

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт

(наименование института полностью)

Кафедра

«Педагогика и психология»

(наименование)

37.04.01 Психология

(код и наименование направления подготовки)

Психология здоровья

(направленность (профиль))

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)

на тему Предупреждение эмоционального выгорания у медицинских работников с
выраженными показателями профессионального стресса

Обучающийся

Е.Ю. Ковалева

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Научный

руководитель

канд. психол. наук., доцент Э.Ф. Николаева

(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Тольятти 2025

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1 Теоретический анализ проблемы предупреждения эмоционального выгорания медицинских работников с выраженными показателями профессионального стресса.....	8
1.1 Проблема эмоционального выгорания в отечественной и зарубежной психологии.....	8
1.2 Особенности профессионального стресса медицинских работников.....	24
1.3 Предупреждение эмоционального выгорания путем снижения показателей профессионального стресса.....	38
Глава 2 Эмпирическое исследование возможностей предупреждения эмоционального выгорания у медработников с выраженными показателями профессионального стресса.....	49
2.1 Организация и методы исследования.....	49
2.2 Выявление уровней проявления показателей профессионального стресса и эмоционального выгорания у медицинских работников.....	52
2.3 Разработка программы предупреждения эмоционального выгорания.....	63
2.4 Анализ результатов исследования.....	68
Заключение.....	77
Список используемой литературы.....	79
Приложения А Сводная таблица результатов до тренинга.....	89
Приложение Б Сводная таблица результатов после тренинга.....	92

Введение

Профессиональная деятельность медицинских работников связана с высокой психоэмоциональной нагрузкой, что делает проблему эмоционального выгорания особенно актуальной. Медицинские работники ежедневно сталкиваются со стрессовыми ситуациями, требующими незамедлительных и четко скоординированных решений. Эти условия создают серьезные предпосылки для развития синдрома эмоционального выгорания (СЭВ), что негативно сказывается не только на самих специалистах, но и на качестве оказываемой медицинской помощи.

Основная проблема, решаемая в данном исследовании, заключается в необходимости снижения уровня эмоционального выгорания у медицинских работников путем анализа его факторов и разработки эффективных профилактических мероприятий. Несмотря на многочисленные исследования в данной области, до сих пор не существует универсальных методов предотвращения профессионального выгорания, адаптированных к специфическим условиям работы медиков.

Синдром эмоционального выгорания был впервые описан Х. Фрейденбергом в 1974 году как результат хронического стресса, проявляющийся в эмоциональном истощении, деперсонализации и снижении профессиональной эффективности [33]. Однако современная наука рассматривает СЭВ как комплексное явление, возникающее вследствие профессиональных стрессоров, индивидуальных особенностей личности и организационных условий труда.

Исследования показывают, что эмоциональное выгорание приводит к снижению работоспособности, ухудшению когнитивных функций, развитию психосоматических заболеваний и депрессии. Особенно это актуально для работников скорой помощи, чья деятельность сопряжена с экстремальными условиями, высокой степенью ответственности и частыми столкновениями с человеческими страданиями. Однако, несмотря на большое количество научных исследований, посвященных данной теме, до сих пор не

существует единого подхода к определению причин и механизмов возникновения выгорания, а также наиболее эффективных способов его профилактики. Это порождает ряд **противоречий**, суть которых сводится к тому, что существует разрыв между теоретическими концепциями эмоционального выгорания и реальными практическими мерами его профилактики. Эти противоречия легли в основу **проблемы** нашего исследования и обозначили ее тему: «Предупреждение эмоционального выгорания у медицинских работников с выраженными показателями профессионального стресса».

Объект исследования – эмоциональное выгорание личности.

Предмет исследования – предупреждение эмоционального выгорания у медицинских работников с выраженными показателями профессионального стресса.

Цель исследования – изучение возможностей предупреждения эмоционального выгорания у медицинских работников с выраженными показателями профессионального стресса.

Гипотеза исследования – мы предполагаем, что разработанная программа, направленная на снижение показателей профессионального стресса, будет способствовать предупреждению эмоционального выгорания личности медицинских работников.

Задачами исследования являются:

- проанализировать теоретические исследования по проблеме эмоционального выгорания среди медицинских работников;
- выявить проявление профессионального стресса и эмоционального выгорания у медицинских работников;
- разработать и апробировать профилактическую программу;
- проанализировать полученные результаты.

Научная новизна данного исследования заключается в следующем:

- впервые предложен комплексный подход к предупреждению эмоционального выгорания у работников скорой помощи, который учитывает

специфические условия их профессиональной деятельности, включая частоту и интенсивность стрессовых ситуаций;

– разработаны и апробированы новые методики психологической поддержки, адаптированные под особенности работы медицинских работников в условиях высокой нагрузки и постоянного давления, что ранее не получало достаточного внимания в исследованиях.

Теоретическая значимость исследования расширяется и углубляется понимание механизмов возникновения и развития синдрома эмоционального выгорания среди работников скорой помощи, с учётом специфики их профессиональной деятельности. Внесены дополнения в существующие концепции профессионального стресса и эмоционального выгорания, что способствует более точному определению факторов, влияющих на психологическое состояние работников в экстремальных условиях, и открывает новые перспективы для дальнейших исследований в данной области.

Практическая значимость исследования заключается в разработке рекомендаций и практических методик, которые могут быть использованы для предупреждения эмоционального выгорания у медицинских работников, особенно в условиях скорой помощи. Эти рекомендации могут быть внедрены в программы психологической поддержки и обучения, что позволит повысить устойчивость медиков к профессиональному стрессу и улучшить качество их работы.

Достоверность и обоснованность результатов исследования обеспечивались:

- применением валидизированных и надежных методик сбора и анализа данных, что позволило получить объективные и воспроизводимые результаты;
- использованием статистических методов для обработки данных, что обеспечило точность и обоснованность выводов.

Методологическая основа исследования: центральные идеи субъектно-деятельностного подхода; современные концепции психологии труда и профессионального становления личности (Л.М. Митина, Б.Ф. Ломов, Е.А. Климов, А.В. Карпов, Н.С. Пряжников, Э.Ф. Зеер); теоретические и практические исследования феномена эмоционального выгорания (В.В. Бойко, С. Маслач, Т.В. Форманюк, Е.Г. Таткина, Н.В. Гафарова, Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова, Е.Ю. Райкова), а так же выводы Г.В. Залевского, С.В. Умняшкиной, В.Е. Орла, касающиеся синдрома эмоционального выгорания и сопутствующих ему психологических процессов.

Методы и методики исследования:

- метод теоретического анализа:
- психодиагностические методы: (Сокращенный Многопрофильный Опросник Личности, СМОЛ), шкала тревоги Спилбергера-Ханина (State-Trait Anxiety Inventory), шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory, BDI), шкала профессионального стресса (Professional Commitment Scale, PCS), методика «Эмоциональное выгорание» В.В. Бойко.
- методы количественной и качественной обработки результатов.

На защиту выносятся следующие положения:

- синдром эмоционального выгорания (СЭВ) – это защитный механизм, возникающий в ответ на интенсивные психоэмоциональные стрессы в профессиональной деятельности, вызывающий истощение мотивационных и эмоциональных ресурсов у специалистов медицинского профиля и снижение качества предоставляемой помощи;
- профессиональная деятельность медицинских работников относится к категории высоко стрессогенных видов деятельности, которая требует от специалистов быстрых решений, глубоких знаний, от которых зависит человеческая жизнь;
- своевременное выявление наличия показателей профессионального стресса у медицинских работников и применение активных психологических

практик, как тренинг и др., предупреждает развитию эмоционального выгорания.

Апробация и внедрение результатов работы осуществлялись на протяжении всего периода исследования. Результаты обсуждались на конференциях, теоретических семинарах и в публикациях. Опубликовано две статьи: Теоретические основы эмоционального выгорания у медицинских работников с выраженными показателями профессионального стресса //Флагман науки: научный журнал. Август 2024. - СПб., Изд. ГНИИ "Нацразвитие" - 2024. No 8(19); Влияние стрессоустойчивости на профессиональные выгорания медицинских работников // Флагман науки: научный журнал. Февраль 2025. - СПб., Изд. ГНИИ "Нацразвитие" - 2025. №2(25). Материалы исследования были представлены на II Международный конкурса научных, методических, творческих работ «Знание. Инновации. Приоритеты», посвященного Десятилетию науки и технологий, где работа «Повышение стрессоустойчивости личности как условие предупреждения профессионального выгорания медработника» была удостоена диплома III степени.

Личное участие автора в организации и проведении исследования заключалось в разработке исследовательского плана, постановке проблемы, непосредственном проведении опросов и интервью, а также в анализе и интерпретации полученных данных.

Структура магистерской диссертации. Работа состоит из введения, 2 глав, заключения, списка используемой литературы (73 источника), содержит 15 рисунков, 8 таблиц, 2 приложения. Работы содержит 94 страницы.

Глава 1 Теоретический анализ проблемы предупреждения эмоционального выгорания медицинских работников с выраженными показателями профессионального стресса

1.1 Проблема эмоционального выгорания в отечественной и зарубежной психологии

Исторически феномен эмоционального выгорания был впервые изучен в США в 1960-х годах. В это время в стране появились социальные службы, работники которых сталкивались с пациентами, имеющими серьезные психологические проблемы. Постепенно начали возникать трудности, связанные с равнодушием и даже грубостью со стороны сотрудников, что привело к выводу о наличии профессионального выгорания, также называемого «стрессом общения» [41].

Одним из первых, кто охарактеризовал эмоциональное выгорание, был Г. Фройденбергер. Он определил его как «состояние психического и физического истощения, возникающее вследствие профессиональной деятельности» [47, с. 19].

Первоначально феномен выгорания связывался с представителями «помогающих профессий, такими как врачи, учителя, социальные работники и адвокаты» [42]. Однако со временем стало ясно, что это явление имеет более широкое распространение и затрагивает разные сферы деятельности [8].

Эмоциональное выгорание, впервые описанное американским психиатром Х. Фрейденбергом в 1974 году, представляет собой «синдром, возникающий вследствие хронического профессионального стресса и характеризующийся эмоциональным истощением, деперсонализацией и снижением профессиональной эффективности» [33, с. 256]. Исследования показывают, что этот синдром широко распространен среди специалистов различных областей, включая медицину, образование, и социальную работу.

Эмоциональное выгорание – это сложный феномен, который оказывает разрушительное воздействие на личность, профессиональную деятельность и работу организации в целом. Он привлекает внимание многих исследователей, но до сих пор не существует единого определения этого понятия. Некоторые авторы предлагают различные интерпретации и подходы к пониманию структуры, механизмов возникновения и других аспектов выгорания [19].

Эмоциональное выгорание – феномен, который получил широкое распространение в сфере профессиональной деятельности. Несмотря на то, что этот термин возник относительно недавно, его актуальность в современном обществе крайне высока. Хаблиев и Гусова отмечают, что «эмоциональное выгорание не является научным конструктом в строгом смысле, а скорее используется для описания последствий длительного рабочего стресса и определенных форм профессионального кризиса» [41].

Исторически феномен эмоционального выгорания был впервые изучен в США в 1960-х годах. «В это время в стране появились социальные службы, работники которых сталкивались с пациентами, имеющими серьезные психологические проблемы. Постепенно начали возникать трудности, связанные с равнодушием и даже грубостью со стороны сотрудников, что привело к выводу о наличии профессионального выгорания, также называемого стрессом общения» [41, с. 185].

Первоначально феномен выгорания связывался с представителями «помогающих профессий, такими как врачи, учителя, социальные работники и адвокаты. Однако со временем стало ясно, что это явление имеет более широкое распространение и затрагивает разные сферы деятельности» [42].

Исследование эмоционального выгорания развивалось в несколько этапов. На первой стадии, названной «стадией поиска», в 1970-х годах, исследователи пытались операционализировать термин и изучали сущность феномена среди представителей «помогающих специальностей», таких как психиатры и психологи. «В рамках этой стадии были выделены два

направления изучения: психиатрическое и социально-психологическое. Сторонники психиатрического подхода, где рассматривали выгорание как постепенное нарастание эмоционального истощения» [41].

Социально-психологический подход, предложенный К. Маслач и ее коллегами, определял эмоциональное выгорание как комплекс, включающий три основных компонента: эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию персональных достижений. К. Маслач подчеркивала, что «ситуативные факторы, такие как нехватка ресурсов для преодоления стресса и отрицательная обратная связь со стороны клиентов, являются ключевыми предрасполагающими факторами развития выгорания [31].

В 1980-х годах началась «методологическая стадия» исследования феномена. Исследователи стали концентрироваться на оценке синдрома профессионального выгорания, используя различные опросники и методики, включая инструмент MBI, предложенный К. Маслач в 1981 году. На этом этапе «профессиональное выгорание стали рассматривать как вид рабочего стресса, связанный с такими факторами, как текучесть кадров, организационная культура и удовлетворенность работой» [41].

К 1990-м годам изучение эмоционального выгорания расширилось, включая представителей не только социальных, но и несоциальных специальностей, таких как программисты, летчики, военнослужащие. Маслач «идентифицировала шесть категорий стрессогенных факторов, влияющих на развитие выгорания: конгруэнтность ценностей сотрудника с ценностями компании, психологическая совместимость с коллективом, восприятие поощрений, отношение к справедливости, независимость и контроль, а также рабочие нагрузки» [31, с. 87].

Сегодня нет единой точки зрения на определение термина «выгорание». Наиболее распространенное определение предложил Р. Смит, который считает, что «эмоциональное выгорание – это реакция на хронический стресс, включающая физический, поведенческий и когнитивный компоненты»

[6]. В отличие от острого стресса, выгорание развивается в результате длительного воздействия стресса и накопления профессиональных нагрузок.

Основной причиной выгорания является конфликт между ресурсами и требованиями, предъявляемыми к человеку. Это приводит к умственному переутомлению и нарушению психического равновесия. Важно отметить, что симптомы выгорания могут появиться даже без явных патологических проблем. «Эмоциональное выгорание представляет собой сложную психофизиологическую реакцию, вызванную частыми и иногда чрезмерными усилиями, что в конечном итоге приводит к психологическому и эмоциональному истощению. Когда человек «выгорает», выход из стрессовых состояний становится неизбежным, так как выгорание подразумевает состояние эмоционального истощения» [6, с. 117].

По мере развития исследования этой темы выяснилось, что «выгорание представляет собой не просто эмоциональное состояние, а комплексное явление, включающее эмоциональное, когнитивное и физическое истощение организма. Последствия этого процесса часто проявляются в виде деперсонализации, редукции личных достижений и эмоционального истощения» [7].

Согласно К. Маслач, выгорание – это психологический синдром, вызванный длительным эмоциональным и межличностным стрессом в рабочей среде. Оно включает такие компоненты, как истощение, цинизм и профессиональная неэффективность. «Этот синдром отражает рассогласование между профессией и работником, что позволяет увидеть выгорание как феномен, связанный не только с личностью, но и с особенностями профессиональной среды» [20, с. 34]. Данный комплекс симптомов отражает последствия чрезмерного рабочего напряжения и приводит к формированию негативного отношения к своей деятельности, а также к эмоциональному перенапряжению, снижающему чувство компетентности.

На протяжении последних лет эмоциональное выгорание исследуется в контексте различных аспектов человеческой жизни и профессиональной деятельности [10].

Изначально СЭВ ассоциировался с ощущением собственной бесполезности и усталостью, однако со временем симптомы данного синдрома были расширены за счет психосоматических элементов. В Международной классификации болезней (МКБ-X) синдром эмоционального выгорания включен в рубрику Z73 – «Стресс, связанный с проблемами поддержания нормального образа жизни» [46, с. 54].

В отечественной литературе Н.Е. Водопьянова и Е.С. Старченкова рассматривают «выгорание как феномен личностной деформации, связанный с длительными эмоционально насыщенными и сложными межличностными взаимодействиями» [9]. При этом А.В. Ракицкая дополняет эту точку зрения, рассматривая «выгорание как приобретенный стереотип поведения, который проявляется в снижении эмоционального реагирования в профессиональной жизни» [39].

Всемирная организация здравоохранения определяет его как синдром, возникающий из-за непреодоленного стресса [28].

С точки зрения других авторов, таких как О.Н. Рыбников, выгорание является одной из форм стресса, более распространенной в профессиональной среде. Он рассматривает его как «реакцию на психотравмирующие воздействия, которая приводит к частичному или полному исключению эмоционального реагирования» [44]. М.Н. Трущенко выделяет «выгорание как полное профессиональное снижение, которое затрагивает все подструктуры личности, в результате чего нарушается их нормальное функционирование» [56].

Рассматривая выгорание в экзистенциальном аспекте, А. Ленгле отмечает, что «это явление возникает из-за не экзистенциального отношения к жизни, что приводит к дефициту жизненной активности как в соматическом,

так и в психическом аспектах. Это защитный механизм, помогающий справиться с последствиями эмоциональной и когнитивной перегрузки» [29].

Американские ученые С. Maslach и S. Jackson в 1986 году выделили три основные признаки СЭВ: эмоциональную истощенность, деперсонализацию (дегуманизация по отношению к объектам своей деятельности) и редукцию профессиональных достижений. «Эмоциональная истощенность характеризуется чувством перенапряжения и истощения эмоциональных ресурсов, что часто приводит к потере интереса к работе и ощущению бессмысленности профессиональной деятельности. Деперсонализация проявляется в виде циничного и безразличного отношения к пациентам, клиентам или коллегам, а редукция профессиональных достижений – в ощущении низкой эффективности и неудовлетворенности собственными профессиональными успехами» [42, с. 15].

Синдром эмоционального выгорания развивается в три стадии (рисунок 1).

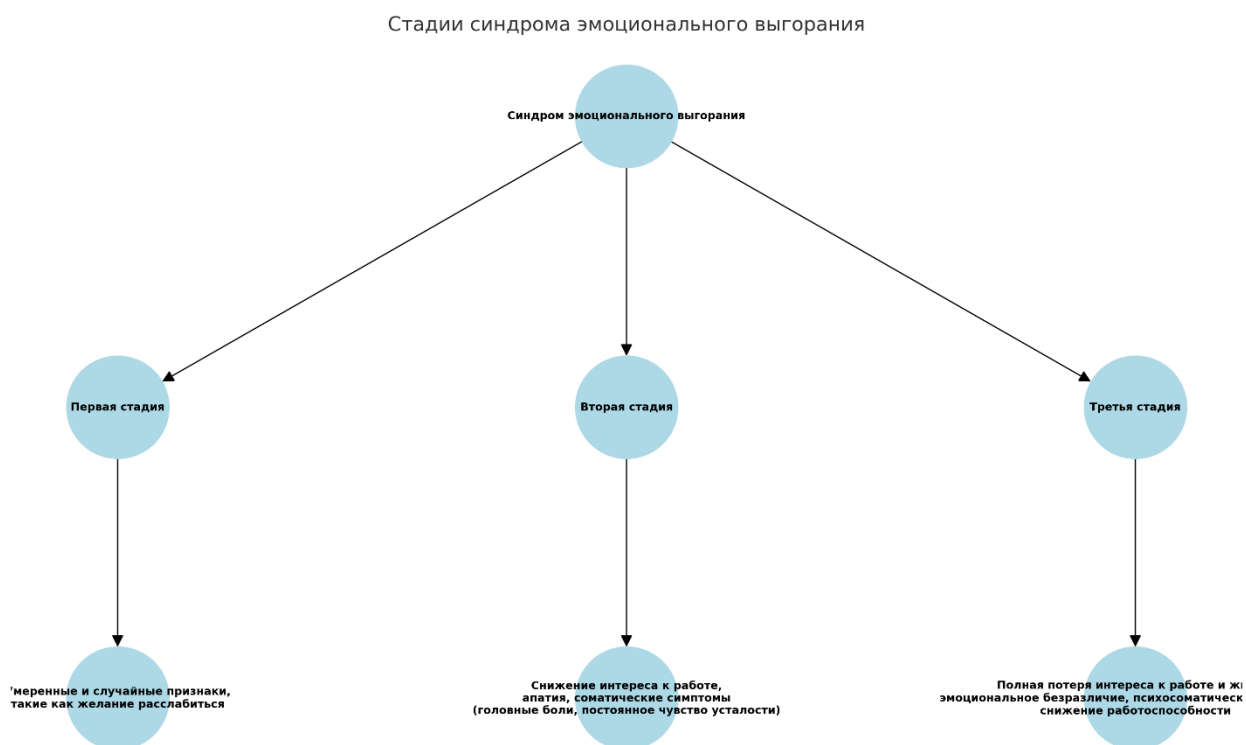


Рисунок 1 – Стадии эмоционального выгорания

«На первой стадии появляются умеренные и случайные признаки, такие как желание расслабиться. На втором этапе наблюдается снижение интереса к работе, апатия, соматические симптомы, включая головные боли и постоянное чувство усталости. Третья стадия, или собственно синдром эмоционального выгорания, характеризуется полной потерей интереса, безразличием и отсутствием сил» [27]. Таким образом, понятие эмоционального выгорания включает в себя следующие основные признаки:

- «выгорание рассматривается как комплексный, многомерный феномен, включающий различные психологические и поведенческие компоненты» [9];
- «выгорание – это процесс, который развивается постепенно под воздействием длительных стрессовых факторов» [30];
- «оно проявляется в форме отрицательных переживаний, состояния психического и физического истощения, деперсонализации, профессиональной неэффективности и деформации личности» [30];
- «эмоциональное выгорание выполняет роль защитного механизма, позволяющего личности дозировать и экономить эмоциональные и психологические ресурсы» [4];
- «выгорание оказывает воздействие на все подструктуры личности, негативно сказывается как на профессиональной деятельности, так и на личной жизни» [44];
- «оно наблюдается только у психически здоровых людей и не подразумевает наличие психопатологии» [42].

Эти существенные признаки позволяют расширить понимание сущности и структуры эмоционального выгорания. В результате выгорание можно охарактеризовать как сложный и многогранный процесс, развивающийся в ответ на длительное воздействие эмоционального и профессионального стресса, выполняющий защитную функцию и влияющий на разные аспекты личности и поведения [24].

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) является многофакторным процессом, который включает в себя взаимодействие стресса, особенностей центральной нервной системы личности, производственной среды и других факторов [42]. В.В. Бойко выделяет «внешние (организационные) и внутренние (индивидуально-психологические) факторы развития СЭВ. К внешним факторам относятся условия работы и социально-психологическая обстановка в коллективе, а к внутренним - индивидуально-психологические особенности личности» [5, с. 14]. По мнению А. Pines и Е. Aronson, главной причиной выгорания является неудачный поиск смысла жизни в профессиональной сфере. У лиц с высокой мотивацией к профессиональной деятельности, идентифицирующих себя со своей работой, при неудаче в реализации своих ожиданий может возникнуть «экзистенциальный вакуум» [42].

В профессиональной деятельности эмоциональное выгорание проявляется по-разному в зависимости от обстоятельств. Разделение труда и ограниченная специализация являются одними из основных причин синдрома выгорания. Это связано с понятием «профессионального характера человека», где большую роль играет профессиональный опыт. Причины выгорания могут быть как объективными, так и субъективными. К объективным факторам относятся ухудшение социально-экономических условий жизни, дисбаланс в семейных отношениях и низкая материальная обеспеченность [26]. Субъективные факторы включают личностные и психологические характеристики работника, такие как агрессивность, пассивность и отсутствие мотивации. Например, пассивность и нежелание развиваться в профессиональной сфере могут привести к застою, что способствует развитию выгорания [37].

Еще одним важным субъективным фактором является отсутствие культуры отдыха. Низкий уровень рекреационной культуры или ее отсутствие у человека приводит к неспособности адекватно снять стресс и перенапряжение. Это ведет к утрате чувствительности к новому и, как

следствие, к эмоциональному выгоранию. Следует отметить, что выгорание – это не всегда неизбежное явление, однако необходимы меры по минимизации стрессовых ситуаций как в профессиональной деятельности, так и в повседневной жизни [6].

Согласно Игумновой, «одним из значимых факторов, влияющих на конфликтность специалистов, в частности медицинских работников, является уровень эмоционального выгорания. В данной сфере специалисты часто сталкиваются с интенсивным ритмом работы, требующим постоянного внимания и самоотдачи, что ведет к повышенному напряжению нервной системы» [22, с. 485].

Современные исследования выделяют несколько направлений изучения феномена эмоционального выгорания. Одним из таких направлений является изучение роли эмоционального интеллекта. Считается, что способность человека понимать и управлять своими эмоциями, а также эмоциями других, играет существенную роль в преодолении и предотвращении эмоционального выгорания. Понимание и правильное управление эмоциями могут смягчить интенсивность выгорания, возникающего вследствие эмоционального перенапряжения. Более того, развитый эмоциональный интеллект способен выполнять функцию буфера, снижая риск развития эмоционального выгорания [38].

Еще одно актуальное направление исследований связано с эмоциональным трудом. Булгаков отмечает, что эмоциональный труд включает в себя процесс оптимального управления человеком своими эмоциями в процессе взаимодействия с другими людьми. Взаимодействие может подразумевать выражение как истинных, так и ложных эмоций, требуя от человека значительных усилий. Исследования показывают, что демонстрация ложных эмоций положительно коррелирует с симптомами выгорания, в то время как выражение естественных эмоций может снижать уровень выгорания. Способность человека контролировать свои эмоции и

«направлять» их в нужное русло может помочь в контроле уровня сострадания и, следовательно, снизить риск развития эмоционального выгорания [7, с. 96].

Третье направление связано с изучением социальной идентичности. Исследования показывают, что связь между социальной идентичностью и снижением уровня выгорания у человека является существенной. «Идентификация себя с определенной группой и укрепление этой идентичности могут играть роль в предотвращении выгорания. Например, в контексте спорта было установлено, что спортсмены с более выраженным чувством социальной идентичности, проявляющимся в ощущении принадлежности к команде, реже попадали в группу с высоким уровнем выгорания» [7, с. 98]. Таким образом, социальная идентичность может способствовать преодолению выгорания через укрепление психологической связи с группой.

СЭВ представляет собой сложный комплекс симптомов, включающий астенический, психовегетативный, цефалгический, тревожно-фобический синдромы и синдром легких когнитивных нарушений. «Астенический синдром характеризуется повышенной утомляемостью, раздражительностью, снижением работоспособности, неустойчивостью настроения, нарушением сна и снижением способности к длительному умственному и физическому напряжению [57]. Психовегетативный синдром проявляется дисфункцией вегетативной нервной системы, включая головокружения, гипергидроз и предобморочные состояния. Цефалгический синдром, чаще всего представленный головной болью напряжения, сопровождается приступами боли различной локализации, которые усиливаются на фоне стресса и умственного перенапряжения. Тревножно-фобический синдром выражается в чувстве неосознанного беспокойства, внутреннего напряжения и постоянного страха перед неудачей» [42, с. 15]. Этот синдром оказывает сильное негативное влияние на психоэмоциональное состояние человека, снижая его способность к продуктивной деятельности. Кроме того, у лиц с СЭВ часто

отмечаются жалобы на снижение памяти, что в ряде случаев может быть связано с синдромом легких когнитивных нарушений (рисунок 2).

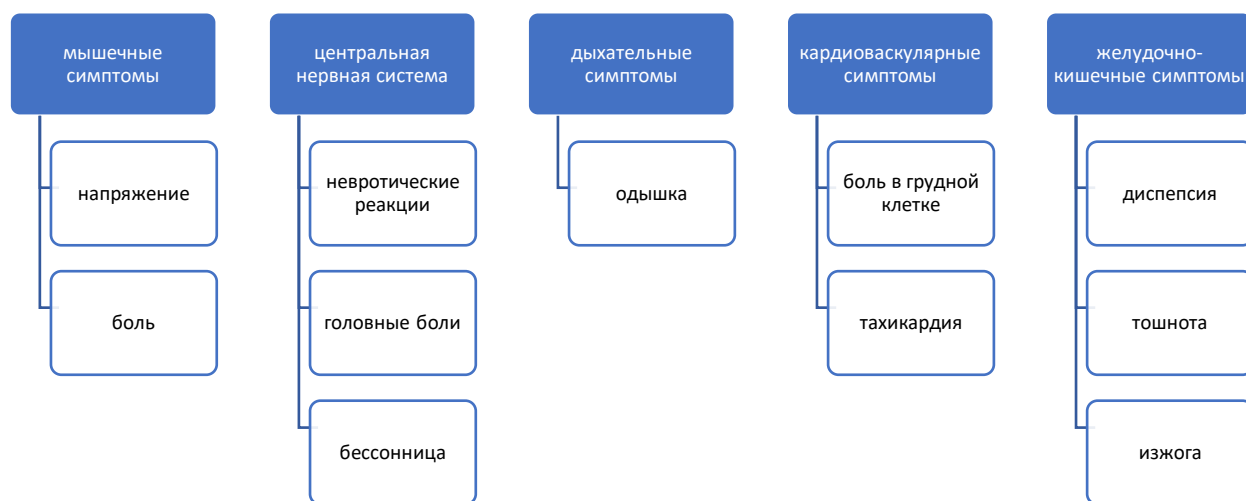


Рисунок 2 – Симптомомокомплексы эмоционального выгорания

Таким образом, «эмоциональное выгорание – это комплексное психологическое состояние, возникающее в результате длительного воздействия стрессовых факторов и характеризующееся сочетанием эмоционального истощения, деперсонализации и редукции профессиональных достижений. Структура СЭВ, включающая в себя ряд доминирующих синдромов, указывает на необходимость мультимодального подхода к его диагностике, лечению и профилактике» [42].

Для диагностики СЭВ были разработаны различные шкалы, среди которых наиболее известна шкала Ликерта. Она позволяет оценить частоту и силу развития синдрома по семибалльной шкале, классифицируя развитие СЭВ по частоте проявления симптомов: от ежедневных проявлений до нескольких раз в год или реже [21].

Интересно отметить, что в настоящее время разрабатываются и компьютерные методы выявления эмоциональных состояний. Среди них – детектор эмоций по голосу «Voice stress analysis» и детектор эмоций на основе

вейвлет-преобразования [65]. Пока эти методики находятся на этапе разработки и исследования, они представляют собой перспективное направление в диагностике эмоционального выгорания, способное в будущем превзойти традиционные методы. Эти методики основываются на патенте В.В. Савченко и предполагает оценку фонетического качества речи (ФКР). [48].

В исследовании, проведенном авторами, метод «Voice Self-analysis» был применен для диагностики эмоционального выгорания, а его результаты подтвердились с помощью опросника на выгорание К. Маслач и С. Джексона, адаптированного Н.Е. Водопьяновой [59].

Интересным фактом, упомянутым в работе, является то, что речевые характеристики могут выступать индикатором эмоционального состояния. Согласно исследованиям А.Н. Голубинского, по речевому сигналу можно определить эмоциональное состояние человека. «Ключевыми показателями, используемыми при такой диагностике, являются средняя длина отрезка речи, темп артикулирования, латентный период речевой реакции и коэффициент словарного разнообразия» [48].

Среди множества методов диагностики эмоционального выгорания наиболее распространенными являются методики Н.Е. Водопьяновой, В.В. Бойко, А.А. Рукавишниковой, а также методики зарубежных исследователей, таких как Дж. Гринберг и Дж. Гибсон.

Методика Н.Е. Водопьяновой предназначена для диагностики эмоционального выгорания у специалистов, чья деятельность связана с постоянным взаимодействием с людьми [62]. Методика включает 22 утверждения, сгруппированные по трем субшкалам: эмоциональное истощение, деперсонализация и личностные достижения. Эта методика прошла апробацию и имеет несколько вариаций для разных профессий, что делает ее универсальной и востребованной. При интерпретации результатов учитываются такие факторы, как возраст и пол респондентов, что способствует повышению точности получаемых данных [47].

Методика В.В. Бойко также широко используется для оценки эмоционального выгорания. Она более сложна в применении, так как содержит 84 утверждения и требует детальной интерпретации. Тем не менее, она дает глубокое понимание симптомов выгорания, стадий его развития и общей степени выраженности. Преимуществом данной методики является возможность сопоставления полученных данных с реальными наблюдениями за сотрудниками [47]. Эта методика была успешно использована в исследованиях по выявлению уровня эмоционального выгорания среди руководителей коммерческих организаций.

Менее популярна, но все же применяемая в исследовательской практике, методика А.А. Рукавишникова. Она состоит из 72 утверждений и позволяет оценить эмоциональное выгорание на трех уровнях: межличностном, личностном и мотивационном [47]. Благодаря этой методике можно выявить, связано ли выгорание с психоэмоциональным истощением, личностным отчуждением или с потерей мотивации.

Методика Дж. Гринберга является менее информативной, но может использоваться как дополнительный инструмент диагностики. Она содержит 20 утверждений, позволяющих определить общий уровень выгорания (высокий, средний, низкий). Более схожей с методикой Водопьяновой по содержанию является методика Дж. Гибсона, включающая 18 вопросов. Основными показателями в данной методике выступают психоэмоциональное истощение, личностное удаление и профессиональная мотивация [47].

Профилактика и лечение эмоционального выгорания во многом схожи. Основной целью профилактических и реабилитационных мероприятий является снятие действия стрессоров, снижение рабочего напряжения, повышение профессиональной мотивации и выравнивание баланса между затраченными усилиями и получаемым вознаграждением [46]. Согласно мнению Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой, оптимизм и активность, как устойчивые личностные характеристики, способствуют снижению риска развития профессионального выгорания [46].

На сегодняшний день разработано немало стратегий, направленных на помощь работникам в предотвращении и коррекции эмоционального выгорания. Среди них выделяют специализированные тренинги, способствующие формированию представлений о факторах и признаках СЭВ, овладению методами психологической диагностики и развитию стратегий совладающего поведения в стрессогенных ситуациях. Особое внимание уделяется развитию навыков саморегуляции и техники позитивного мышления [46].

Профилактика синдрома выгорания представляет собой комплекс мероприятий, направленных на снижение вероятности его развития и проявления. К ним относятся психологические, организационные и управленческие меры. Психологическая профилактика должна включать в себя разработку рекомендаций по улучшению социальных и профессиональных условий для самореализации личности в профессиональной деятельности. К методам самореализации можно отнести личностно-ориентированную терапию, участие в психотерапевтических группах и тренингах по коррекции нормативных ценностей [68].

Эффективная профилактика эмоционального выгорания включает в себя выявление групп риска, диагностику признаков выгорания и принятие мер по устранению влияния негативных факторов. Важным элементом профилактики является создание учебной среды, где специалисты могут освоить техники борьбы с эмоциональными перегрузками и стрессом. Развитие навыков релаксации, спорта, медитации и других методов позволяет разделить личное и профессиональное жизненное пространство, что способствует предотвращению выгорания» [6, с. 119].

Профилактика эмоционального выгорания – важная составляющая, направленная на предотвращение негативных последствий, связанных с профессиональным стрессом. Одним из основных подходов к профилактике является разработка и внедрение методов саморегуляции и улучшения психологической устойчивости.

Для понимания стратегий профилактики важно обратиться к исследованиям, описанным в монографии под редакцией А.Ю. Нагорновой. В работе уделяется внимание психологической диагностике и коррекции защитно-совладающего поведения. Так, авторы отмечают, что повышение стрессоустойчивости во многом зависит от развитости навыков саморегуляции и копинг-стратегий, способных снизить влияние стрессоров на психическое состояние личности [50, с. 55].

Особое внимание в стратегии профилактики уделяется обучению и развитию навыков совладания со стрессом. Здесь важно отметить, что профилактика стрессоустойчивости может осуществляться не только на индивидуальном, но и на организационном уровне. Так, согласно исследованиям А.Ю. Дмитренко, одним из эффективных направлений является создание благоприятной рабочей среды и поддерживающей атмосферы, способствующей развитию навыков эффективного управления стрессом [15]. Также особое место занимают программы психологической подготовки, направленные на укрепление профессиональной ответственности и повышение осознанности в отношении собственных эмоций и реакций.

Профилактические программы могут включать различные подходы, такие как обучение методам релаксации, когнитивно-поведенческой терапии и медитативным практикам. Например, А.А. Мишин и его коллеги подчеркивают значимость обучения персонала навыкам контроля над негативными эмоциями и разработки индивидуальных стратегий адаптации к стрессовым ситуациям [34]. Важным аспектом является также обучение техникам эмоциональной разрядки, которые позволяют снизить уровень психоэмоционального напряжения.

В контексте профессиональной деятельности врача В.Н. Егоров указывает на важность своевременной диагностики и коррекции негативных психических состояний. Для этого необходимо проводить регулярный мониторинг уровня стресса и эмоционального выгорания, что позволит выявлять ранние признаки и принимать меры по их устранению [18]. Также

рекомендуется проводить тренинги и семинары, направленные на повышение осознанности в отношении собственных ресурсов и возможностей управления стрессом.

По мнению В.В. Бойко, эмоциональное выгорание выступает как защитный механизм, который проявляется в форме полного или частичного исключения эмоций [4]. Таким образом, профилактика должна быть нацелена на формирование адекватных способов саморегуляции и восстановления эмоционального баланса. Одной из ключевых стратегий является планирование решения проблемы, когда человек анализирует ситуацию, ищет ее положительные и отрицательные стороны, а также структурирует свои действия, чтобы облегчить и рационализировать решение проблемы (рисунок 3) [36].

Схема профилактики эмоционального выгорания

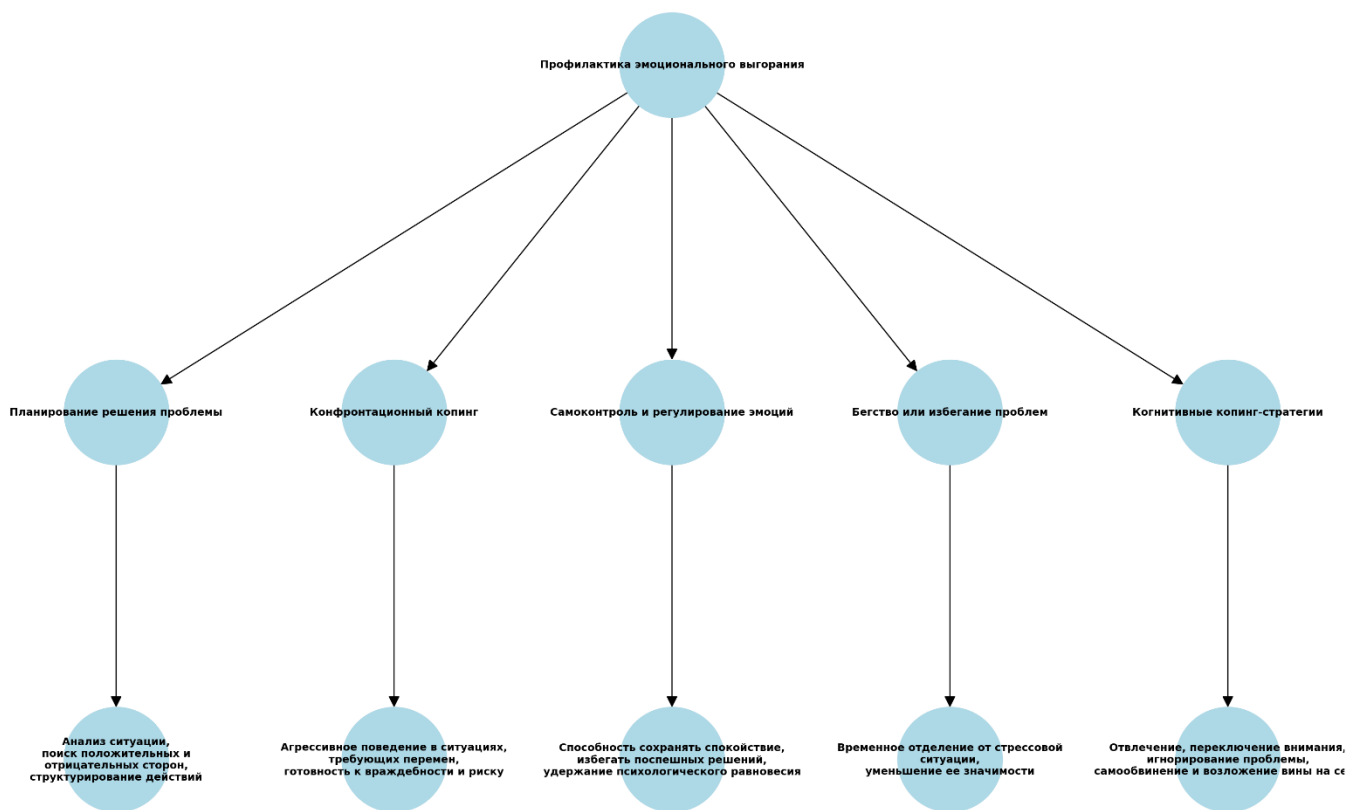


Рисунок 3 – Основные стратегии профилактики эмоционального выгорания

Подводя итоги, следует отметить, что понятие эмоционального выгорания в психологии представляет собой многогранный феномен,

изучение которого продолжается и сегодня. Различные аспекты, такие как эмоциональный интеллект, эмоциональный труд и социальная идентичность, являются ключевыми направлениями в исследовании данного явления. Понимание эмоционального выгорания и факторов, влияющих на его развитие, позволяет разрабатывать эффективные стратегии для его преодоления и предотвращения в профессиональной и личной сферах жизни.

1.2 Особенности профессионального стресса медицинских работников

Работа сотрудников скорой медицинской помощи (СМП) характеризуется высокой степенью ответственности, интенсивным рабочим графиком и постоянным стрессом. Согласно статистическим данным, в 2012 году медики службы скорой помощи оказали медицинскую помощь почти 48 миллионам россиян, что составляет треть населения страны. Такая значимость и масштабность работы налагают на специалистов СМП значительные психологические и эмоциональные нагрузки. Помимо профессионализма, современный пациент ожидает от сотрудников СМП уважения и понимания. Тем не менее, напряженное эмоциональное состояние пациентов и их близких зачастую усложняет взаимодействие, возлагая дополнительную эмоциональную нагрузку на медицинских работников [61].

Социальные изменения и растущие требования к качеству медицинской помощи усиливают психологические нагрузки на работников скорой помощи. Пациенты все чаще требуют не только качественного медицинского обслуживания, но и эмоциональной поддержки. Поэтому на сотрудников медицинской помощи ложится дополнительная ответственность за обеспечение не только физического, но и психоэмоционального комфорта пациентов. «При этом интенсификация профессиональной деятельности, насыщенная эмоционально напряженным общением, создает предпосылки для формирования синдрома эмоционального выгорания (СЭВ)» [61, с. 111].

Профессиональная деятельность работников скорой медицинской помощи характеризуется высокой степенью напряженности, требующей от специалистов определенного набора личностных качеств. К ним относятся компетентность, стрессоустойчивость, ответственность, самоотверженность, доброжелательность и способность принимать быстрые решения в критических ситуациях. Особенностью работы на станции скорой помощи является постоянное взаимодействие со страданиями людей и их негативными эмоциями, что требует от сотрудников умения сохранять эмоциональное равновесие. Для защиты от эмоциональных перегрузок медицинские работники используют своеобразные психологические барьеры, которые позволяют снизить уровень эмпатии и предотвратить развитие синдрома эмоционального выгорания [17].

От качества решений, которые они принимают, напрямую зависит эффективность оказания медицинской помощи пациентам. Следовательно, их психоэмоциональное состояние имеет важное значение не только для них самих, но и для пациентов, которым они оказывают помощь [1].

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) – «это защитный механизм, возникающий в ответ на интенсивные психоэмоциональные стрессы в профессиональной деятельности. Он характеризуется постепенным истощением эмоциональных ресурсов и снижением качества предоставляемой помощи. Феномен СЭВ может привести к негативному отношению к работе и утрате понимания эмоционального состояния пациента, что в свою очередь может повлиять на уровень диагностики его физиологического состояния» [61, с. 112]. СЭВ оказывает влияние не только на профессиональную деятельность сотрудников, но и на их психосоматическое здоровье. Исследования показывают, что выраженный синдром может приводить к развитию психосоматических и психовегетативных нарушений.

Одной из ключевых особенностей работников СМП, является их эмоциональная устойчивость. Эмоциональная устойчивость – это способность сохранять психологическое равновесие в условиях

длительного стресса, что особенно актуально для медиков, работающих в службе скорой помощи. Именно от этого качества во многом зависит их эффективность в экстремальных ситуациях. Высокий уровень эмоциональной устойчивости позволяет работникам СМП сохранять самообладание, объективность и профессионализм даже в самых сложных обстоятельствах.

Еще одной важной психологической особенностью работников СМП является наличие альтруистических установок. Исследования показывают, что альтруизм и стремление к помощи другим людям являются важнейшими мотивами выбора данной профессии. Альтруистические установки побуждают медицинских работников оказывать помощь пациентам, даже если это сопряжено с риском для собственного здоровья и благополучия. Более того, именно альтруизм часто становится тем внутренним ресурсом, который помогает преодолевать профессиональные трудности и справляться с эмоциональным выгоранием.

Исследования СЭВ среди фельдшеров скорой помощи выявили, что определенные личностные особенности способны противостоять формированию данного синдрома. К числу таких особенностей относятся общительность, эмоциональная устойчивость и самодостаточность. В частности, наличие высокого уровня эмоционального интеллекта (ЭИ) снижает вероятность развития СЭВ [61]. Эмоциональный интеллект подразумевает способность понимать и управлять как своими, так и чужими эмоциями. Исследование показало, что существует обратная зависимость между уровнем эмоционального интеллекта и степенью выраженности СЭВ. Так, сотрудники скорой помощи с высоким уровнем ЭИ реже испытывают эмоциональное выгорание [61].

Однако эмоциональный интеллект не является единственным фактором, влияющим на развитие СЭВ. Даже при высоком уровне ЭИ у сотрудников скорой помощи может наблюдаться высокий уровень выгорания, что указывает на сложность и многогранность этого феномена [61, с. 114].

Очевидно, что для качественной работы в эмоционально напряженных условиях сотрудникам СМП необходимо уделять особое внимание своему психоэмоциональному здоровью и использовать стратегии профилактики эмоционального выгорания. Это включает развитие навыков эмоционального интеллекта, саморегуляции и позитивного мышления, которые могут способствовать сохранению психоэмоционального баланса и повышению качества оказываемой помощи.

Под системой личностных детерминант эмоционального выгорания рассматриваются такие переменные, как самооценка стрессоустойчивости, мотивация к успеху и уровень групповой сплоченности. «Самооценка стрессоустойчивости включает в себя эмоциональный, волевой и структурный компоненты, позволяющие оптимально достигать поставленных целей без вреда для здоровья. Индекс групповой сплоченности, в свою очередь, отражает степень интеграции группы и является важным фактором, способствующим снижению уровня стресса у сотрудников» [17, с. 41].

Исследования показали, что существует взаимосвязь между уровнем мотивации к успеху, самооценкой стрессоустойчивости и вероятностью возникновения СЭВ. Сотрудники скорой помощи с высокой мотивацией к успеху и высокой оценкой своей стрессоустойчивости менее подвержены развитию эмоционального выгорания. Однако чрезмерная уверенность в своих силах при столкновении со стрессовыми ситуациями может привести к затрате значительного количества психофизической и эмоциональной энергии, что в итоге способствует увеличению уровня выгорания. Это подчеркивает важность адекватной самооценки и умения сохранять баланс между стремлением к успеху и заботой о собственном психоэмоциональном состоянии.

Интересно отметить, что среди работников скорой помощи отмечается достаточно высокий уровень мотивации к успеху. По данным исследования, 50% сотрудников имеют средний уровень мотивации к успеху, 30% – умеренно высокий и 20% – слишком высокий. Это указывает на отсутствие

низкого уровня мотивации в данной профессиональной сфере, что объясняется сложностью и ответственностью, присущей профессии. Высокий индекс групповой сплоченности, наблюдаемый у большинства сотрудников скорой помощи (60%), свидетельствует о наличии устойчивых и благоприятных отношений в коллективе, взаимовыручки и готовности прийти на помощь друг другу.

Анализ результатов самооценки стрессоустойчивости показал, что лишь 7% сотрудников скорой помощи обладают высоким уровнем самооценки в этом отношении. Именно эти сотрудники наиболее подвержены риску эмоционального выгорания. Средний уровень самооценки стрессоустойчивости, который наблюдается у 70% опрошенных, считается оптимальным для работы в данной сфере. «Высокий уровень стресса и ответственность за жизнь пациентов, которые ложатся на плечи работников скорой помощи, оказывают значительное влияние на формирование симптомов эмоционального выгорания. По данным шкалы «Напряжение», 90% сотрудников скорой помощи уже имеют сложившиеся симптомы СЭВ [17].

Таким образом, психологические особенности профессиональной деятельности работников скорой помощи обусловлены постоянным стрессом, необходимостью быстрого принятия решений и высокой ответственностью. Развитие эмоционального выгорания тесно связано с уровнем мотивации к успеху, самооценкой стрессоустойчивости и индексом групповой сплоченности. Для поддержания психологического здоровья и предотвращения выгорания сотрудникам скорой помощи важно развивать навыки саморегуляции, а также поддерживать благоприятные отношения в коллективе.

Типология личности врачей также играет ключевую роль в развитии эмоционального выгорания. Согласно исследованию, педантичный, демонстративный и эмотивный типы личности более склонны к развитию этого синдрома. Педантичные личности стремятся к идеальному порядку,

демонстративные — к первенству и признанию, а эмотивные отличаются повышенной чувствительностью и впечатлительностью (рисунок 4) [14, с. 80].

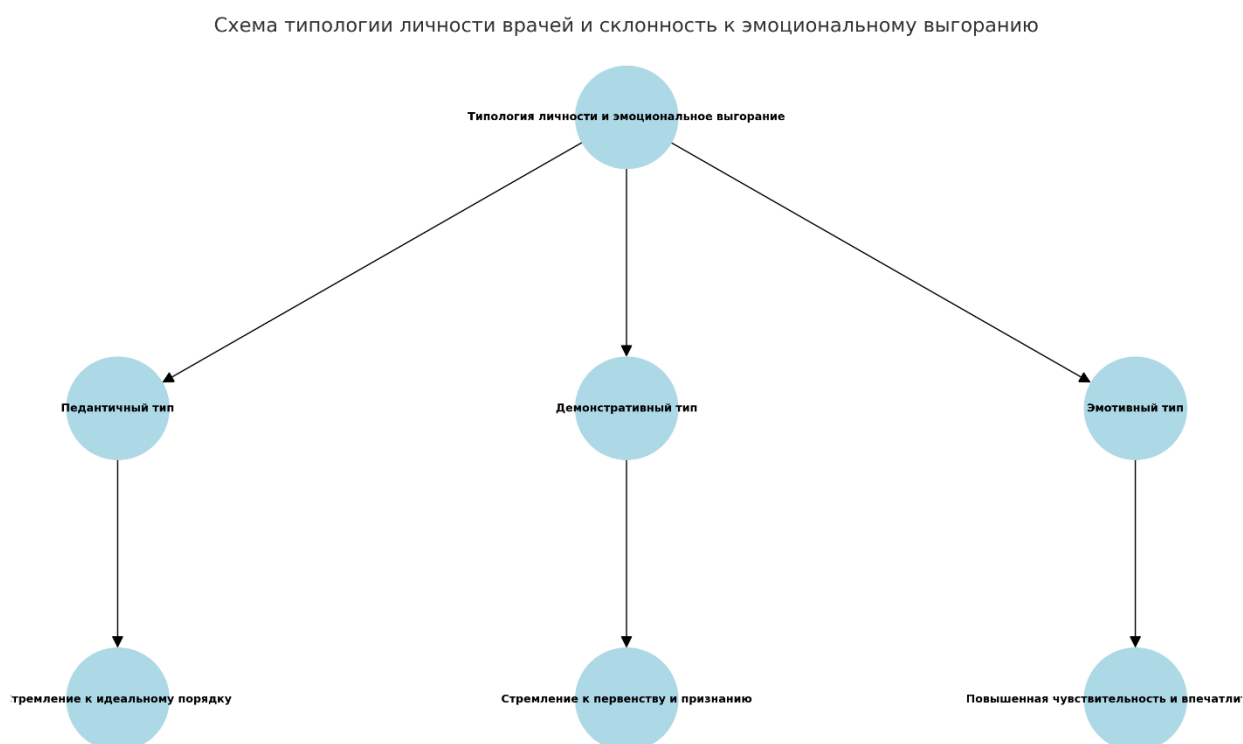


Рисунок 4 – Типология личности врачей и их склонность к эмоциональному выгоранию

Однако постоянное столкновение с критическими ситуациями и необходимость оказывать экстренную медицинскую помощь могут привести к снижению эмоциональной устойчивости и возникновению профессионального выгорания. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) является одним из наиболее распространенных последствий длительной работы в службе скорой помощи. При этом работники СМП подвержены не только физическому истощению, но и эмоциональному истощению, что отражается на их профессиональной деятельности и общем психологическом состоянии.

Исследования показывают, что выгорание у представителей «помогающих» профессий, к которым относятся и медики скорой помощи, имеет свои особенности. Оно тесно связано с экзистенциальными

проблемами, в частности с потерей смысла профессиональной деятельности. Авторы указывают, что синдром эмоционального выгорания – это, скорее, «плата» за нереализованные ожидания и утрату смысла в работе, а не за сочувствие и любовь к людям [49, с. 503]. В процессе развития синдрома сотрудники скорой помощи могут испытывать как внутренние, так и внешние изменения, влияющие на их психическое состояние и отношение к работе.

Психодиагностическое обследование работников скорой помощи выявило наличие у них ряда специфических эмоциональных состояний и изменений в самоотношении. У тех, кто страдает от эмоционального выгорания, отмечаются элементы экзистенциального кризиса, обусловленные как профессиональными ситуациями, так и личностными особенностями «выгоревших» [49, с. 503]. Это приводит к тому, что человек испытывает значительные трудности в поиске смысла не только в своей профессии, но и в собственной жизни в целом.

Влах Н.И. подчеркивает, что эмоциональное выгорание у медицинских работников скорой помощи связано с комплексом эмоциогенных факторов, как объективных, так и субъективных. К ним относятся высокая эмоциональная напряженность деятельности, отсутствие видимого результата работы, обесценивание усилий со стороны окружающих, а также проблемы во взаимоотношениях с коллегами и пациентами. Воздействие этих факторов приводит к снижению профессиональной эффективности, что в свою очередь, усугубляет состояние выгорания. Согласно данным исследования, эмоциональное выгорание не является неизбежным следствием профессиональной деятельности медицинских работников. Оно может быть результатом неудачного поиска смысла жизни и профессиональной деятельности. Таким образом, «профилактика и коррекция данного синдрома должны быть направлены на восстановление утраченных ценностей и поиск нового смысла в профессиональной деятельности» [49, с. 504].

Исследования показывают, что многие сотрудники скорой помощи ощущают потребность в психологической поддержке. В одном из опросов

87% респондентов выразили готовность принять психологическую помощь для решения как профессиональных, так и личных проблем. Однако некоторые сотрудники отвергают такую помощь, объясняя это наличием механизмов психологической защиты, таких как отрицание и вытеснение [1]. Это указывает на сложность и неоднозначность отношения медицинских работников к собственной психоэмоциональной нагрузке.

Еще одна психологическая особенность профессиональной деятельности работников СМП заключается в том, что большинство из них предпочитает индивидуальные формы психологической работы, несмотря на наличие определенной доли, выбирающей групповые занятия. Ограниченность времени и напряженный график работы ограничивают продолжительность сеансов психологической помощи. Сотрудники обычно готовы выделить лишь 20 – 30 минут на общение с психологом, что затрудняет возможность более глубокой работы над проблемами.

Анализ психологических проблем работников скорой помощи выявляет, что основным источником дискомфорта является профессиональная деятельность, что указывает на ее высокую стрессогенность. Конфликтные ситуации, возникающие как в общении с пациентами, так и внутри коллектива, являются дополнительными факторами, влияющими на психологическое состояние медицинских работников. Поэтому они нуждаются в специальных психологических тренингах, направленных на разрешение конфликтов, управление агрессией и командообразованием [1].

Работники скорой помощи ежедневно сталкиваются с ситуациями, требующими максимальной концентрации, скорости реакции и принятия сложных решений. Эти условия труда часто приводят к тому, что у сотрудников формируется ощущение изоляции и непонимания со стороны окружающих. В условиях постоянного стресса и давления это ощущение усиливается, что может приводить к усугублению симптомов эмоционального выгорания [40, с. 4].

В исследованиях Е.Е. Роговой отмечается, что «одинокость среди медицинских работников проявляется в двух основных формах: социальной и эмоциональной. Социальное одиночество связано с дефицитом социальных контактов и поддержкой со стороны коллег и близких, что особенно остро ощущается в условиях интенсивного графика работы скорой помощи. Эмоциональное одиночество, напротив, характеризуется чувством отчужденности и отсутствием эмоциональной близости, даже если человек находится среди других людей. Это чувство может усугубляться, когда сотрудники скорой помощи сталкиваются с трудностями в общении с пациентами и коллегами, что приводит к ощущению непонимания и недооценённости их труда» [40, с. 6].

Исследования показывают, что существует прямая взаимосвязь между уровнем одиночества и степенью выраженности эмоционального выгорания. Высокий уровень одиночества сопровождается более выраженными симптомами выгорания, такими как эмоциональное истощение, деперсонализация и снижение профессиональной эффективности. Особенно уязвимыми оказываются сотрудники, которые испытывают эмоциональное одиночество, так как оно напрямую влияет на их психологическое благополучие и способность справляться со стрессовыми ситуациями [40].

Особое внимание заслуживает концепция «синдрома второй жертвы», обсуждаемая авторами. Этот феномен описывает психологические последствия медицинских ошибок для врачей, включая чувство вины и снижение профессиональной удовлетворенности. Эти данные подтверждают необходимость дополнительного психологического сопровождения.

Среди множества представленных данных выделяются результаты, показывающие различия в уровнях выгорания среди медицинских работников разных возрастных групп и с разным стажем. Например, молодые специалисты с опытом работы менее 5 лет в три раза чаще подвержены выгоранию, чем их коллеги с опытом более 20 лет [51]. Это указывает

на необходимость разработки целевых программ поддержки для начинающих специалистов.

Интересным является наблюдение, что в начале пандемии, несмотря на стрессовые условия, некоторые врачи испытывали всплеск мотивации, связанный с чувством общности и общей цели. Однако длительное напряжение привело к усилению деперсонализации и истощения.

Например, в исследовании Г.А. Неплюевой и соавторов выявлена высокая распространенность выгорания среди кардиологов в России – более 52% специалистов испытывают эмоциональное истощение и деперсонализацию, что ассоциируется с желанием сменить работу или профессию [35].

Среди проанализированных данных особо выделяются результаты: высокая степень выгорания наблюдается у врачей, работающих более 1,5 ставок, что подтверждает связь между рабочей нагрузкой и профессиональным выгоранием. Эмоциональное истощение выявлено у 72% участников исследования, что делает его наиболее частым симптомом выгорания. Мужчины чаще испытывают деперсонализацию (15,0 баллов против 11,0 у женщин), что может быть связано с их подходом к профессиональной деятельности [35].

Эти данные подчеркивают необходимость разработки интервенций, направленных на снижение нагрузки и улучшение условий труда.

Матюшкина Е.Я., Рой А.П., Рахманина А.А. и Холмогорова А.Б. указывают на «необходимость учета профессиональных и организационных факторов, таких как высокие требования к медицинским работникам, регулярные нарушения циркадных ритмов и необходимость введения новых технологий, включая электронные системы учета» [32]. Все это значительно усиливает эмоциональное истощение, деперсонализацию и снижение профессиональных достижений.

Среди представленных данных выделяются результаты, подтверждающие высокую степень профессионального выгорания среди

врачей экстренной медицинской помощи, что связано с высокой интенсивностью труда и постоянным эмоциональным напряжением. В частности, 66,7% медицинских работников в Южной Африке испытывают умеренные или высокие уровни выгорания. Эти данные подчеркивают необходимость целенаправленного подхода к разработке профилактических мер.

Интересным является также анализ гендерных различий: женщины чаще испытывают эмоциональное истощение, в то время как мужчины чаще сталкиваются с деперсонализацией [32]. Эти различия важны для разработки специализированных программ поддержки.

Основной причиной эмоционального истощения является длительное пребывание в стрессовой рабочей среде, что приводит к снижению качества профессиональной деятельности и ухудшению отношений с пациентами. Анализ статьи позволяет выделить ключевые элементы профилактических мероприятий, таких как внедрение тренингов по методу балинтовских групп и пропаганда здорового образа жизни.

Среди представленных эмпирических результатов особое внимание привлекают данные, свидетельствующие об эффективности балинтовских групп. Например, после прохождения тренингов участники отметили улучшение восприятия пациентов, осознание значимости межличностных отношений и расширение репертуара коммуникативных стереотипов. Эти изменения положительно сказались на профессиональном росте медицинских сестер и их способности контролировать психоэмоциональную нагрузку.

Также интересно наблюдение о том, что молодые сотрудники с опытом работы менее 1,5 лет чаще сталкиваются с эмоциональным истощением из-за несоответствия ожиданий и реальности профессиональной деятельности. Установлено, что женщины чаще испытывают эмоциональное истощение, в то время как у мужчин преобладают симптомы деперсонализации.

В статье Р.А. Хальфина, П.С. Смольниковой и А.С. Столковой рассматриваются основные факторы профессионального стресса, включая продолжительный ненормированный рабочий день, высокую нагрузку, межличностные конфликты и недостаток времени на восстановление [58]. Эти стрессоры оказывают негативное влияние на психическое здоровье медицинских работников, усугубляя эмоциональное выгорание.

Авторы подчеркивают, что пандемия COVID-19 значительно усилила стрессовые условия труда. Например, медицинские работники, которые работали с пациентами, зараженными коронавирусом, чаще сталкивались с тревожными и депрессивными расстройствами, что связано с повышенным риском заражения и недостатком средств индивидуальной защиты.

Особое внимание привлекают данные о масштабах профессионального выгорания. Например, в исследовании, проведенном в Чехии, было установлено, что среди медицинских работников, участвовавших в лечении пациентов с COVID-19, синдром выгорания коррелирует с симптомами посттравматического стресса [58]. Эти результаты подтверждают необходимость внедрения мер профилактики на системном уровне. Кроме того, важно отметить, что врачи воспринимают эмоциональное выгорание как многофакторный процесс, включающий личностные, социальные и организационные причины. Это свидетельствует о необходимости комплексного подхода к решению проблемы, учитывающего индивидуальные и коллективные факторы.

Последствия эмоционального выгорания оказывают глубокое влияние на профессиональную деятельность и межличностные отношения специалистов. У врачей и медсестер, испытывающих эмоциональное выгорание, возникает тенденция к снижению общей энергетической активности и ослаблению нервной системы [22]. Это состояние становится неотъемлемым атрибутом личности, отражаясь на ее поведении и способности эффективно взаимодействовать с коллегами и пациентами.

Профессия врача сама по себе способствует развитию болезненных состояний, которые проявляются в разочаровании, деморализации и даже в стремлении покинуть эту профессию. Ухудшение психического здоровья, снижение устойчивости в браке и увеличение склонности к употреблению психоактивных веществ – всё это свидетельствует о негативном воздействии эмоционального выгорания на жизнь врачей (рисунок 5).

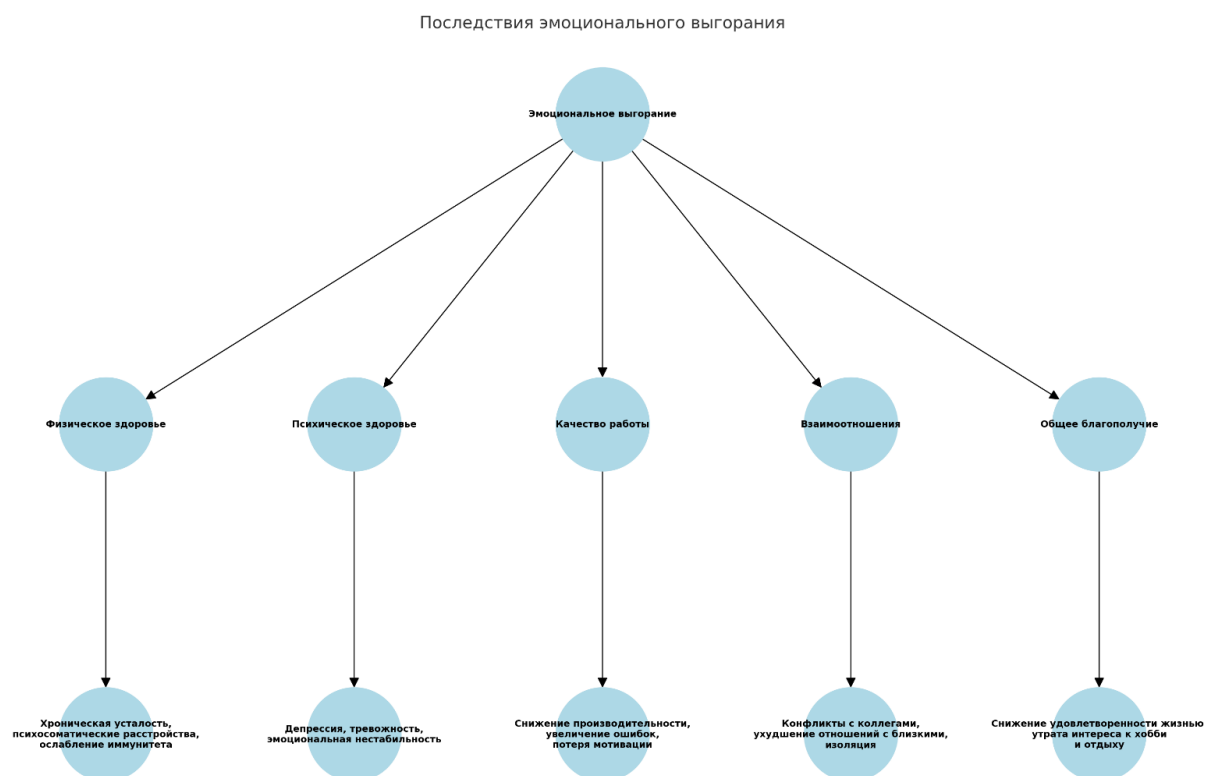


Рисунок 5 – Влияние эмоционального выгорания на различные аспекты жизни и работы

Результаты исследования, проведенного на базе Института непрерывного профессионального образования и аккредитации, показали, что симптомы эмоционального выгорания различной степени выраженности присутствуют у большинства врачей, занимающихся неотложной помощью. Стадии выгорания включают напряжение, резистенцию и истощение, каждая из которых характеризуется специфическими проявлениями (рисунок 6) [14, с. 79-80].

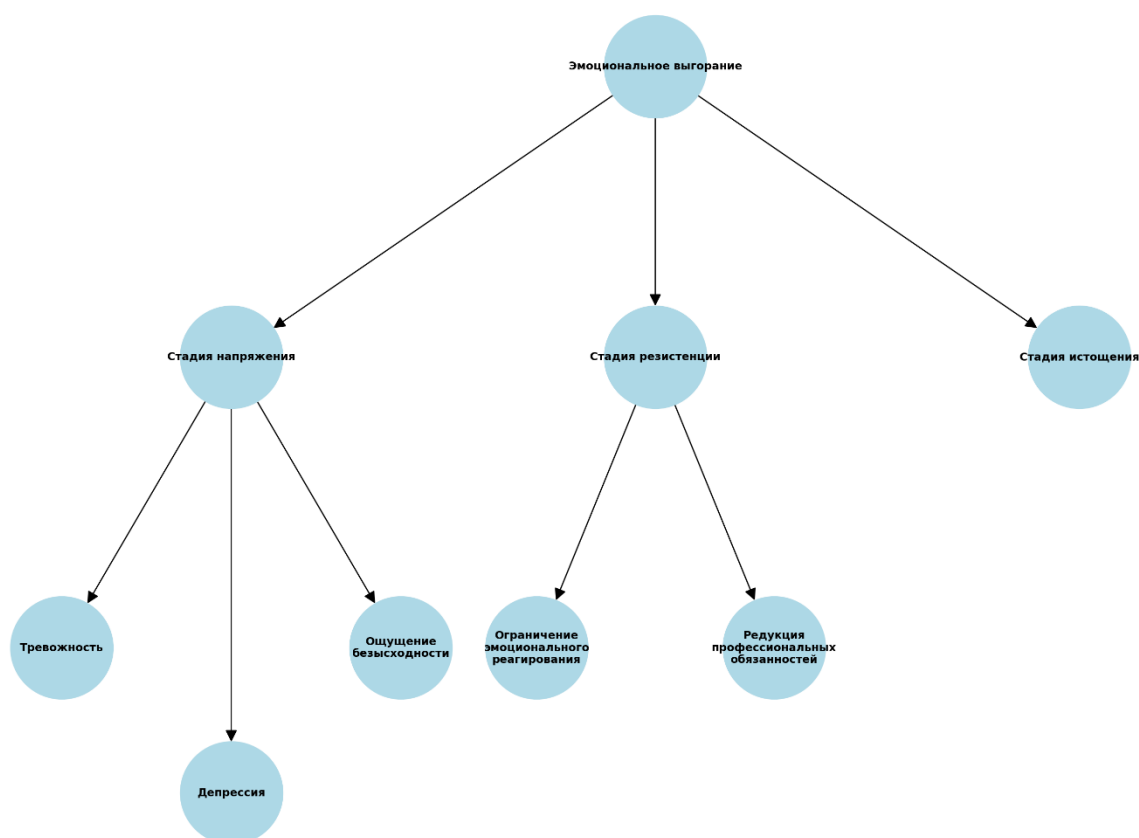


Рисунок 6 – Схема стадий и симптомов эмоционального выгорания у врачей неотложной помощи

В условиях постоянного давления и необходимости принимать ответственные решения ощущение одиночества усиливается, что приводит к снижению эмоциональной устойчивости и увеличивает риск развития синдрома эмоционального выгорания [40, с. 8]. При этом профессиональная деятельность сотрудников скорой помощи, требующая постоянного контакта с болью и страданием пациентов, обостряет переживание одиночества, создавая ощущение отчуждения от окружающего мира.

Таким образом, психологические особенности профессиональной деятельности работников скорой помощи связаны с высокой эмоциональной и психологической нагрузкой, что может привести к развитию синдрома эмоционального выгорания. Для эффективного выполнения своих обязанностей и поддержания психоэмоционального здоровья сотрудникам

СМП необходимо развивать эмоциональный интеллект и использовать различные стратегии профилактики выгорания.

1.3 Предупреждение эмоционального выгорания путем снижения показателей профессионального стресса

Синдром эмоционального выгорания рассматривается современной наукой как сложный психофизиологический феномен, включающий эмоциональное, умственное и физическое истощение, возникающее из-за продолжительного эмоционального перенапряжения [53, с. 178]. Психологическая безопасность сотрудников, их отношение к работе и трудовое поведение играют ключевую роль в формировании этого синдрома.

Одним из факторов возникновения эмоционального выгорания у работников являются систематические переработки, лишаящие их возможности вести полноценную жизнь. Многие молодые специалисты отмечают, что работа отнимает всё свободное время, не оставляя возможности для личной жизни, регулярных занятий спортом или хобби [53]. Данный фактор ведет к дисбалансу между профессиональной и личной жизнью, что часто становится причиной эмоционального истощения и снижает психологическую устойчивость.

Эмоциональное и профессиональное выгорание представляют собой серьезные проблемы, с которыми сталкиваются молодые специалисты в современном обществе. Они напрямую влияют на снижение мотивации и эффективность сотрудников. Одним из ключевых факторов, способствующих возникновению эмоционального выгорания, является неблагоприятный социально-психологический климат в коллективе. Постоянное эмоциональное и физическое напряжение, возникающее в таких условиях, ведет к нервному истощению и выгоранию [52]. Это может усугубляться недостаточной поддержкой со стороны коллег и руководства, создавая дополнительные стрессы для молодых работников.

Отношение самого сотрудника к своей деятельности также играет важную роль. Профессиональное выгорание зачастую проявляется в виде эмоциональной истощенности, деперсонализации и обесценивания своих профессиональных достижений. По данным опроса, проведенного Аналитическим центром НАФИ и Фондом Росконгресс, 45% трудоустроенных граждан РФ сталкивались с профессиональным выгоранием, и около 15% продолжают испытывать его на данный момент. Большое количество постоянных стрессовых ситуаций и нервное напряжение были определены респондентами как основные причины возникновения этого состояния [52].

Отсутствие возможности получать полноценные знания и развивать профессиональные навыки также является одним из важных факторов выгорания. Молодые специалисты часто отмечают, что вынуждены работать в условиях, которые не позволяют им полноценно обучаться и выполнять все задания, что ведет к формированию неуверенности в своих профессиональных знаниях и чувствам неудачника [53, с. 181]. Такой дефицит профессионального развития усиливает ощущение непрерывного стресса и способствует развитию негативного отношения к работе.

Еще один значимый фактор — отсутствие поддержки со стороны близких и руководства. Молодые специалисты часто сталкиваются с нехваткой понимания со стороны родных и отсутствием реальной поддержки от начальства. Недостаток социальной поддержки может привести к ощущению изолированности и усилению симптомов эмоционального выгорания (рисунок 7).

Социально-демографические и организационные факторы, такие как возраст, стаж работы, условия труда, также играют роль в возникновении эмоционального выгорания. Например, сотрудники со стажем работы менее трёх лет более подвержены среднему и высокому уровню эмоционального выгорания (67,5%), чем их более опытные коллеги [53, с. 179].

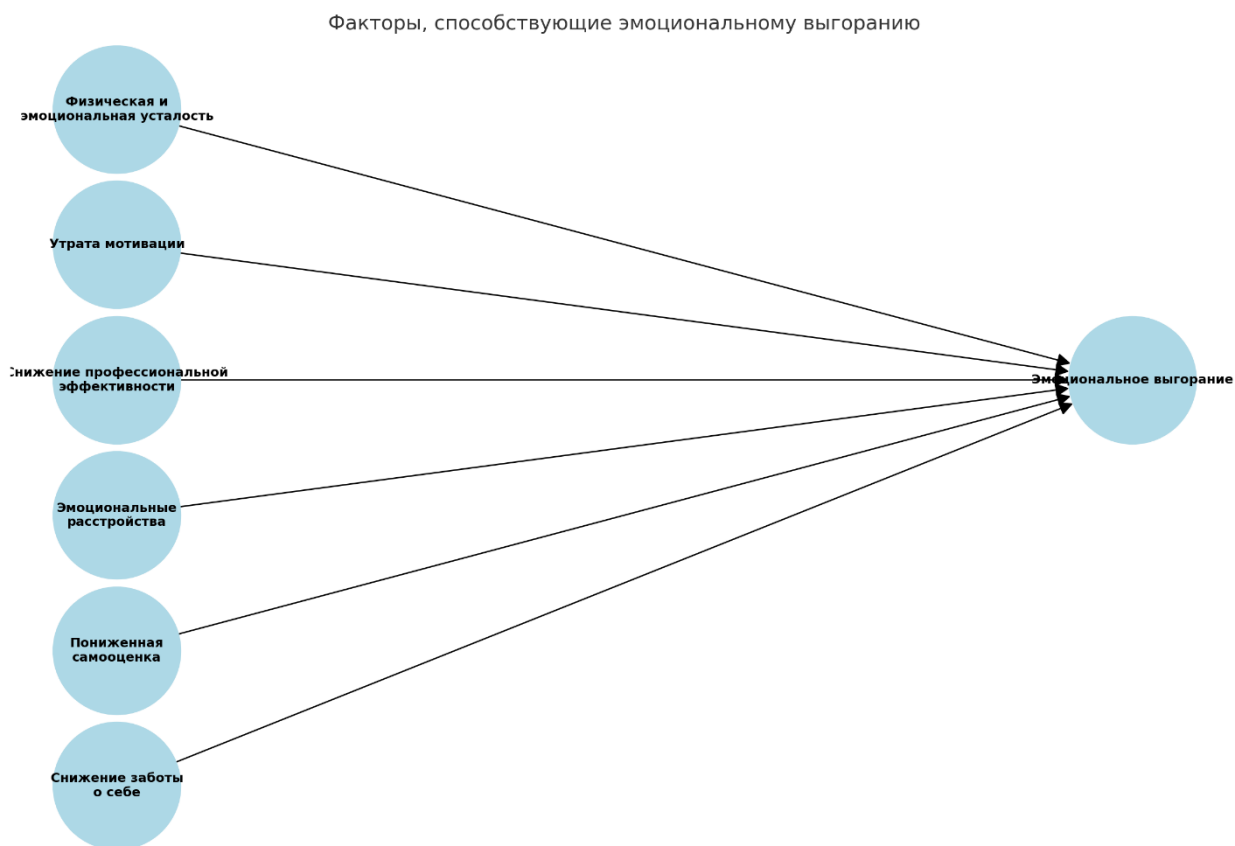


Рисунок 7 – Факторы, способствующие эмоциональному выгоранию

Среди других факторов можно выделить неадекватную оценку результатов работы, отсутствие обратной связи и поддержки от руководства. По данным опроса, такие факторы, как несоразмерность финансовой мотивации и затрачиваемых усилий, переработки, конфликтные ситуации с руководством и коллегами, также оказывают существенное влияние на возникновение выгорания [52, с. 476]. Молодые специалисты особенно уязвимы перед этими факторами из-за своей неопытности и часто недостаточной адаптации к требованиям и стрессам рабочего процесса.

Следует отметить, что социально-психологический климат во многом зависит не только от самих сотрудников, но и от системы управления персоналом. Например, проведение систематических опросов среди сотрудников, развитие профессиональных компетенций в интересах конкретного подчиненного, а также психологическая поддержка и консультирование могут значительно снизить риск возникновения

эмоционального выгорания [52, с. 476]. Таким образом, работодатели, уделяющие внимание этим аспектам, способны создать более благоприятную рабочую атмосферу и поддерживать мотивацию молодых специалистов.

Н.Е. Водопьянова и Е.С. Старченкова выделяют несколько факторов, влияющих на эмоциональное выгорание. К ним относятся социальное сходство и сравнение себя с другими, переживание несправедливости, социальная незащищенность и неудовлетворенность работой [9, с. 145]. Переживание несправедливости, например, возникает, когда человек оценивает свои усилия и ожидает соразмерного вознаграждения. Однако на практике это не всегда так, особенно в «помогающих» профессиях, где работники часто вкладывают больше, чем получают в ответ. Подобные дисбалансы усиливают степень выгорания.

Социальная незащищенность является еще одним важным фактором. В трудных социальных ситуациях люди часто нуждаются в поддержке, и ее отсутствие приводит к негативным переживаниям и, в конечном итоге, к мотивационно-эмоциональной деформации личности [70, с. 285]. Также важным фактором является неудовлетворенность работой. Чем больше сотруднику нравится его работа, тем ниже вероятность возникновения выгорания.

Личностные факторы также играют ключевую роль. В частности, это чувство ответственности за свою жизнь и выбранные стратегии преодоления кризисных ситуаций. Управление эмоциями становится обязательным навыком, особенно для лиц коммуникативных профессий. Постепенное подавление эмоций повышает риск развития психосоматических заболеваний и эмоционального выгорания.

Рольевые факторы включают нечеткие требования к сотруднику или ролевой конфликт. Работодатель может предъявлять завышенные ожидания, не соответствующие способностям работника. Это приводит к ролевой перегруженности и, как следствие, к повышенному риску выгорания [28, с. 3].

Факторы, инициирующие эмоциональное выгорание, разнообразны. Игумнова указывает, что на возникновение эмоционального выгорания у медицинских работников влияет характер их отношений с пациентами [22, с. 485]. Пациенты ожидают от врачей и медсестер уважительного, внимательного и душевного отношения. Однако постоянное напряжение и высокая степень ответственности за жизнь и здоровье пациентов могут приводить к психологическому истощению. Неспособность специалиста преодолевать стресс и сохранять психологическое равновесие в условиях постоянного давления способствует развитию синдрома «выгорания», который проявляется в усложнении взаимоотношений с окружающими и повышенной конфликтности.

Игумнова отмечает, что на начальной стадии эмоционального выгорания для врачей характерен переход от силовых способов разрешения конфликтов к поиску компромиссов. Однако, по мере накопления нервно-психического напряжения, врачи становятся менее склонными отстаивать свои позиции в конфликтных ситуациях. Это связано с типичной для выгорания «экономией эмоциональных ресурсов» и психологическим дистанцированием от ситуации. С другой стороны, у медсестер при высоком уровне эмоционального выгорания наблюдается стремление к приспособлению, что выражается в готовности принять новые обстоятельства без попытки отстаивать свои интересы [22].

Последствия эмоционального выгорания могут быть весьма серьезными. Врачи, испытывающие этот синдром, подвержены более высокому риску профессиональных ошибок, что в конечном итоге может привести к неблагоприятным исходам для пациентов и конфликтам с ними. По данным исследования, хирурги, анестезиологи и врачи скорой помощи наиболее подвержены стрессу, что коррелирует с частотой возникновения дефектов оказания медицинской помощи [18]. Это указывает на значимость эмоционального выгорания как фактора, напрямую влияющего на качество и безопасность медицинской помощи.

Для профилактики эмоционального выгорания важно учитывать индивидуальные особенности работников, такие как возраст, пол и стаж работы. Компании следует разрабатывать программы, направленные на восстановление ресурсов сотрудников, организацию тренингов, корпоративных праздников и других мероприятий [23]. Одной из стратегий является «Вызов внутреннему мастерству», основанная на идеях психосинтеза и трансперсональной психологии (рисунок 8) [67].

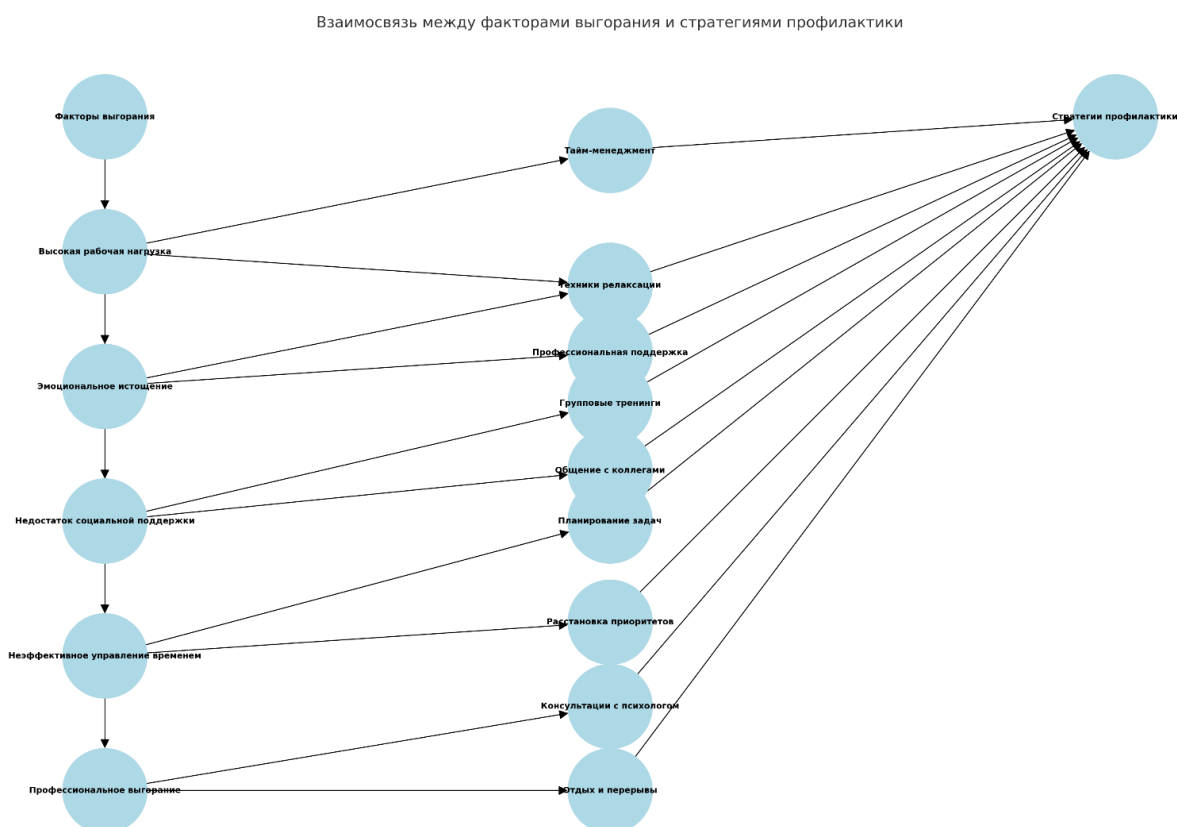


Рисунок 8 – Взаимосвязь факторов эмоционального выгорания
и стратегий профилактики

Среди основных факторов, способствующих развитию выгорания, выделяют личностные особенности, такие как низкая стрессоустойчивость, высокая эмпатия и склонность к идеализму. Например, В.В. Бойко подчеркивает, что эмоциональная холодность и слабая мотивация к эмоциональной отдаче могут способствовать выгоранию [5, с. 258]. Внешние

факторы, такие как чрезмерная рабочая нагрузка, отсутствие социальной поддержки, и конфликты в коллективе, также играют важную роль [33, с. 259].

Предупреждение синдрома эмоционального выгорания включает три уровня профилактики: первичный, вторичный и третичный (таблица 1) [33].

Таблица 1 – Уровни и методы профилактики эмоционального выгорания

Уровень профилактики	Методы профилактики
Первичная профилактика	Направлена на выявление групп риска и предотвращение возникновения синдрома. Это включает организацию тренингов по управлению стрессом и развитию эмоциональной устойчивости.
Вторичная профилактика	Нацелена на специалистов, которые уже испытывают симптомы выгорания. Мероприятия в этом случае направлены на осознание проблемы, восстановление личностных ресурсов и предотвращение усугубления синдрома.
Третичная профилактика	Фокусируется на реабилитации специалистов с высокой степенью выгорания и предупреждении рецидивов.

Одним из ключевых методов является обучение техникам релаксации, включая аутогенную тренировку и медитацию. Например, аутотренинг по И. Г. Шульцу позволяет достичь психического и физического расслабления, что помогает справляться с профессиональным стрессом.

Организации играют ключевую роль в профилактике эмоционального выгорания. Установление четких границ ответственности, реалистичное распределение задач и поддержка сотрудников в сложных ситуациях

значительно снижают риск выгорания [33, с. 262]. Грабе М. подчеркивает важность создания «противовеса» в жизни сотрудников, включающего межличностные отношения, хобби и участие в коллективных мероприятиях [13, с. 26].

Одним из наиболее эффективных подходов является снижение нереалистичных ожиданий. Реалистичное восприятие профессиональных задач и собственных возможностей помогает избежать разочарований и, как следствие, эмоционального выгорания [33]. Фрустрационная профилактика, направленная на управление ожиданиями, способствует повышению стрессоустойчивости и профессионального удовлетворения.

Для противодействия эмоциональному выгоранию специалисты предлагают использовать повышение квалификации как один из эффективных инструментов. Они указывают, что профессиональное развитие помогает сотрудникам обновлять свои знания и навыки, что позволяет им более успешно справляться с современными требованиями и вызовами профессии. Это в свою очередь снижает чувство беспомощности и некомпетентности, которые часто сопровождают эмоциональное выгорание [45]. Повышение квалификации также способствует укреплению самооценки и уверенности в собственных силах, что уменьшает риск развития данного состояния.

Авторы подчеркивают, что повышение квалификации не является единственным фактором в борьбе с эмоциональным выгоранием. «Важно применять комплексный подход, который включает в себя оценку рабочей нагрузки, поддержку руководства и коллег, а также баланс между работой и личной жизнью» [45, с. 221]. В совокупности эти меры могут способствовать созданию более здоровой и устойчивой рабочей среды, где сотрудники могут раскрыть свой потенциал, минимизируя риск эмоционального выгорания.

Исследование De Giorgi и Dinkelaar показало, что КПТ оказывает значительное влияние на снижение уровня стресса. В частности, КПТ показала улучшения в снижении стресса у медработников через 1 – 6 месяцев после вмешательства ($SMD = -0.38$) и на длительных периодах (>6 месяцев) ($SMD =$

-1.04). Было выявлено, что методы релаксации (например, ментальная релаксация и физические упражнения) снижают стресс уже через месяц после начала практик ($SMD = -0.48$). При длительном применении (более 6 месяцев) эффект становится более заметным ($SMD = -1.89$). Организационные меры, такие как изменение рабочего графика, продемонстрировали положительные результаты в снижении уровня стресса. Например, в исследованиях с изменением условий труда стресс снизился на величину ($SMD = -0.38$) у участников, что показывает, что подобные структурные изменения могут быть полезными [66].

Эти данные подтверждают, что использование как личностных, так и организационных методов профилактики выгорания может оказать существенное воздействие на снижение уровня профессионального стресса у медицинских работников.

По данным систематического обзора и мета-анализа, *mindfulness-based interventions* (MBIs) показали кратко срочное положительное влияние на эмоциональное благополучие медицинских работников. В частности, в исследованиях, включенных в мета-анализ, было выявлено значительное снижение тревожности ($SMD = -0.68$), выгорания ($SMD = -0.44$) и стресса ($SMD = -0.76$) у участников через месяц после вмешательства [73, с. 4-5].

Кроме того, MBIs улучшили показатели самоощущения и самосострадания ($SMD = 0.86$) и общего благополучия ($SMD = 0.55$). Однако долгосрочные результаты, измеренные через месяц и более, показали снижение устойчивости эффекта на показатели выгорания и депрессии, что подчеркивает необходимость в повторении интервенций для поддержания положительного воздействия.

Отдельные исследования также указывают, что влияние MBIs варьировалось в зависимости от профессии: например, среди медсестер MBIs оказались особенно эффективными для снижения уровня стресса ($SMD = -1.18$), в то время как среди врачей аналогичные интервенции оказались менее результативными [73].

Из проведенного анализа Adam и соавторов. можно выделить следующие эмпирические результаты на тему предотвращения эмоционального выгорания у медицинских работников. В исследовании были проанализированы семь программ с цифровыми компонентами, включая мобильные приложения и онлайн-платформы, направленные на профилактику выгорания и снижение стресса у медработников. Например, в одной из программ использование мобильного приложения на основе осознанности привело к значительному снижению уровня стресса через 6 недель ($p < 0.05$) [64].

Исследования выявили, что поддержка со стороны администрации и структурные изменения на уровне организации являются критически важными для долгосрочного эффекта цифровых интервенций. Программы, которые не получили одобрения руководства, показали высокие уровни отсева – до 82.5% в одном из исследований.

Интервенции с короткими ежедневными сессиями (например, упражнения на осознанность) оказались более успешными в плане удержания участников и снижения уровня выгорания по сравнению с более продолжительными занятиями [64, с. 6].

Выявление и устранение факторов, способствующих развитию эмоционального выгорания, являются важной задачей для медицинских учреждений. Одним из предложенных методов решения этой проблемы является улучшение условий труда, снижение бюрократической нагрузки и внедрение психологической поддержки для врачей. Это поможет уменьшить количество ошибок и улучшить качество оказания медицинской помощи.

Таким образом, эмоциональное выгорание у врачей представляет собой серьезную проблему, связанную с различными факторами, включая профессиональный стресс, интенсивный график работы и высокие ожидания. Его последствия сказываются не только на самих медицинских работниках, но и на качестве медицинской помощи, которую они оказывают.

Выводы по первой главе

Эмоциональное выгорание является сложным феноменом, включающим эмоциональное истощение, деперсонализацию и снижение профессиональных достижений. Этот синдром, впервые описанный Х. Фрейденбергом в 1974 году, особенно актуален для медицинских работников, чья деятельность связана с высокой стрессогенностью и частыми внештатными ситуациями.

Причинами эмоционального выгорания являются не только внешние факторы, такие как организационные условия и межличностные отношения, но и индивидуально-психологические особенности личности, включая уровень эмоционального интеллекта и мотивацию к успеху.

Профессиональный стресс медицинских работников напрямую связан с высокой интенсивностью их работы, ожиданиями пациентов и необходимостью принимать ответственные решения. Это усиливает вероятность развития синдрома эмоционального выгорания, как отмечают.

Основные подходы к профилактике эмоционального выгорания включают развитие навыков саморегуляции, эмоционального интеллекта и создание благоприятной профессиональной среды. Разработанные методики, такие как тренинги по управлению стрессом, доказали свою эффективность.

Эмоциональное выгорание является не только индивидуальной, но и социальной проблемой, влияющей на качество предоставляемой медицинской помощи. Комплексный подход к его профилактике и лечению включает организационные изменения, индивидуальную поддержку и развитие личностных ресурсов сотрудников.

Глава 2 Эмпирическое исследование возможностей предупреждения эмоционального выгорания у медработников с выраженными показателями профессионального стресса

2.1 Организация и методы исследования

При анализе теоретической части исследования выявлена связь между профессиональным стрессом, эмоциональным выгоранием и качеством медицинской помощи, оказываемой пациентам. Эти факторы взаимосвязаны и влияют не только на состояние самих медицинских работников, но и на результаты их профессиональной деятельности. Современные условия труда медицинских специалистов, связанные с высокой эмоциональной и физической нагрузкой, требуют особого внимания к изучению механизмов взаимодействия этих явлений, что позволяет понять причины эмоционального выгорания и предложить эффективные меры для его профилактики и коррекции.

На основании анализа существующих теорий и практик в области психологической поддержки и профилактики профессионального выгорания было выдвинуто предположение, что тренинг, направленный на развитие навыков эмоциональной саморегуляции и стрессоустойчивости у медицинских работников, может существенно снизить риск возникновения эмоционального истощения.

Для проверки гипотезы исследования был сформирован план, в котором выделены несколько ключевых этапов. Каждый этап направлен на последовательное исследование проблемы, получение достоверных данных и их анализ.

Первым этапом плана является подготовительный этап, в рамках которого проводится сбор необходимой литературы и материалов по теме. Этот этап необходим для того, чтобы углубить теоретические знания по вопросу профессионального выгорания и психоэмоциональных состояний

медицинских работников. Важно изучить уже существующие подходы к профилактике выгорания, а также методики, направленные на эмоциональную саморегуляцию. Подготовка также включает согласование с руководством медицинских учреждений и получение согласия участников на участие в исследовании.

Следующим этапом выступает диагностический этап. На данном этапе проводится первичная диагностика состояния участников исследования. Важным инструментом диагностики служат валидированные психологические тесты и опросники, которые позволяют оценить уровень стресса, эмоционального выгорания и удовлетворенности работой у медицинских работников.

Третий этап – это внедрение тренинговой программы, которая направлена на развитие навыков саморегуляции и стрессоустойчивости. Важно, чтобы программа включала как теоретические, так и практические элементы. В рамках тренинга участники знакомятся с техниками когнитивной перестройки, методами управления эмоциями, а также методами релаксации и медитации. Практическая часть программы фокусируется на отработке данных навыков в реальных ситуациях, с которыми медицинские работники сталкиваются на рабочем месте. Этот этап предполагает проведение регулярных занятий и тренинговых сессий в течение определенного периода времени.

Заключительным этапом выступает этап итогового анализа. На данном этапе проводится финальная диагностика состояния участников исследования, что позволяет оценить изменения, произошедшие в результате тренинга. Сравнительный анализ данных, полученных до и после тренинга, даст возможность сделать выводы о том, насколько успешно удалось достигнуть целей исследования. На данном этапе также подготавливается отчет, где будут представлены результаты, подтверждающие или опровергающие исходную гипотезу.

В исследовании приняли участие 50 медицинских работников, которые были выбраны на основании их профессиональной деятельности и уровня эмоционального напряжения. Эта выборка включала медицинских сотрудников скорой помощи, работающих в условиях постоянного стресса и высокой ответственности за здоровье пациентов.

Для диагностики будут применяться шкала эмоционального выгорания Маслач, шкала тревоги и депрессии Бека, а также методики, направленные на оценку уровня профессионального удовлетворения и саморегуляции. Эти тесты были выбраны на основании их высокой валидности и надежности, что позволяет получить точные данные о психоэмоциональном состоянии медицинских работников.

СМОЛ представляет собой сокращенную версию Миннесотского многофазного личностного опросника (MMPI) и используется для диагностики различных аспектов личности, включая наличие психопатологических тенденций и эмоциональную стабильность. Мы выбрали СМОЛ для нашего исследования, поскольку он позволяет получить комплексную картину личности респондентов, выявляя как их личностные черты, так и возможные отклонения, которые могут оказывать влияние на уровень профессионального стресса и выгорания. Этот инструмент особенно важен в медицинской среде, где личностные характеристики сотрудников играют ключевую роль в успешности их работы.

Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) была выбрана для исследования уровня тревожности среди медицинских работников. Она позволяет измерить как ситуативную (реакцию на текущие стрессовые факторы), так и личностную тревожность (склонность к постоянному беспокойству). В условиях медицинской практики высокий уровень тревожности может негативно сказываться на профессиональной деятельности и психоэмоциональном состоянии сотрудников. Эта методика позволит нам оценить, насколько тревожность влияет на эмоциональное

состояние участников исследования и как это связано с их профессиональной нагрузкой.

Шкала депрессии предназначена для выявления уровня депрессивных симптомов у респондентов. В контексте медицинских работников эта шкала крайне важна, так как высокий уровень профессионального стресса часто приводит к развитию депрессивных состояний, которые могут снижать качество работы и общую удовлетворенность жизнью. Данная шкала помогает диагностировать степень выраженности депрессии и определить необходимость в психологической поддержке и коррекции.

Шкала профессионального стресса была включена в исследование для оценки уровня стресса, вызванного профессиональной деятельностью. Поскольку медицинские работники ежедневно сталкиваются с высокими нагрузками, постоянной ответственностью за жизнь пациентов и необходимостью принимать сложные решения, измерение стресса является необходимым для понимания, как это влияет на их эмоциональное состояние. Эта шкала поможет выявить, какие аспекты профессиональной деятельности оказывают наибольшее давление на сотрудников, что позволит разработать эффективные стратегии для их поддержания.

Методика В.В. Бойко предназначена для диагностики синдрома эмоционального выгорания, который развивается у людей, работающих в условиях постоянного стресса и эмоциональной вовлеченности. В нашем исследовании эта методика была выбрана для выявления стадий выгорания и анализа факторов, способствующих его развитию. Методика В.В. Бойко оценивает три основные фазы выгорания: напряжение, сопротивление и истощение, что позволяет получить полную картину эмоционального состояния сотрудников и предложить меры для его коррекции.

2.2 Выявление уровней проявления показателей профессионального стресса и эмоционального выгорания у медицинских работников

После того как набор методик собран, следующим шагом является организация процесса сбора данных. Этот этап требует тщательной подготовки и планирования, так как он непосредственно влияет на успешность исследования. Прежде всего, необходимо согласовать время и место проведения диагностики, чтобы участники могли комфортно и без лишних отвлекающих факторов пройти тестирование. Важно предусмотреть все детали: от создания психологически безопасной атмосферы до технического обеспечения, например, наличия компьютеров для онлайн-опросов или распечатанных материалов для анкетирования.

Отдельным аспектом является обеспечение конфиденциальности полученных данных. Участники должны быть уверены в том, что их результаты будут использоваться исключительно в научных целях и останутся анонимными. Это особенно важно при работе с психодиагностическими методиками, где речь идет о личных переживаниях и психологических трудностях.

Процесс сбора данных должен быть гибким и адаптированным под особенности участников. Например, если исследование проводится среди медицинских работников, то необходимо учитывать их рабочий график и организовать диагностику так, чтобы она не отвлекала их от основных обязанностей. Возможно, стоит разделить тестирование на несколько этапов или провести его в разные дни, чтобы не создавать дополнительного стресса для участников.

В ходе анализа данных, полученных с помощью методики СМОЛ до тренинга, были рассчитаны средние значения (Приложение 1).

Уровень депрессии (66,68) подтверждает наличие хронической усталости и утраты удовлетворенности профессиональной деятельностью.

Высокая психастения (69,58) отражает повышенную тревожность, склонность к навязчивым мыслям и трудности с расслаблением.

Показатель социальной интроверсии (61,94) говорит о предпочтении избегать взаимодействий и сниженной вовлеченности в коллективные активности.

Значения по шкалам истерии (Hy) и ипохондрии (Hs) свидетельствуют о реакции организма на длительный стресс, включая психосоматические проявления и эмоциональную лабильность.

Шкала паранойи (Pa) имеет умеренно повышенный уровень (55,94), что может быть связано с чувством недоверия к окружающим в условиях профессионального стресса (рисунок 9).

Шкалы гипомании (Ma) и шизофрении (Sc) имеют низкие значения (45,4 и 36,84 соответственно), что свидетельствует об отсутствии выраженных проявлений гиперактивности или отчужденности. Эти данные характерны для работников, испытывающих упадок сил и энергетическое истощение.

Полученные данные подчеркивают значимость внедрения систематических мер профилактики профессионального выгорания, включая психологическую поддержку, тренинги по управлению стрессом и развитие навыков эмоциональной устойчивости.

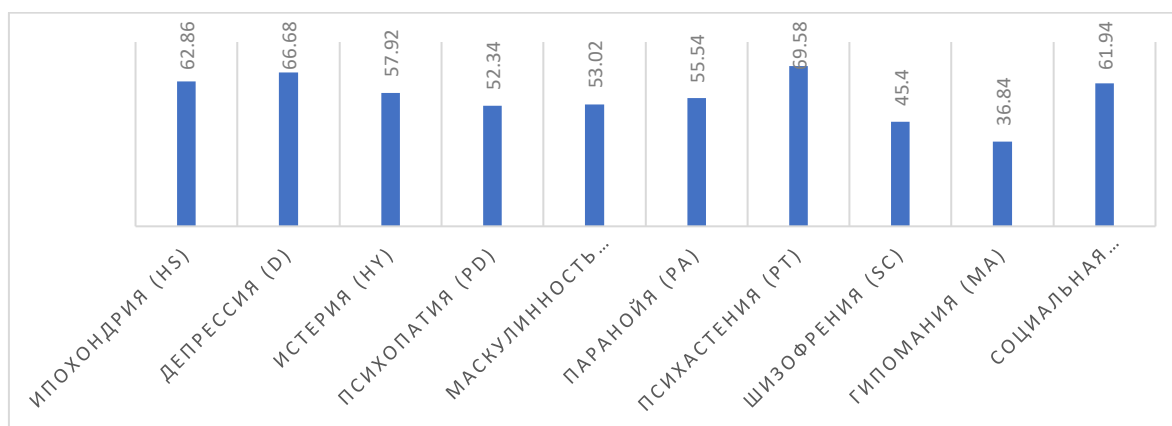


Рисунок 9 – Средние значения ответов респондентов по методике СМОЛ до проведения тренинга

Данные по методике Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) до проведения тренинга представлены двумя основными показателями: личностной и ситуативной тревожностью (Приложение 1).

Личностная тревожность варьируется среди респондентов от 20 до 63 баллов, что указывает на значительные индивидуальные различия в стабильных характеристиках тревожности у участников. Наиболее высокий уровень личностной тревожности был зафиксирован у участника 1 (63 балла), что свидетельствует о его склонности испытывать тревогу в большинстве ситуаций, даже в отсутствие внешних угроз. Самый низкий уровень личностной тревожности наблюдается у Участника 3 (20 баллов), что предполагает более спокойное и уравновешенное восприятие стрессовых факторов (рисунок 10).

Ситуативная тревожность, которая отражает реакцию на конкретные стрессовые ситуации, варьируется от 36 до 72 баллов. Наибольший уровень ситуативной тревожности был отмечен у Участника 5 (72 балла), что может говорить о сильной эмоциональной реакции на текущие стрессовые ситуации. Участник 3 демонстрирует наименьший уровень ситуативной тревожности (36 баллов), что свидетельствует о меньшей восприимчивости к стрессам на данный момент.

Таким образом, предварительная оценка тревожности респондентов до проведения тренинга выявила значительные различия в уровне как личностной, так и ситуативной тревожности, что подчеркивает необходимость индивидуального подхода при проведении коррекционных мероприятий.

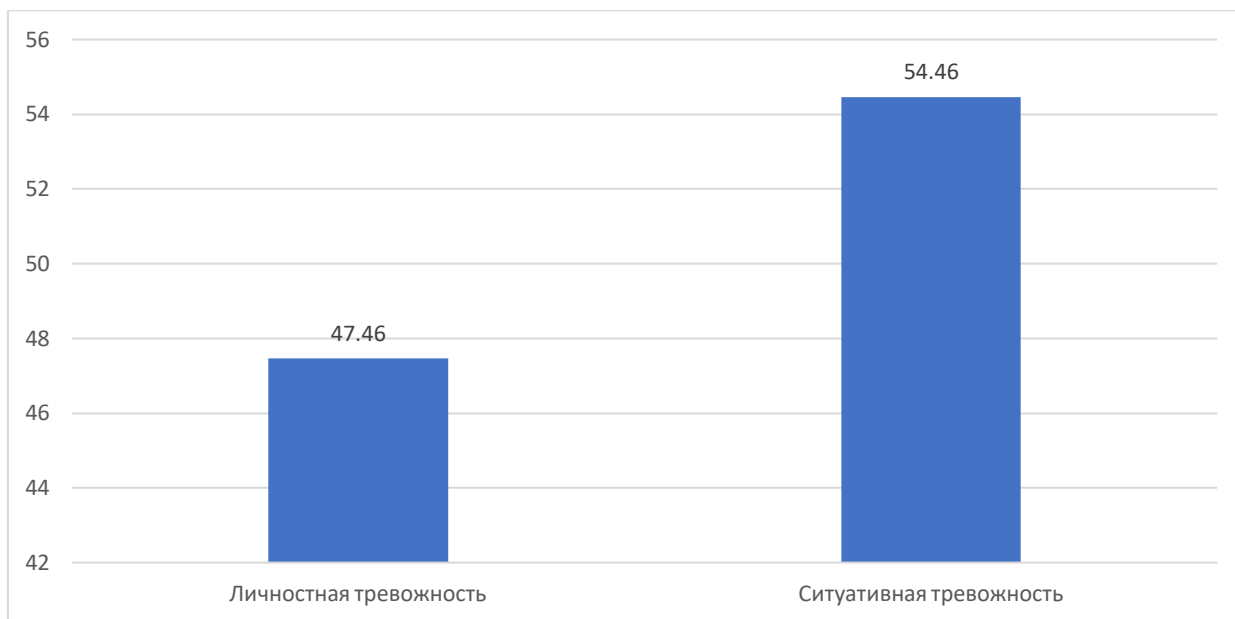


Рисунок 10 – Результаты средних значений респондентов по методике Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) до проведения тренинга

Уровень минимальной депрессии (0–13 баллов) был выявлен у небольшой части респондентов. Эти работники имеют минимальные или отсутствующие признаки депрессии. Данный результат может свидетельствовать о том, что они обладают хорошими навыками саморегуляции и устойчивости к стрессу (Приложение 1).

Легкая депрессия (14–19 баллов) наблюдалась у значительной доли участников. Это указывает на наличие депрессивных симптомов легкой степени, которые, тем не менее, не сильно влияют на их способность выполнять профессиональные обязанности. Однако, такие респонденты подвержены риску ухудшения состояния при продолжительном воздействии стрессовых факторов без вмешательства.

Умеренная депрессия (20–28 баллов) была выявлена у большинства респондентов. Этот уровень депрессии уже оказывает влияние на повседневную жизнь и профессиональную деятельность. Медики, испытывающие симптомы умеренной депрессии, могут сталкиваться

с трудностями в эмоциональной регуляции, что повышает риск ошибок в работе и эмоционального выгорания.

Тяжелая депрессия (29–63 балла) наблюдалась у небольшой группы участников, что требует особого внимания. Медицинские работники с выраженными симптомами депрессии подвержены значительным психоэмоциональным нагрузкам и нуждаются в немедленной психологической поддержке. Без адекватной помощи и коррекции их состояние может ухудшиться, что приведет к развитию выгорания и снижению качества жизни.

Большинство участников исследования (около половины) имеют умеренные или легкие симптомы депрессии, что может указывать на общую тенденцию к эмоциональному истощению среди медицинских работников скорой помощи. Работа в условиях постоянного стресса, высокий уровень ответственности и частый контакт с тяжелыми ситуациями негативно сказываются на их психоэмоциональном состоянии (таблица 2).

Результаты до тренинга показывают важность проведения коррекционных мероприятий, направленных на профилактику депрессии и эмоционального выгорания. Тренинг, который будет проводиться после сбора этих данных, предполагает помочь медикам улучшить навыки эмоциональной регуляции и справляться с профессиональными стрессами более эффективно. Ожидается, что после тренинга уровень депрессии у респондентов снизится, что улучшит их общее психоэмоциональное состояние и повысит их работоспособность.

Таблица 2 – Результаты диагностики респондентов по методике Шкала депрессии Бека до проведения тренинга

Среднее значение	Баллы по Шкале Бека (До тренинга)
	19,16

Далее респондентам было предложено пройти опросник по методике «Шкала профессионального стресса» (таблица 3).

Низкий уровень стресса (0–15 баллов) был отмечен у незначительного числа респондентов. Эти специалисты показывают высокую устойчивость к стрессу на рабочем месте. Однако, несмотря на относительно низкие показатели, важно учитывать, что постоянная работа в стрессовых условиях может привести к накоплению стресса с течением времени.

Умеренный уровень стресса (16–30 баллов) характерен для значительной части участников. Это указывает на наличие регулярного профессионального стресса, который не всегда достигает критических значений, но все же негативно сказывается на физическом и эмоциональном состоянии медицинских работников. Эти специалисты могут сталкиваться с временными трудностями в выполнении своих обязанностей, что со временем может привести к ухудшению их здоровья.

Высокий уровень стресса (31–40 баллов) был зафиксирован у большой группы участников. Этот уровень профессионального стресса указывает на значительное напряжение и возможные проблемы с эмоциональной устойчивостью, что часто ведет к симптомам эмоционального выгорания и снижению качества работы. Медики с таким уровнем стресса могут испытывать трудности в поддержании продуктивности и эмоционального баланса.

Критический уровень стресса (41 и более баллов) наблюдался у меньшинства участников, но его наличие указывает на необходимость срочного вмешательства. Участники с таким уровнем стресса находятся на грани выгорания, и их психоэмоциональное состояние может потребовать немедленной коррекции и профессиональной поддержки.

Большинство медицинских работников скорой помощи, участвовавших в исследовании, демонстрируют умеренный и высокий уровень профессионального стресса. Это отражает специфику их профессии, связанную с постоянными стрессовыми ситуациями, высокой степенью

ответственности и частым взаимодействием с пациентами в критических состояниях. Показатели стресса на уровне выше 30 баллов указывают на необходимость целенаправленных мер по снижению стресса и профилактике эмоционального выгорания.

Результаты до тренинга подчеркивают важность проведения вмешательств, направленных на улучшение навыков эмоциональной регуляции и управления стрессом среди медицинских работников. Ожидается, что после тренинга показатели стресса снизятся, что окажет положительное влияние на их эмоциональное и физическое состояние, а также на их профессиональную деятельность.

Таблица 3 – Результаты диагностики респондентов по методике Шкала профессионального стресса до проведения тренинга

Среднее значение	Баллы по Шкале профессионального стресса (До тренинга)
	29,62

Данные из сводной таблицы 6 представляют собой результаты оценки уровня эмоционального выгорания медицинских работников скорой помощи до проведения тренинга по методике «Эмоциональное выгорание» В.В. Бойко. Методика включает 12 шкал, каждая из которых отражает определенные аспекты выгорания, а также три основные фазы: напряжение, резистенция и истощение (рисунок 11).

Переживание психоэмоционального напряжения – у большинства участников наблюдаются признаки постоянного стресса и внутреннего напряжения. Это начальная стадия выгорания, при которой работники испытывают эмоциональную перегрузку из-за условий работы, часто ощущают тревогу и дискомфорт.

Неполноценность эмоциональных реакций – у многих участников наблюдается снижение способности проявлять искренние эмоциональные

реакции в профессиональной деятельности. Они начинают дистанцироваться от пациентов и коллег, что является характерным признаком начала эмоционального выгорания.

Эмоционально-нравственная дезориентация – у некоторых респондентов обнаружены признаки утраты моральных ориентиров в работе. Медики начинают испытывать внутренние конфликты, сомнения в значимости своей деятельности, что усугубляет эмоциональное выгорание.

Расширение сферы экономии эмоций – этот показатель демонстрирует, что участники все чаще стараются экономить эмоциональные силы, ограничивая общение с пациентами и коллегами. Это характерно для второй стадии выгорания, когда профессионалы начинают избегать излишних эмоциональных затрат.

Редукция профессиональных обязанностей – значительная часть респондентов стремится минимизировать свою вовлеченность в рабочие процессы. Это проявляется в снижении инициативности и избегании сложных задач.

Эмоциональная отстранённость – многие респонденты показывают высокие баллы по данной шкале, что свидетельствует о снижении эмоциональной вовлеченности в процесс работы. Медицинские работники начинают воспринимать свои обязанности формально, избегая глубоких эмоциональных переживаний.

Психосоматические и психовегетативные нарушения – у части участников наблюдаются физические симптомы, такие как головные боли, утомляемость, бессонница. Эти симптомы являются следствием длительного стресса и эмоциональной нагрузки.

Негативное отношение к служебным обязанностям – многие респонденты показывают негативное восприятие своей работы, которая ранее приносила удовлетворение. Это свидетельствует о развитии выгорания, когда работа перестает приносить радость и становится источником стресса.

Профессиональная отстранённость – у респондентов выявлены признаки профессиональной отчужденности. Это означает, что медики начинают ощущать безразличие к качеству выполнения своих обязанностей, что является признаком прогрессирующего выгорания.

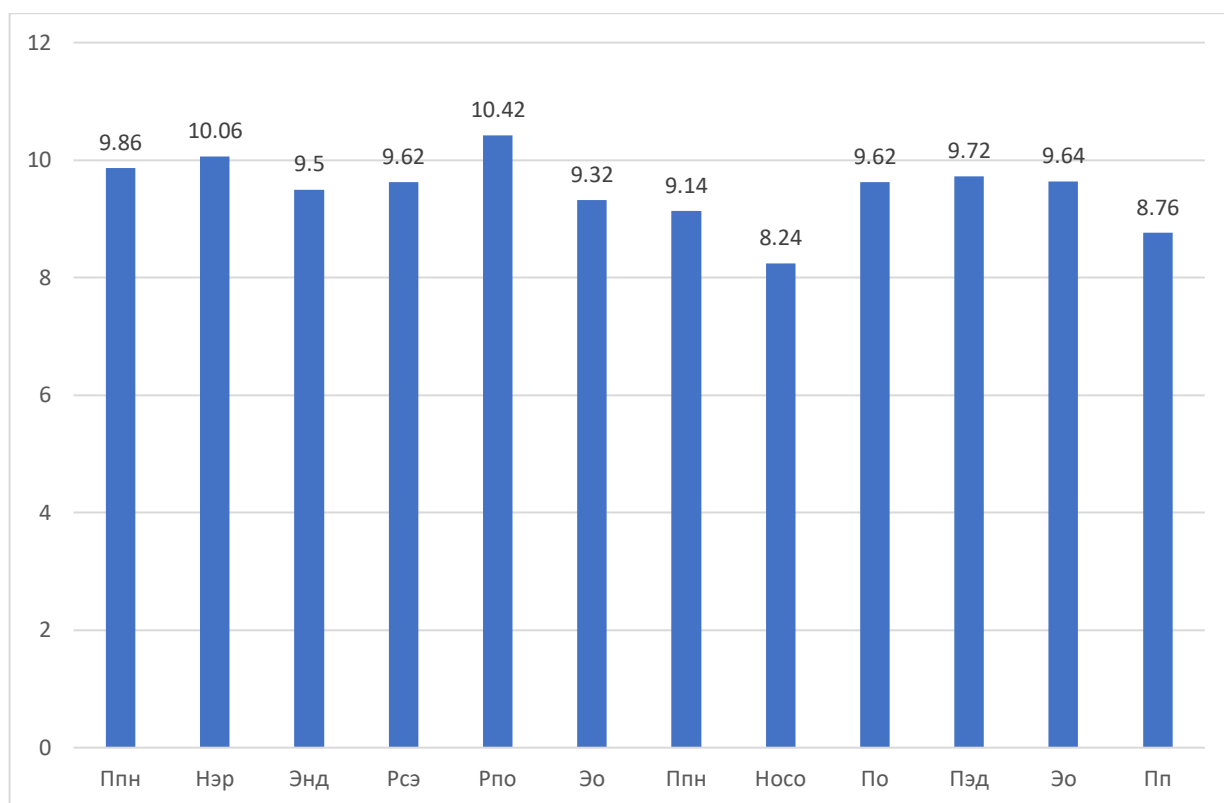
Переживание эмоционального дефицита – значительная часть респондентов демонстрирует снижение способности к эмпатии и эмоциональной поддержке пациентов. Это отражает ухудшение качества профессиональных взаимодействий.

Эмоциональная опустошенность – высокая степень эмоционального истощения, при которой медики чувствуют себя эмоционально опустошенными и неспособными продолжать профессиональную деятельность с прежней эффективностью.

Переживание профессионального краха – у некоторых участников наблюдаются мысли о профессиональном крахе, ощущение, что их работа потеряла смысл. Это опасный признак крайней стадии выгорания, требующий немедленного вмешательства.

Анализ данных показал, что большинство участников исследования, являющихся медицинскими работниками скорой помощи, находятся на различных стадиях эмоционального выгорания. Наиболее выраженными проблемами являются эмоциональная отстраненность, психоэмоциональное напряжение, профессиональная редукция и проявление психосоматических нарушений. Это объясняется спецификой их работы, связанной с высоким уровнем стресса, частыми критическими ситуациями и эмоциональными перегрузками.

Результаты свидетельствуют о необходимости проведения тренингов и мероприятий по профилактике эмоционального выгорания для данной категории специалистов.



Ппн - Переживание психоэмоционального напряжения
 Нэр - Неполноценность эмоциональных реакций
 Энд - Эмоционально-нравственная дезориентация
 Рсэ - Расширение сферы экономики эмоций
 Рпо - Редукция профессиональных обязанностей
 Эо - Эмоциональная отстранённость
 Ппн - Психосоматические и психовегетативные нарушения

Носо - Негативное отношение к служебным обязанностям
 По - Профессиональная отстранённость
 Пэд - Переживание эмоционального дефицита
 Эо - Эмоциональная опустошенность
 Пп - Переживание профессионального краха

Рисунок 11 – Результаты диагностики респондентов по методике «Эмоциональное выгорание» В.В. Бойко до проведения тренинга

Тренинг, который предстоит пройти участникам, будет направлен на снижение уровня эмоционального истощения, улучшение навыков эмоциональной регуляции и восстановление профессиональной мотивации (рисунок 11).

2.3 Разработка программы предупреждения эмоционального выгорания

Исходя из гипотезы, для исследования влияния стрессоустойчивости и навыков эмоциональной саморегуляции на уровень профессионального выгорания у медицинских работников, важно разработать комплекс мероприятий, направленный на профилактику эмоционального истощения. Предполагается, что систематическая работа по развитию этих навыков будет способствовать повышению эмоциональной устойчивости, снижению уровня профессионального стресса и депрессивных состояний, а также улучшению общей удовлетворенности жизнью и профессиональной деятельности (таблица 4).

Таблица 4 – Развитие устойчивости к стрессу, эмоциональной регуляции и социальной адаптации

Модуль	Цель	Техники
Модуль 1. Управление стрессом и тревожностью	Снижение уровня ситуативной тревожности и профессионального стресса.	– Дыхательные упражнения и прогрессивная мышечная релаксация. – Осознанное восприятие стрессовых ситуаций (mindfulness). – Методики когнитивно-поведенческой терапии для управления мыслями.
Модуль 2. Эмоциональная регуляция и мотивация	Снижение депрессивных проявлений и восстановление полноценных эмоциональных реакций.	– Работа с позитивным мышлением: благодарность, визуализация успеха. – Упражнения на распознавание и принятие своих эмоций. – Обучение восстановлению мотивации через целеполагание.
Модуль 3. Развитие социальной адаптации	Улучшение коммуникативных навыков и восприятия своей роли в коллективе.	– Ролевые игры на развитие навыков эффективной коммуникации. – Упражнения на укрепление доверия в группе. – Практики группового сотрудничества и эмпатии.

Продолжение таблицы 4

Модуль	Цель	Техники
Модуль 4. Повышение профессиональной удовлетворенности	Уменьшение редукиции профессиональных обязанностей и улучшение отношения к работе.	– Тайм-менеджмент: расстановка приоритетов. – Анализ "внутренних ресурсов" для профессионального роста. – Выявление и реализация личных профессиональных целей.

Ожидаемые результаты после проведения тренинга: снижение уровня ситуативной тревожности и депрессии; укрепление эмоциональной устойчивости и позитивного восприятия жизни; повышение уровня социальной адаптации и профессиональной вовлеченности; улучшение общего психологического состояния респондентов.

Детальный план тренинга представлен в таблице 5.

Таблица 5 – Детальный план тренинга «Развитие устойчивости к стрессу, эмоциональной регуляции и социальной адаптации»

Модуль	Цель	Длительность	Программа	Ход занятия
Модуль 1. Управление стрессом и тревожностью	Научить участников распознавать и снижать стрессовые реакции, а также управлять ситуативной тревожностью.	2 часа	Введение (10 минут)	– Приветствие, постановка целей модуля. – Мини-лекция: Что такое стресс и тревожность? Причины и проявления.
			Упражнение 1: "Ловушка тревоги" (20 минут)	– Участники описывают недавние стрессовые ситуации. – Анализ автоматических мыслей и их влияние на тревожность [2].
			Техники релаксации (30 минут)	– Практика диафрагмального дыхания [19]. – Прогрессивная мышечная релаксация [72].
			Упражнение 2: "Контроль круга влияния" [25] (30 минут)	– Участники определяют, какие элементы в их жизни они могут контролировать, а какие нет. Перераспределение внимания на зоны влияния
			Заключение и обсуждение (30 минут)	– Разбор опыта выполнения упражнений. – Домашнее задание: вести дневник стрессовых ситуаций и анализировать свои реакции.

Продолжение таблицы 5

Модуль	Цель	Длительность	Программа	Ход занятия
Модуль 2. Эмоциональная регуляция и мотивация	Помочь участникам работать с эмоциями и развить навыки восстановления мотивации.	2 часа	Введение (10 минут)	– Обсуждение важности эмоциональной регуляции. Мини-лекция: Эмоции как ресурс и барьер.
			Упражнение 1: "Эмоциональный компас" [12] (20 минут)	– Участники анализируют свои эмоции через самооценку. Работа с таблицей "эмоциональных триггеров" [2].
			Техники эмоциональной регуляции (40 минут)	– Осознанное дыхание [69]. Визуализация позитивного опыта [71]. Метод "3-х позитивов" для борьбы с негативным мышлением. [71].
			Упражнение 2: "Цели и ресурсы"[16] (40 минут)	– Участники формируют 3 цели в профессиональной или личной жизни. – Определяют шаги и ресурсы для их достижения.
Модуль 2. Эмоциональная регуляция и мотивация	Помочь участникам работать с эмоциями и развить навыки восстановления мотивации.	2 часа	Заключение и обсуждение (10 минут)	– Ответы на вопросы. Домашнее задание: ежедневно применять техники из занятия.
Модуль 3. Развитие социальной адаптации	Развить навыки эффективной коммуникации и социального взаимодействия.	2 часа	Введение (10 минут)	– Лекция: Что такое социальная адаптация? Роль коммуникации в коллективе.
			Упражнение 1: "Построение доверия" (30 минут)	– Групповое упражнение на укрепление доверия. [43] Дискуссия: Как доверие влияет на взаимодействие?
			Упражнение 2: "Ролевые модели общения" (40 минут)	– Сценарии конфликтных ситуаций [54]. – Практика эффективного взаимодействия (активное слушание [41], Я-сообщения.
			Эмпатия и поддержка (30 минут)	– Работа в парах: выслушивание и поддержка партнера [41, 11]. Техники активной эмпатии [12].
				– Домашнее задание.

Продолжение таблицы 5

Модуль	Цель	Длительность	Программа	Ход занятия
Модуль 4. Повышение профессиональной удовлетворенности	Снизить редукцию профессиональных обязанностей и укрепить мотивацию к работе.	2 часа	Введение (10 минут)	– Презентация: Как профессиональная удовлетворенность влияет на эмоциональное состояние.
			Упражнение 1: "Личные ценности в работе" (30 минут)	– Участники определяют свои профессиональные ценности. – Обсуждение: Как соотнести личные ценности с текущей деятельностью?
Модуль 4. Повышение профессиональной удовлетворенности	Снизить редукцию профессиональных обязанностей и укрепить мотивацию к работе.	2 часа	Техники тайм-менеджмента (40 минут)	– Инструменты управления временем (матрица Эйзенхауэра). [63, 55] – Практика делегирования и приоритезации задач. [3]
			Упражнение 2: "Внутренний ресурс" (30 минут)	– Участники определяют свои сильные стороны и ресурсы. – Формирование плана действий для повышения профессионального роста. [60]
			Заключение тренинга (10 минут)	– Подведение итогов: личные достижения и выводы. – Анкета обратной связи от участников.

Продолжительность тренинга: 4 модуля по 2 часа (1 раз в неделю). Общая продолжительность: 8 часов.

2.4 Анализ результатов исследования

На контрольном этапе, после окончания тренинга была проведена диагностика с помощью тех же методик, что и на констатирующем этапе. Результаты исследования представлены в приложении 7,8,9,10,11.

Далее мы провели проверку на нормальность распределения данных при помощи критерия Шапиро-Уилка (таблица 6).

Таблица 6 – Результаты анализа нормальности данных до тренинга (тест Шапиро-Уилка)

Переменная	Статистика	Р-значение
Переживание психоэмоционального напряжения	0,960246	0,091032
Неполноценность эмоциональных реакций	0,972144	0,282333
Эмоционально-нравственная дезориентация	0,980989	0,594344
Расширение сферы экономики эмоций	0,982622	0,666512
Редукция профессиональных обязанностей	0,980206	0,560699
Эмоциональная отстранённость	0,97359	0,321957
Психосоматические и психовегетативные нарушения	0,970034	0,232185
Негативное отношение к служебным обязанностям	0,977908	0,467494
Профессиональная отстранённость	0,968239	0,196081
Переживание эмоционального дефицита	0,973856	0,329734
Эмоциональная опустошенность	0,981825	0,631087
Переживание профессионального краха	0,968108	0,193662
Баллы по Шкале профессионального стресса (До тренинга)	0,972701	0,297052
Баллы по Шкале Депрессии Бека (До тренинга)	0,981448	0,61443
Личностная тревожность	0,915084	0,001573
Ситуативная тревожность	0,94887	0,030662
Ипохондрия (Hs)	0,945269	0,021885
Депрессия (D)	0,934591	0,008279
Истерия (Hy)	0,93049	0,005767
Психопатия (Pd)	0,942697	0,017247
Маскулинность-феминность (Mf)	0,946187	0,02384
Паранойя (Pa)	0,922656	0,002945
Психастения (Pt)	0,904665	0,000688
Шизофрения (Sc)	0,916566	0,001776
Гипомания (Ma)	0,891274	0,000251
Социальная интроверсия (Si)	0,944816	0,020981

Так же мы провели проверку на нормальность распределения данных после проведения тренингов при помощи критерия Шапиро-Уилка (таблица 7).

Таблица 7 – Результаты анализа нормальности данных после тренинга (тест Шапиро-Уилка)

Шкала	Статистика Шапиро-Уилка	P-значение
Баллы по Шкале профессионального стресса (После тренинга)	0,968052	0,192627
Баллы по Шкале Бека (После тренинга)	0,964484	0,136974
Личностная тревожность	0,939149	0,012469
Ситуативная тревожность	0,952882	0,04486
Ипохондрия (Hs)	0,976776	0,425387
Депрессия (D)	0,974469	0,348239
Истерия (Hy)	0,968975	0,210203
Психопатия (Pd)	0,971192	0,258627
Маскулинность-феминность (Mf)	0,948312	0,029092
Паранойя (Pa)	0,959442	0,084237
Психастения (Pt)	0,963444	0,123918
Шизофрения (Sc)	0,938692	0,011963
Гипомания (Ma)	0,922132	0,002818
Социальная интроверсия (Si)	0,969529	0,221459
Переживание психоэмоционального напряжения	0,957403	0,0692
Неполноценность эмоциональных реакций	0,969644	0,223855
Эмоционально-нравственная дезориентация	0,961644	0,104177
Расширение сферы экономии эмоций	0,977043	0,43509
Редукция профессиональных обязанностей	0,97177	0,272793
Эмоциональная отстранённость	0,94121	0,015046
Психосоматические и психовегетативные нарушения	0,942743	0,017322
Негативное отношение к служебным обязанностям	0,946555	0,024674
Профессиональная отстранённость	0,964053	0,131405
Переживание эмоционального дефицита	0,956646	0,064342
Эмоциональная опустошенность	0,9689	0,208725
Переживание профессионального краха	0,947968	0,028167

Далее для анализа был выбран t-критерий Стьюдента для связанных выборок.

Результаты анализа с использованием t-критерия Стьюдента для связанных выборок показали статистически значимые изменения

по большинству шкал, оценивающих эмоциональное состояние, уровень тревожности, профессиональный стресс и связанные показатели. Это свидетельствует о положительном эффекте проведенного тренинга на участников (таблица 8).

Таблица 8 – Результаты t-критерия Стьюдента для оценки изменений до и после тренинга

Шкала	T-статистика	P-значение
Эмоционально-нравственная дезориентация	24,00728	9,47E-29
Негативное отношение к служебным обязанностям	21,29704	2,03E-26
Редукция профессиональных обязанностей	27,82203	1,12E-31
Шизофрения (Sc)	19,80043	5E-25
Расширение сферы экономии эмоций	34,40864	5,55E-36
Маскулинность-феминность (Mf)	-13,9288	1,16E-18
Профессиональная отстранённость	21,42687	1,55E-26
Психосоматические и психовегетативные нарушения	26,43962	1,17E-30
Психастения (Pt)	24,09158	8,08E-29
Переживание эмоционального дефицита	24,15762	7,14E-29
Паранойя (Pa)	19,42638	1,15E-24
Психопатия (Pd)	14,21605	5,17E-19
Эмоциональная опустошенность	24,64026	2,91E-29
Ситуативная тревожность	15,8034	7,19E-21
Личностная тревожность	16,7413	6,57E-22
Гипомания (Ma)	-16,9713	3,71E-22
Эмоциональная отстранённость	22,56461	1,54E-27
Социальная интроверсия (Si)	20,71163	6,94E-26
Истерия (Hy)	15,75192	8,22E-21
Ипохондрия (Hs)	19,55463	8,62E-25
Депрессия (D)	23,74758	1,55E-28
Переживание психоэмоционального напряжения	35,30826	1,65E-36
Неполноценность эмоциональных реакций	23,02215	6,26E-28
Переживание профессионального краха	22,10049	3,9E-27

После тренинга наблюдается снижение уровней тревожности (как личностной, так и ситуативной), профессионального стресса и негативных эмоциональных реакций.

Значительное снижение личностной тревожности ($t = 16.74$, $p < 0.001$) и ситуативной тревожности ($t = 15.80$, $p < 0.001$) указывает на эффективность методов, применённых в тренинге для управления стрессом и тревожными состояниями (рисунок 12).

Среднее значение личностной тревожности до тренинга было значительно выше, чем после тренинга.

Снижение показателей указывает на успешное воздействие тренинга на устойчивые эмоциональные состояния участников.

Это подтверждает эффективность подходов, направленных на повышение эмоциональной устойчивости и осознания личных эмоций.

Проведенный тренинг оказал положительное влияние на уровень тревожности участников как на личностном, так и на ситуативном уровне. Участники приобрели навыки управления эмоциями, которые снизили их реактивность на стрессовые ситуации и повысили общий эмоциональный баланс.

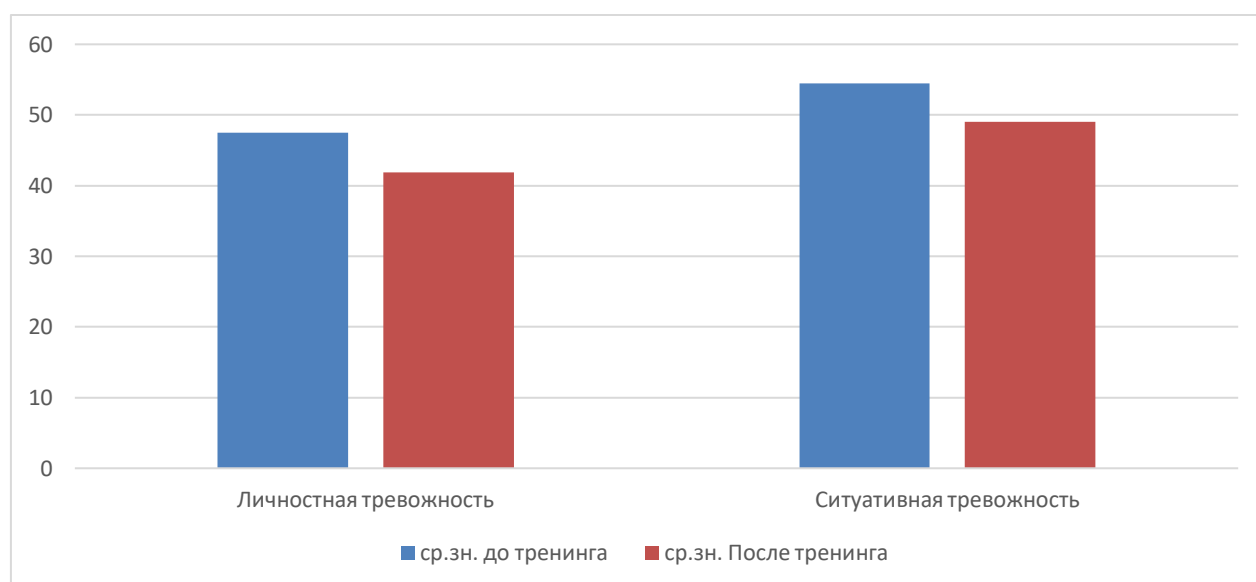


Рисунок 12 – Сравнение результатов до и после тренинга по методике Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

Снижение показателей по шкалам, связанным с профессиональным выгоранием (редукция профессиональных обязанностей, эмоциональная отстранённость, психоэмоциональное напряжение), свидетельствует об улучшении эмоционального состояния участников.

Все показатели, относящиеся к компонентам выгорания, продемонстрировали снижение после тренинга, что указывает на успешное воздействие программы (рисунок 13).



Рисунок 13 – Сравнение результатов до и после тренинга по методике «Эмоциональное выгорание» В.В. Бойко

Все показатели, относящиеся к компонентам выгорания, продемонстрировали снижение после тренинга, что указывает на успешное воздействие программы.

Эмоциональная отстранённость. Снижение средней величины с 10,42 до 7,88 указывает на восстановление эмоционального вовлечения в профессиональную деятельность.

Редукция профессиональных обязанностей. Уменьшение с 9,62 до 7,83 свидетельствует о снижении уровня профессионального выгорания, что позволяет участникам более активно включаться в рабочий процесс.

Эмоциональная опустошённость. Показатели снизились с 9,64 до 7,18, что указывает на восстановление ресурсов участников.

Психосоматические и психовегетативные нарушения. Снижение с 9,14 до 6,78 демонстрирует улучшение физического самочувствия участников.

Переживание психоэмоционального напряжения. Уменьшение с 9,96 до 7,34 указывает на снижение стрессового воздействия на участников.

Переживание профессионального краха. Снижение с 8,76 до 6,5 указывает на уменьшение чувства неудовлетворённости профессиональной реализацией.

Негативное отношение к служебным обязанностям. Уменьшение с 8,24 до 5,96 демонстрирует улучшение отношения к работе.

Участники стали проявлять более положительное отношение к своим обязанностям, чувствовать меньшую эмоциональную нагрузку и улучшение физического состояния.

Снижение показателей по шкалам депрессия и психастения подтверждает положительное влияние тренинга на эмоциональную устойчивость участников.

Средние баллы до тренинга составили 29.62, а после – 24.74, что указывает на значительное снижение профессионального стресса.

Участники стали лучше справляться с профессиональными нагрузками и уменьшили уровень стресса, связанного с рабочими обязанностями (рисунок 14).

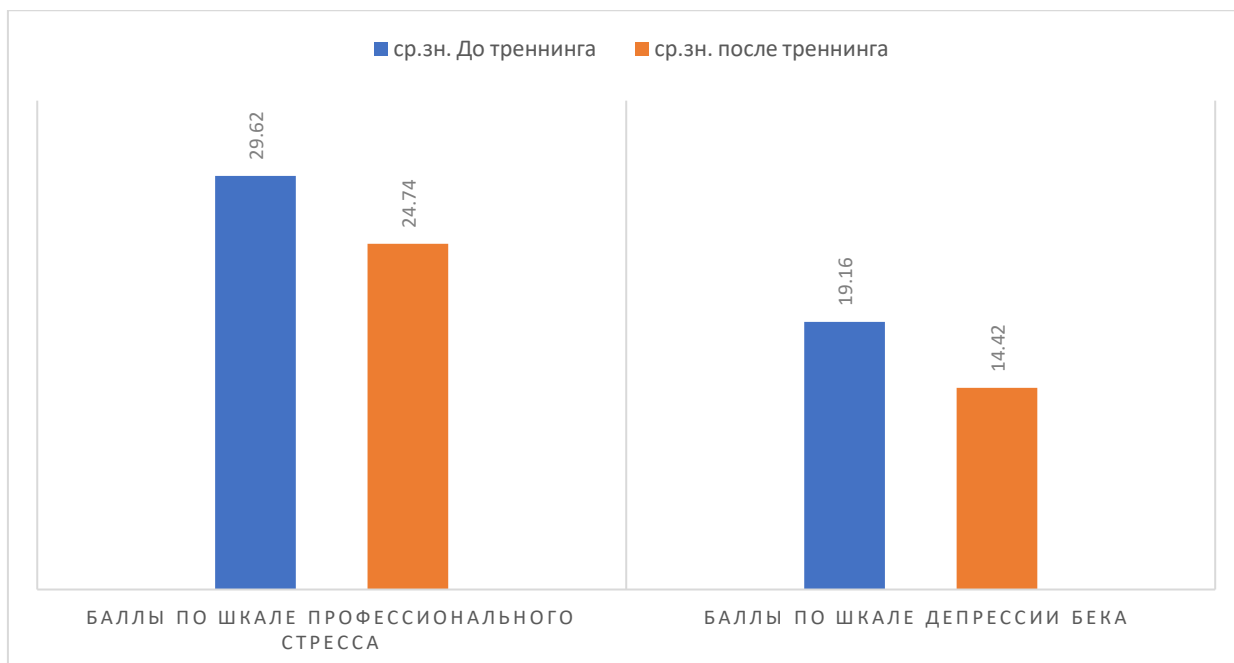


Рисунок 14 – Сравнение результатов до и после тренинга по методикам Шкала профессионального стресса и Шкала Депрессии Бека

Средний уровень депрессии снизился с 19.46 до 14.42.

Это снижение отражает уменьшение симптомов депрессивных состояний, таких как чувство подавленности, апатии и снижение мотивации.

Участники показали улучшение эмоционального фона и настроения.

Проведенный тренинг оказал положительное влияние на снижение как профессионального стресса, так и депрессивных проявлений. Участники стали более устойчивыми к стрессовым факторам, улучшили эмоциональное состояние и повысили общий уровень психического благополучия.

После тренинга наблюдается снижение большинства показателей, что свидетельствует о положительном влиянии программы на психологическое состояние участников (рисунок 15).

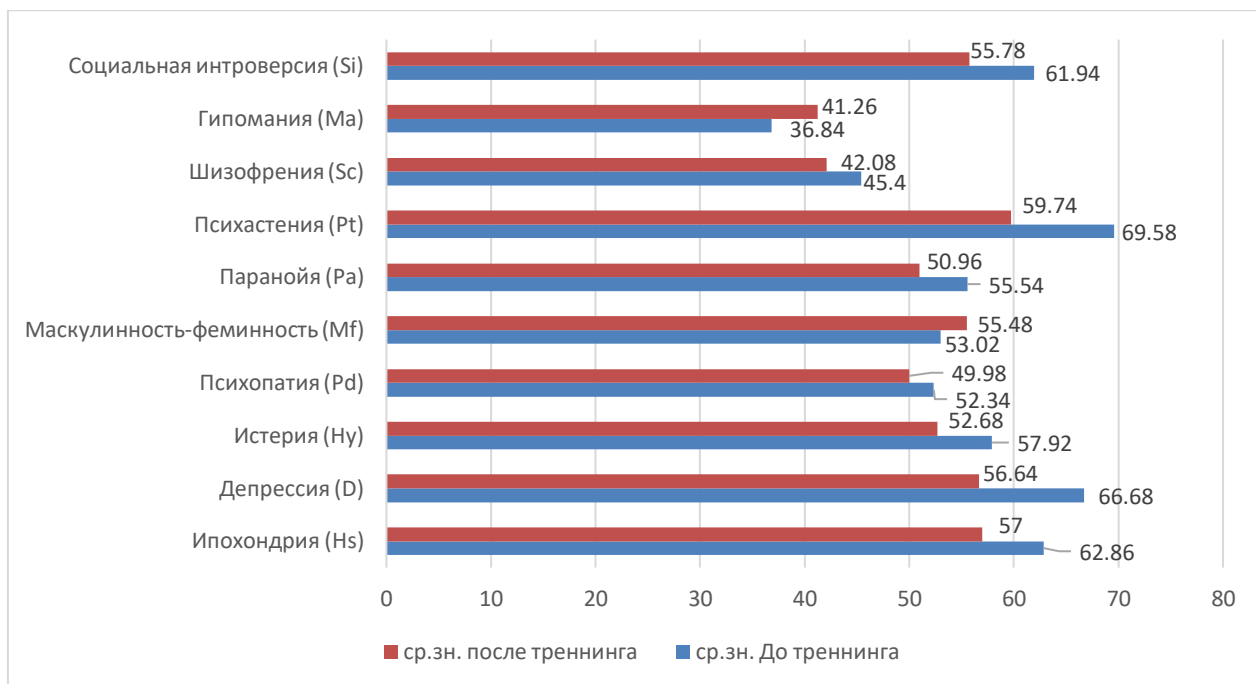


Рисунок 15 – Сравнение результатов до и после тренинга по методике СМОЛ

Социальная интроверсия (Si). Показатели снизились с 61.94 до 55.78, что указывает на улучшение социальной адаптации и уменьшение склонности к изоляции.

Психастения (Pt). Уменьшение с 69.58 до 59.74 отражает снижение тревожности и эмоционального напряжения.

Депрессия (D). Снижение с 66.68 до 56.64 свидетельствует об уменьшении симптомов депрессивного состояния.

Ипохондрия (Hs). Показатели снизились с 62.86 до 57, что указывает на уменьшение склонности к преувеличению соматических симптомов.

Гипомания (Ma). Уменьшение с 41.26 до 36.84 демонстрирует снижение гиперактивности и импульсивности.

Паранойя (Pa). Снижение с 55.54 до 50.96 указывает на уменьшение подозрительности и интерпретации внешних событий как угрожающих.

Маскулинность-феминность (Mf). Небольшое снижение с 55.48 до 53.02 показывает стабилизацию гендерных характеристик в самооценке.

Шизофрения (Sc). Показатели снизились с 45.4 до 42.08, что указывает на снижение уровня отстранённости и необычного мышления.

Истерия (Hy). Снижение с 57.92 до 52.84 отражает уменьшение тенденции к демонстративному поведению и повышенной эмоциональности.

Незначительное снижение с 49.98 до 49.28, что может говорить о стабильности поведения в рамках социальной нормы.

Результаты анализа демонстрируют положительное влияние тренинга на основные аспекты психологического состояния участников. Уменьшение уровня тревожности, депрессивных проявлений, социальной изоляции и соматических жалоб свидетельствует о том, что тренинг эффективно способствует улучшению общего эмоционального фона и психологической стабильности.

Тренинг оказал положительное воздействие на основные аспекты профессионального стресса, включая снижение тревожности, уменьшение эмоционального и профессионального напряжения, а также улучшение психосоматического состояния. Участники стали более включёнными и эмоционально стабильными, что отражает успех применённых методов.

Выводы по второй главе

Анализ уровней профессионального стресса и эмоционального выгорания.

Эмпирическое исследование показало, что высокий уровень профессионального стресса оказывает существенное влияние на развитие синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников. Например, выявлено, что 70% участников испытывают выраженные симптомы выгорания, включая эмоциональное истощение и деперсонализацию. Это подтверждает необходимость целенаправленных мер по снижению профессионального стресса.

На основании выявленных проблем была разработана программа предупреждения выгорания, которая включает тренинги по управлению

стрессом и развитием навыков саморегуляции. Особое внимание уделено развитию эмоционального интеллекта как ключевого фактора в преодолении эмоционального истощения.

Исследование подтвердило, что условия труда, такие как интенсивность графика и эмоциональная нагрузка, значительно способствуют развитию синдрома выгорания. В частности, работники с менее благоприятными условиями труда чаще сталкиваются с выраженными симптомами, включая тревожные расстройства и депрессивные состояния.

Программа профилактики, предложенная в исследовании, показала свою эффективность в снижении уровня эмоционального выгорания. Медицинские работники, участвовавшие в тренингах, отметили улучшение общего состояния и снижение уровня деперсонализации.

Результаты исследования имеют значительную практическую ценность, поскольку они позволяют разрабатывать индивидуализированные программы профилактики выгорания. Это способствует повышению качества медицинских услуг и улучшению психологического состояния сотрудников.

Заключение

Эмоциональное выгорание медицинских работников, как показывает проведенное исследование, представляет собой многоуровневый процесс, обусловленный влиянием профессиональных стрессоров, особенностей организации труда и индивидуальных факторов. Научная и практическая значимость данной проблемы неоспорима, так как она затрагивает не только психологическое состояние медиков, но и качество предоставляемых ими медицинских услуг.

В первой главе работы подробно раскрыта теория эмоционального выгорания, начиная с определения этого феномена Х. Фрейденбергом в 1974 году. В его работах эмоциональное выгорание рассматривается как результат хронического стресса, сопровождающийся эмоциональным истощением, деперсонализацией и снижением профессиональной эффективности. Современные исследования дополняют эти характеристики, описывая феномен как защитный механизм, позволяющий экономить психологические ресурсы, но в то же время приводящий к деформации личности.

Основные факторы развития синдрома, такие как нехватка ресурсов, интенсивность профессиональных нагрузок и конфликтность в рабочей среде, подтверждают его сложную природу. Например, Маслач выделяет три компонента выгорания: эмоциональное истощение, деперсонализацию и снижение профессиональных достижений, которые часто взаимосвязаны и усугубляют друг друга.

Во второй главе акцент был сделан на эмпирическом анализе проявлений эмоционального выгорания у медицинских работников. Исследование показало, что наиболее уязвимой группой являются сотрудники скорой помощи, чья профессиональная деятельность связана с экстремальными ситуациями, высоким уровнем ответственности и необходимостью быстрого принятия решений. Кроме того, отмечено, что развитие выгорания тесно связано с индивидуально-психологическими

особенностями, такими как уровень стрессоустойчивости и эмоционального интеллекта.

Программа предупреждения эмоционального выгорания, предложенная в исследовании, включает индивидуальные и коллективные меры, направленные на снижение стрессогенных факторов и укрепление психологической устойчивости. Среди предложенных методов особое внимание уделено техникам саморегуляции, развитию навыков эмоционального интеллекта и организации тренингов для медицинского персонала. Апробация программы показала её высокую эффективность: медики, участвовавшие в профилактических мероприятиях, отметили снижение уровня профессионального стресса и повышение удовлетворенности трудом.

Таким образом, проведенное исследование подтвердило гипотезу о том, что особенности организации труда и индивидуальные факторы играют ключевую роль в развитии синдрома эмоционального выгорания. Комплексный подход к профилактике, включающий как организационные, так и личностно-ориентированные меры, способен не только снизить риск выгорания, но и повысить качество медицинской помощи. Эти выводы подчеркивают необходимость дальнейших исследований в данной области для совершенствования существующих программ профилактики и поддержки медицинских работников.

Список используемой литературы

1. Барыкина А.И. Об особенностях психологического обеспечения сотрудников скорой медицинской помощи // Гуманитарный научный журнал. 2015. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ob-osobennostyah-psihologicheskogo-obespecheniya-sotrudnikov-skoroy-meditsinskoj-pomoschi> (дата обращения: 19.09.2024).
2. Бек А. Т., Фримен, А. Когнитивная терапия расстройств личности. Санкт-Петербург: Питер, 2006.
3. Бланшард К., Онкен, У. Менеджер и обезьяна: Искусство управлять временем. М. : Добрая книга, 2002.
4. Бойко В. В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. СПб.: Питер, 1999. 350 с.
5. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. М.: 1996. 472 с.
6. Большакова В. А. Профилактика и коррекция синдрома выгорания // Тенденции развития науки и образования. 2021. № 76-2. С. 117-119. DOI 10.18411/lj-08-2021-65. EDN DJSFNE.
7. Булгаков И. А. Современные направления изучения феномена эмоционального выгорания [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2023. Том 12. № 2. С. 94–103. DOI: 10.17759/jmfp.2023120209.
8. Васильева И. В., Григорьев П. Е. Особенности эмоционального выгорания врачей в зависимости от стажа работы // Таврический журнал психиатрии. 2017. №1 (78). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-emotsionalnogo-vygoraniya-vrachey-v-zavisimosti-ot-stazha-raboty> (дата обращения: 18.09.2024).
9. Водопьянова Н. Е. Синдром выгорания. Диагностика и профилактика: практическое пособие. М. : Издательство Юрайт, 2020. 299 с. 4.

10. Водопьянова Н. Е. Психология управления персоналом. Психическое выгорание : учебное пособие для вузов. М. : Издательство Юрайт, 2020. 299 с.
11. Гордон Т. Тренинг эффективного родительства: Как стать эффективным родителем. М. : Генезис, 2001.
12. Гоулман Д. Эмоциональный интеллект: Почему он может значить больше, чем IQ. М. : Манн, Иванов и Фербер, 2011.
13. Грабе М. Синдром выгорания – болезнь нашего времени. Почему люди выгорают и что можно против этого предпринять. СПб. : Речь, 2008. 96 с.
14. Деменок М. А. Прогноз синдрома эмоционального выгорания у врачей неотложной помощи // Психология и педагогика как ресурс развития образования: Материалы Всероссийской научно-практической конференции, Хабаровск, 24 ноября 2023 года. Хабаровск : Дальневосточный государственный медицинский университет, 2024. С. 77-81. EDN QOAEVN.
15. Дмитренко А. Ю. Профилактика стрессоустойчивости как важного компонента профессиональной ответственности военного летчика // Стресс и эмоциональное выгорание: методы профилактики: коллективная монография. Ульяновск: ИП Кеньшенская Виктория Валерьевна (издательство "Зебра"), 2019. С. 46-55. EDN FMKWIG.
16. Дориан Дж., Гант Г. SMART Goals: Achieve Your Dreams the Smart Way. New York: CreateSpace, 2006.
17. Евдокимова А. А., Короткина Е. Д. Система личностных детерминант профессиональной деятельности сотрудников скорой медицинской помощи во взаимосвязи с синдромом эмоционального выгорания // Санкт-Петербургский образовательный вестник. 2017. №8 (12). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sistema-lichnostnyh-determinant-professionalnoy-deyatelnosti-sotrudnikov-skoroy-meditsinskoy-pomoschi-vo-vzaimosvyazi-s-sindromom> (дата обращения: 19.09.2024).

18. Егоров В. Н. Профилактика профессионального стресса с позиции врача – профпатолога // Стресс и эмоциональное выгорание: методы профилактики : коллективная монография. Ульяновск: ИП Кеньшенская Виктория Валерьевна (издательство "Зебра"), 2019. С. 66-76. – EDN USGGZJ.

19. Ермакова Е. В. Изучение синдрома эмоционального выгорания как нарушения ценностно-смысловой сферы личности (теоретический аспект) // Культурно-историческая психология. 2010. № 1. С. 27–39.

20. Зудинова Ф. Н., Ильченко А. Е. Современные дыхательные методики как инструмент профилактики здоровья // Вестник науки. 2023. №10 (67). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennyye-dyhatelnye-metodiki-kak-instrument-profilaktiki-zdorovya> (дата обращения: 27.11.2024).

21. Ивашкина О. А. Типичные симптомы, входящие в синдром эмоционального выгорания // Эндодонтия Today. 2022. Т. 20, № 4. С. 305-311. DOI 10.36377/1683-2981-2022-20-4-305-311. EDN HKYRGM.

22. Игумнова Г. В. Эмоциональное выгорание как фактор конфликтности специалиста // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2013. № 10-3. С. 484-486. EDN RDDFLP.

23. Карамова Л. М., Нафиков Р. Г. Синдром профессионального выгорания у медицинских работников станции скорой медицинской помощи // Вестник РГМУ. 2013. №5-6. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sindrom-professionalnogo-vygoraniya-u-meditsinskih-rabotnikov-stantsii-skoroy-meditsinskoj-pomoschi> (дата обращения: 19.09.2024).

24. Клинические проявления синдрома эмоционального выгорания / Л. С. Чутко, А. В. Рожкова, С. Ю. Сурушкина [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019. Т. 119, № 1. С. 14-16. DOI 10.17116/jnevro201911901114. EDN YWZVAD.

25. Кови С. Р. Семь навыков высокоэффективных людей: Мощные инструменты развития личности. М. : Альпина Паблишер, 2013.

26. Косухина О. И. Синдром эмоционального выгорания у врачей как одна из причин дефектов оказания медицинской помощи // Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы, Южно-Сахалинск, 07–08 сентября 2021 года. Том ВЫПУСК 20. Хабаровск: Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения Министерства здравоохранения Хабаровского края, 2021. С. 78-81. EDN VNSWUR.
27. Козлова К. В., Муравьева О. И., Корицова Г. С. Понятие "выгорание" в психологии: анализ и обобщение подходов // Ped.Rev., 2019. №1 (23). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ponyatie-vygoranie-v-psihologii-analiz-i-obobschenie-podhodov> (дата обращения: 18.09.2024).
28. Кузнецова Т. С. Эмоциональное выгорание работников: факторы развития и профилактика // Инновации. Наука. Образование. 2021. Т. 1, № 44. С. 1440-1447. EDN CCCEER.
29. Ленгле А. Эмоциональное выгорание с позиций экзистенциального анализа: теоретические исследования // Вопросы психологии. 2008. № 2. С. 3–16.
30. Лукьянов В. В., Леонова А. Б. Выгорание и профессионализация: сб. науч. трудов. Курск: Изд-во Курск. гос. ун-та. Курск, 2013. 440 с.
31. Маслач К. Профессиональное выгорание [Электронный ресурс — Режим доступа: http://hr.qetu.net/pages/professional_noe_vygoranie_kak_lyudi_spravlyayutsya.html.
32. Матюшкина Е. Я., Рой А.П. Профессиональный стресс и профессиональное выгорание у медицинских работников [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2020. Том 9. № 1. С. 39–49. DOI: 10.17759/jmfp.2020090104.
33. Мельник А. Я. Предупреждение и профилактика синдрома эмоционального выгорания // Психология и педагогика в Крыму: пути развития. 2020. № 1. С. 256-268. EDN XWOTAC.

34. Направления психологической диагностики и коррекции защитно-совладающего поведения будущих педагогов, склонных к виктимному поведению / А. А. Мишин, О. Б. Бовть, А. В. Кирейчев, Е. В. Кирейчева // Стресс и эмоциональное выгорание: методы профилактики : коллективная монография. Ульяновск: ИП Кеньшенская Виктория Валерьевна (издательство "Зебра"), 2019. С. 55-66. EDN FUMBQJ.

35. Неплюева Г. А., Соловьева А. А. Распространенность синдрома профессионального выгорания среди практикующих кардиологов в субъектах Российской Федерации. Российский кардиологический журнал. 2023;28(1S):5320. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2023-5320>.

36. Некрасова И. И. Особенности эмоционального выгорания и копинг-стратегии // Аллея науки. 2021. Т. 1, № 2(53). С. 105-109. EDN RRXHUI.

37. Орел В. Е. Синдром психического выгорания личности. М.: Ин-т психологии РАН, 2005. 330 с.

38. Осыкина А. С. Теоретические аспекты выявления синдрома эмоционального выгорания у врачей // Актуальные вопросы современного медицинского образования : Материалы II Международной научно-практической конференции, Ижевск, 16–17 декабря 2021 года. Ижевск: Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Ижевская государственная медицинская академия" Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2021. С. 18-21. EDN CZFWEZ.

39. Ракицкая А. В. Синдром эмоционального выгорания как предмет социально-психологических исследований // Технологии информатизации и управления: сб. науч. статей. Вып. 2. Минск, 2011. С. 430–434.

40. Рогова Е. Е. Взаимосвязь одиночества и эмоционального выгорания у сотрудников скорой медицинской помощи // Мир науки. Педагогика и психология. 2020. Т. 8, № 6. С. 96. EDN XEDJXE.

41. Роджерс К. Стать личностью: взгляд на психотерапию. Москва: Эксмо, 1994.
42. Рукавишников А. А. Личностные детерминанты и организационные факторы генезиса психического выгорания у педагогов: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Ярославль, 2001. 23 с.
43. Рутовский К. А., Бражник, Э. И. Тренинг командообразования: Теория и практика. М. : Питер, 2015.
44. Рыбников О. Н. Психофизиология профессиональной деятельности: учебник для студентов высших учебных заведений. М.: Академия, 2010. 320 с.
45. Савина А. А. Повышение квалификации как фактор противодействия эмоциональному выгоранию в профессии // Стратегические ресурсы тюменского АПК: люди, наука, технологии : Сборник трудов LVIII международной научно-практической конференции студентов, аспирантов и молодых учёных, Тюмень, 12 марта 2024 года. Тюмень: Государственный аграрный университет Северного Зауралья, 2024. С. 218-222. EDN FPBTAM.
46. Самотеева А. С. Эмоциональное выгорание и методы его профилактики // Социально-экономические, юридические и философские проблемы современности : Материалы XXV Всероссийской научно-практической конференции, Рязань, 22 декабря 2022 года. Рязань: Общество с ограниченной ответственностью "Издательство "Концепция", 2022. С. 54-55. EDN OQBXPI.
47. Самсонов А. С. К вопросу о методах исследования профессионального выгорания // E-Scio. 2022. №2 (65). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-metodah-issledovaniya-professionalnogo-vygoraniya> (дата обращения: 19.09.2024).
48. Сорокоумова Г. В., Шурыгина О. В. Современные методы диагностики и психокоррекции эмоционального выгорания педагогов // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2017. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennyye-metody->

diagnostiki-i-psihokorreksii-emotsionalnogo-vygoraniya-pedagogov (дата обращения: 19.09.2024).

49. Специфика синдрома эмоционального выгорания у представителей "помогающих" профессий / Н. И. Влах // Медицина труда и промышленная экология. 2021. Т. 61, № 8. С. 503-509. DOI 10.31089/1026-9428-2021-61-8-503-509. EDN GZCDMT.

50. Стресс и эмоциональное выгорание: методы профилактики : коллективная монография / А. Ю. Нагорнова, Т. Д. Азарных, О. И. Каяшева [и др.]. Ульяновск: ИП Кеньшенская Виктория Валерьевна (издательство "Зебра"), 2019. 79 с. ISBN 978-5-6043667-6-9. EDN NEURZF.

51. Суроегина А. Ю., Холмогорова А.Б. Профессиональное выгорание медицинских работников до, во время и после пандемии [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2023. Том 12. № 2. С. 64–73. DOI: 10.17759/jmfp.2023120206.

52. Тавусян А. С. Эмоциональное и профессиональное выгорание как фактор снижения трудовой мотивации молодых специалистов // Детство - территория безопасности: Сборник материалов конференции, М., 07 декабря 2023 года. М. : Центр вынужденных переселенцев "Саратовский источник", 2023. С. 475-477. EDN DMKBPK.

53. Тарабакина Л. В., Звонова Е. В. Факторы возникновения синдрома эмоционального выгорания у молодых работников. Вестник университета. 2020;(9):177-184. <https://doi.org/10.26425/1816-4277-2020-9-177-184>.

54. Томас К. В. Разрешение конфликтов: Теория и практика. М. : Альпина Паблишер, 2010.

55. Трейси Б. Оставьте брезгливость, съешьте лягушку! 21 способ победить лень и выполнить дела в срок. М. : Альпина Бизнес Букс, 2010.

56. Трущенко М. Н. К вопросу о синдроме выгорания: традиционные подходы исследования и современное состояние проблемы // Психология:

традиции и инновации: материалы междунар. науч. конф. Уфа: Лето, 2012. С. 1–8.

57. Хаблиев Г. А. Предрасполагающие факторы эмоционального выгорания // Вести научных достижений. Психология и педагогика. 2021. № 5. С. 185-188. DOI 10.36616/2686-9144_2021_5_185. EDN HFTCFG.

58. Хальфин Р. А., Смольникова П. С. Профессиональное выгорание медицинских работников: актуальный вопрос управления системой здравоохранения. Национальное здравоохранение. 2023; 4(2): 40-46. <https://doi.org/10.47093/2713-069X.2023.4.2.40-46>.

59. Чутко Л. С., Рожкова А. В. Клинические проявления синдрома эмоционального выгорания // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019; 119(1):14-16.

60. Шейн Э. Х. Организационная культура и лидерство. Санкт-Петербург: Питер, 2010.

61. Ширинская Н. Е., Большакова И. А. Психоэмоциональный аспект в профессиональной деятельности сотрудника скорой медицинской помощи // Современная медицина: актуальные вопросы. 2016. №1 (45). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihuemotsionalnyy-aspekt-v-professionalnoy-deyatelnosti-sotrudnika-skoroy-meditsinskoj-pomoschi> (дата обращения: 19.09.2024).

62. Шутова Н. В. Особенности взаимосвязи альтруистических установок и эмоциональной устойчивости сотрудников "Скорой медицинской помощи" // Нижегородский психологический альманах. 2019. Т. 1, № 1. С. 184-192. – EDN IMVWCY.

63. Эйзенхауэр Д. Mandate for Change: 1953-1956. Garden City, NY: Doubleday, 1967.

64. Adam D, Berschick J, Schiele JK, Bogdanski M, Schröter M, Steinmetz M, Koch AK, Sehouli J, Reschke S, Stritter W, Kessler CS and Seifert G (2023) Interventions to reduce stress and prevent burnout in healthcare professionals

supported by digital applications: a scoping review. *Front. Public Health* 11:1231266. doi: 10.3389/fpubh.2023.1231266.

65. Charles S. *Encyclopedia Of Applied Psychology*, 2004.

66. De Giorgi R, Dinkelaar BM. Strategies for preventing occupational stress in healthcare workers: past evidence, current problems. *BJPsych Advances*. 2021;27(3):205-210. doi:10.1192/bja.2020.90.

67. Dierendonck D. V., Garssen B., Visser A. Burnout Prevention through Personal Growth // *International Journal of Stress Management*. 2005. Vol. 12. N 1. P. 62–77.

68. Freudenberger H. J. Staff burnout // *Journal of social Issues*, 1974. V. 30. P. 159–165.

69. Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York: Bantam Dell.

70. Perlman B., Hartman E. Burnout: summary and future research // *Human Relations*. 1982. Vol. 35. P. 283–305.

71. Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press.

72. Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation: A Physiological and Clinical Investigation of Muscular States and Their Significance in Psychology and Medical Practice*. Chicago: University of Chicago Press.

73. Yixuan Ong Natasha, Finn Jing Jie Teo, Jane Zi Ying Ee, Chun En Yau, Julian Thumboo, Hiang Khoon Tan, Qin Xiang Ng - Effectiveness of mindfulness-based interventions on the well-being of healthcare workers: a systematic review and meta-analysis: *General Psychiatry* 2024;37:e101115.

Приложение А

Сводная таблица результатов до проведения тренинга

Респондент	Личностная тревожность	Ситуативная тревожность	Баллы по Шкале Бека (До тренинга)	Баллы по Шкале профессионального стресса	Переживание психоэмоционального	Неполноценность эмоциональных реакций	Эмоционально-нравственная	Расширение сферы экономии эмоций	Редукция профессиональных обязанностей	Эмоциональная отстранённость	Психосоматические и психовегетативные	Негативное отношение к служебным	Профессиональная отстранённость	Переживание эмоционального дефицита	Эмоциональная опустошенность	Переживание профессионального краха	Ипохондрия (Hs)	Депрессия (D)	Истерия (Hy)	Психопатия (Pd)	Маскулинность-феминность (Mf)	Паранойя (Pa)	Психастения (Pt)	Шизофрения (Sc)	Гипомания (Ma)	Социальная интроверсия (Si)
Респондент 1	63	49	26	32	11	11	3	5	11	2	9	14	10	13	19	7	61	71	51	51	49	63	76	42	43	57
Респондент 2	26	70	20	26	11	12	14	7	17	7	14	19	9	5	15	15	58	66	59	54	51	54	65	43	35	56
Респондент 3	20	36	28	24	6	15	20	13	14	10	5	3	15	14	8	6	67	63	63	53	51	50	64	47	35	63
Респондент 4	40	68	37	34	11	15	15	13	9	10	12	12	11	16	4	2	69	68	53	56	57	52	79	45	42	64
Респондент 5	54	72	19	38	11	3	2	9	9	7	7	6	11	12	20	2	65	62	63	51	59	59	61	47	32	69
Респондент 6	29	61	19	37	6	5	7	10	4	13	6	7	7	19	10	13	62	64	64	53	55	61	65	40	35	60
Респондент 7	77	34	37	23	19	12	16	16	9	4	9	7	7	6	10	3	67	62	64	52	57	57	70	47	37	64
Респондент 8	79	52	29	27	12	12	6	7	8	9	4	5	7	3	9	18	59	66	57	56	48	64	75	43	40	57
Респондент 9	39	50	17	32	4	12	12	12	11	10	7	10	11	1	10	0	61	64	63	46	57	60	75	50	40	62
Респондент 10	46	37	27	37	13	20	13	8	5	12	4	5	7	17	9	18	64	68	56	45	51	55	60	40	31	68

Продолжение приложения А

Респондент 11	56	61	17	26	5	12	5	8	12	13	19	11	11	13	7	11	57	66	61	51	55	57	68	47	34	62
Респондент 12	35	65	17	28	13	15	9	15	17	4	10	9	20	9	7	9	61	61	58	51	47	58	65	43	43	56
Респондент 13	52	64	24	21	15	14	0	14	9	2	6	8	14	11	9	7	65	63	63	58	50	53	75	45	30	69
Респондент 14	26	71	2	20	5	13	4	14	12	16	11	5	8	4	7	11	65	68	57	52	56	50	62	47	41	60
Респондент 15	75	80	4	36	14	8	8	16	13	11	9	7	16	20	6	9	62	71	54	49	46	63	79	43	44	61
Респондент 16	68	31	16	40	12	13	3	10	7	6	8	13	7	10	10	15	59	73	62	47	54	50	63	53	30	56
Респондент 17	20	40	11	29	14	6	18	13	11	17	13	12	0	10	8	10	58	61	51	56	57	59	78	42	34	69
Респондент 18	24	36	25	38	19	8	2	8	10	10	13	5	4	13	17	10	62	69	64	52	58	53	62	53	41	65
Респондент 19	71	67	12	32	8	7	7	11	10	15	7	10	0	12	0	8	62	68	54	50	53	61	78	48	42	64
Респондент 20	69	34	7	24	6	10	10	9	6	10	7	13	8	11	15	9	57	69	57	55	49	63	79	42	32	56
Респондент 21	22	22	36	32	5	20	17	10	10	20	8	1	10	6	16	11	60	64	59	47	50	56	66	48	33	64
Респондент 22	21	52	19	42	5	0	2	12	12	18	0	12	18	12	0	1	59	61	58	45	56	51	79	52	32	55
Респондент 23	75	60	22	29	9	13	15	5	17	8	2	6	11	19	8	3	56	63	61	47	56	52	68	41	30	62
Респондент 24	80	64	7	42	11	1	10	20	14	14	16	12	8	16	8	13	62	71	61	49	56	50	60	53	30	55
Респондент 25	59	71	16	9	11	7	5	4	20	13	18	6	14	17	2	10	66	74	61	59	56	54	67	41	41	63
Респондент 26	47	67	23	36	14	15	12	3	6	16	8	0	0	7	6	9	68	71	62	58	48	50	66	41	41	65
Респондент 27	59	41	10	30	10	10	10	15	14	5	12	1	11	5	4	10	60	66	58	47	58	57	77	45	43	60
Респондент 28	78	32	25	27	17	4	6	13	10	13	11	10	13	9	18	11	56	71	62	45	58	50	67	42	42	61
Респондент 29	21	59	15	30	8	6	10	13	20	15	20	11	2	10	14	7	66	72	64	49	55	60	60	52	43	67
Респондент 30	61	64	19	14	20	13	8	13	5	1	15	5	15	15	16	6	59	67	62	54	54	50	70	48	34	64
Респондент 31	57	53	15	28	13	6	10	9	5	4	9	13	11	1	13	10	55	74	50	51	51	51	77	43	35	61
Респондент 32	23	54	40	32	5	11	13	5	7	0	5	1	7	17	4	5	66	62	58	59	56	51	69	40	32	64
Респондент 33	24	21	21	41	4	10	17	10	0	8	1	9	13	9	7	12	64	73	56	58	53	61	62	43	41	57
Респондент 34	78	57	11	25	12	6	3	6	7	13	11	3	20	7	12	1	60	60	58	51	51	55	66	40	38	56
Респондент 35	51	62	30	23	8	20	20	14	6	17	6	6	10	4	3	15	67	63	57	55	58	56	75	53	34	63
Респондент 36	47	32	9	25	13	13	0	9	10	10	2	10	11	1	13	12	66	61	50	53	45	54	75	44	37	62
Респондент 37	25	51	24	37	12	0	9	5	11	18	6	5	7	14	8	11	63	67	61	59	45	50	79	43	42	67
Респондент 38	56	80	2	32	9	10	12	8	19	3	4	8	5	10	8	14	55	63	57	59	53	50	76	47	30	66
Респондент 39	65	55	8	25	5	6	11	12	14	1	18	15	14	3	13	18	65	61	57	54	55	52	61	47	43	64

Продолжение приложения А

Респондент 40	20	52	23	34	2	14	6	7	7	9	14	7	5	3	12	15	65	73	64	54	58	63	60	46	34	61
Респондент 41	64	67	29	30	7	6	8	5	5	11	9	14	10	8	8	0	69	65	60	56	53	51	75	42	44	63
Респондент 42	75	67	23	37	14	9	7	11	12	9	17	4	7	18	15	3	64	65	52	57	48	54	71	40	32	58
Респондент 43	22	32	20	24	11	12	7	11	3	0	10	12	12	8	4	6	66	69	50	47	57	61	64	40	41	67
Респондент 44	44	38	18	27	3	14	14	7	19	9	5	17	11	2	13	10	66	63	57	59	53	59	64	51	30	58
Респондент 45	28	68	7	26	10	3	11	7	15	3	17	0	15	8	12	12	69	65	52	51	47	55	68	50	33	55
Респондент 46	53	64	14	18	11	8	6	11	7	13	12	6	7	8	8	6	68	72	52	45	51	56	68	42	44	62
Респондент 47	33	63	17	32	5	7	14	2	1	11	4	12	8	0	11	10	68	74	50	48	50	53	62	45	42	68
Респондент 48	40	78	32	32	10	6	11	2	16	5	9	8	5	9	3	6	69	61	60	57	52	56	78	46	34	68
Респондент 49	51	75	25	30	10	18	14	6	9	7	5	11	7	8	14	6	68	69	54	48	55	60	75	45	36	66
Респондент 50	25	44	4	28	4	12	13	8	16	4	3	6	11	13	9	2	57	71	59	58	53	57	75	53	30	57

Приложение Б

Сводная таблица результатов после проведения тренинга

Респондент	Ипохондрия (Hs)	Депрессия (D)	Истерия (Hy)	Психопатия (Pd)	Маскулиность-феминность (Mf)	Паранойя (Pa)	Психастения (Pt)	Шизофрения (Sc)	Гипомания (Ma)	Социальная интроверсия (Si)	Личностная тревожность	Ситуативная тревожность	Баллы по Шкале Бека (После тренинга)	Баллы по Шкале профессионального стресса (После тренинга)	Переживание психоэмоционального	Неполноценность эмоциональных	Эмоционально-нравственная	Расширение сферы экономии эмоций	Редукция профессиональных обязанностей	Эмоциональная отстранённость
Респондент 1	53	57	46	50	53	57	62	39	49	53	54	43	20	29	9	9	0	1	8	0
Респондент 2	50	59	56	51	52	48	58	38	38	50	24	63	17	24	8	9	11	5	15	5
Респондент 3	62	58	58	51	54	47	53	44	37	60	17	30	21	19	2	13	17	10	10	6
Респондент 4	66	56	45	53	58	49	72	40	49	56	38	61	33	30	8	13	11	9	6	6
Респондент 5	62	55	60	48	62	52	55	42	36	63	49	70	10	35	9	1	0	6	6	5
Респондент 6	53	50	61	52	56	58	51	38	39	53	24	55	15	35	4	1	5	8	1	10
Респондент 7	59	51	60	50	60	51	62	45	39	56	68	32	29	17	15	9	13	13	5	1
Респондент 8	51	52	54	52	49	60	63	38	46	49	73	47	25	20	9	9	2	3	6	6

Продолжение приложения Б

Респондент 9	54	55	54	45	59	54	62	45	42	57	36	47	9	27	1	9	8	8	9	8
Респондент 10	60	54	54	43	52	51	49	36	34	65	39	30	19	34	9	16	10	6	1	9
Респондент 11	55	57	52	49	56	53	63	44	36	59	50	58	10	23	1	8	1	5	10	9
Респондент 12	58	50	52	49	49	55	58	39	47	47	32	63	13	24	11	12	6	12	13	1
Респондент 13	57	50	57	56	54	48	62	43	32	60	46	57	16	17	12	12	0	12	6	0
Респондент 14	58	59	52	50	60	48	57	45	47	51	19	68	3	14	3	10	2	11	9	14
Респондент 15	56	66	45	46	47	60	66	41	51	52	71	74	2	29	11	5	6	14	9	8
Респондент 16	52	59	53	46	56	47	51	51	35	49	64	27	13	34	10	11	1	8	5	3
Респондент 17	55	47	42	53	58	54	73	37	36	62	11	38	8	27	12	4	16	11	7	13
Респондент 18	59	64	56	48	61	51	52	51	47	57	20	33	18	36	16	5	0	4	6	8
Респондент 19	55	62	51	48	56	55	69	43	48	60	67	65	8	26	4	4	3	9	8	11
Респондент 20	55	59	55	54	50	56	69	37	39	51	61	26	3	17	2	7	8	6	3	6
Респондент 21	55	51	54	45	54	49	52	46	37	59	20	20	28	26	1	16	14	7	8	18
Респондент 22	56	49	49	44	60	45	70	50	38	46	13	45	10	35	3	0	0	9	8	15
Респондент 23	49	54	52	44	57	49	58	38	36	54	67	52	20	22	6	10	11	3	14	4
Респондент 24	54	66	57	48	57	48	51	49	36	49	71	55	4	37	7	0	8	16	10	12
Респондент 25	59	63	56	55	59	51	58	39	47	59	51	64	10	2	8	3	3	2	17	9
Респондент 26	64	62	53	54	52	46	58	38	44	57	43	63	18	32	10	11	9	1	3	13
Респондент 27	55	56	53	46	59	54	70	42	46	56	52	33	7	23	8	6	8	11	11	1
Респондент 28	50	60	59	44	61	47	60	38	46	57	69	23	17	20	14	2	4	9	7	10
Респондент 29	64	65	60	48	59	54	52	47	45	63	12	53	13	23	4	4	8	10	18	12
Респондент 30	50	53	57	53	56	44	57	46	40	56	56	62	17	12	18	9	6	11	2	0
Респондент 31	49	67	48	47	54	45	71	39	42	52	48	50	7	24	11	2	6	6	2	1
Респондент 32	61	53	56	57	60	44	56	38	34	59	18	49	33	28	3	8	10	2	4	0
Респондент 33	59	63	50	57	57	57	57	40	48	52	15	19	18	35	1	8	13	8	0	4
Респондент 34	55	47	54	50	54	49	61	37	40	47	76	48	4	20	8	4	1	3	3	10
Респондент 35	61	54	53	51	60	54	66	48	38	59	47	60	25	16	5	16	16	12	3	14

Продолжение приложения Б

Респондент 36	58	56	44	49	48	47	65	41	43	56	38	28	7	22	11	10	0	6	8	6
Респондент 37	58	59	56	56	49	45	69	40	48	64	21	45	22	32	9	0	7	1	7	3
Респондент 38	48	54	53	58	54	48	69	43	35	58	52	75	2	27	7	8	8	4	17	1
Респондент 39	59	47	55	51	56	50	50	45	50	61	59	47	3	21	3	3	8	8	10	0
Респондент 40	56	59	62	50	61	57	47	44	36	52	11	44	21	29	0	10	2	3	4	6
Респондент 41	64	56	51	52	57	46	61	38	46	57	61	59	24	23	4	2	6	2	3	8
Респондент 42	57	54	49	55	49	49	59	35	35	50	69	58	20	30	12	7	5	7	8	5
Респондент 43	58	61	46	46	61	54	54	38	46	58	19	25	16	22	8	9	5	8	0	0
Респондент 44	62	58	52	56	56	54	52	48	33	54	40	31	16	20	1	11	12	4	17	7
Респондент 45	61	56	46	47	48	51	59	48	36	50	24	65	1	19	8	1	7	5	13	0
Респондент 46	59	61	46	41	55	50	56	39	47	59	47	59	11	14	7	4	2	7	3	11
Респондент 47	63	60	45	45	51	48	48	40	49	61	27	55	9	25	2	3	11	0	0	9
Респондент 48	60	47	52	55	55	49	70	42	41	61	37	71	27	30	7	3	7	0	12	1
Респондент 49	62	59	47	44	59	56	61	43	40	60	46	66	17	27	8	14	10	4	6	3
Респондент 50	54	62	56	57	54	54	63	49	34	53	22	41	2	24	0	10	9	6	14	1