоции вследствие болевых ощущений, может приводить к «заражению» состояниями раздраженности, вспыльчивости, пессимизма и др. Также к числу факторов, способствующих формированию СЭВ у медицинских работников, относят:

- повышенные требования к себе как представителю «помогающей» профессии;
- ощущение высокой ответственности за жизнь и здоровье пациентов;
- обобщенная опасность окружающей социальной среды.

Состояние хронического стресса медицинского персонала часто возникает под влиянием следующих обстоятельств:

- монотонность и однообразность выполняемой деятельности;
- ограничение свободы действий предписанными инструкциями;
- неудовлетворенность социальным статусом избранной профессии;
- отсутствие четких критериев оценки процесса и результата труда.

На личностном уровне особо «опасными» выступают такие особенности как эмоциональная неустойчивость, импульсивность, робость, склонность к подозрительности и чувству вины. Особый фактор эмоциональных потрясений связан с переживанием смерти как реального факта, являющегося следствием бесполезности медицинского вмешательства, так и как потенциальной угрозы, вызывающей повышенную ответственность за свои профессиональные решения и действия. Все это приводит к появлению СЭВ как защитной стратегии, направленной на сбережение эмоциональных ресурсов. Преобладающими особенностями течения изучаемого синдрома у работников медицинской сферы являются отсутствие эмоциональной вовлеченности в межличностные контакты или неадекватная реакция на жалобы пациентов, усталость, невозможность испытывать и выражать сочувствие, утрата ощущения профессиональной компетентности, появление негативизма во внерабочих сферах жизни.

Среди факторов, провоцирующих формирование и проявление симптомов СЭВ у медицинского персонала можно выделить следующие:

- социальные факторы представлены с одной стороны низким престижем и, соответственно, неудовлетворительной оплатой труда медиков, а с другой – повышением стоимости оказываемых медицинских услуг для населения, что делает затруднительным их адекватное оказывание отдельным гражданам. К этому следует добавить сложности осуществления непрерывного профессионального развития и повышения квалификации, особенно в регионах РФ.

- к деятельностным факторам относят максимальный показатель вредности условий трудовой среды с повышенной тяжестью и напряженностью деятельности. Сюда же следует отнести объективные ограничения современной медицины в исцелении некоторых болезней, что способствует постепенному формированию у специалистов медицинского профиля чувства разочарования в профессиональной деятельности, утраты смысла труда и деперсонализации. Отсутствие четкой ограниченности

рабочего времени может приводить к закреплению симптомов эмоционального выгорания и в нетрудовых сферах, появлению эмоционального безразличия в общении с близкими и родными, пренебрежение обязанностями по дому, избегание досуговых мероприятий и т.д.

- к субъективным факторам в большинстве своем относят – высокие требования к профессионально компетентности, коммуникативным и организаторским качествам (в частности широкий спектр профессионально важных качеств), необходимость формирования и модификации индивидуального стиля деятельности на протяжении всего карьерного пути, негативное влияние приобретаемого трудового опыта на самооценку специалиста, использование неэффективных техник релаксации и снятия психического напряжения, вследствие чего прогрессирует состояние хронического утомления.

- индивидуально-личностные факторы вызваны разнообразием конфликтов объективной и субъективной природы. Так, в профессиограмме специалиста медицинского профиля могут сосуществовать особенности, обусловленные противоположными нейродинамическими типами. Наблюдаются волнообразные мотивационные скачки, фрустрированность достижения высших ценностей и смыслов, что зачастую приводит к ограниченности стремлений личности лишь удовлетворением «насущных» потребностей.

Эмпирически выявленная зависимость между профессиональной мотивацией медицинских сестер и степенью эмоционального выгорания позволила определить два возможных сценария развития событий. Первый отражает постепенное снижение силы мотивационных побудителей, что рано или поздно приводит к исключительно формальному выполнению надлежащих обязанностей с эмоциональным отстранением и избеганием. Второй сценарий касается личностей с признаками трудоголизма, который усиливается при обнаружении симптомов СЭВ и служит способом «заглушить» ощущаемое неблагополучие. Излишне высокий самоконтроль,

стремление подавить нарастающие негативные эмоциональные состояния, склонность к рационализации тревоги, ощущение недостижимости внутреннего идеала профессионала способствует глубокому укоренению симптомов СЭВ в личностной структуре медика.

С точки зрения типологического подхода к оценке и прогнозированию категорий наиболее «уязвимых» медицинских работников, возможно обобщенно выделить следующие типы:

- «Педантичный». Характерные черты – стремление к абсолютной добросовестности в выполнении своих профессиональных обязанностей, ригидность и стереотипность действий и решений, невротическая потребность в чистоте и порядке.

- «Демонстративный». Свойственно – высокая истощаемость ресурсов при выполнении «незаметной» другим, рутинной деятельности, стремление первенствовать в любой сфере приложения сил.

- «Эмотивный». Отличается высокой чувствительностью и отзывчивостью на просьбы и жалобы коллег и пациентов, систематической интериоризацией чужих переживаний с элементами саморазрушающего поведения.

Г. Робертс [48] высказал мнение о том, что сама профессия медика вызывает у своих представителей симптомы СЭВ, что может проявляться как разочарование в сделанном профессиональном выборе и размышлениях на тему смены сферы труда; повышении процента разводов, а также зафиксированных аддикций от ПАВ; ухудшении общего психофизиологического состояния.

Прямая связь, существующая между физическим, психологическим и социальным благополучием медицинских работников, и качеством оказываемых ими услуг здравоохранения обуславливает настоятельную необходимость исследования причин и стадий СЭВ, а также действенных способов и приемов его профилактики и коррекции нежелательных последствий. Западные исследователи видят причины синдрома

эмоционального выгорания специалистов из области медицины в особенностях социальной и культурной сфер. Современные темпы общественного развития расширяют потенциальную «клиентскую базу» медицинских работников, при этом излишнее внимание в их деятельности может значительно сковывать инициативу и благожелательные стремления. Можно сказать, что происходит повышение ожиданий и требований наряду с уменьшением ресурсов и возможностей. Негативно сказывается и коммерциализация «помогающих» профессий, нивелирующая достижения преданных делу специалистов. Высок риск появления СЭВ у медиков, не имеющих устойчивых внерабочих интересов, поскольку в таком случае отсутствует возможность эмоциональной разрядки накопленного напряжения посредством приятного досугового времяпрепровождения. Способствуют формированию исследуемого синдрома и представленные эмоциональные реакции:

- чувство вины, связанное с ощущением «недооказанности» медицинских услуг;
- стыд при оценке результата деятельности как далекого от идеала;
- обида на коллег и пациентов, вследствие ощущения недооцененности приложенных усилий;
- постоянный страх, связанный с отсутствием права на ошибку, с непониманием со стороны коллег и пациентов, с ощущением невозможности повлиять на ситуацию и др.

Синдром эмоционального выгорания представляет собой взаимосвязь психологической и физиологической симптоматики, выраженность которой носит индивидуальный характер. Физические, поведенческие и психологические симптомы у различных работников проявляются по-разному в разной последовательности и обусловлены объемом ресурсных возможностей. Но необходимость своевременной диагностики и коррекции проявлений СЭВ диктует необходимость систематизации признаков

групп. Так К.Л. Купер и Дж. Маршал [35] привели выделенные источники стресса в профессиях, связанных с интеллектуальными нагрузками:

- в области организации трудовой деятельности – это излишняя или недостаточная рабочая загруженность, одинаково приводящие к ощущению фрустрации, беспокойства, снижению самооценности. Плохая материальная оснащённость трудовой обстановки, постоянный дефицит времени вкупе с необходимостью единоличного самостоятельного принятия решений.

- в сфере ролевого функционала значимыми становятся – неопределённость профессиональных обязанностей, недостаток информации о критериях оценки качества выполненной деятельности; возникновение конфликта предписанной и исполняемой ролей, наличие ответственности за материальные объекты и, особенно, за других людей, или ее полное отсутствие; невозможность участия в принятии важных решений.

- факторы в области взаимоотношений с окружающими людьми представлены неудовлетворительным отношением со стороны руководства, конфликтами, возникающими на почве делегирования полномочий и т.д.

- в области карьеры отмечают – профессиональную «неуспешность», несоответствие притязаний и занимаемой должности, ощущение карьерного «потолка», страх увольнения, отсутствие стабильности и др.

- в сфере организационного и психологического климата можно выделить – отсутствие возможности получения своевременной консультативной помощи, необоснованное ограничение поведенческих особенностей, интриги коллег и др.

- к внеорганизационным источникам стресса зачастую относят – перенос трудовых затруднений в сферу семьи, что влечет за собой появление и семейных проблем, несоответствие психологических и психометрических особенностей индивида предъявляемым к нему требованиям, как в профессиональной, так и в личной жизни и т.д.

Эмоциональное выгорание достаточно длительный процесс, чем более явно проявляются его симптомы, тем менее качественную помощь может



оказывать пациентам медицинский работник. Поэтому так важно и стороннее и самостоятельное отслеживание тревожных симптомов. Так изначально человек ощущает физическое и эмоциональное истощение, периодически жалуется на головную боль и общее недомогание. Далее медсестра может демонстрировать безразличное или даже обезличенное отношение к пациентам и коллегам, появляется немотивированное раздражение. Самостоятельные попытки преодолеть наблюдаемые явления приводят к «погружению в себя», уходу от контактов, безынициативности, формальному выполнению минимальных трудовых обязанностей, при этом физическое и психологическое неблагополучие только нарастает. На заключительной стадии развивается необратимое отвращение к осуществляемой профессиональной деятельности и всему, что с нею так или иначе связано. Особый акцент следует сделать на влиянии профессионального стажа на динамику СЭВ. В последнее время проявления синдрома все чаще наблюдаются у молодых специалистов медицинского профиля. Исследователи объясняют это тем, что конфликт между идеализированной моделью «помогающего» профессионала и реальной ситуацией в системе здравоохранения быстро приводит к «крушению» ожиданий, что также часто сопровождается разрушением завышенной профессиональной самооценки.

Подводя итог теоретическому анализу литературных источников, можно сказать, что медицинские работники действительно занимают одно из первых мест по предрасположенности к возникновению синдрома эмоционального выгорания. Специфика их деятельности предполагает высокую эмоциональную насыщенность и когнитивную напряженность каждодневных ситуаций общения, что требует умения правильно дозировать ресурсы эмоциональной вовлеченности в процесс взаимодействия и сохранять собственное психологическое здоровье.

## **Выводы по первой главе**

Эмоциональное выгорание в представлении исследователей является формой защитного поведения, предполагающего нивелирование или полное исключение эмоциональных реакций как ответных на длительное стрессовое воздействие.

Симптомы СЭВ развиваются и усиливаются постепенно, начиная с периодического ощущения недомогания физического и/или психологического характера и заканчивая полным умственным, эмоциональным и физическим истощением.

Основными факторами, провоцирующими возникновение и прогрессирование синдрома эмоционального выгорания, являются организационные условия и содержание профессиональной деятельности, личностные особенности (наличие или отсутствие профессионально важных качеств) и ролевой функционал.

Наибольшая предрасположенность к проявлениям СЭВ наблюдается у представителей «помогающих» профессий, поскольку содержание их деятельности непосредственно связано с эмоционально насыщенным общением.

Распространенность синдрома эмоционального выгорания в среде медицинских работников негативно сказывается как на их удовлетворенности профессиональной и личной жизнью, так и на качестве оказываемых здравоохранительных услуг.

Проявления СЭВ носят индивидуальный характер, но доказанная стадийность протекания синдрома позволяет их своевременно обнаружить и предпринять меры по психокоррекции тревожных симптомов.

## **ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

### **2.1. Организация и методы исследования.**

Цель экспериментальной части исследования состоит в изучении особенностей эмоционального выгорания медицинских работников и возможностей оказания им коррекционно-оптимизирующей помощи. В рамках эмпирической проверки гипотезы нами были сформулированы следующие задачи, представляющие одновременно и исследовательские этапы:

- подобрать психодиагностический инструментарий, адекватный поставленной цели;
- сформировать экспериментальную выборку;
- провести диагностическое обследование и проанализировать полученные результаты;
- разработать коррекционно-оптимизирующую программу;
- проверить эффективность оптимизирующих мероприятий посредством контрольного среза;
- проанализировать и обобщить полученные результаты, сделать выводы.

Методологической основой организации эксперимента послужили теории и концепции, изложенные в пунктах 1.1 и 1.2 данной работы.

Исследование проводилось на базе Тольяттинской городской клинической больницы № 5 с ноября 2015 по март 2016 года. В исследовании приняли участие 42 медицинские сестры отделений диагностики, кардиологии, нейрохирургии и терапии. Профессиональная деятельность представителей выборки оценивается как особенно напряженная в плане коммуникативного взаимодействия и насыщенная в плане стрессовости. Возрастной диапазон выборки 26 - 48 лет, стаж профессиональной деятельности у половины респондентов - до 10 лет, у второй половины – свыше 15 лет.

В исследовании были использованы методы качественного и количественного сбора и анализа информации, в частности методика диагностики уровня «эмоционального выгорания» В. В. Бойко, методика «Определение психического «выгорания» А.А. Рукавишникова, количественный анализ полученных результатов [60].

Методика В.В. Бойко (приложение 1) представляет собой личностный опросник, направленный на выявление симптомов эмоционального выгорания у специалиста, чья профессиональная деятельность связана с длительным воздействием стресс-факторов. Методика основана на разработанной им теоретической концепции относительно стадийности синдрома эмоционального сгорания и характерных признаков. Согласно ей существует три основные стадии СЭВ: напряжения, резистенции и истощения, характеризующиеся определенной совокупностью симптомов. Опросник состоит из 84 утверждений, предполагающих в качестве ответа выражение согласия или несогласия. Обработка с помощью «ключа» состоит в определении выраженности симптомов, составляющих каждую из трех выделенных фаз эмоционального выгорания. Результат может быть представлен суммарным весом каждого из симптомов выгорания с выделением наиболее «симптоматической» фазы и установлением общего уровня выгорания специалиста.

Также была использована методика А.А. Рукавишникова «Определение психического «выгорания» (приложение 2). По мнению автора СЭВ представляет собой интегральное образование, судить о степени выраженности которого можно посредством подсчета набранных человеком баллов по выделенным шкалам. В методике составляющими элементами синдрома эмоционального выгорания являются показатели психоэмоционального истощения, личностного отдаления и профессиональной мотивации. Опросник состоит из 72 утверждений, на которые необходимо выразить степень согласия. Обработка результатов предполагает установление суммарного набранного балла по выделенным

шкалам и определение межличностных, личностных и мотивационных проявлений СЭВ. Несмотря на то, что методика изначально была рассчитана на контингент педагогов, по теоретическим соображениям она показалась нам вполне подходящей и для медицинского персонала. Поэтому предварительно респонденты были уведомлены о том, что вопросы, касающиеся отношения с учениками следует трансформировать в утверждения применительно к пациентам.

Констатирующий этап исследования проводился на всей экспериментальной выборке, но не одновременно, что было обусловлено различным графиком дежурств респондентов. Можно отметить в целом положительное отношение к обследованию, у некоторых респондентов был отмечен особый интерес и к процессу и к результатам психодиагностики. После обработки полученных данных они были оформлены в таблицу для более наглядной картины проявления симптомов СЭВ у обследованных (табл. 1).

**Таблица 1.**

**Таблица определения доминирующего симптома**

Фаза \ Симптом	Складывающийся	Сложившийся	Доминирующий
Фаза I. 1.Переживание психотравмирующих обстоятельств	11,9%	9,5%	4,7%
2. Неудовлетворенность собой	14,3%	2,4%	0
3. «Загнанность в клетку»	4,7%	0	0
4. Тревога и депрессия	26,2%	2,4%	2,4%
Фаза II. 1.Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование	7,1%	16,6%	9,5%
2.Эмоционально-нравственная дезориентация	14,3%	7,1%	9,5%

3.Расширение сферы экономии эмоций	21,4%	0	4,7%
4.Редукция профессиональных обязанностей	14,3%	2,4%	0
Фаза III. 1.Эмоциональный дефицит	9,5%	4,7%	14,3%
2.Эмоциональная отстраненность	19%	7,1%	4,7%
3.Личностная отстраненность (деперсонализация)	21,4	7,1%	0
4. Психосоматические и психовегетативные нарушения	9,5%	0	0

Анализируя данные, представленные в таблице, можно отметить, что у большинства респондентов симптомы эмоционального выгорания по всем фазам находятся в стадии оформления, но 16,6% опрошенных отличаются сложившимися симптомами неадекватного избирательного эмоционального реагирования, что соответствует развитой второй фазе СЭВ. Подобная картина свидетельствует, что у данных респондентов формируется стратегия экономии эмоционального реагирования, распространяющаяся на все сферы жизнедеятельности. Человеку может казаться, что он адекватно реагирует при взаимодействии с другими, «бережет свои нервы», но со стороны это выглядит как полное пренебрежение интересами и нуждами партнеров по общению.

Среди симптомов в состоянии оформления наиболее отчетливо проявлены следующие: тревога и депрессия; расширение сферы экономии эмоций; эмоциональная и личностная отстраненность. Они относятся ко всем трем описанным фазам СЭВ. При этом симптом «Тревога и депрессия» уже свидетельствует о прогрессирующем развитии синдрома, хотя и относится к первой стадии. Наиболее проявленные симптомы стадий «Резистенция» и «Истощение» отчасти взаимосвязаны и свидетельствуют о проникновении

признаков СЭВ во внепрофессиональные сферы деятельности, такие как семейные и дружеские отношения, досуговая деятельность, что свидетельствует о тенденции деформации ценностно-смысловой сферы в сторону антигуманистической философии. Рассматривая синдром эмоционального выгорания как целостный системный феномен можно говорить, что присутствие симптомов даже стадии «Напряжения» уже свидетельствует о формировании защитных реакций медицинских сестер на хроническое состояние стресса, а также о стремлении подавить симптомы психологического неблагополучия. Каких-то существенных связей уровня проявления СЭВ и стажа профессиональной деятельности нами выявлено не было.

По уровню сформированности фаз эмоционального выгорания результаты можно представить следующим образом (табл. 2).

**Таблица 2.**

**Уровень выраженности фаз эмоционального выгорания**

уровень фаза	Не сформировалась	В стадии формирования	Сформировал ась
1.Фаза «напряжения»	50%	50%	0
2.Фаза «резистенции»	0	71,4%	28,6%
3.Фаза «истощения»	14,3%	50%	35,7%

Таким образом, можно говорить, что фаза «Напряжение» у всей совокупности респондентов находится на том или ином этапе оформления. Максимальное количество сформированных симптомов отмечается на фазе «Резистенции», что свидетельствует о запущенном процессе обезличивания партнеров по взаимодействию. Происходит накопление раздражения, чувства неудовлетворенности своей профессиональной и личной жизнью. Причины подобных явлений специалист, как правило, видит в напряженности труда и остаточных явлениях стресса, что усугубляет проявление признаков СЭВ.

По мнению А.А. Рукавишникова психическое выгорание по сравнению с профессиональной деформацией имеет более существенные негативные последствия, поскольку с течением времени охватывает все сферы жизни и деятельности личности, разрушая тем самым ее социальную сущность.

Результаты проведенной психодиагностики по авторской методике, направленной на определение индекса психического выгорания, а также выраженности его отдельных проявлений у специалистов медицинского профиля представлены в таблице 3.

**Таблица 3.**

**Результаты психодиагностики психического выгорания по методике  
А.А. Рукавишникова**

Шкала \ Уровень	Уровень				
	Низкий (%)	Низкий (%)	Средний (%)	Высокий (%)	Крайне Высокий (%)
1. Психоэмоциональное истощение	0	7,1	57,3	28,5	7,1
2. Личностное отдаление	0	7,1	35,7	57,2	0
3. Профессиональная мотивация	7,1	21,4	57,1	21,5	0
4. Индекс психического «выгорания»	7,1	14,2	57,3	28,5	0

Анализируя данные результаты, можно отметить, что в выборке присутствуют респонденты, набравшие высокие и крайне высокие показатели по шкале «Психоэмоциональное истощение», что свидетельствует о прогрессирующем процессе невосполнимой растраты эмоциональных, интеллектуальных и физических ресурсов личности и проявляется видимыми признаками утомления, эмоциональной холодности и даже раздражительности по несущественному поводу, появлением компонентов депрессивных состояний.



Также высокие показатели набраны большинством респондентов по шкале «Личностное отдаление». В ходе общения эти признаки проявляются нетерпением к собеседнику, раздражительностью, сокращением количества и продолжительности контактов, избеганием необходимости взаимодействовать. Критичность к другим людям возрастает обратно пропорционально падению критичности в отношении собственного поведения. По мнению автора методики, эти симптомы в большей степени как раз свойственны специалистам, чья профессиональная деятельность непосредственно связана с общением, качество которого в частности определяет эффективность осуществляемой деятельности.

Около 57,1% обследованных продемонстрировали тенденции СЭВ в плане профессиональной мотивации, что говорит о снижении самооценки профессиональной компетентности, заинтересованности и энтузиазма в работе, что сказывается на общей продуктивности деятельности и степени получения удовлетворения от ее осуществления.

Индекс общего психического выгорания для большинства респондентов средний, но есть и те, по результатам психодиагностики которых он оказался высоким (28,5%). Такие результаты подтверждают теоретические воззрения относительно того, что профессиональная деятельность специалистов медицинского профиля является эмоционально напряженной и когнитивно сложной с большим количеством стресс-факторов. Длительное пребывание в таких ситуациях вполне логично вызывает формирование у личности защитных механизмов, одним из которых и становится синдром эмоционального выгорания. Если следовать тезису, что «слово – лечит», то медицинская сестра с проявлением признаков СЭВ в виде эмоциональной холодности, безразличия или даже пренебрежения, с повышенной раздражительностью, низкой профессиональной мотивацией и эффективностью труда не может не только «вылечить», даже скорее наоборот, усиливает симптомы заболевания пациента и его общее физическое и психологическое неблагополучие.

В результате предпринятого нами исследования особенностей синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер, можно сделать неутешительный вывод о том, что практически у всех обследованных отмечаются симптомы СЭВ сформированные и проявленные в той или иной степени. Положительным является то, что в целом отсутствуют признаки «запущенной» стадии синдрома, сопровождающейся соматическими и вегетативными нарушениями, что обуславливает возможную эффективность реализации составленной нами коррекционно-оптимизирующей программы.

## **2.2. Профилактика и коррекция негативных последствий эмоционального выгорания**

Исследователи синдрома эмоционального сгорания сходятся во мнении, что можно скорректировать некоторые его проявления не слишком выраженные, но эффективнее всего, конечно, профилактическая работа с контингентом наиболее подверженным СЭВ. Среди предлагаемых профилактических мероприятий следует отметить повышение стрессоустойчивости профессионала, обучение психологическим методам снятия напряжения и приемам саморегуляции эмоциональных состояний. Работникам можно предложить вести дневник, анализировать собственные сновидения с точки зрения подавляемых потребностей, что позволит им «продвинуться» в области осознания внутренних ресурсов, их объема и степени расходования на определенные сферы жизнедеятельности. Можно организовать обучение элементам медитации, техникам мышечной и дыхательной релаксации, приемам аутогенной тренировки, что при высоком уровне мотивации и регулярном практическом применении приведет к формированию навыков управления своими эмоциональными состояниями.

Использование любых средств профилактики и коррекции СЭВ должно опираться на высокую мотивацию самого работника, чему может

способствовать психологическое просвещение медицинского персонала в частности о том, что испытываемые симптомы психологического и физического неблагополучия, вызванные длительным воздействием эмоционально напряженной деятельности не пропадут сами собой. Наиболее заметными проявления СЭВ становятся посредством анализа содержания эмоциональной сферы личности, что предполагает развитие у работника эмоциональной компетентности. Эмоциональная компетентность рассматривается как способность к анализу собственных эмоций и переживаний, эмоциональное самопознание и понимание эмоциональных проявлений окружающего социума. Наличие эмоциональной компетентности у личности предполагает также владение навыками саморегуляции. Если рассматривать эмоциональную компетентность как отдельный тип знаний, который можно приобрести посредством специально организованного обучения, то можно выделить те навыки, которые в результате приобретаются:

- понимание собственных эмоций, владение ими и способность действовать сообразно им;
- понимание эмоциональных репрезентаций других людей и способность менять стратегию поведения на основе интеллектуальной аналитико-синтетической деятельности [69].

Развитие эмоционального интеллекта и эмоциональной саморегуляции особенно актуально именно для представителей «помогающих» профессий, что способствует повышению их психологической культуры и снижению интенсивности эмоциональных переживаний каждого дня. Эффективная эмоциональная саморегуляция позволит специалисту развивать и проявлять эмоциональную гибкость в общении, что предполагает уравновешенное взаимодействие эмоциональной экспрессивности и эмоциональной устойчивости [54].

Отмеченная выше уязвимость медицинского персонала к появлению и прогрессированию синдрома эмоционального выгорания увеличивается

пропорционально трудовому стажу, возрасту и рабочей нагрузке. На заключительных этапах развертывания СЭВ специалисты, призванные сохранять здоровье населения, замечают появление собственных проблем со здоровьем.

В целях оказания профилактической и коррекционно-оптимизирующей помощи медицинским сестрам нами была составлена программа, направленная на снижение или даже нивелирование проявлений симптомов синдрома эмоционального выгорания. Основная цель программы состоит в освоении медиками приемов саморегуляции эмоциональной сферы. По мнению К.В. Судакова [55] основными приемами, обладающими антистрессовым действием, являются:

- аутогенная тренировка;
- релаксационные техники;
- системы биологической обратной связи;
- занятия, вызывающие прилив положительных эмоций;
- дыхательные и физические упражнения;
- прослушивание музыкальных треков;
- психотерапия;
- физиотерапевтические мероприятия (массаж, сауна и др.) и т.д.

Эти теоретические выкладки легли в основу нашей программы.

На первоначальном этапе с медицинскими сестрами был реализован метод мозгового штурма, направленный на выяснение представлений выборки о способах управления своими эмоциями. Для этого перед контингентом респондентов были поставлены следующие вопросы:

- Какие примеры из Вашего личного опыта указывают важность умения управлять собой?
- Почему медицинскому персоналу необходимо уметь владеть собой?
- Какие способы эмоциональной саморегуляции Вы знаете?
- Используете ли Вы способы контроля эмоциональной сферой? Каким образом?

Результаты реализации данного метода позволили подытожить, что представители выборки вполне осознают необходимость саморегуляции эмоционального стресса, особенно в профессиональной деятельности. Также 44% отметили и важность контроля за негативными эмоциональными всплесками и в других сферах, в том числе при взаимодействии с родственниками и друзьями. Арсенал известных им способов саморегуляции не очень широк и в основном включает «бытовые» формулировки: «Не принимать близко к сердцу», «Не нервничать», «Заниматься активными видами спорта» и др. Содержательная неконкретность этих «рекомендаций» отражается в том, что никто из опрошенных не смог точно сказать как применяет эти способы в своей повседневной деятельности. А из реально используемых средств «снятия» напряжения были названы: употребление психоактивных веществ (частые перерывы на курение, принятие алкоголя после смены и кофе в рабочее время), переключение на другие виды деятельности (телефонные разговоры, «брожение» по интернет-сети, использование игровых приложений на телефоне и т.д.), увеличение времени обеденного перерыва, были отмечены и невротические проявления (частое мытье рук, перекалывание документов, бесцельное передвижение по корпусу и т.д.).

Исходя из этого, можно сказать, что, несмотря на осознание необходимости эмоциональной саморегуляции в профессиональной деятельности, медицинские сестры не владеют приемами и способами ее осуществления, что подчеркивает актуальность предпринимаемых коррекционно-оптимизирующих мероприятий.

После ознакомительной беседы респонденты были ознакомлены со способами профилактики негативных проявлений синдрома эмоционального выгорания. Им было предложено:

- не пренебрегать полагающимся отпуском;
- заняться самообразованием в любой другой области;

- отдавать предпочтение активному времяпрепровождению (заняться танцами, йогой, различными видами спорта и т.д.);
- уделять внимание полноценному сну и питанию;
- делать перерывы в работе;
- научиться отказывать окружающим;
- снизить количество употребляемых веществ, стимулирующих нервную систему, а также ПАВ;
- освоить методики саморегуляции эмоционального состояния.

В рамках заключительного пункта рекомендаций медицинским сестрам было предложено поучаствовать в экспериментальном исследовании эффективности составленной коррекционно-оптимизирующей программы.

Программа состоит из комплекса дыхательных, релаксационных и медитативных техник, аутогенной тренировки и массажа/самомассажа.

Дыхательные техники направлены на снятие напряжения в организме. Между темпом и ритмом дыхания человека и его эмоциями есть непосредственная связь. Например, когда человек испытывает эмоции негативного спектра, его дыхание становится прерывистым, частым или поверхностным, из-за чего возможны и «сбои» в работе внутренних органов. И наоборот, управление своим дыханием позволяет регулировать и эмоциональные состояния. Дыхательных техник существует достаточно большое количество. В основе предложенных выборке упражнений лежит освоение брюшного дыхания, поскольку оно наиболее эффективно помогает справиться со стрессом, а также оказывает положительное влияние на деятельность внутренних органов. Участникам на выбор было предложено три упражнения, их можно выполнять последовательно или в произвольном порядке. Также можно использовать и другие техники (уже известные или вызвавшие интерес).

- в положении лежа поместить любую достаточно тяжелую книгу на область живота при этом стараться поднять ее при вдохе и опустить в исходное положение при выдохе.

- в положении стоя поместить правую руку на живот, а левую на область груди и подышать в привычном ритме, чтобы расслабиться. Далее вдохнуть воздух в область живота, чтобы поднялась правая рука, далее в область груди до поднятия левой руки. После каждого выдоха задержать дыхание.

- в положении сидя или стоя сделать глубокий медленный вдох на протяжении примерно двух секунд, начиная с заполнения воздухом живота и заканчивая в области груди (как в предыдущем упражнении). После этого сделать медленный выдох в два раза длиннее вдоха, примерно пять секунд и на столько же задержать дыхание. Рекомендуется повторять это упражнение шесть-семь раз до полного успокоения.

Релаксационные техники основаны на сознательном контроле мышечного напряжения. В их основе лежит идея Э. Джекобсона (Багадирова) о том, что после усиленного напряжения определенной группы мышц наступает их автоматическое расслабление. В литературе можно найти разнообразные релаксационные комплексы, участникам программы был предложен следующий алгоритм:

- первоначально необходимо добиться легкой расслабленности посредством дыхательных упражнений, подумать о приятном. После этого можно приступить к мышечной релаксации следуя временному регламенту – 10-15 сек. стадия напряжения, 15-20 сек. стадия концентрации на ощущении расслабления в мышцах.

- сожмите ведущую руку так, чтобы почувствовать напряжение в кисти и предплечье, на выдохе расслабьте мышцы и сконцентрируйтесь на появившихся ощущениях. Повторите то же самое с другой рукой.

- медленно поворачивайте в разные стороны откинутую голову, затем расслабьтесь. Подтяните плечи к ушам и постарайтесь достать подбородком груди, снова сконцентрируйтесь на возникших ощущениях расслабленности.

- напрягите мимические мышцы лица. Для этого поднимите брови, максимально широко раскройте рот, плотно закройте глаза, наморщите нос, сильно сожмите челюсти, при этом отведя уголки губ.

- сделайте глубокий вдох – задержите дыхание на максимально возможное время – выдохните – расслабьтесь.

- напрягите мышцы брюшного пресса, сведите лопатки вместе, постарайтесь выгнуть спину. Почувствуйте расслабление мышц.

- приведите колено в полусогнутое положение и напрягите мышцы передней и задней поверхности бедра. Притяните к себе ступню и разогните пальцы ног, после вытяните ногу и сожмите пальцы. Сконцентрируйтесь на возникших ощущениях.

За один раз рекомендуется повторять предложенную последовательность три-четыре раза, уделяя особое внимание ощущениям расслабления.

Массаж также помогает эффективно расслабляться, поэтому он является неотъемлемым элементом многих оздоровительных процедур. Более доступным является самомассаж, при котором действия поглаживания, растирания, разминания и постукивания сочетаются с точечным надавливанием на определенные точки и зоны тела. Наибольшее сосредоточение биологически активных точек находится в области кистей рук, стоп, волосистой части головы и лица, а также в зоне ушной раковины. Исходя из этого, респондентам предлагалось использовать отдельные элементы или весь комплекс массажных движений, начиная с пальцев ног и заканчивая волосистой частью головы. При этом необходимо чередовать движения поглаживания и растирания для достижения максимального эффекта расслабления.

Аутогенная тренировка способствует оптимизации эмоционального состояния и повышению продуктивности деятельности. По мнению И.Г. Шульца [56], автора аутотренинга, он направлен на улучшение работоспособности как физической, так и психической в результате чего



человек более адекватно ситуации воспринимает и анализирует поступающую информацию, способен принимать необходимые и «взвешенные» решения, корректировать программу действий по достижению цели и достигать их. Овладение техникой аутогенной тренировки предполагает умение «погружаться» в дремотное трансовое состояние, повышающее восприимчивость психики к содержанию слов и связанных с ними визуальных образов. Также необходимо умение полностью сосредотачиваться на мыслеформе. Текстовая часть аутотренинга обычно содержит словосочетания, направленные на расслабление всех функциональных систем организма, способствует развитию состояния спокойствия как доминирующего. Важное значение для достижения состояния расслабленности играет удобная поза и медитативное музыкальное сопровождение. Главная роль при применении аутотренинга отводится формулам мотивированного самовнушения, самоубеждения и самоутверждения его действенной эффективности. В процессе аутотренинга последовательно идут следующие этапы:

- расслабление на физическом и психическом уровне;
- чувство тяжести в мышцах, вызванное их расслаблением;
- появление ощущения тепла.

Для участников оптимизирующей программы мы предложили следующие формулы аутогенной тренировки:

Я расслабляюсь и успокаиваюсь...

Мое туловище расслабляется и тяжелеет...

Мои руки полностью расслабленные..., теплые..., неподвижные...

Мои ноги расслабляются и теплеют...

Мое туловище расслабляется и теплеет...

Мое туловище полностью расслабленное..., теплое..., неподвижное...

Моя шея расслабляется и теплеет...

Моя шея полностью расслабленная..., теплая..., неподвижная...

Мое лицо расслабляется и теплеет...

Мое лицо полностью расслабленное..., теплое..., неподвижное...

Состояние приятного (полного, глубокого) покоя...

Для усиления эффекта рекомендуется повторять эти словосочетания от двух до шести раз за один сеанс, длительность которого обычно составляет от 20 до 40 минут. Использовать технику аутогенной тренировки можно как перед началом трудового дня, так и после напряженной профессиональной деятельности [37].

Медитативные техники понимаются как приемы психической тренировки, внутреннее размышление, полное погружение в предмет или идею посредством интенсивного сосредоточения на них. Имея длительную историю существования медитативных техник, они обрели множество видов и вариаций, что позволяет человеку выбрать для себя наиболее эффективный способ. Практика медитации позволяет противостоять отрицательным раздражителям в повседневной жизни, способствует развитию и положительной трансформации всех психических процессов человека, в частности связанных с эмоционально-волевой сферой. Медицинским сестрам была предложена медитативная техника с элементами визуализации. Она направлена на сосредоточение на настоящем моменте, что позволяет преодолеть стрессовое напряжение. Для достижения необходимой степени сосредоточения необходимо:

- выбрать время и место так, чтобы находиться наедине с собой сколько потребуется.
- занять удобное положение, сидя в кресле или на полу, спина должна быть прямой.
- концентрировать внимание можно как на объектах внешней окружающей среды, так и на собственных ощущениях. Медитировать можно как с открытыми, так и с закрытыми глазами в зависимости от того, что является точкой фокусировки и предметом сосредоточения. Изначально удерживать длительное время внимание, не отвлекаясь на посторонние

раздражители и мысли достаточно сложно, поэтому предмет сосредоточения должен представлять собой сильный эмоциональный положительный очаг.

- можно сопровождать медитацию расслабляющей музыкой, например соответствующей внутренней картине (представление пляжа под шум волн и крики чаек).

- необходимо постараться задействовать все пять чувств, увидеть сцену, услышать соответствующие звуки, почувствовать запахи, прикосновения, текстуры и т.д.

- оптимальным временем удержания сосредоточения является интервал в 15-20 минут, после чего рекомендуется плавно вернуться к реальности.

Такой способ отвлечения от повседневных стрессов и забот помогает открыть в себе новые ресурсы для решения проблемных ситуаций и затруднений.

Респондентам было рекомендовано использовать все предложенные техники каждый день в течении трех месяцев для формирования навыка «вхождения» в состояние расслабленности и спокойствия.

### **2.3. Определение эффективности коррекционно-оптимизирующих мероприятий**

Цель нашего исследования состояла в определении того можно ли с помощью специально организованных коррекционных мероприятий снизить выраженность проявлений синдрома эмоционального выгорания у медицинского персонала. В рамках поставленных экспериментальных задач участникам исследования было предложено в течение трех месяцев ежедневно практиковать специально подобранные упражнения, направленные на установление эмоционального равновесия, нивелирование последствий профессиональных стрессов и формирование умений сознательно управлять своим эмоциональным состоянием. Возможность достоверно отслеживать фактическую реализацию программы у нас

объективно отсутствовала. Но на вступительной беседе, предваряющей контрольный экспериментальный срез, 50% выборки утверждали, что каждый день выполняли хоть какие-то из предложенных упражнений; 10% уверяли, что все три месяца ежедневно следовали рекомендациям и выполняли все мероприятия; 10% честно ответили, что с энтузиазмом начали осуществлять предложенные упражнения, но спустя некоторое время забросили; 30% в целом не ежедневно, но периодически вспоминали об участии в исследовании и старались выполнить хоть что-то из предложенного.

Повторное исследование проходило с использованием ранее описанных методик В.В. Бойко и А.А. Рукавишникова, и в целом выборкой было встречено благожелательно. Результаты применения методики диагностики уровня «эмоционального выгорания» В. В. Бойко представлены в табл. 4.

**Таблица 4.**

**Таблица определения доминирующего симптома**

Фаза \ Симптом	Складывающийся	Сложившийся	Доминирующий
Фаза I. 1.Переживание психотравмирующих обстоятельств	<b>7,4%</b>	<b>8,5%</b>	<b>2,7%</b>
2. Неудовлетворенность собой	<b>10,3%</b>	2,4%	0
3. «Загнанность в клетку»	<b>3,7%</b>	0	0
4. Тревога и депрессия	<b>18,7%</b>	<b>1,4%</b>	<b>1,4%</b>
Фаза II. 1.Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование	<b>5,1%</b>	<b>10,2%</b>	9,5%
2.Эмоционально-нравственная дезориентация	13,9%	6,1%	7,5%
3.Расширение сферы экономии эмоций	<b>17,5%</b>	0	3,7%

4.Редукция профессиональных обязанностей	13,6%	2,4%	0
Фаза III. 1.Эмоциональный дефицит	9,3%	4,2%	<b>10,3%</b>
2.Эмоциональная отстраненность	19%	7,1%	4,7%
3.Личностная отстраненность (деперсонализация)	<b>17,8%</b>	7,1%	0
4. Психосоматические и психовегетативные нарушения	<b>7,5%</b>	0	0

Анализируя результаты контрольного этапа, можно отметить произошедшие изменения, которые в большей степени затронули симптомы, только складывающиеся в период входного тестирования, а также те, что касаются первой фазы СЭВ, связанной с напряжением. Значительный сдвиг в положительную сторону наблюдается в отношении симптома «Переживание психотравмирующих обстоятельств», что свидетельствует о том, что состояния отчаяния и негодования как следствие профессиональных стрессов обнаруживаются у меньшего количества медицинских сестер на всех фазах становления. Существенное снижение отмечается в симптоме «Неудовлетворенность собой» на стадии формирования, что указывает на то, что повысился процент медицинского персонала, оценивающего себя как способного противостоять возникающим психотравмирующим обстоятельствам без ущерба для психического здоровья. Исходя из этого логично уменьшилось количество респондентов, ощущающих себя «загнанными в клетку». Показательны и результаты по симптому «Тревога и депрессия» - снижение процента присутствия этих признаков на всех этапах становления синдрома свидетельствует о преобладании позитивного отношения к себе и к выбранной специальности, появление ощущения перспективы в личной жизни и профессиональной деятельности. Положительная динамика уменьшения процента представленности у

выборки симптома «Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» отражает появление дифференцированного эмоционального отношения взамен неразумного ограничения эмоциональной отдачи. Можно сказать, что респонденты в большинстве своем научились «дозировать» долю эмоционального участия во взаимодействии в зависимости от ситуации, что, по мнению автора методики, свидетельствует также и о повышении профессионализма. К сожалению, процент участников исследования с доминированием этого симптома не изменился, что возможно свидетельствует о более глубоких эмоционально-личностных затруднениях. В области эмоционально-нравственной дезориентации наблюдаются незначительные, но положительные сдвиги в сторону «пробуждения» нравственного отношения к пациентам и коллегам по работе. Симптом «Расширение сферы экономии эмоций» на стадии формирования проявился у значительно меньшего числа медицинских сестер, что указывает на нивелирование влияния проявлений СЭВ на непрофессиональные сферы работниц, также произошло незначительное уменьшение процента этого симптома и в случае предварительного доминирования. С этим закономерно связаны и существенное снижение проявленности симптома «Личностная отстраненность (деперсонализация)» на этапе его становления.

В отношении проявлений симптома «Редукция профессиональных обязанностей» можно отметить снижение его распространенности на стадии образования, что говорит о ранее отмеченном повышении профессионализма. Стоит отметить заметное снижение процента лиц с доминирующим ранее симптомом «Эмоциональный дефицит», что уверенно свидетельствует в сторону того, что у этих респондентов появилось ощущение возможности оказания эмоциональной поддержки окружающим людям, способности эмоционально вовлекаться в межличностное взаимодействие с ними. Учитывая отмеченную положительную динамику нивелирования проявлений синдрома эмоционального выгорания, естественным становится и уменьшение процента лиц со складывающимся симптомом

«Психосоматические и психовегетативные нарушения», который зачастую является следствием накопления симптомов психологического генеза.

Уровень выраженности фаз эмоционального выгорания на контрольном этапе экспериментального исследования представлен в табл. 5.

**Таблица 5.**

**Сравнение уровня выраженности фаз эмоционального выгорания на контрольном этапе исследования**

уровень фаза	Не сформировалась		В стадии формирования		Сформировалась	
	Контр. этап	Конст. этап	Контр. этап	Конст. этап	Контр. этап	Конст. этап
1.Фаза «напряжения»	72%	50%	28%	50%	0	0
2.Фаза «резистенции»	71,4%	0	28,6%	71,4%	0	28,6%
3.Фаза «истощения»	50%	14,3%	35,7%	50%	14,3%	35,7%

После осуществления коррекционно-оптимизирующих мероприятий изменилась процентная представленность респондентов по выраженности фаз проявления синдрома эмоционального выгорания. Если на констатирующем этапе исследования фаза «Напряжение» находилась в стадии формирования у половины участников, то контрольный срез свидетельствует о ее представленности у 28% опрошенных, что указывает в сторону положительной динамики. Фаза «Резистенции» изначально была сформирована у 28,6% респондентов, теперь же в данном состоянии она не встречается ни у одного участника, даже 71,4% показали ее не сформированность. Процентная проявленность фазы «Истощение» также изменилась в положительную сторону таким образом, что только у 14,3% участников отмечается ее сформированность, 50% медицинских сестер не отметили у себя ее признаков. В целом полученные диагностические данные

свидетельствуют в пользу нивелирования негативных проявлений синдрома эмоционального выгорания у экспериментальной выборки.

Повторное исследование респондентов с помощью методики «Определение психического «выгорания» А.А. Рукавишников позволило обобщить полученные данные в табл. 6.

**Таблица 6.**

**Результаты контрольного этапа психодиагностики психического  
выгорания по методике А.А. Рукавишников**

Шкала \ Уровень	Крайне Низкий (%)	Низкий (%)	Средний (%)	Высокий (%)	Крайне Высокий (%)
1. Психоэмоциональное истощение	28,5	57,3	7,1	7,1	0
2. Личностное отдаление	57,2	35,7	7,1	0	0
3. Профессиональная мотивация	21,4	57,1	21,5	7,1	0
4. Индекс психического «выгорания»	28,5	57,3	14,2	7,1	0

Анализируя представленные данные, можно отметить кардинальное изменение процентной распределенности респондентов по шкалам методики. Так крайне высокие показатели по шкале «Психоэмоциональное истощение» больше не отмечены ни у одного участника, наоборот, у большинства они являются низкими. Это свидетельствует о приобретении респондентами навыков нивелирования проявления равнодушия, безразличия и холодности к партнеру по взаимодействию. Большинство респондентов (57,2%) отразили в своих ответах практически отсутствие симптомов шкалы «Личностное отдаление», что проявляется в поведении как стремление к эмоционально насыщенным межличностным контактам, повышении толерантности и положительного настроения в общении. Так же стоит отметить повышение мотивации и энтузиазма в трудовой деятельности у участников



оптимизирующей программы, что как следствие вызывает повышение профессиональной компетентности и продуктивности, гармонизацию самооценки и эмоциональной вовлеченности. В целом можно отметить положительную динамику снижения выраженности индекса психического выгорания у выборки медицинского персонала, что согласуется с результатами, полученными в контрольном срезе методикой диагностики уровня «эмоционального выгорания» В. В. Бойко.

Таким образом, ссылаясь на сравнение данных, полученных на констатирующем и контрольном этапах исследования, можно говорить об уверенной положительной динамике проявлений синдрома эмоционального выгорания в сторону нивелирования негативного воздействия на личность. Учитывая организованные коррекционно-оптимизирующие мероприятия, осуществляемые в период между срезами, можно констатировать, что они во многом способствовали снижению проявлений СЭВ у участников экспериментального исследования, соблюдавших полученные рекомендации.

### **Выводы по второй главе**

В результате проведенного исследования был определен уровень выраженности синдрома эмоционального выгорания у специалистов, работающих в профессиях медицинского профиля. Констатирующий этап исследования позволил установить, что большинство доминирующих симптомов респондентов располагалось во второй фазе «Резистенции» на этапе формирования. Результаты применения методики А.А. Рукавишникова позволили отметить в качестве наиболее выраженных симптомы, соответствующие шкалам «Личностное отстранение» и «Профессиональная мотивация», что в перспективе грозит явлениями полной социальной дезадаптации и невозможности продолжения профессиональной деятельности в системе «человек-человек».

Для предотвращения негативного прогрессирования выявленных симптомов эмоционального выгорания нами была составлена и предложена к осуществлению респондентами коррекционно-оптимизирующая программа. Основное ее содержание было направлено на формирование навыка саморегуляции эмоционального состояния личности по средствам применения дыхательных, релаксационных, медитативных и других техник.

По окончании формирующего этапа был предпринят контрольный срез с использованием ранее заявленного диагностического инструментария. Его цель состояла в определении эффективности предложенных мероприятий по коррекции и профилактике негативных проявлений СЭВ. Полученные результаты в целом подтвердили наше предположение, у большинства респондентов симптомы отдельных или всех фаз изучаемого синдрома «перешли» на этап не сформированности или низкой выраженности. За отсутствием возможности отслеживать периодичность и полноту реализации предложенной программы, кроме как со слов респондентов, мы не можем статистически подтвердить ее эффективность, но, судя по полученным данным, можно говорить о том, что она оказала свое положительное влияние.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современное состояние социальных процессов способствует расширению сферы взаимодействия между людьми. Все больше профессионалов могут отметить человекоцентрированный характер своей деятельности. Анализ научной литературы позволяет констатировать, что насыщенные эмоциональные контакты совместно с повседневным накапливающимся профессиональным стрессом приводят к тому, что наиболее подверженными феномену эмоционального выгорания становятся именно представители «помогающих» профессий, таких как медицинские работники, педагоги, сотрудники уголовно-исполнительной системы и др. Также из научной литературы можно подчерпнуть информацию о том, что дойдя по крайне выраженных проявлений, синдром эмоционального выгорания становится необратим, оказывая деструктивное влияние на личность в целом, во всех ее проявлениях. Среди всех категорий специалистов «помогающих» профессий самыми уязвимыми в аспекте подверженности формированию СЭВ, на наш взгляд, являются медицинские работники. Это обусловлено в основном интенсивностью эмоционального и когнитивного напряжения, частотой контактов с тяжело больными или умирающими людьми. Совокупность наслаивающихся повторяющихся явлений профессионального стресса вызывает охранительные реакции личности, которые могут доходить до эмоционального равнодушия, безразличия к коллегам и пациентам, физического и психического истощения, сопровождаться тревожно-депрессивной симптоматикой, редукции профессиональных обязанностей и мотивации профессиональной деятельности. Последними в списке негативных проявлений стоят вегетативные и соматические нарушения, указывающие на необратимость СЭВ для человека.

Исходя из этих теоретических положений, экспериментальная выборка была представлена медицинскими сестрами различных отделений.

Исследование проходимо в три этапа. Первый – был посвящен изучению проявлений СЭВ у респондентов в данный момент. Обобщив полученные результаты, мы отметили, что у большинства участников симптомы, выявляемые проведенными методиками В.В. Бойко и А.А. Рукавишникова, уже достаточно сформировались, чтобы проявляться не только в профессиональной, но и в личной сфере жизнедеятельности. Были и респонденты с уже оформившимися и доминирующими симптомами вегетативных и соматических нарушений.

Второй этап исследования предполагал участие представителей выборки в специально составленной коррекционно-оптимизирующей программе, основное назначение которой состояло в освоении медицинским персоналом техник и приемов эмоциональной саморегуляции, доведении их до уровня навыка.

Определение эффективности предпринятых оптимизирующих мероприятий происходило на контрольном этапе экспериментального исследования и предполагало повторную психодиагностику выраженности симптомов эмоционального выгорания у медицинских сестер с применением тех методик. Полученные результаты наглядно свидетельствуют в пользу снижения процента респондентов с выраженными симптомами СЭВ. Это свидетельствует о том, что за истекший период, «заполненный» техниками и приемами эмоциональной саморегуляции, у большинства участников появились возможности преодоления профессиональных стрессов, открылись ресурсы личностного и профессионального саморазвития.

Таким образом, можно говорить о том, что своевременная просветительская и коррекционная помощь специалистам «помогающих» профессий способна предотвратить или значительно снизить проявление негативных симптомов синдрома эмоционального выгорания. Выдвинутая в нашем исследовании гипотеза подтвердилась, а экспериментально установленная эффективность апробированных коррекционно-оптимизирующих мероприятий позволяет применять их в качестве

рекомендаций для профилактики и своевременной коррекции негативных проявлений синдрома эмоционального выгорания.

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Аболин, Л. М. Психологические механизмы эмоциональной устойчивости человека [Текст] / Л.М. Аболин. – Казань.: Издательство Казанского университета, 1987. – 261 с.
2. Абрумова, А. Г. Анализ состояний психологического кризиса и их динамика [Текст] / А.Г. Абрумова // Психологический журнал. – М.: Наука, 1985. – Т. 6. – № 6. – С. 107–115.
3. Авхименко, М. М. Некоторые факторы риска труда медика [Текст] / М.М. Авхименко // Медицинская помощь. – М.: Медицина, 2003. – № 2. – С. 25–29.
4. Александровский, Ю. Состояние психической дезадаптации и их компенсация [Текст] / Ю. Александровский. – М.: Наука, 1976. - 272 с.
5. Амиров, Н. Х. Труд и здоровье руководителей [Текст] / Н. Х. Амиров. - М.: Гэотар-мед, 2002. - 136 с.
6. Ананьев, Б. А. Введение в психологию здоровья [Текст] / Б.А. Ананьев. – СПб.: Питер, 1999. – 123 с.
7. Анциферова. Л. И. Условия деформации личности [Текст] / Л.И. Анциферова // Новые исследования. – М.: Наука, 1998. – С. 32–38.
8. Афанаскина, М. С. Формирование у медицинской сестры клинического мышления [Текст] / М.С. Афанаскина // Медицинская сестра. – М.: Русский врач, 2001. – № 1. – С. 34.
9. Бабанов, С. А. Образ жизни медицинских работников [Текст] / С.А. Бабанов // Врач. - 2007. - Май (спец. выпуск).
10. Бабич, О. И. Профилактика синдрома профессионального выгорания педагогов: диагностика, тренинги, упражнения [Текст] / О.И. Бабич. - Волгоград: Учитель, 2014. – 122 с.
11. Багадирова, С. К. Основы психорегуляции в спортивной деятельности [Текст]: учебное пособие / С.К. Багадирова. – Майкоп: Изд-во «Магарин О. Г.», 2015. – 148 с.

12. Барабанова, М. В. Изучение психологического содержания синдрома выгорания [Текст] / М.В. Барабанова // Вестник Московского университета. - Серия 14. «Психология». – М.: Издательство МГУ, 1995. – № 1. – С. 54-58.
13. Безносков, С. П. Профессиональная деформация личности [Текст] / С.П. Безносков. - СПб.: Речь, 2004. - 272 с.
14. Божович, Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте [Текст]: Психологическое исследование / Л.И. Божович. - М.: Просвещение, 1968. - 464 с.
15. Бойко, В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других [Текст] / В.В. Бойко. - М.: Наука, 1996. - 154 с.
16. Бойко, В. В. Правила эмоционального поведения [Текст]: методическое пособие / В.В. Бойко. - СПб., 1998.
17. Бойко, В. В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении [Текст] / В.В. Бойко. – СПб.: Питер, 1999. – 105 с.
18. Борисова, М. В. Психологические детерминанты феномена эмоционального выгорания у педагогов [Текст] / М.В. Борисова // Вопросы психологии. - 2005. - № 2.
19. Винокур, В. Профессиональный стресс губит врача [Текст] / В. Винокур, М. Розанова // Медицина Санкт-Петербурга. – СПб.: Издательство СПб ГУ, 1997. – № 11. – С. 28.
20. Водопьянова, Н. Е. Психическое выгорание [Текст] / Н.Е. Водопьянова // Стоматолог. – М.: Медицина, 2002. – № 7. – С. 12.
21. Водопьянова, Н. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика [Текст] / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. - 2-е издание. – СПб.: Питер, 2008. - 338 с.
22. Водопьянова, Н. Е. Синдром психического выгорания в коммуникативных профессиях [Текст] / Н.Е. Водопьянова // Психология здоровья / Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Издательство СПб ГУ, 2000.

23. Воронина, Т. А. Роль медицинской сестры [Текст] / Т.А. Воронина // Сестринское дело. - 2004. - № 3.
24. Гришина, Н. В. Помогающие отношения: Профессиональные и экзистенциальные проблемы [Текст] / Н.В. Гришина // Психологические проблемы самореализации личности. - СПб.: Изд-во СПб. ун-та, 1997.
25. Заховаева, А. Г. Основные проблемы философии сестринского дела [Текст] /А.Г. Заховаева // Сестринское дело. – М.: Медицинский вестник, 2003. – № 2. – С. 28–29.
26. Зеер, Э. Ф. Кризисы профессионального становления личности [Текст] / Э.Ф. Зеер, Э.Э. Сыманюк // Психологический журнал. - 1997. - Т.18. - №6.
27. Знаков, В. В. Исследование профессионально важных качеств у мед. работников [Текст] / В.В. Знаков // Психологический журнал. - 2004. - № 3. - С.71 – 81.
28. Кайбышев, В. Т. Профессионально детерминированный образ жизни и здоровье врачей в условиях современной России [Текст] / В.Т. Кайбышев // Медицина труда и пром. экология. - 2006. - № 12. - С. 21–26.
29. Караванов, Г. Индивидуально-психологические особенности личности врача-хирурга [Текст] / Г. Караванов, В. Коршунова. – Львов: Вища Школа, 1974. – 84 с.
30. Касимовская, Н. А. Внедрение школ профессионального здоровья в методологию диспансеризации — одно из направлений сохранения здоровья медицинских работников [Текст] / Н.А. Касимовская // Общественное здоровье, управление здравоохранением и подготовка кадров: тез. докл. всерос. научн. конф., посвящ. 85-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики им. И. М. Сеченова. - М., 2007. - С. 179–181.
31. Клищевская, М. В. Профессионально-важные качества как необходимые и достаточные условия прогнозирования успешности деятельности [Текст] / М.В. Клищевская, Г.Н. Солнцева // Вестник МГУ. - Сер.14. - Психология. - 1999. - №4.



32. Косарев, В. В. Профессиональная заболеваемость медицинских работников Самарской области [Текст] / В.В. Косарев, Г.Ф. Васюкова // Гигиена и санитария. – М.: Медицина, 2004. – № 3. – С. 27–38.
33. Косарев, В. В. Профессиональные заболевания медицинских работников [Текст] / В.В. Косарев, С.А. Бабанов. – Самара: Офорт, 2009. – 232 с.
34. Кочюнас, Р. Основы психологического консультирования [Текст] / Р. Кочюнас. – М.: «Академический проект», 1999.
35. Купер, К. Л. Источники стресса «белых воротничков» [Текст] / К.Л. Купер, Дж. Маршал // Психология труда и организационная психология. Современное состояние и перспективы развития. – М.: «Радикс», 1995.
36. Леонова, А. Б. Основные подходы к изучению профессионального стресса [Текст] / А.Б. Леонова // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2001. – № 11. – С. 2 - 16.
37. Линдеман, Х. Аутогенная тренировка. Путь к восстановлению здоровья и работоспособности [Текст] / Х. Линдеман. – М., 1980.
38. Лукьянченко, Н. В. Профилактика эмоционального выгорания педагогов в системе психолого-педагогического и медико-социального сопровождения [Текст] / Н.В. Лукьянченко, Л.П. Фальковская // Психология образования: подготовка кадров и психологическое просвещение: тез. IV Национальной научно-практической конференции. – М., 2007.
39. Маркова, А. К. Психология профессионализма [Текст] / А.К. Маркова. – М., 1996.
40. Михалев, С. В. Краткосрочная клиническая ориентированная мультимодальная психотерапия ПТСР у лиц опасных профессий [Текст] // НИИ Психического здоровья СО РАМН. – 2007. – № 1 (44). – С. 107 - 111.
41. Наенко, Н. И. Психическая напряженность [Текст] / Н.И. Наенко. – М., 1976.
42. Новикова, Л. В. Социально-психологические, личностные и профессиональные факторы риска психического выгорания [Текст] / Л.В.

Новикова //Фестиваль педагогических идей газеты «Первое сентября». – 2006/2007.

43. Орел, В. Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии [Текст]: эмпирические исследования / В.Е. Орел // Журнал практической психологии и психоанализа. - № 3. - 2001.

44. Психология здоровья [Текст] / Под ред. Г С. Никифорова. — СПб.: Питер, 2006. — 607 с.

45. Психология профессионального здоровья [Текст] / Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Речь, 2006.

46. Рыбина, О. В. Методические подходы к диагностике профессионального стресса у врачей [Текст] / О.В. Рыбина // Медицинская психология в практическом здравоохранении. – СПб., 2003. - С. 68–72.

47. Решетова, Т. В. Эмоциональное выгорание, астения и депрессия у медицинских и социальных работников - ресурсы коррекции [Текст] / Т.В. Решетова, В.А. Мазурок, Т.Н. Жигалова // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 2012. - № 3. – С. 105-111.

48. Робертс, Г. А. Профилактика выгорания [Текст] / Г.А. Робертс // Вопросы общей психиатрии. – 1998. – Вып. 1. – С. 44–48.

49. Ронгинская, Т. И. Синдром выгорания в социальных профессиях [Текст] / Т.И. Ронгинская // Психологический журнал. - М.: Наука, 2002. - Т.23. - № 3.

50. Самоуткина, Н. А. Синдром профессионального выгорания [Текст] / Н.А. Самоуткина // Управление персоналом, российский опыт. – М.: МГУ, 2000.

51. Селье, Г. Стресс без дистресса [Текст] / Г. Селье. – М., 1982.

52. Сидоров, П. И. Синдром «эмоционального выгорания» у лиц коммуникативных профессий [Текст] / П.И. Сидоров // Гигиена и санитария. - 2008. - № 3. - С. 29–33.

53. Скугаревская, М. М. Синдром эмоционального выгорания [Текст] / М.М. Скугаревская // Медицинские новости. - 2002. - № 7. - С. 3 - 9.

54. Стрельникова, А. Н. Зачем мед. сестре самооценка [Текст] / А.Н. Стрельникова // Мед. Сестра. - 2000. - №1.
55. Судаков, К. В. Системные механизмы эмоционального стресса [Текст] / К.В. Судаков. - М., 1981.
56. Шульц, И. Г. Аутогенная тренировка [Текст] / И.Г. Шульц. - М.: Медицина, 1985. - 32 с.
57. Трунов, Д. Синдром сгорания: позитивный подход к проблеме [Текст] / Д. Трунов // Журнал практического психолога. - М.: Издательство МГУ, 1998. - № 8. - С.84-89.
58. Турачев, Ю. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека [Текст] / Ю. Турачев, Б. Иовлев. – М., 1976.
59. Филина, С. О. «О синдроме профессионального выгорания» и технике безопасности [Текст] / С.О. Филина // Школьный психолог. – 2003. - № 7.
60. Фетискин, Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп [Текст] / Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов. - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. - 490 с.
61. Форманюк, Т. В. Синдром «эмоционального сгорания» как показатель профессиональной дезадаптации учителя [Текст] / Т.В. Форманюк // Вопросы психологии. - 1994. - № 6.
62. Харди, И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными [Текст] / И. Харди. - Будапешт: Издательство Академии Наук Венгрии, 1981.
63. Хетагурова, А. К. Этико-деонтологические аспекты в работе сестринского персонала [Текст] / А.К. Хетагурова // Сестринское дело. - М.: Издательский дом медицинский вестник, 2003. - № 6. - С.34-35.
64. Хохлов, Р. А. Влияние синдрома эмоционального выгорания на стереотипы врачебной практики и клиническую инертность [Текст] / Р.А. Хохлов, Э.В. Минаков, Г.И. Фурменко, Н.М. Ахмеджанов // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. - 2009. - № 1. - С. 12 - 22.

65. Чутко, Л. С. Синдром менеджера. Эмоциональное выгорание и управление стрессом [Текст] / Л.С. Чутко. - СПб.: Речь, 2010.
66. Чутко, Л. С. Коррекция клинических проявлений синдрома эмоционального выгорания [Текст] / Л.С. Чутко, С.Ю. Сурушкина, И.С. Никишена, Е.А. Яковенко, Т.И. Анисимова // Журнал неврол. и псих. им. С.С. Корсакова. - 2009. - Т. 109. - № 2. - С. 66–68.
67. Шафранова, А. С. Из опыта изучения труда работников просвещения [Текст] / А.С. Шафранова. - М., 1925. - 280 с.
68. 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. - Сер. 11., 2009. - Вып. 3. - с. 57-71.
69. Юдчиц, Ю. А. К проблеме профессиональной деформации [Текст] / Ю.А. Юдчиц / Журнал практического психолога. - 1998 - № 7.