СОДЕРЖАНИЕ

Введение ……. 3

1. Теоретические предпосылки исследования уровня профессионального выгорания среди медицинских работников…….

1.1. Анализ состояния проблемы «профессионального выгорания» в современной психологической науке……..

1.1.1. Синдром «эмоционального выгорания» ……..….5

1.1.2. Динамика и психологическая симптоматика синдрома «эмоционального выгорания»……6

1.1.3. Профессиональная деформация как следствие «эмоционального выгорания» и меры ее профилактики……..10

1.2. Состояние проблемы профессиональной деформации в медицинских профессиях

1.2.1. Факторы риска профессиональной деформации у медицинских работников……15

1.2.2. Особенности синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников……..19

1.2.3. Подходы к решению проблемы профессиональной деформации в медицинских профессиях…….29

2. Эмпирическое исследование уровня профессионального выгорания среди медицинских работников…….

2.1. Замысел и процедуры эмпирического исследования…….….35

2.2. Анализ и интерпретация результатов исследования……...38

2.3. Рекомендации для профилактики профессиональной деформации у медицинских работников……..54

Заключение……

Список источников……

Приложения

ВВЕДЕНИЕ

В нашей стране конец XX века был ознаменован природными и искусственными катаклизмами. Одну экономическую формацию сменила другая. На фоне острых социально-политических сдвигов и экономического кризиса для большей части населения были созданы условия, способствующие развитию серьезных стрессовых расстройств. Врачи, работающие в медицинском учреждении, подвержены значительному личностному дистрессу. Им трудно раскрыться перед кем-нибудь за пределами своей семьи и круга друзей [7, 8].

Сама по себе специальность врача способствует развитию болезненных состояний [5]. Уровень самоубийств среди врачей, включая психиатров, значительно выше, чем среди других категорий населения [10]. По данным В.Е. Кузнецова [1], который цитирует Н.И. Пивоварова (1912), в начале XX века группу высокого риска по суицидальным действиям представляют врачи и другие медицинские работники.

В работах ряда отечественных и зарубежных авторов: Б.Д. Карвасарского, Г.С. Абрамовой, Л.Ф. Тихомировой, Г.И. Куценко, Е.И. Сошникова, Б.Н. Минчина, В.П. Рубана, И. Харди, Р. Калимо и др. [1,2,14,16,20,27,29,32] уделяется повышенное внимание социально-психологическим особенностям профессиональной адаптации медицинских работников к условиям деятельности. В работах Г.С. Абрамовой, Л.Ф. Тихомировой, Р. Конечного, Г.К. Ушакова, М. Боухала, Э.В. Боллза и др. [1,2,15,17,29] изучаются социально–психологические факторы профессиональной деятельности медицинских работников, провоцирующие стрессовые состояния, возникновение синдрома хронической усталости и другие негативные симптомы. В данных исследованиях, таким образом, изучаются преимущественно факторы, способствующие профессиональной деформации медицинских работников.

В научных исследованиях установлен факт влияния особенностей профессиональной деятельности медицинского работника на личность, в

частности – широко известен феномен эмоционального выгорания личности медицинского работника.

Freudenberger [8] предложил термин «выгорание» для описания деморализации, разочарования и чрезмерной усталости, которые он наблюдал у работников психиатрических учреждений. Некоторые авторы [7] возражали против термина «выгорание» из-за его неопределенности и частичного совпадения с родственными понятиями, например посттравматическим стрессовым расстройством и депрессией, либо рассматривали его как странную психиатрическую проблему [11]. По мнению авторов, «выгорание» — это конечный результат процесса «сгорание до тла» [13-15]. «Выгорание» проявляется изменением в поведении, в чувствах, в мышлении и здоровье. В настоящее время существует много исследований, документально подтверждающих широко распространенную неудовлетворенность профессией и чувство сожаления в связи с выбором медицинской карьеры [2].

В отечественной психологии есть немало исследований, посвященных феномену «выгорания» в среде педагогов (А.А. Реан, Л.М. Митина, Т.И. Ронгинская, О.А. Баронина и др.), у медицинских работников (Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдчиц, Н.В. Козина и др.), социальных работников (Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова и др.); управленцев (Н.Е. Водопьянова, А.Б. Серебрякова и др.), у торгового персонала, менеджеров (А.Р. Фонарев, Н.Е. Водопьянова и др.), у психологов (Е.Г. Лешукова, А.Н. Моперховиков и др.).

Актуальность и социальная значимость выбранной темы обусловлена сложным характером синдрома эмоционального выгорания, а также разнородностью интерпретации его причин и проявлений, требующих поиска исследовательских стратегий и создания соответствующего психологического инструментария. Медицинский персонал лечебных учреждений является наиболее многочисленным по составу, принимая на

себя наибольшую часть рабочих нагрузок в ходе оказания лечебно-профилактической помощи населению.

Таким образом, актуальность и практическая значимость проблемы и, в то же время, ее недостаточная разработанность обусловили выбор объекта и предмета исследования, а также его цели и задач.

Объект исследования: профессиональное эмоциональное выгорание как психологический феномен.

Предмет: особенности профессионального эмоционального выгорания у медицинских работников.

Целью работы является исследование уровня профессионального выгорания медицинских работников.

Задачи:

1) провести теоретический анализ проблемы исследования;

2) подобрать методики и методы, адекватные цели исследования;

3) провести эмпирическое исследование профессионального выгорания среди медицинских работников;

4) проанализировать полученные результаты и сделать выводы.

Гипотеза исследования: уровень эмоционального выгорания связан с уровнем эмпатийных тенденций медицинских работников.

Для проверки выдвинутых гипотез и решения поставленных задач использовались следующие **методы:**

1) методы теоретического анализа (анализ, синтез, сравнение, интерпретация научных данных);

2) методы психологической диагностики:

– методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко;

– опросник (MBI) Авторы американские психологи К. Маслач и С. Джексон (данный вариант адаптирован Н.Е. Водопьяновой);

– методика исследование уровня эмпатийных тенденций (Юсупов И.М.);

б) методы математической обработки данных:

- корреляционный анализ (коэффициент линейной корреляции r Пирсона и коэффициент ранговой корреляции rs Спирмена);

– U-критерий Манна-Уитни.

Эмпирическая база исследования. Исследование проводилось в центральной районной больнице города Торопец. Выборку составили женщины: медсестры и младший медперсонал в возрасте от 35 до 50 лет. Стаж работы составляет от 5 лет. В исследовании принимали участие и 20 медсестер и 11 санитарок – всего 31 человек.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ИССЛЕДОВАНИЯ УРОВНЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

1.1. Анализ состояния проблемы «профессионального выгорания» в современной психологической науке

1.1.1. Синдром «эмоционального выгорания»

Синдром эмоционального выгорания возникает в ситуациях интенсивного профессионального общения под влиянием множества внешних и внутренних факторов и проявляется как «приглушение» эмоций, исчезновение остроты чувств и переживаний, увеличение числа конфликтов с партнёрами по общению, равнодушие и отгороженность от переживаний другого человека, потеря ощущения ценности жизни, утрата веры в собственные силы и др.

Понятие «эмоционального выгорания» впервые появилось в зарубежной психологии в конце 20-го века [26, с. 67].

Синдром выгорания был впервые описан в 1974 году американским психологом Фрейденбергером для описания деморализации, разочарования и крайней усталости, которые он наблюдал у работников психиатрических учреждений. В настоящее время термин «выгорание» принято употреблять в связи с профессиями, связанными с оказанием помощи человеку, испытывающему негативные переживания, оказавшемуся в критической ситуации.

«Синдром эмоционального выгорания – синдром физических, эмоциональных и познавательных симптомов, которые испытывает профессионал, неспособный справиться эффективно со стрессом, вызванным ограничениями, касающимися его цели и личной карьеры» [15, с. 13].

Синдром эмоционального выгорания определяется как чувство эмоционального и физического истощения вместе с чувством расстройства и неудачи [15, с. 14].

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

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

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

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

1.1.2. Динамика и психологическая симптоматика синдрома «эмоционального выгорания»

В настоящее время нет единого взгляда на структуру синдрома «эмоционального выгорания», но, несмотря на различия в подходах к его изучению, можно отметить, что он предопределяет собой личностную деформацию.

Симптомы профессионального выгорания указывают на характерные черты длительного стресса и психической перегрузки, которые могут приводить к полной дезинтеграции различных психических сфер. У «выгорающего» специалиста наблюдаются изменения:

– в поведении (он часто смотрит на часы; откладывает встречи; часто опаздывает (поздно приходит и рано уходит); утрачивает творческий подход к решению проблем; работает усерднее и дольше, а достижения становятся меньше; уединяется и избегает коллег; присваивает собственность учреждения; увеличивает употребление меняющих настроение психоактивных веществ (включая кофеин и никотин); теряет способность удовлетворять свои потребности в развлечениях и восстановлении здоровья; подвержен несчастным случаям; у него усиливается сопротивление выходу на работу;

– в чувствах (утрата чувства юмора или юмор висельника; постоянное чувство неудачи, вины и самообвинения; часто испытывает гнев, чувство обиды и горечи; повышенная раздражительность, проявляемая на работе и дома; ощущение, как будто к нему придираются; чувство обескураженности и равнодушия; бессилие; снятие стресса, а не творческая деятельность);

– в мышлении (все более упорные мысли о том, чтобы оставить работу; снижение способности сконцентрировать внимание; ригидное мышление, сопротивляющееся изменениям; усиление подозрительности и недоверчивости; циничное, порицающее отношение к окружающим; менталитет жертвы; озабоченность собственными потребностями и личным выживанием);

– в здоровье: нарушенный сон; частые, длительно текущие незначительные недуги; повышенная восприимчивость к инфекционным заболеваниям; утомляемость и истощение в течение целого дня; ускорение нарушений психического и соматического здоровья [3, с. 446].

Таким образом, синдром эмоционального выгорания характеризуется выраженным сочетанием симптомов нарушения в психической, соматической и социальной сфере жизни.

Синдром профессионального выгорания развивается постепенно. Он проходит три стадии – три лестничных пролета в глубины профессиональной непригодности:

Первая стадия:

– начинается приглушением эмоций, сглаживанием остроты чувств и свежести переживаний; специалист неожиданно замечает: вроде бы все пока нормально, но… скучно и пусто на душе;

– исчезают положительные эмоции, появляется некоторая отстраненность в отношениях с членами семьи;

– возникает состояние тревожности, неудовлетворенности; возвращаясь домой, все чаще хочется сказать: «Не лезьте ко мне, оставьте в покое!»

Вторая стадия:

– возникают недоразумения с клиентами, профессионал в кругу своих коллег начинает с пренебрежением говорить о некоторых из них;

– неприязнь начинает постепенно проявляться в присутствии клиентов – вначале это с трудом сдерживаемая антипатия, а затем и вспышки раздражения. Подобное поведение профессионала – это неосознаваемое им самим проявление чувства самосохранения при общении, превышающем безопасный для организма уровень.

Третья стадия:

– притупляются представления о ценностях жизни, эмоциональное отношение к миру «уплощается», человек становится опасно равнодушным ко всему, даже к собственной жизни;

– такой человек по привычке может еще сохранять внешнюю респектабельность и некоторый апломб, но его глаза теряют блеск интереса,

к чему бы то ни было, и почти физически ощутимый холод безразличия поселяется в его душе [13, с. 26].

Развитие синдрома «эмоционального выгорания» носит стадийный характер. Сначала наблюдают значительные энергетические затраты – следствие экстремально высокой положительной установки на выполнение профессиональной деятельности. По мере развития синдрома «эмоционального выгорания» появляется чувство усталости, которое постепенно сменяется разочарованием, снижением интереса к своей работе.

В развитии «эмоционального выгорания» выделяют последовательно сменяющие друг друга стадии, различаемые по степени вовлеченности человека в этот процесс и соответственно по степени обратимости.

1. Невротическая реакция. Меняется в первую очередь физическое и эмоциональное самочувствие человека. Изменения представляют собой классические черты одной из форм невроза – так называемой неврастении, или синдрома раздражительной слабости. Это такие проявления истощения нервной системы, как повышенная утомляемость, снижение умственной (и, возможно, физической) работоспособности, многообразные проявления телесного дискомфорта, а также раздражительность и повышенная конфликтность, когда человек переносит плохое настроение на окружающих.

2. Невротическое развитие. Меняется отношение человека к работе, вплоть до появления отвращения к ней, результатом становится формальное выполнение профессиональных обязанностей. Это сочетается с социальной отгороженностью. Человек воздвигает невидимый барьер между собой и окружающими. При общении с таким собеседником возникает ощущение, что он находится как будто за стеклом.

3. Стойкое изменение личности. Эти изменения укладываются в русло так называемой профессиональной деформации личности. Обычно они проявляются в форме душевной черствости, циничности, а также подчеркнутой агрессивности (от раздражительности до неприкрытого хамства). Все это протекает на фоне общего эмоционального оскудения,

когда человек постепенно утрачивает способность радоваться жизни. Ситуация может усугубляться перепадами настроения, появлением кратковременных эпизодов эмоционального спада или затяжных периодов депрессии (нередко скрытой, в состоянии которой человек может пребывать годами).

Анализируя фазы развития синдрома «эмоционального выгорания», можно заметить определенную тенденцию: сильная зависимость от работы приводит к полному отчаянию и экзистенциальной пустоте.

1.1.3. Профессиональная деформация как следствие «эмоционального выгорания» и меры ее профилактики

Профессиональная деформация личности – это изменения качеств личности (стереотипов восприятия, ценностных ориентаций, характера, способов общения и поведения), которые появляются под влиянием выполнения профессиональной роли.

Деформация является следствием эмоционального выгорания, когда защитные механизмы ослабевают настолько, что работник не может противостоять губительным факторам и начинается процесс разрушения личности.

По мнению С.Л. Рубинштейна, Э.Ф. Зеера, Э.Э. Сыманюка, Р. Калимо [1,15,17] и других авторов, процесс профессиональной адаптации личности является многосторонним процессом, что способствует как развитию приемов и средств деятельности в результате личного вклада индивидуума, так и развитию личностных и профессиональных качеств самого индивидуума в данной деятельности.

Профессиональная деятельность человека – одно из ведущих проявлений активной личности. Она влечет за собой профессиональное развитие работника, что обусловливает формирование профессионального типа личности.

Личность человека видоизменяется под воздействием структурных и содержательных аспектов его профессиональной деятельности, таким образом, возникает профессиональная деформация личности специалиста.

Д. Трунов, феномен профессиональной деформации определяет как проникновение «Я – профессионального» в «Я – человеческое», имея в виду, что при профессиональной деформации воздействие профессиональных рамок и установок не ограничивается исключительно профессиональной сферой. Можно сказать, что после выхода человека из профессиональной ситуации не происходит его естественного «выправления», поэтому даже в личной жизни человек продолжает нести на себе «деформирующий отпечаток» своей профессии [12, с. 32].

Профессиональная деформация может отличаться своей направленностью, носить положительный или отрицательный характер. Положительное, воспитывающее влияние профессиональной деятельности проявляется в опыте, навыках и умениях, интересах и потребностях, в добросовестном отношении к труду, дисциплинированности и других положительных чертах характера.

Как указывает В.Е. Орел, одним из самых важных среди социально–психологических факторов, рассматриваемых в контексте выгорания, являются социально–психологические взаимоотношения в организации, как по вертикали, так и по горизонтали [10, с. 154]. Решающую роль в плане профилактики выгорания играет социальная поддержка от коллег и людей, стоящих выше по своему профессиональному и социальному положению, а также других лиц (семьи, друзей и т.д.).

Ссылаясь на ряд исследований, В.Е. Орел доказывает, что существует отрицательная зависимость между выгоранием и социальной поддержкой у представителей практически всех профессий, связанных с оказанием профессиональной помощи людям. Наиболее значимой для работников является поддержка от супервизоров и администрации. Более того, интраперсональные конфликты в группе работников (то есть по

горизонтали), гораздо меньше психологически опасны, чем конфликты с людьми, занимающими более высокое профессиональное положение. Социальная поддержка может быть своеобразным буфером между стрессорами и результатами их деятельности и показателями состояния. Работники, получающие поддержку, могут лучше сопротивляться стрессовым воздействиям и, тем самым, быть менее подвержены выгоранию [10, с. 123].

Профессиональная деформация развивается постепенно из профессиональной адаптации, которая является необходимой для медицинского работника. Адаптация к новым, а тем более к экстремальным условиям, достигается ценой затрат функциональных резервов организма за счёт так называемой биосоциальной платы. Реакция организма на внешние и внутренние воздействия протекает в зависимости от силы фактора, времени его воздействия и адаптационного потенциала организма, который определяется наличием функциональных резервов. Нарушение регуляторных процессов приводит сначала к функциональным, а затем и к морфологическим изменениям в организме, свидетельствующим о развитии болезни [3, с. 32].

Стресс вызывается множеством требований (стрессорами), которые непрерывно суммируются в разных сферах нашей жизнедеятельности. Наше чувство контроля над тем, что происходит, может иметь решающее значение. Если мы учимся реагировать адаптивным способом, мы более успешно и эффективно действуем и повышаем свою функциональную активность и уверенность, тогда как дезадаптивные реакции ведут нас по нисходящей спирали к эмоциональному выгоранию. Когда требования (внутренние и внешние) постоянно преобладают над ресурсами (внутренними и внешними), у человека нарушается состояние равновесия. Непрерывное или прогрессирующее нарушение равновесия неизбежно ведет к эмоциональному выгоранию. Эмоциональное выгорание – не просто результат стресса, а следствие неуправляемого стресса.

Выделяют пять основных групп функциональных состояний по показателю активности регуляторных систем:

– норма – состояние уравновешенности организма с внешней средой, высокая приспособляемость организма к различным условиям достигается при минимальном напряжении регуляторных систем;

– умеренное функциональное напряжение возникает после работы, к концу рабочего дня или как результат высокой активности человека;

– выраженное функциональное напряжение характеризует состояние здорового человека во время работы;

– резко выраженное функциональное напряжение у здоровых людей может кратковременно возникать в моменты больших нагрузок;

– астенизация регуляторных систем – неспособность организма поддерживать равновесие с окружающей средой [10, с. 102].

Склонность к профессиональной деформации особенно часто наблюдается у определённых профессий, представители которых обладают трудно контролируемой и ограничиваемой властью. От решения и воли этих людей зависит здоровье и жизнь других людей. Обладание властью приводит к общественной и психической деформации особенно в тех случаях, когда отсутствуют действенные обратные связи – общественный контроль, критика и возможность лишить носителя деформации власти.

У медицинского работника, который в начале своей профессиональной карьеры очень бурно переживал все события, тяжело влияющие на психику больных (страдания, операции, кровотечения, смерть), постепенно развивается определённая эмоциональная сопротивляемость. Профессиональными деформациями являются и поведение и выражения медицинских работников, при которых под влиянием привычки проявляется чёрствость по отношению к больным в такой степени, что у окружающих создаётся впечатление бездушности и даже цинизма. Профессионально деформированный лечащий специалист вызывает у больного впечатление незаинтересованности и безразличия, не осознавая этого [17, с. 85].

Следствием эмоционального выгорания является такое негативное проявление профессиональной деятельности, как стандартизация общения, применение в работе стереотипных навыков, одинаковых заготовок, подмена творческой продуктивной деятельности формальным исполнением своих обязанностей, желание снизить объем работы.

Наряду со стремлением снижать эмоциональную нагрузку в ситуации профессионального стресса часто наблюдается обратный вариант, связанный с трудоголизмом – стремлением компенсировать ощущение своей недостаточной профессиональной успешности еще большим усердием и напряжением в работе, нередко за счет семейных, дружеских и других значимых для человека отношений. При этом они рискуют испортить личные взаимоотношения, внося профессиональные вопросы в дом, будучи не в состоянии выполнять другие обязанности и получать от этого удовольствие.

Поведение медицинских работников, работающих в экстремальных условиях, тяготеет к двум крайностям – дистанцирование и полное слияние. Когда дистанция пространственная и эмоциональная между вами и другим человеком слишком мала, вы «заражаетесь» его состоянием, как бы втягиваетесь в него и теряете «чувство себя». Это один вариант возникновения синдрома эмоционального выгорания.

Другой вариант – человек настолько жёсток по своей структуре, что просто не подпускает других к себе. На общение он идет, подстегивая себя словом «должен». В этой группе люди, как будто компенсирующие недостаточность своей личной жизни. Например, у человека нет своих детей или не ладятся отношения с ними, и человек компенсирует то, что у него не складывается в частной жизни, в отношениях с окружающими [17, с. 87].

Таким образом, профессиональная деформация является следствием эмоционального выгорания, которое, в свою очередь, формируется в результате неуправляемого стресса. Процесс адаптации к новым, а тем более к экстремальным условиям требует больших затрат функциональных резервов организма. Когда требования (внешние и внутренние) преобладают

над ресурсами, у человека возникают функциональные нарушения. Затем они сменяются морфологическими изменениями в организме, которые свидетельствуют о возникновении болезни.

1.2. Состояние проблемы профессиональной деформации в медицинских профессиях

1.2.1. Факторы риска профессиональной деформации у медицинских работников

По мнению многих исследователей, психическое выгорание в большей степени свойственно представителям помогающих профессий. Их работа связана с интенсивным, тесным общением с людьми, эмоциональным перенапряжением (врачи, священники, педагоги, юристы, социальные работники, психологи, психотерапевты и т.д.).

От работников помогающих профессий требуются такие качества как коммуникабельность, эмпатия (проникновение во внутренний мир другого человека за счет сопричастности его переживаниям), принятие личных устремлений, инициатив и индивидуальных особенностей клиентов, гуманизм и милосердие. Труд представителей помогающих профессий сопровождается достаточно интенсивным и длительным общением (особенно в случае оказания помощи в разрешении проблем и трудностей клиента). Все это требует больших психологических и физиологических затрат, а следовательно, рано или поздно представители помогающих профессий начинают испытывать большое напряжение, а в последствии из-за больших перегрузок эмоциональное, физическое и умственное истощение [7; с. 13].

Профессиональная деятельность представителей помогающих профессий (название говорит само за себя) носит помогающий характер и приобретает статус помогающих отношений. По определению К. Роджерса «помогающие отношения» – это «отношения, в которых, по крайней мере, одна из сторон намеревается способствовать другой стороне в личностном

росте, развитии, лучшей жизнедеятельности, развитии зрелости, в умении ладить с другими» [12, с. 134]. Чтобы они достигали своих целей, эти отношения должны обладать следующими свойствами со стороны помогающего: «принятие–демократичность», активное личное участие, чувство понимания со стороны профессионала и доверие к нему, обеспечение ощущения пациентом самостоятельности в решениях.

Кроме выше указанных, возникновение профессионального выгорания у представителей помогающих профессий обусловлено следующими особенностями профессиональных ситуаций [3, с. 43]:

– монотонность работы, особенно если ее смысл кажется сомнительным;

– вкладывание в работу больших личностных ресурсов при недостаточности признания и положительной оценки;

– строгая регламентации времени работы, особенно при нереальных сроках ее исполнения;

– работа с «немотивированными» клиентами, постоянно сопротивляющимися усилиям помочь им, и незначительными, трудно ощутимыми результатами такой работы;

– напряженность и конфликтность в профессиональной среде, недостаточная поддержка со стороны коллег и их излишнего критицизма;

– нехватка условий для самовыражения личности на работе, когда не поощряются, а подавляются экспериментирование и инновации;

– работа без возможности дальнейшего обучения и профессионального совершенствования;

– неразрешенные личностные конфликты специалиста;

– неудовлетворенность профессией, которая основана на осознании неправильности ее выбора, несоответствия своих способностей требованиям профессии, результативности своего труда и т.д.

В сущности, происхождение синдрома профессионального выгорания невозможно однозначно связать с теми или иными организационными,

личностными или ситуационными факторами, скорее, он является результатом сложного взаимодействия личностных особенностей человека, ситуации его межличностных отношений с его профессиональной и рабочей ситуацией, в которой он находится.

Анализ организационных факторов, куда включаются условия материальной среды, содержание работы и социально–психологические условия деятельности представителей помогающих профессий, позволяет утверждать, что труд данных специалистов сопряжен с повышенными нагрузками в деятельности, со сверхурочной работой, значительным количеством клиентов, частотой их обслуживания, высокой степенью глубины контакта с ними. Непосредственный контакт с клиентами, острота их проблем обычно способствуют возникновению выгорания. Наиболее ярко показано влияние этих факторов в тех видах профессиональной деятельности, где острота проблем клиентов сочетается с минимизацией успеха в эффективности их решения. Это работа с хронически больными людьми, людьми, страдающими неизлечимыми заболеваниями (СПИД, рак и некоторые др.), работа с умирающими людьми и т.д. [цит. по 10]. При этом отмечается, что любая критическая ситуация с клиентом, независимо от ее специфики является тяжким бременем для работника, отрицательно воздействуя на него и приводя, в конечном счете, к выгоранию.

Кроме того, анализ данных факторов позволяет определить те факторы, которые способствуют выгоранию и те, наличие которых на оптимальном уровне будет способствовать профилактике профессионального выгорания. Обобщенный анализ отечественных и зарубежных исследований показывает, что способствуют выгоранию у представителей помогающих профессий:

– высокая рабочая нагрузка;

– отсутствие или недостаток социальной поддержки со стороны коллег и руководства;

– недостаточное вознаграждение за работу;

– высокая степень неопределённости в оценке выполняемой работы; невозможность влияния на принятие решений;

– двусмысленные, неоднозначные требования к работе;

– постоянный риск штрафных санкций; однообразная, монотонная и бесперспективная деятельность;

– необходимость внешне проявлять эмоции, не соответствующие реалиям; отсутствие выходных, отпусков и интересов вне работы. Существенное влияние оказывает дестабилизирующая организация деятельности и неблагополучная психологическая атмосфера в коллективе [7, с. 13].

Отношение к своей профессиональной деятельности также является важным фактором, способствующим или препятствующим выгоранию, наряду с определенными установками по отношению к особенностям поведения реципиентов (учеников, больных, клиентов и т.д.). Так, тактика отстранения от клиентов в виде самоотчуждения, или отсутствия значимости в своей работе у социальных работников и у медицинского персонала дает низкие или средние значения выгорания. Медицинский персонал, работающий в сообществах и имеющий тесный непосредственный контакт с пациентами и их эмоциональными проблемами более подвержен влиянию стрессовых факторов, чем медицинский персонал больниц, основными функциями которого являются профессиональные контакты и надзор за больными.

Среди социальных работников наиболее подвержены выгоранию работники общественных агентств по сравнению с их коллегами, имеющими частную практику. В педагогической деятельности, например, учителя, характеризующиеся наличием опекающей идеологии во взаимоотношениях с учениками, а также репрессивную и ситуационную тактики, демонстрировали высокий уровень выгорания. Выгорание у мужчин, в большей степени, вызывается невнимательностью учеников, а у женщин – их непочтительностью [10, с. 11]. Внутри профессиональные различия

наблюдаются и в среде служителей церкви. Сравнительный анализ склонности к выгоранию среди трех групп священников: приходских священников, монахов и священников, имеющих духовный сан, показал, что наиболее подвержены влиянию исследуемого феномена представители первой группы [10, с. 11].

1.2.2. Особенности синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников

Медицинских работников первоначально относили к лицам, потенциально подверженным «выгоранию». Их «выгорание» объяснялось специфическими особенностями «помогающих профессий».

Высокая производственная нагрузка медицинских сестер, круглосуточный режим работы с обязательными дежурствами, ожидание осложнений в состоянии больных требуют высокой функциональной активности организма и могут быть квалифицированы как ведущие патогенные профессиональные факторы. Кроме того, отягчающее влияние на здоровье работающих оказывает контакт с умирающими больными, когда медицинский работник не видит положительных результатов своих усилий по спасению больного и нередко ощущает собственное бессилие. В результате развиваются церебральные нарушения в форме невроза, сомато-висцеральные нарушения в виде гипертензии, стенокардии, язвенных поражений желудочно-кишечного тракта. Профессиональная деятельность нередко оказывает неблагоприятное воздействие на личность, приводит к депрессии.

Чем больше производственная нагрузка, тем меньше медицинский работник испытывает удовольствие от самого процесса работы. Превышение нормативного числа пациентов, большой объем канцелярски-оформительской работы, низкая техническая оснащенность рабочего места и постоянный дефицит лекарственных средств также способствуют проявлениям усталости и нервозности. Из эргономических факторов

медсестры часто отмечают напряжение зрения, перегрузку опорно-двигательного аппарата.

Происшедшие в последнее время радикальные перемены в обществе оказывают дополнительную психологическую нагрузку на медицинский персонал, т. к. требуют более качественной работы в значительно более короткие сроки при экономически ограниченном обеспечении учреждений здравоохранения. Инновационная деятельность лечебно-профилактического учреждения направлена на практическое использование научно-технического результата и интеллектуального потенциала с целью расширения ассортимента предоставляемых услуг, способов их производства, повышения качества медицинской помощи и удовлетворения потребностей пациентов в высококачественных медицинских услугах, а в итоге – на оптимизацию здоровья населения.

Большинство медиков, работающих в инновационных условиях, имеют ненормированный рабочий день, сверхурочную работу, связанную с совмещением должностей или дополнительной профессиональной нагрузкой (повышение квалификации, освоение новых методов диагностики и лечения). Интенсификация профессиональной деятельности отражается на состоянии здоровья, способствуя увеличению уровня общей заболеваемости и распространенности хронической патологии.

Низкая оплата труда медицинских сестер в условиях развития рыночной экономики заставляет работать, часто пренебрегая временем, предусмотренным на отдых для восстановления физического и эмоционального баланса организма. Огромная ответственность за результат своей деятельности – жизнь пациента – приводит к перенапряжению отдельных органов и систем, возникновению заболеваний.

Медицинский работник находится в рамках медико-экономических стандартов, требований к объему медицинской помощи и диагностических вмешательств, которые он должен выполнить по отношению к пациенту. Однако финансирование здравоохранения не соответствует этому объему.

Кроме того, состоянию стресса способствуют перегрузки, связанные с дежурствами, и напряженность труда.

Медицинский персонал подвержен высокому профессиональному риску заражения парентеральными вирусными гепатитами, ВИЧ-инфекцией, туберкулезом. Медицинский работник находится в постоянном контакте с лекарственными и дезинфицирующими средствами, что создает опасность аллергических и токсико-химических поражений. Воздействие ионизирующих и неионизирующих излучений (радиация, ультразвук, лазерное) является потенциальной причиной возникновения катаракты, новообразований.

Интенсивная работа в неблагоприятных условиях труда и при высокой изношенности оборудования обусловила высокие показатели выявления и рост профессиональной заболеваемости у врачей и других медицинских работников.

В качестве факторов, способствующих развитию синдрома «эмоционального выгорания», исследователи называют чувство социальной незащищенности, неуверенности в социально-экономической стабильности и другие негативные переживания, связанные с социальной несправедливостью и недостатком социальной поддержки.

О деградации личности врача писали многие авторы. Некоторые особое внимание обращали на такой признак, как «приборный фетишизм», который характерен установкой на обезличивание пациента, недооценку анамнеза, клиники и особенностей личности [75, с. 130].

Затрагивая проблему узкой специализации при отсутствии достаточно широкой общекультурной подготовки, многие авторы указывают на ее негативные последствия:

– односторонность восприятия и понимания;

– узость мышления;

– субъективизм и однобокость диагноза;

– преувеличение значимости биологических и недооценка роли социальных и психологических факторов болезни;

– концентрация внимания врача только на одном органе, а не на всем организме в целом;

– такое медицинское мышление, когда врач сосредотачивается на частностях в ущерб общему;

– превращение лечащих врачей или в диспетчеров (участковый терапевт), или в механических манипуляторов (хирург);

– деформация этической и юридической ответственности (особенно при групповых формах курирования больного);

– утрата индивидуального и целостного подхода к пациенту;

– бесцеремонность врачей;

– отсутствие в работе терапии словом;

– забвение доброты к больному, лечения лаской и любовью;

– рвачество медицинских работников (врачей, сестер, санитарок), то есть отношение к пациенту как к источнику допер. х.о.да;

– нетерпимость и даже агрессия, а порой и хамство при общении с больным;

– хамство;

– отсутствие такта, чувства меры в отношении как пациентов, так и коллег в присутствии больных и т.д., и т.п. [36, 137, 170, 175 и др.].

А.Н. Орлов в своей монографии, посвященной коммуникативной культуре медицинского работника, дает огромный перечень примеров и признаков «неврачебного», непрофессионального отношения медицинских работников к пациентам, которые приводят к печальным последствиям.

Р. Конечный и М. Боухал, изучавшие профессиональную деформацию врачей и медицинских сестер, пишут: «Профессиональной деформацией являются и поведение, и выражения медицинских работников, при которых под влиянием привычки проявляется черствость по отношению к больным в такой степени, что у немедиков создается впечатление бездушия и цинизма.

Например, если врач или медсестра не считают нужным отделить хотя бы ширмой умирающего больного в 20-коечной палате. Или врачи, совершая обход, при больном дискутируют о неблагоприятном прогнозе его болезни. Или в анатомическом зале шутят над трупами, рассказывают анекдоты и курят» [95, с. 255].

Они считают, что профессиональная деформация проявляется также в своеобразном профессиональном жаргоне, который используется даже в присутствии больного. Например, они могут сказать, что у них в палате лежат четыре желудка, три желчных пузыря и одна почка [95, с. 256]. «Поведение и некоторые выражения медиков находятся на грани профессиональной адаптации и деформации».

Р. Конечный и М. Боухал считают, что от того времени, когда на целителя смотрели как на чародея и мага, в психологии врачей остались пережитки, иногда имеющие даже кастовый характер. Явно демонстрируемое отсутствие интереса к больному как к человеку может приводить к ятрогенным эффектам. В.В. Пилипенко также считает странным и неприятным, когда медицинские работники называют своих больных «астматиками», «язвенниками», «ревматиками» и т.д. [133, с. 94].

А.Н. Орлов обнаружил важную закономерность связи между характером деятельности профессионала и степенью его квалификации: «Чем ниже квалификация врача, тем меньше он беседует с больным, обследует его физикальными методами, чаще назначает анализы, рентгеновские и другие виды исследования» [129, с. 45]. Подобные явления обнаруживаются и в других видах профессиональной деятельности, относящейся к типу «человек – человек». Самое трудное и сложное – профессионально демонстрировать свои умения в субъект–субъектных взаимоотношениях. Это проявляется, например, в юридической деятельности следователей, судей, сотрудников органов внутренних дел, в управленческой, педагогической и других профессиях.

Некоторые авторы относят к признакам профессиональной деформации и следующие проявления:

– потеря ощущения своей деятельности как благородной миссии;

– склонность к технократическому мышлению, когда человек рассматривается как «биологическая машина», а заболевания – как поломки, аварии в этой машине, которые можно устранить лишь материальными способами (лекарствами, операциями);

– установка на патоцентризм, то есть такой способ мышления, когда в центре представлений лежит понятие болезни («патос»), а не здоровья («санус»);

– неиндивидуальный подход к лечению, когда лечение больного ставится на конвейер и пропадает индивидуальная ответственность врача за конкретного больного (например, групповой оперативный метод лечения глазных болезней на конвейере типа «Ромашка», как в центре «Микрохирургия глаза»);

– отрицание и недооценка необходимости моральной поддержки пациента;

– дегуманизация взаимоотношений «врач–пациент»;

– грубость персонала;

– безответственное отношение к своему долгу;

– взяточничество;

– бюрократизм;

– дефицит милосердия.

О степени распространения этих признаков профессиональной деформации можно судить по результатам последней аттестации 370 тысяч медработников в 2013 г. в РСФСР. Тогда 28% аттестовали условно, а тысячи медработников вообще отстранили от работы [101, с. 84].

В Уголовном кодексе РФ перечислены следующие виды нарушений норм деятельности врачей, которые трактуются как преступления строго медицинского характера:

– неоказание помощи больному;

– незаконный аборт;

– незаконное врачевание;

– противозаконное составление и выдача подложных медицинских документов;

– нарушение санитарно–гигиенических и санитарно-противоэпидемических правил;

– нарушение правил производства, хранения, перевозки и пересылки наркотических и других сильнодействующих и ядовитых веществ; неосторожные действия медицинских работников.

В.Д. Тополянский и М.В. Струковская пишут об особом признаке профессиональной деформации врачей – органолокалистической установке на больного: готовности жестко привязать каждую жалобу пациента к определенному органу или физиологической системе, что начисто исключает допущение возможности чисто функционального расстройства. Корни таких установок они видят в популярности выдвинутого свыше ста лет назад немецким ученым Р. Вирховым принципа анатомического мышления: врач обязан найти место в теле больного, где гнездится болезнь. В этом, на наш взгляд, очень ярко проявляется роль той теоретической концепции, которую успели усвоить работники и которая делает их «рабами» этого мировоззрения. Вышеупомянутые авторы предлагают использовать и другие нормы лечебной деятельности: психосоматический подход к пациенту, максимальный учет эмоциональной сферы, личностного фактора в этиологии болезни [164, с. 108].

Л.А. Цветкова, изучавшая процессы коммуникации между педиатрами и пациентами, обнаружила, что для неуспешных врачей характерны следующие негативные признаки:

– низкий уровень развития эмпатии;

– слабо развитое отношение к другим людям как к ценности;

– отрицательная направленность интеракций;

– повышенный уровень игнорирования психологического состояния пациента;

– отсутствие отношения к пациенту как к активному соучастнику;

– возлагание большей ответственности за успехи лечения на таблетки, аппаратуру, нежели на самого себя;

– отсутствие дружелюбия;

– отсутствие готовности прийти на помощь [173, с. 10].

С. Криппер отмечает, что «современная медицина, уход за престарелыми, социальная помощь, консультирование и психотерапия ориентированы на решение только соматических, психических, эмоциональных, социальных проблем, но очень редко духовных. Большинство практикующих врачей весьма смутно представляют себе культурные и этнические различия в этой области. Многие профессионалы оказываются беспомощны, когда пациенты или клиенты задают им вопрос о смысле жизни. Чем больше человек, нуждающийся в помощи, озабочен такими проблемами, как страх смерти, чувство одиночества, бессмысленность существования, тем меньше шанс, что он сможет найти профессионала, способного ему такую помощь оказать» [10, с. 119]. И это, по нашему мнению, служит еще одним доказательством в пользу тезиса о принципиальной ограниченности ресурсов каждого профессионала и соответствующей предметности их подходов к людям. Духовная поддержка больных не входит в компетенцию специалистов по болезням тела. Это удел представителей других профессиональных цехов – священников, психотерапевтов и т.п.

Разумеется, деятельность медицинских работников разнообразна, специализация медицинской профессии продолжает увеличиваться. Остаются специальности, традиционно воспринимаемые как гуманные, но есть и такие, которые вызывают публичные сомнения в этом. Например, специалисты, допущенные делать аборты, в тех странах, где они официально разрешены, но где имеются активисты, проповедующие их запрет и

считающие медицинских работников абортария «убийцами в белых халатах». Подобные коллизии могут вызывать очень сильные эмоциональные реакции у врачей, сестер милосердия, которые могут приводить к моральным деформациям личности.

Л.А. Лещинский, долгое время изучавший деонтологические проблемы в медицинской работе, составил перечень негативных признаков, которые проявляются в деятельности некоторых профессионалов:

– недооценка активной роли пациента в ходе излечивания;

– ятрогении и сестрогении – негативные, психогенные воздействия на больного;

– недостаток чуткости, внимания к пациентам.

– расхождение между уровнем профессиональных знаний, умений и деонтологических кондиций;

– принципиальное недопонимание, принижение роли этических факторов и профессиональной подготовки;

– выдача больничных листов о временной нетрудоспособности заведомо здоровым пациентам;

– правовые нарушения врача, врачебное преступление;

– нарушение тех норм деятельности, которые зафиксированы в праве, законе. Среди них халатность, преступное оставление больного без помощи, невежество и вследствие этого неправильное лечение, взятки и т.д.;

– получение дополнительной платы, гонорара за выполнение уже оплаченных (государством) обязанностей врача;

– выделение среди пациентов «любимчиков»;

– нарушение норм коллективного лечения.

При современной постановке лечебного дела (полипатология, полиморбидность, полиятрия, полипрагнация), когда к одному больному имеют отношение в среднем 9,45 врача, существует необходимость регулярного проведения консилиумов. Однако подобные очные совещания у

постели больного на практике крайне редки (0,5–1% случаев); зато нередко встречаются:

– неточное выполнение врачебных назначений по уходу за больным, небрежность, необязательность, неаккуратность;

– отказ от информирования больного о его диагнозе, тактике лечения или же чрезмерная, неоправданно детальная информация;

– казенно-бюрократический подход к лабораторно-инструментальным исследованиям, когда врач назначает много ненужных обследований по принципу «как бы чего не вышло» (чтобы не было претензий у администрации и инспекции);

– неуместная насмешка над страхами больного, звучащая часто как издевка;

– грубая душевная организация личности врача;

– нарушения требований сохранения врачебной тайны и конфиденциальности сведений о больном;

– нарушение норм вербальной врачебной деонтологии. Это одно из наиболее частых проявлений признаков профессиональной деформации;

– чрезмерный диктат над больным (патернализм) при полном отрицании его собственных желаний;

– неоправданное использование профессионального жаргона;

– неправильные, субъективные представления врача о некоторых заболеваниях; например, представление о неврозе как о «ложной, несуществующей» болезни, поскольку органического поражения мозга в данном случае нет;

– врачебный техницизм, дегуманизация деятельности, переоценка, абсолютизация технических, аппаратурных средств диагностики и лечения в ущерб всем остальным средствам. Установлено, что техницизм провоцирует до 20% врачебных ошибок. Этому сопутствуют деперсонализация больного, девальвация представления о больном как личности [14, с. 129];

– варварские, омерзительные преступления врачей – опыты над людьми.

После обнародования фактов нарушения норм общественной морали и профессиональной этики мировая общественность сформулировала общие критерии в отношении допустимых экспериментов на людях, сведенные в кодексы, имеющие мировое значение, например «Декларация, принятая в Хельсинки. Рекомендации врачей по клиническим испытаниям на человеке. Этический комплекс» [с.171, 47].

1.2.3. Подходы к решению проблемы профессиональной деформации в медицинских профессиях

Следствием «эмоционального выгорания» является такое негативное проявление профессиональной деятельности, как стандартизация общения, применение в работе стереотипных навыков, одинаковых заготовок, подмена творческой продуктивной деятельности формальным исполнением своих обязанностей, желание снизить объем работы, так как медсестре в этом состоянии кажется, что ее чувство хронической усталости и напряжения связаны с перегрузкой. У нее появляется желание устраниться от дополнительных нагрузок, увеличить дистанцию в общении с пациентами и коллегами, избегать новых обязанностей.

Формализация общения приводит к тому, что медицинская сестра начинает прятаться за правила, инструкции и становится менее открытой для контакта. Одним из очень серьезных следствий профессионального стресса у медицинских сестер считается появление или заметное учащение соматических заболеваний, поэтому следует задуматься над тем, что беспричинно учащаемые головные боли, повышение артериального давления, частые острые респираторные заболевания могут быть соматическими эквивалентами эмоциональных расстройств.

Наряду со стремлением снижать эмоциональную нагрузку в ситуации профессионального стресса часто наблюдают обратный вариант, связанный с

«трудоголизмом» – стремлением компенсировать ощущение своей недостаточной профессиональной успешности еще большим усердием и напряжением в работе, нередко за счет семейных, дружеских и других значимых для человека отношений. У многих медицинских работников нет никого, кроме супруги/супруга или партнера, с кем можно обсудить личные вопросы. Внося профессиональные вопросы в семью, они рискуют испортить личные взаимоотношения. Они не в состоянии выполнять другие обязанности и получать от этого удовольствие. Образ родителя, который не способен отключаться от работы, и недоступен для своих детей, остается печальным стереотипом.

Многие специалисты, находясь в синдроме «выгорания», искренне убеждены, что жесткие социальные стандарты медицинской профессии накладывают ограничения не только на стиль поведения, но и на чувства («я не вправе чувствовать злость, раздражение, страх, вину, иначе я – плохой специалист»). И это создает отчуждение от самого себя. Если же при этом медицинская сестра неосознанно стремится играть роль «родителя» или «спасителя», отвечающего за все, – это прямой путь к профессиональному стрессу.

Поведение медицинских работников, работающих в экстремальных условиях, характеризуется двумя крайностями – дистанцированием и полным слиянием. При слишком маленькой пространственной и эмоциональной дистанции между индивидуумом и другим человеком специалист «заражается» его состоянием, как бы втягивается в него, как втягиваются в воронку, где растворяется и теряет «чувство себя». Это один вариант возникновения синдрома «эмоционального выгорания».

Другой вариант – человек просто не подпускает других к себе. На общение он идет, подстегивая себя, как бичом, словом «должен». В этой группе находятся люди, компенсирующие недостаточность своей личной жизни. Например, у человека нет своих детей или не складываются отношения с ними, поэтому он компенсирует неудачи частной жизни в

отношениях с окружающими. «Выгорание» – не от непосильной включенности в трудовую деятельность, а скорее от плохого знания себя, неполного разрешения личных проблем, которые не дают возможности почувствовать в общении с людьми легкость и радость.

Имеются организационные и экономические обстоятельства, усиливающие деформированный подход к больному. При планировании всегда больше внимания уделяют приобретению диагностической аппаратуры и лабораторного оборудования, чем перестройке больничных отделений в соответствии с требованиями лечебно-охранительного режима. Необходимо помнить, что пациент нуждается в создании хотя бы минимальных интимных условий. Пациенты в этом отношении стихийно дискриминируются. Все это связано с характером профессиональных деформаций, имеющих психологическое значение, которые проявляются в профессиональном жаргоне, применяемом без преград при пациентах. Необходимо следить, чтобы подсознательная и бесконтрольно развивающаяся деформация не стала одним из факторов ятрогенного поражения пациентов. Необходимой и базовой частью профилактики возникновения синдрома «эмоционального выгорания» является личностная психологическая подготовка специалистов «помогающих» профессий. Здесь имеется в виду не только и не столько теоретическое обучение основам психологии (хотя и оно не теряет своей значимости), сколько практическое обучение, направленное на развитие стрессоустойчивости профессионала.

Модель предупреждения «эмоционального выгорания» предусматривает следующие направления: повышение коммуникативных умений с помощью активных методов обучения (социально-психологические тренинги, деловые игры); обучение эффективным стилям коммуникаций и разрешению конфликтных ситуаций; тренинги, стимулирующие мотивацию саморазвития, личностного и профессионального роста; антистрессовые программы и группы поддержки, ориентированные на личностную коррекцию самооценки, уверенности, социальной смелости, эмоциональной

устойчивости и психофизической гармонии путем овладения способами саморегуляции и планирования личной и профессиональной карьеры.

Индивиды могут переносить значительный стресс без повышенного риска развития психического или соматического заболевания, если они получают адекватную поддержку. На практике это означает уважение и принятие человеческой природы медицинского работника и такой его жизни за пределами работы, чтобы он мог удовлетворять собственные потребности наряду с потребностями пациентов, а также создание материальной заинтересованности в результатах труда.

Основным психологическим качеством, обеспечивающим стрессоустойчивость, является уровень личностной зрелости специалиста. Здесь подразумевается степень осознания себя, способность брать на себя ответственность, принимать решения и делать выбор, умение строить гармоничные взаимоотношения с другими людьми, открытость изменениям и принятие своего и чужого опыта во всем его разнообразии.

Еще один важный аспект этой проблемы: «эмоциональное выгорание», как правило, является следствием неконструктивного общения с коллегами и руководством. Хороший климат внутри коллектива, чувство достаточной эмоциональной поддержки коллег и администрации – это мощный ресурс предупреждения и устранения профессионального стресса. Чувство защищенности в коллективе, наличие надежной опоры среди коллег, возможность доверительно обсуждать вопросы, связанные со стрессом в работе, позволяют снизить напряженность, тревогу, а также нередкие агрессивные проявления.

Руководители, принимая на работу сотрудников, должны рассматривать персонал как свой наиболее ценный ресурс и заботиться о его сохранении. Сотрудников, впервые приступивших к работе, необходимо реалистически и адекватно ввести в курс дела; можно организовать систему наставничества для обеспечения качественной, количественной и

клинической сторон работы, а также содействовать закреплению индивидуального наставника.

Существуют конкретные способы преградить путь синдрому «выгорания»:

– культивирование других интересов, не связанных с профессиональной деятельностью;

– внесение разнообразия в свою работу;

– создание новых проектов и их реализация без ожидания санкционирования со стороны официальных инстанций;

– поддержание своего здоровья, соблюдение режима сна и питания;

– овладение техникой медитации; активная социальная жизнь;

– наличие нескольких друзей (желательно других профессий), во взаимоотношениях с которыми существует баланс;

– стремление к исполнению желаний, без надежды стать победителем во всех случаях, и умение проигрывать без ненужных самоуничижения и агрессивности;

– способность к самооценке без упования только на уважение окружающих; открытость новому опыту;

– умение не спешить и давать себе достаточно времени для достижения позитивных результатов в работе и жизни;

– обдуманные обязательства (например, не следует брать на себя большую ответственность за пациента, чем он сам);

– чтение не только профессиональной, но и другой хорошей литературы, просто для своего удовольствия без ориентации на какую-то пользу;

– участие в семинарах, конференциях, где есть возможность встретиться с новыми людьми и обменяться опытом;

– периодическая совместная работа с коллегами, значительно отличающимися профессионально и личностно;

– участие в работе профессиональной группы, дающее возможность обсудить возникшие личные проблемы, связанные с работой; хобби, доставляющее удовольствие, и др.

Первый шаг к преодолению «эмоционального выгорания» – разобраться с собой, понять не только свои цели и представить образ будущего, а ответить на вопрос о смысле своих действий. Самый распространенный способ – попробовать подняться над ситуацией, посмотреть на свое положение и работу с более глобальной точки зрения.

Другой способ – уход в область, которая лежит рядом. Когда прежние знания, умения, навыки находят новое применение, человек делает так называемую горизонтальную карьеру.

Третий способ – не оставляя занятия, сделать его инструментом для достижения более глобальных целей.

Четвертый способ, который часто применяют – оставаясь в той же ситуации, сосредоточить внимание не на хорошо известных, усвоенных объектах, а на нерешенных проблемах.

Выводы по 1 главе.

Синдром эмоционального выгорания, проявляющийся в нарастающем эмоциональном истощении, является следствием воздействия на работника стрессоров, с которыми он по тем или иным причинам не способен эффективно справиться. Эти стрессоры носят, как правило, психологическую природу, поэтому в настоящее время термин «выгорание» принято употреблять в связи с профессиями, связанными с оказанием помощи человеку, испытывающему негативные переживания, оказавшемуся в критической ситуации.

Эмоциональное выгорание отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности и отношениях с партнерами, приводит к профессиональной деформации личности. Симптомы профессионального выгорания могут приводить к полной дезинтеграции различных психических

сфер. У «выгорающего» специалиста наблюдаются изменения в поведении, в чувствах, в мышлении и, наконец, в здоровье.

Психическое выгорание, главным образом, свойственно представителям помогающих профессий. Их работа связана с интенсивным, тесным общением с людьми, эмоциональным перенапряжением. К этому типу профессий безусловно относятся все медицинские профессии, включая работу медицинской сестры.

Высокая производственная нагрузка медицинских сестер, круглосуточный режим работы с обязательными дежурствами, ожидание осложнений в состоянии больных требуют высокой функциональной активности организма и могут быть квалифицированы как ведущие патогенные профессиональные факторы.

Воздействие психологических стрессоров может привести к профессиональной деформации личности медицинских работников. Под влиянием привычки появляется черствость по отношению к больным в такой степени, что у немедиков создается впечатление бездушия и цинизма.

По данным Л.А. Цветковой, низкий уровень эмпатии, отсутствие дружелюбия, отсутствие готовности помочь, характерны для неуспешных врачей.

Таким образом, уровень эмпатии является не только показателем эффективности (успешности) деятельности медицинского работника, но и показателем степени его профессиональной деформации, вызванной эмоциональным выгоранием.

ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

2.1. Замысел и процедуры эмпирического исследования

Напомним, что целью работы является исследование уровня профессионального выгорания медицинских работников.

В качестве объекта исследования выступил синдром профессионального выгорания.

Предметом работы является исследование особенностей профессионального эмоционального выгорания у медицинских работников.

Основной эмпирической задачей исследования было изучение синдрома профессионального выгорания среди медицинских работников (со стажем 5 и более лет), осуществляющих разные по содержанию действия помогающего плана.

В качестве основной гипотезы исследования выступило предположение о том, что уровень эмоционального выгорания связан с уровнем эмпатийных тенденций медицинских работников. Кроме того, дополнительно предполагается, что различные по качеству помогающие действия, такие как (удаление органа, послеоперационное восстановление, уход за бессознательным телом) приводят к разным тенденциям профессионального выгорания. Говоря конкретнее, медицинские работники разных отделений характеризуются разным уровнем профессионального эмоционального выгорания.

Для решения экспериментальных задач были использованы следующие методы:

а) методы психологической диагностики:

– методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко.

– опросник (MBI) Авторы американские психологи К. Маслач и С. Джексон (данный вариант адаптирован Н.Е. Водопьяновой). Приложение А.

– методика исследование уровня эмпатийных тенденций (Юсупов И.М.)

б) методы математической обработки данных:

- корреляционный анализ (коэффициент линейной корреляции r Пирсона и коэффициент ранговой корреляции rs Спирмена);

– U-критерий Манна – Уитни

Характеристика методов исследования.

По мнению автора *методики В.В. Бойко*, эмоциональное выгорание – это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на психотравмирующие воздействия. Эмоциональное выгорание представляет собой стереотип эмоционального, чаще всего профессионального проведения. «Выгорание» отчасти функциональный стереотип, поскольку позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. В то же время могут возникать и дисфункциональные следствия, когда «выгорание» отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности и отношениях с партнерами. Под термином «партнер» понимается субъект профессиональной деятельности.

Предложенная методика даёт подробную картину синдрома «эмоционального выгорания», позволяет увидеть его ведущие симптомы. Оперируя смысловым содержанием и количественными показателями, подсчитанными для разных фаз выгорания, можно дать достаточно объёмную характеристику психологического состояния исследуемого. Интерпретация результатов проводится по трем фазам: напряжение, сопротивление (или резистенция) и истощение. По инструкции испытуемым предлагается ряд утверждений, где по каждому они высказывают свое мнение. Если они согласны с утверждением, то ставят около соответствующего ему номера в бланке для ответов знак «+» («да»), если не согласны-то знак «–» («нет»). Общее количество предлагаемых утверждений

– 36. Полный текст методики, процедура обработки данных представлены в приложении А.

Опросник *«Профессиональное (эмоциональное) выгорание»* был разработан на основе трехфакторной модели К. Маслач и С. Джексон и адаптирован Н. Водопьяновой, Е. Старченковой. Методика предназначена для диагностики «эмоционального истощения», «деперсонализации» и «профессиональных достижений». Тест содержит 22 утверждения о чувствах и переживаниях, связанных с выполнением рабочей деятельности.

О наличии высокого уровня выгорания свидетельствуют высокие оценки по субшкалам «эмоционального истощения» и «деперсонализации» и низкие – по шкале «профессиональная эффективность» (редукция персональных достижений). Соответственно, чем ниже человек оценивает свои возможности и достижения, меньше удовлетворен самореализацией в профессиональной сфере, тем больше выражен синдром выгорания.

Диагностируя выгорание, следует учитывать конкретные значения субшкал (факторов), которые имеют возрастные и гендерные особенности. Текст опросника приведен в приложении Б.

Методика, разработанная И.М. Юсуповым, применялась для исследования эмпатии (сопереживания), то есть умения поставить себя на место другого человека и способности к произвольной эмоциональной отзывчивости на переживания других людей. Сопереживание – это принятие тех чувств, которые испытывает другой человек так, если бы они были нашими собственными.

Эмпатия способствует сбалансированности межличностных отношений. Она делает поведение человека социально обусловленным. Развитая у человека эмпатия – ключевой фактор успеха в тех видах деятельности, которые требуют вживания в мир партнера по общению, и, прежде всего при обучении и воспитании.

Согласно инструкции испытуемым необходимо было, отвечая на каждое из 36 утверждений, приписывать ответам следующие числа:

– за ответ «не знаю» – 0;

– «нет, никогда» – 1;

– «иногда» – 2;

– «часто» – 3;

– «почти всегда» – 4;

– за ответ «да, всегда» – 5.

Отвечать нужно на все пункты.

Текст опросника приведен в приложении Б.

Метод статистической обработки *U-критерий Манна-Уитни* первоначально был предложен Фрэнком Вилкоксоном в 1945 году. Однако в 1947 году метод был улучшен и расширен Х.Б. Манном и Д.Р. Уитни, и U-критерий чаще называют их именами.

Критерий предназначен для оценки различий между двумя выборками по уровню какого-либо признака, количественно измеренного. Он позволяет выявлять различия между малыми выборками, когда n1, n2≥3 или n1=2, n2≥5, и является более мощным, чем критерий Розенбаума.

Описание U-критерия Манна-Уитни приведено в приложении Г.

Исследование проводилось в центральной районной больнице города Торопец. Выборку составили женщины: медсестры и младший медперсонал в возрасте от 35 до 50 лет. Стаж работы составляет от 5 лет. В исследовании принимали участие и 20 медсестер и 11 санитарок – всего 31 человек. Испытуемых, присвоив им порядковый номер, разделили на группы, обозначенные в соответствии с названием отделения, где проходит деятельность работников.

Для выявления статистической взаимосвязи между переменными исследования использовались *коэффициент линейной корреляции К. Пирсона* и *коэффициент ранговой корреляции Ч. Спирмена*. Оба метода позволяют не только обнаружить взаимосвязи между переменными и определить направление этих связей, но и предсказать динамику изменений исследуемых признаков. Выбор корреляционного метода Спирмена обусловлен тем, что он

позволяет искать взаимосвязи в небольших по объему выборках, в которых исследуемый признак не имеет нормального распределения.

2.2. Анализ и интерпретация результатов исследования

Все испытуемые, принимавшие участие в эксперименте, были условно разделены на три группы – работники операционной хирургического отделения больницы, хирургического отделения, не участвующие в проведении операций, но осуществляющих послеоперационный уход и работники реанимационного отделения больницы.

В результате исследования особенностей эмоционального выгорания медицинских работников посредством методики В.В. Бойко, были получены результаты, приведенные в таблице 1.

Таблица 1.

Описательная статистика уровня эмоционального выгорания медицинских работников (по В.В. Бойко)

№ п/п	Операционная хирургического отделения		Хирургия		Реанимация	
	среднее	ст.откл.	среднее	ст.откл.	среднее	ст.откл.
Шкала 1	7,58	3,65	8,69	6,13	7,67	9,77
Шкала 2	7,83	5,64	9,08	8,36	8,00	10,14
Шкала 3	13,08	5,16	15,31	8,77	12,17	10,18
Шкала 4	10,58	8,08	14,38	8,65	11,83	6,49
Шкала 5	6,42	7,51	12,38	9,29	9,00	11,06
Итоговый показатель	45,5	15,94	59,61	33,74	48,67	43,30

В таблице 1 допущены следующие обозначения:

– шкала 1 – симптом «неудовлетворенность собой»;

– шкала 2 – «загнанность в клетку»;

– шкала 3 – «редукция профессиональных обязанностей»;

– шкала 4 – «эмоциональная отстраненность»;

– шкала 5 – «личностная отстраненность».

По каждой шкале сумма баллов интерпретируется следующим образом:

– 9 и менее баллов – не сложившийся симптом;

– 10 – 15 баллов – складывающийся симптом;

– 16 и более – сложившийся симптом.

Сумма баллов по всем симптомам равная 45 и менее, свидетельствует об отсутствии выгорания.

46 – 79 – о начинающемся выгорании;

80 и более – об имеющемся выгорании.

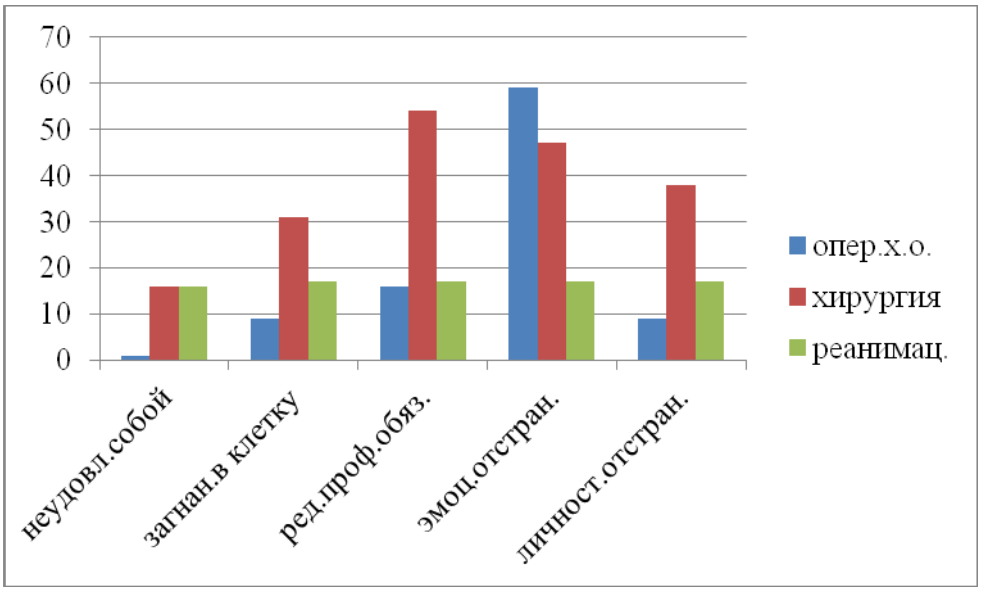

Рисунок 1. Выраженность симптомов эмоционального выгорания медицинских работников (по В.В. Бойко, %)

Как видно из рисунка 1, по шкале 1 «неудовлетворенность собой», в первой группе «опер. х.о.» 9 человек (75%) не имеют симптомов, и 3 человека (25%) имеют складывающийся симптом неудовлетворенности собой.

По шкале 2 «загнанность в клетку» в этой же группе у 8 человек (66%) не выявлено данного симптома, у 3 человек (25%) выявлен складывающийся

симптом «загнанность в клетку», и у 1 человека (9%) выявлен уже сложившийся симптом.

По шкале 3 «редукция профессиональных обязанностей» у одного человека (9%) не выявлен симптом, у 9 человек (75%) выявлен уже складывающийся симптом «редукции профессиональных обязанностей», и у 2 человек (16%) выявлен уже сложившийся симптом.

По шкале 4 «эмоциональная отстраненность» у 5 человек (41%) не выявлен симптом по данной шкале, и у 7 человек (59%) выявлен уже сложившийся симптом «эмоциональной отстраненности».

По шкале 5 «личностная отстраненность» у 9 человек (75%) данный симптом не был выявлен, у 2 испытуемых (16%) имеется уже складывающийся симптом, и у 1 человека (9%) выявлен сложившийся симптом.

По шкале 1 «неудовлетворенность собой» во второй группе «хирургия» у 8 человек (61%) выявлен не сложившийся симптом, у 3 испытуемых (23%) выявлены складывающиеся симптомы «неудовлетворенности собой», и у 2 работников (16%) выявлены признаки уже сложившегося симптома.

По шкале 2 «загнанность в клетку» у 7 испытуемых (54%) нет данных симптомов, у 2 работников (15%), выявлены признаки складывающегося симптома «загнанности в клетку», и у 4 человек (31%) выявлен уже сложившийся симптом.

По шкале 3 «редукция профессиональных обязанностей» у 3 человек (23%) нет данного симптома, у 3 работников (23%) есть признаки уже складывающегося симптома, и у 7 испытуемых (54%) данный симптом уже сложился.

По шкале 4 «эмоциональная отстраненность» у 5 работников (38%) данный признак выявлен не был, у 2 человек (15%) выявлен складывающийся симптом «эмоциональной отстраненности», и у 6 работников (47%) этот симптом уже присутствует.

По шкале 5 «личностная отстраненность», у 6 работников (47%) отсутствует данный симптом, у 2 человек (15%) выявлены признаки складывающегося симптома, и у 5 испытуемых (38%) симптом «личностная отстраненность» уже сложился.

По шкале 1 в третьей группе «реанимация», у 4 человек (67%) не имеют признаков сложившегося симптома, 1 испытуемый (16%) имеет признаки складывающегося симптома «неудовлетворенности собой», и у 1 работника (16%) выявлены признаки уже сложившегося симптома.

По шкале 2 «загнанность в клетку» в этой группе у 3 испытуемых (50%) не выявлен данный симптом, у 2 человек (33%) выявлены признаки начинающего складываться симптома, и у 1 человека (17%) выявлен данный симптом.

По шкале 3 «редукция профессиональных обязанностей» у 3 испытуемых (50%) не выявлен данный симптом, 2 человека (33%) имеют признаки начинающегося складываться симптома, и у 1 работника (17%) данный симптом «редукция профессиональных обязанностей» уже сложился.

По шкале 4 «эмоциональная отстраненность» не выявлены признаки данного симптома у 2 человек (33%), у 3 испытуемых (50%) выявлены признаки складывающегося симптома, и у 1 человека (17%) данный симптом можно считать сложившимся.

По шкале 5 «личностная отстраненность» нет признаков данного симптома у 3 испытуемых (50%), 2 человека имеют признаки уже складывающегося симптома, и у 1 работника (17%) данный симптом можно считать сложившимся.

По результатам методики В.В. Бойко по шкале неудовлетворенность собой, о выраженности данного симптома можно говорить только в группах «хирургия» и «реанимация». Каждая группа имеет одинаковые результаты по 16%. В группе «опер. х.о.» данный симптом не выявлен.

По шкале «загнанность в клетку», в группе «хирургия», данный симптом выявлен на 31%, в группе «реанимация», у 17% испытуемых

выражен данный симптом, и самые низкие показатели в группе «опер. х.о.» всего 9%.

О выраженности симптома «редукция профессиональных обязанностей» можно говорить, что самым выраженным он является в группе «хирургия» 54%. В группах «опер. х.о.» и «реанимация», он присутствует в равных процентах 16% и 17% соответственно.

В группе «опер. х.о.» ярко выражен симптом «эмоциональная отстраненность» 59%, в группе «хирургия» данный симптом выявлен на 47%, и самые низкие показатели этого симптома в группе «реанимация», он присутствует 17%.

В группе медицинских работников категории «хирургия», симптом «личностная отстраненность» выражен на 38%, в группе «реанимация» данный симптом выражен на 17%, и самый низкий результат, 9%, в группе «опер. х.о.».

Если рассматривать рисунок в общем плане, то с уверенностью можно говорить, о выраженности всех пяти симптомов в группе «хирургия». Эта группа заняла лидирующие позиции, почти по всем шкалам предложенного опросника.

Графически полученные данные об имеющемся выгорании представлены на рисунке 2.

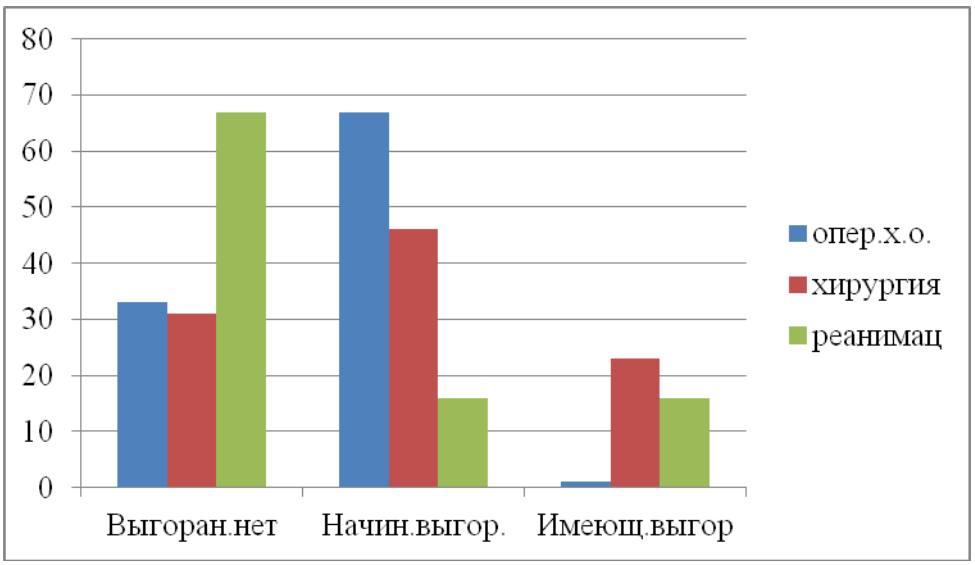

Рисунок 2. Уровни эмоционального выгорания в экспериментальных группах по опроснику В.В. Бойко, (%)

Как видно из рисунка 2, 67% испытуемых из группы «реанимация» не проявляют признаков сложившегося эмоционального выгорания. В группах «опер. х.о.» и «хирургия» таких испытуемых 33% и 31% соответственно. С признаками начинающегося выгорания, в группе «опер. х.о.» выявлено 67%, опрошенных. В группе «хирургия» таких испытуемых – 46%, в группе «реанимация» –16%.

По шкале «имеющееся выгорание», в группе «хирургия» высокие результаты у 23% испытуемых, в группе «реанимация» у – 16% медиков, в группе «опер. х.о.» оформленного синдрома эмоционального выгорания не выявлено.

В первой группе «опер. х.о.» мы выявили, что у 4 испытуемых (33%) нет признаков эмоционального выгорания, 8 человек (67%) имеют симптомы начинающегося эмоционального выгорания, и имеющегося выгорания в данной группе не выявлено. Специфика работы этих людей связана с постоянным нервным напряжением, удалением различных органов, они видят людей в бессознательном состоянии. Испытуемые данной группы входят в группу риска заражения опасными заболеваниями наравне с наркоманами и проститутками, так как часто им приходится работать с необследованными больными, у которых могут быть не выявленные опасные заболевания.

Во второй группе, «хирургия», было выявлено, 4 человека (31%) без признаков выгорания, 6 работников (46%) имеют симптомы начинающегося эмоционального выгорания, и 3 человека (23%) уже сложившийся синдромом эмоционального выгорания.

Особенности работы медперсонала хирургического профиля заключаются, в том, что они находятся в постоянном нервном напряжении, так как должны быстро реагировать на непредвиденные ситуации в работе,

имеют дело с больными находящимися в различных состояниях, до операции, когда не нарушена целостность органов, после операции, когда больной находится на стадии выздоровления, и ему уже ничего не угрожает. Также достаточно часто испытуемым данной группы приходится сталкиваться со смертельными случаями. В третьей группе «реанимация», у 4 испытуемых (67%) признаков эмоционального выгорания не выявлено, у 1 человека (16%) имеются признаки начинающегося эмоционального выгорания, и у 1 человека (16%), выявлен уже сформировавшийся синдром. В работе медперсонала реанимационного отделения должен присутствовать профессионализм и высокая стрессоустойчивость. Им приходится сталкиваться с пациентами находящимися на грани жизни и смерти, часто находящимися в бессознательном состоянии или состоянии комы. Для того что бы оказать эффективную помощь, нужна внутренняя собранность, умение быстро и грамотно реагировать на экстремальные ситуации, работать слаженно не создавая паники, ненужной суеты.

В результате исследования выгорания посредством опросника MBI К. Маслач и С. Джексона в адаптации Н.Е. Водопьяновой, были получены результаты, приведенные в таблице 2.

Таблица 2.

Описательная статистика характеристик эмоционального выгорания медицинских работников (опросник MBI)

№ п/п	Операционная хирургического отделения		Хирургия		Реанимация	
	среднее	ст.откл.	среднее	ст.откл.	среднее	ст.откл.
Шкала 1	21,33	10,35	25,08	10,87	24,83	10,21
Шкала 2	8,08	6,24	6,23	2,39	11,60	3,71
Шкала 3	34,83	7,46	31,15	5,53	34,67	5,35
Интегральный показатель выгорания	6,08	2,61	7,00	2,48	6,83	2,71

MBI имеет 3 шкалы:

льное истощение (максимальное количество баллов – 54);

ализация (максимальное количество баллов – 30);

личных достижений (максимальное количество баллов –

е сумма баллов по каждой шкале в отдельности, тем больше о выражены различные стороны «выгорания». О тяжести кно судить по сумме баллов всех шкал.

твии с общим «ключом» подсчитывается сумма баллов для ора. Оценка степени выгорания может осуществляться как ельного показателя, так и по интегральному показателю. Для тся шкальные оценки трех показателей.

нных в первой группе «опер. х.о.», показал, что низкий але эмоциональное истощение имеют 4 человека (33%), эмоционального истощения имеется у 4 человек (33%), имеют 3 человека (25%), и один человек (9%) имеет очень эмоционального истощения.

деперсонализация в этой группе низкий уровень имеют 4 средний уровень цинизма имеют 2 человека (16%), высокий онализации имеется у 3 человек (25%), и очень высокий а выявлен у 2 человек (16%). У 1 человека (9%) были ели по этой шкале.

профессиональная успешность результаты считаются в ке, то есть чем выше балл, тем ниже профессиональная группе «опер. х.о.» низкий уровень профессиональной ют 4 человека (33%), средний уровень имеется у 7 человек высокий уровень по шкале профессиональная успешность 9%).

группе «хирургия» по шкале эмоциональное истощение имеют 3 человека (23%), средний уровень эмоционального

истощения имеется у 4 человек (30%), высокий уровень в этой группе выявлен у 3 человек (23%), и, наконец, очень высокий уровень эмоционального истощения имеется у 3 человек (23%).

По шкале деперсонализация низкий уровень имеют 3 человека (23%), средний уровень цинизма выявлен у 9 человек (69%) из общего числа группы «хирургия», высокий уровень деперсонализации имеет 1 человек (8%). Очень высоких уровней цинизма в этой группе выявлено не было.

В группе «хирургия», по шкале профессиональная успешность низкие показатели имеют 3 человека (23%), средний уровень профессиональной успешности имеется у 5 человек (38%), высокий уровень имеют 4 человека (30%), и очень высокий уровень выявлен у 1 человека (9%).

В третьей группе, «реанимация», по шкале эмоциональное истощение, низкие показатели имеет 1 человек (16%), средний уровень имеется у 3 человек (50%), высокий уровень у 1 человека (16%), и очень высокий уровень имеется у 1 человека (16%).

По шкале деперсонализации, в этой группе были выявлены следующие показатели. Низкий уровень цинизма в группе «реанимация», выявлен не был. Средний уровень имеют 2 человека (33%), высокий уровень имеется у 2 человек (33%), очень высокий уровень имеет 1 человек (16%), и у 1 (16%) человека не было выявлено никаких показателей по этой шкале.

По шкале профессиональная успешность в группе «реанимация» низкий уровень имеют 2 человека (33%), у 3 испытуемых (50%) выявлен средний уровень профессиональной успешности, и 1 человек (17%) имеет высокий уровень.

Как видно из рисунка 3, высокий и очень высокий уровень эмоционального истощения в группе «хирургия» выявлен у 46% испытуемых, в группах «опер. х.о.» и «реанимация» испытуемых с выраженными признаками эмоционального истощения соответственно 33% и 32%.

При сравнении групп по шкале «деперсонализация», было выявлено наличие выраженного симптома у 49% респондентов группы «реанимация». В группе «опер. х.о.», высокая и очень высокая степень развития данного симптома обнаружена у 41% испытуемых. В группе «хирургия» только 8% опрошенных показали высокую степень выраженности деперсонализации.

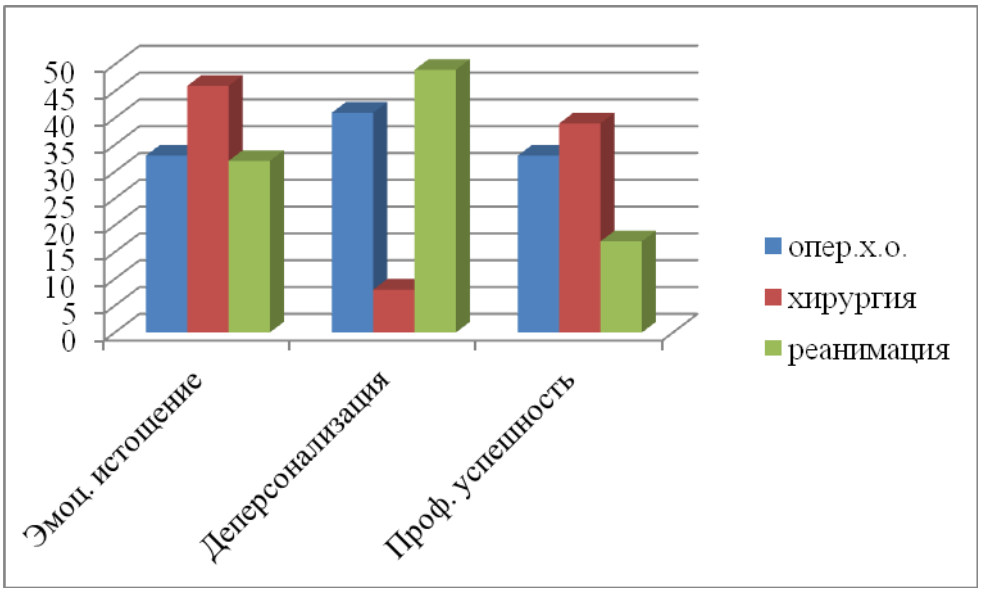

Рисунок 3. Симптомы эмоционального выгорания у испытуемых по К. Маслач по (в%)

По шкале «профессиональная успешность» группы «хирургия» и «опер. х.о.» показали примерно одинаковые результаты, с небольшой разницей, 39% и 33% соответственно. В группе «реанимация» самый низкий процент испытуемых, которые удовлетворены уровнем своей профессиональной успешности.

Как видно на рисунке 3, группа «хирургия» по шкалам «эмоциональное истощение» и «профессиональная успешность», показала высокий результат среди групп. По шкале «деперсонализация», в предложенной методике К. Маслач высокие результаты в группах «реанимация» и «опер. х.о.».

На рисунке 4 представлены результаты оценки интегрального показателя выгорания в экспериментальных группах.

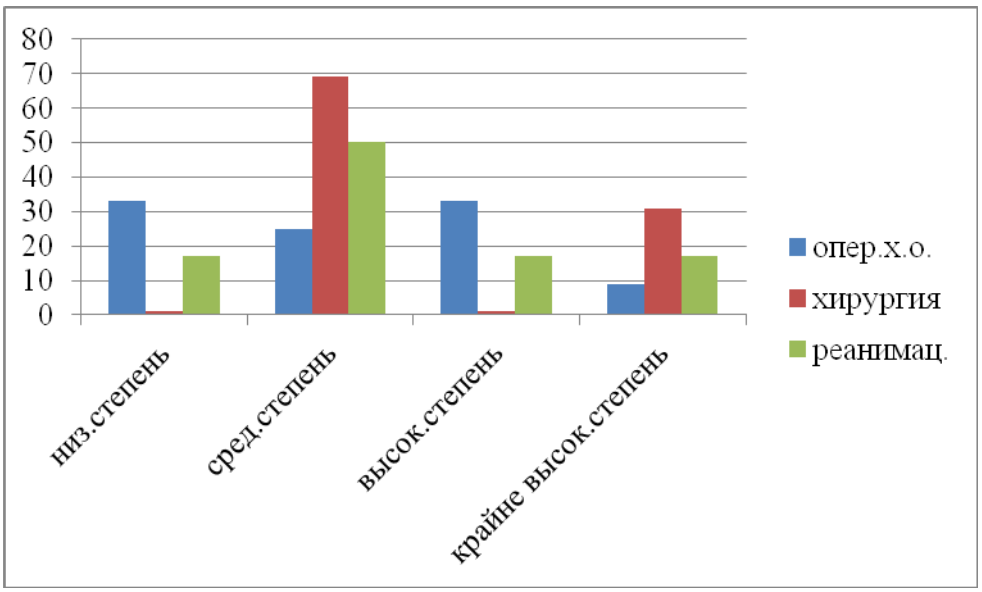

Рисунок 4. Интегральные показатели степени выгорания у медицинских работников (по К. Маслач)

Анализируя рисунок 4, мы видим, что в группе «опер. х.о.», в большей степени представлены испытуемые с низкой и высокой степенью выгорания – по 33%, «средняя» и «крайне высокая степени» выгорания выражены у 25% и 9% опрошенных соответственно.

В группе «хирургия», в большей степени выявлены испытуемые со средней и крайне высокой степенью выгорания 69% и 31% соответственно, низкая и высокая степени выгорания у респондентов этой группы, не выявлены.

Результаты исследования, в группе «реанимация», распределились следующим образом, низкая и высокая степень эмоционального выгорания выявлена у равного количества испытуемых по 33% на каждую степень. Средняя и крайне высокая степень эмоционального выгорания выражена у 25% и 9% опрошенных данной группы.

Приведенные на рисунке данные позволяют утверждать, что в группе «хирургия» риск развития синдрома профессиональной деформации значительно выше, чем в двух других экспериментальных группах.

По значению интегрального показателя степени выгорания, группа «опер. х.о.», показала следующие результаты:

– низкая степень – 4 человека (33%);

– средняя степень – 3 человека (25%);

– высокая степень – 4 человека (33%);

– крайне высокую степень –1 человек (9%).

По значению интегрального показателя степени выгорания группа «хирургия» показала следующие результаты:

– низкая степень – не выявлена

– средняя степень – 9 человек (69%)

– высокая степень – не выявлена

– крайне высокую степень – 4 человека (31%)

По значению интегрального показателя степени выгорания, группа «реанимация» показала следующие результаты:

– низкая степень – 1 человек (17%)

– средняя степень – 3 человека (50%)

– высокая степень – 1 человек (17%)

– крайне высокая степень – 1 человек (17%)

В результате исследования уровня эмпатийных тенденций посредством опросника И.М. Юсупова были получены результаты, приведенные в таблице 3.

Таблица 3.

Описательная статистика уровня эмпатийных тенденций медицинских работников (по И.М. Юсупову)

№ п/п	Операционная хирургического отделения		Хирургия		Реанимация	
	среднее	ст.откл.	среднее	ст.откл.	среднее	ст.откл.
уровень эмпатийных тенденций	58,75	12,16	51,23	11,05	49,50	9,42

Графически результаты исследования эмпатических тенденций в экспериментальных группах представлены на рисунке 5.

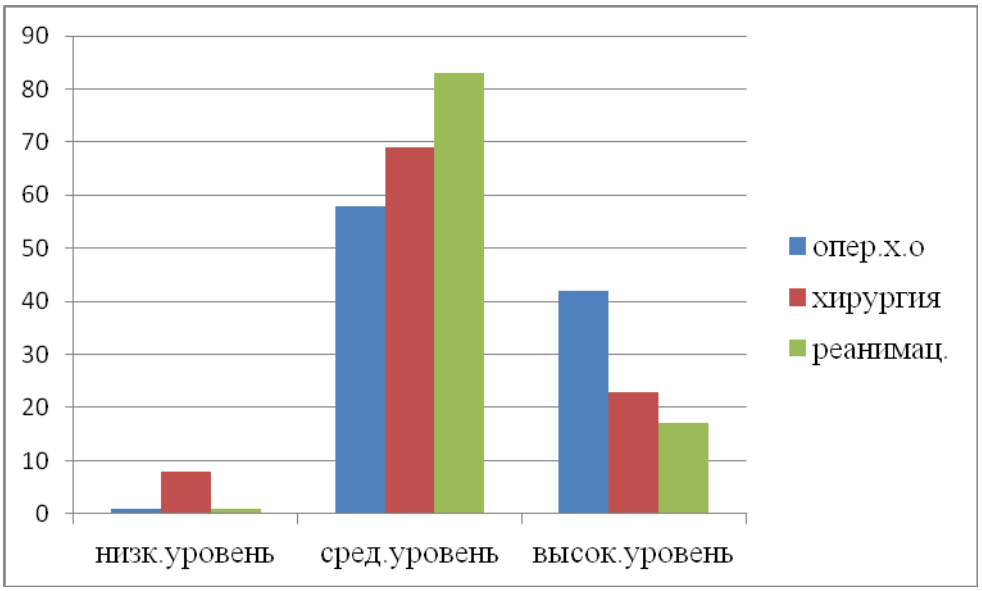

Рисунок 5. Уровни эмпатийных тенденций у медицинских работников (по И.М. Юсупову)

Как видно из рисунка 5, низкий уровень эмпатийных тенденций проявляется у 8% испытуемых группы «хирургия», в группах «опер. х.о.» и «реанимация» испытуемых с низким уровнем развития эмпатии не выявлено.

Средний уровень эмпатийных тенденций проявился у 83% медицинских работников группы «реанимация», в группе «хирургия» таких испытуемых 69%, в группе «опер. х.о.» – 58%.

Больше всего испытуемых с высоким уровнем эмпатии обнаружено в группе «опер. х.о.» – 42%, в группах «хирургия» и «реанимация» – 23% и 17% испытуемых соответственно также демонстрируют высокий уровень эмпатийных тенденций.

Анализ результатов показал, что в группе «опер. х.о.» выявлен самый высокий уровень эмпатийных тенденций, по предложенной методике И.М. Юсупова.

Исследование уровня эмпатии – сопереживания в первой группе «опер. х.о.», показало, что 7 человек (58%), имеют нормальный уровень эмпатийности. Их нельзя отнести к числу особо чувствительных лиц. В межличностных отношениях, такие люди склонны судить о других более по их поступкам, чем доверять своим личным впечатлениям. Им не чужды эмоциональные проявления, но в большинстве своем они находятся под самоконтролем. В общении внимательны, стараются понять больше, чем сказано словами, но при излишнем влиянии чувств собеседника теряют терпение. Предпочитают деликатно не высказывать свою точку зрения, не будучи уверенным, что она будет принята. При чтении художественных произведений и просмотре фильмов чаще следят за действием, чем за переживаниями героев. Затрудняются прогнозировать развитие отношений между людьми, поэтому, случается, что поступки людей оказываются для них неожиданными. У них нет раскованности чувств, и это мешает их полноценному восприятию людей.

По данным диагностики, 5 работников (42%) операционного хирургического блока продемонстрировали высокий уровень эмпатийности. Таких людей можно охарактеризовать, как чувствительных к нуждам и проблемам окружающих, великодушных, склонных многое им прощать. Они с неподдельным интересом относятся к людям. Им нравиться «читать» их лица и «заглядывать» в их будущее, они эмоционально отзывчивы, общительны, быстро устанавливают контакты с окружающими и находят общий язык. Должно быть, и дети тянутся к вам. Окружающие ценят душевность этих людей. Стараются не допускать конфликты и находить компромиссные решения. Хорошо переносят критику в свой адрес. В оценке событий больше доверяют своим чувствам и интуиции, чем аналитическим выводам. Предпочитают работать с людьми, нежели в одиночку. Постоянно нуждаются в социальном одобрении своих действий. При всех перечисленных качествах они не всегда аккуратны в точной и кропотливой работе. Не стоит особого труда вывести их из равновесия.

Во второй группе «хирургия», 9 человек (69%) имеют нормальный уровень сопереживания, 3 человека (23%) имеют высокий уровень эмпатийности, и 1 человек (8%) имеет низкий уровень. Люди с низким уровнем эмпатии испытывают затруднения в установлении контактов с людьми, неуютно чувствуют себя в большой компании. Эмоциональные проявления в поступках окружающих, подчас кажутся им непонятными и лишенными смысла. Отдают предпочтение уединенным занятиям конкретным делом, а не работе с людьми. Такой человек – сторонник точных формулировок и рациональных решений. Вероятно, у них мало друзей, а из тех, кто есть, они ценят больше за деловые качества и ясный ум, чем за чуткость и отзывчивость. Люди платят им тем же.

В третьей группе «реанимация» 5 человек (83%) имеют средний уровень сопереживания, и 1 человек (17%) имеет высокий уровень эмпатийности.

Взаимосвязь эмоционального выгорания с уровнем эмпатийных тенденций медицинских работников. Эмпирическое исследование позволило выявить лишь две значимых взаимосвязи между исследуемыми переменными. В частности, обнаружена статистически значимая взаимосвязь уровня эмпатийных тенденций медицинских работников (общая выборка) с «редукцией личных достижений» (шкала 3 опросника Маслач-Джексон) ($r=0,449$; $p=0,011$).

Напомним, что редукция личных достижений, по мнению авторов методики, может проявляться либо в тенденции к негативному оцениванию себя, своих профессиональных успехов, достижений и негативизме относительно служебных достоинств и возможностей, либо в редуцировании собственного достоинства, ограничении своих возможностей, обязанностей по отношению к другим. Поскольку в данном исследовании редукция личных достижений коррелирует с эмпатийными тенденциями личности, с большей вероятностью можно предполагать проявление первого типа редукции, когда сочувствие, сопереживание, необходимость эмоционально

отзываться на переживания других (больных) повышают требовательность к себе и, в то же время, усиливают критичность по отношению к своим возможностям.

Причем наиболее отчетливо взаимосвязь эмпатийных тенденций с редукцией личных достижений выражена у врачей хирургического отделения (r_s=0,654; p=0,015), деятельность которых в наибольшей степени связана с принятием ответственных решений – постановкой диагноза.

В целом эмпатийные тенденции, как оказалось, не связаны с эмоциональным выгоранием медицинских работников. Следовательно, эмпатичность не является значимым предиктором психического выгорания профессионалов данной сферы.

Результаты корреляционного анализа приведены в прил.

Анализ различий. Сравнение эмоционального выгорания и эмпатийных тенденций медицинских работников разных отделений. Сравнение эмоционального выгорания и эмпатийных тенденций медицинских работников разных отделений (операционная хирургия, хирургия, реанимация) не выявило статистически значимых различий (см. прил.).

2.3. Рекомендации для профилактики профессиональной деформации у медицинских работников

В качестве рекомендаций, для профилактики профессиональной деформации у медицинских работников, как основной метод мы можем предложить балинтовские группы.

Этот метод групповой тренинговой исследовательской работы получил название по имени своего создателя – Балинта (Balint M.), проводившего с 1949 г. в клинике Тависток в Лондоне дискуссионные групповые семинары с практикующими врачами и психиатрами. Опыт, обобщенный Балинтом в его книге «Врач, его пациент и его болезнь», лег в основу метода проведения исследовательско-обучающих семинаров. Центральный объект исследования

в классической балинтовской группе – отношения «врач – больной». Они являются объективными, поскольку пациент переносит на врача определенные отношения, эмоциональные и поведенческие стереотипы, которые сходны с его отношением к объектам своей реальной жизни (значимые лица ближайшего окружения). Анализ этих отношений дает возможность более полно понять пациента во всем многообразии его связей и взаимодействий с реальным миром, что способствует повышению эффективности терапии. В то же время врач в своей практике нередко сталкивается с ситуациями, являющимися для него фрустрирующими (например, если пациент не готов, не может или не хочет говорить о своих проблемах врачу, который ориентирован на быстрое оказание помощи). Поэтому психотерапевту необходима проработка указанных феноменов в кругу коллег под руководством квалифицированного специалиста, что также дает возможность пройти обучение и приобрести новый опыт. В балинтовской группе врач может прояснить свои чувства и отношение к пациенту и то, как он на самом деле воспринимает больного.

Обычно 8–12 участников встречаются с психоаналитиком – руководителем группы, один раз в неделю для полуторачасовых занятий на протяжении 2–3 лет. Дискуссия развивается из описания 1–2 случаев, которые свободно всплывают в памяти. Дополнительные сведения об уже известном группе по предшествующим занятиям пациенте, как правило, сообщаются вначале. Как случай, может быть квалифицирована даже короткая встреча с больным, если она, по мнению врача, представляет интерес. Однако обсуждают и небалинтовские случаи, если есть предварительная договоренность (Trenkel A., 1984). Группа и докладчик пытаются определить суть отношений «врач–больной» посредством комментариев и свободных ассоциаций (идей) по поводу обсуждаемого случая. Эти свободные ассоциации разбивают сообщение, подобно призме, на, возможно, бессознательные (неосознанные) детерминанты. Психоаналитик как руководитель группы изучает этот процесс, направляет и

стимулирует его, делает выводы и дает интерпретации. Он объясняет структуру отношения «врач – больной»: формально – как она описывается, по мнению группы; содержательно – по способу ведения дискуссии, поведению группы (16, с. 69). При этом пронизываются различные уровни отношений: как пациент спонтанно сообщает о себе и своей болезни, так врач спонтанно делится со своими коллегами переживаниями отношений с пациентом; как врач пытается особым способом слушания понять скрытый смысл представлений своего пациента в контексте ситуативного момента, так стараются его коллеги добиться понимания отношений «врач–больной» в контексте своих реакций-отношений к спонтанным феноменам, которые обнаруживают в докладе своего коллеги. Неосознанные аспекты отношений, возникающих из «переноса», проявляются врачом, как на уровне пациента, так и на уровне коллег. Этот актуальный «поперечно-рассеченный» феномен можно выявить в условиях долгосрочного группового процесса, протекающего в течение нескольких лет одновременно и как учебный процесс, и как процесс отношений.

Балинтовская группа имеет ряд принципиальных отличий от родственных ей форм групповой работы. Так, она не является в строгом смысле «психоаналитическим семинаром случаев»: акцент на практическом использовании способа работы, центрированной на отношениях, модифицирует классические психоаналитические принципы. Балинтовская группа не является также «самообучающейся» группой: в фокусе стоят не эмоциональные потребности участников, а проблемы их отношений с пациентами. Балинтовская группа, нацеленная на новый способ сенситивного слушания, способствует более глубокому восприятию собственной личности (собственного «Я»). Оба процесса усиливаются в ходе балинтовского группового процесса. Наконец, балинтовская группа не является «центрированной на теме интеракцией»: при большом сходстве этих форм групповой работы (акцент делается на живом, связанном с практикой взаимном обучении) таким образом она более центрирована на отношениях,

сильнее связана с психоанализом, происходит из области практической медицины. К объективной информации, например о диагнозе, нозологии, методах лечения, в Б. г. относятся так же, как к общепринятым светским рассуждениям.

Наряду с классической балинтовской группой существуют ее варианты. Бельгийский автор Моро описывает экзистенциальную систему ведения таких групп. Как руководитель, он отказывается от психоаналитической позиции нейтральности, которая, по его мнению, «инфантилизирует группу». Моро предпочитает быть активным участником обсуждения. Он отвергает психоаналитический метод интерпретации материала, выявляемого в ходе обсуждения, и считает задачей участников группы лишь выражение своих переживаний, вчувствование в переживания других членов группы, рассчитывая, что в этом отразятся отношения «врач–больной», помогающие лучше понять последнего. Если, по Балинту, «больного следует осмыслить одновременно в интеллектуальном и эмоциональном плане», то Моро требует отказа от интеллектуальных объяснений, поскольку для него важен не диагноз, а субъективное бытие больного, постигаемое не рациональным путем, а чутьем. Для того чтобы научить этому врачей, в дискуссии по поводу доклада об одном из случаев участникам группы следует говорить не о том, что они думают, а о том, что чувствуют во взаимоотношениях «врач – больной». Врачей учат быть с пациентами непринужденными, призывать последних говорить меньше о своей болезни, а главным образом о своем эмоциональном отношении к ней. Созданию эмоционального настроя служат специальные приемы, например метод «встречи» проигрывание ролей попарно участниками группы, в которых один из них представляет пациента.

В отличие от классических балинтовских групп, экзистенциальный ее вариант, не только способствует улучшению эмоционального контакта врача с пациентами, но и учит его отвечать на вопросы, от которых врачи в своей практике обычно уклоняются, например, на вопросы онкологического больного о неизбежной смерти.

Опыт балинтовских групп, первоначально ориентированной на врачей общесоматической практики, в дальнейшем распространился и на подготовку психотерапевтов. Работа в такой группе, по мнению авторов, направлена на повышение компетентности в профессиональном межличностном общении; осознание личностных «слепых пятен», блокирующих профессиональные отношения с пациентом; расширение представлений о лечебном процессе, в противовес «апостольским» установкам врача; психопрофилактику участников группы, основанную на возможности проработки «неудачных» случаев в ситуации коллегиальной поддержки.

В группу входят 6–15 человек (оптимально 8–10), работающих в одном или различных медицинских учреждениях, но желательно не связанных служебно-иерархическими отношениями. Группа может объединять людей с различным стажем работы, но наиболее эффективно участие их при стаже более трех лет. Основным принципом формирования группы является добровольность объединения профессионалов, готовых к пересмотру стереотипов в своей работе и заинтересованных в коллегиальной взаимопомощи. Работа в группе может осуществляться в течение 2–3 лет. В этом случае 4–5-часовые занятия проводятся 1–2 раза в месяц. Если группа сформирована из слушателей краткосрочного учебного семинара, занятия могут быть ежедневными или с интервалом в несколько дней, но общее их количество должно соответствовать числу участников. По желанию группы занятия могут фиксироваться с помощью видеокамеры или магнитофона. Руководитель балинтовской группы специально приглашается для этой работы или избирается участниками. Предметом анализа в группе являются обсуждения случаев из практики ее членов. Это могут быть «трудные» или «неудачные» эпизоды из прошлого, продолжающие беспокоить врача, вызывающие у него дискомфортные воспоминания, остающиеся для него «непонятыми»; текущие случаи, вызывающие у врача тревогу; так называемые фантастические терапевтические ситуации, даже гипотетическая возможность которых волнует врача. Каждое занятие посвящается

конкретному случаю, о котором докладывает участник группы. Рассказ строится в абсолютно свободной форме. Говорящего не ограничивают во времени и не перебивают. Для балинтовских групп нет необходимости в подготовке доклада, в восстановлении в памяти и документировании эпизода накануне. Более продуктивны спонтанные рассказы, так как анализ забытых важных деталей часто дает ценную информацию для выявления «слепых пятен». В заключение ведущий помогает сформулировать вопросы рассказчика по изложенному материалу таким образом, чтобы они были центрированы на взаимоотношениях врача и пациента, а не на технических деталях лечебного процесса. Авторы подчеркивают, что в задачи ведущего входит удержать группу от «сползания» к личностно-безопасному клиническому разбору с его центральным вопросом «Что надо делать с пациентом?», с одной стороны, и от смещения направленности работы группы в сторону личностной психотерапии, вызванного эмоциональной вовлеченностью участников группы и созданной атмосферой доверия и безопасности, с другой. По мнению ряда авторов, уклонение группы в ту или иную сторону может носить защитный характер и является манифестацией избегания обсуждения собственного профессионального опыта, и ведущему приходится «возвращать» группу к обсуждению взаимоотношений «врач – больной».

В классической балинтовской группе поведение участников не регламентировано. Все спонтанные реакции, эмоциональные и поведенческие, фиксируются ведущим и могут быть объектом динамического анализа. Опыт работы с отечественными специалистами подсказал авторам вариант балинтовских групп со структурируемыми этапами. В частности, на следующем после доклада этапе (вопросы к рассказчику) всем участникам по кругу предлагается задать уточняющие вопросы. Ведущий следит за тем, чтобы вопросы не подменялись советами, перерастающими в групповую дискуссию. Нередко уже на этом этапе докладчик отмечает, что вопросы, поставленные членами группы,

оказываются более существенными, чем его собственные, для прояснения описанной им ситуации. Такие вопросы могут выноситься на групповое обсуждение наряду с его собственными. На следующем этапе всем участникам группы по кругу предлагается дать свои ответы на все поставленные задачи. В отличие от «права» задавать вопросы рассказчику на предыдущем этапе, ответы на его вопросы являются «обязанностью» всех членов группы. Каждый из ответов или суждений участников расширяет видение ситуации, стимулирует самопознание. Однако наиболее ценными являются свободные ассоциации «аналогичного случая», высказывания коллег, которые сознательно или неосознанно идентифицируют себя с пациентом. Ведущий внимательно следит за сохранением центрированности обсуждения на взаимоотношениях «врач – больной», оказывает эмоциональную поддержку рассказчику, предотвращает блокирующие дискуссии. При критической установке группы целесообразно использование психодрамы, в процессе которой «советчику и критику» предлагается реализовать собственные советы. Роль пациента отводится рассказчику. Обычно это нейтрализует критический настрой группы и эмоционально поддерживает рассказчика, в ряде случаев психодрама может провоцировать конструктивный инсайт у членов группы.

В хорошо работающей группе высказывания отдельных участников побуждают к продолжению дискуссии в виде второго, третьего кругов обсуждения, предметом которого становится творческое коллективное развитие предложенных неожиданных точек зрения, развитие от редукционизма к плюрализму, от поверхностного к углубленному видению проблемы. Динамика балинтовских групп значительно отличается от динамики психотерапевтической группы. В частности, для блокирования обычной групповой динамики запрещается критика ведущего. Не поощряются высказывания о рассказчике, базирующиеся на ситуациях «там и тогда». Динамический подход в балинтовских группах позволяет делать предположение о том, что наблюдаемые «здесь и теперь» эмоциональные и

поведенческие реакции рассказчика и членов группы соответствуют эмоциональным и поведенческим реакциям самого врача и его пациента в предлагаемой для обсуждения ситуации. Именно наблюдаемые реакции могут анализироваться достаточно глубоко и многосторонне. В конце обсуждения ведущий предоставляет слово рассказчику для обратной связи. Задачей таких групп является не создание некоего конечного продукта, абсолютно истинного видения предложенной ситуации, а расширение сознания участников группы и стимуляция самопознания.

А.А. Александров и др. (1990) описывают использование балинтовских групп для подготовки групповых психотерапевтов. В целом балинтовская группа в области подготовки групповых психотерапевтов направлена на анализ трудных случаев, содержание которых более разнообразно по сравнению с индивидуальной психотерапией, поскольку характеризуется более многочисленными и многомерными переменными. Важная проблема балинтовских группах в области групповой психотерапии, по словам авторов, заключается в выработке приемов компактного, структурированного и достаточно содержательного изложения исходных данных о конкретном случае. В классической балинтовской группе рассказ о трудном случае получается насыщенным информационно, многосторонним, трудно систематизируемым, избыточным по объему. Для групповой психотерапии, в силу большей сложности психотерапевтического процесса, эта задача оказывается еще более трудной. Здесь весьма полезными могут быть вспомогательные материалы и методы: представление стенограммы хотя бы одного группового занятия (магнитофонной или видеозаписи); реконструирование социометрических срезов группы; распределение психотерапевтом, предъявляющим для обсуждения сложный случай, ролей членов анализируемой группы между участниками обсуждения (включая и себя) с предложением «сценария» какого-либо важного эпизода; психодраматическое проигрывание этого эпизода. Основной акцент в дискуссии делается на различных аспектах взаимодействия и

взаимоотношений психотерапевта в меняющейся групповой ситуации (с отдельным пациентом, группой в целом или одной из ее подгрупп). Такое обсуждение, будучи эмоционально значимым для психотерапевта, дает ему возможность воспользоваться обратной связью в качестве корригирующей. Эта обратная связь первого порядка (от членов группы к докладчику) может быть дополнена обратной связью второго порядка (от докладчика к участникам обсуждения), предоставляющей всем членам группы информацию об эффективности их корригирующей деятельности.

В качестве профилактики и снижения выраженности синдрома эмоционального выгорания, автор предлагает создание кабинета психологической разгрузки в данном медицинском учреждении. Он включает в себя усовершенствованный вариант комнаты отдыха, в которой созданы оптимальные условия для быстрого и эффективного снятия эмоционального перенапряжения, восстановления работоспособности, проведения психотерапевтических и психогигиенических мероприятий. В кабинете применяется комплексный метод оптимизации психических процессов, условно названный психологической разгрузкой, который включает физиологические и психологические средства восстановления работоспособности и предупреждения переутомления эмоционального происхождения. Площадь кабинета определяется из расчета не менее 2 кв. м на человека. В комнате не должны ощущаться шум, вибрация и другие неблагоприятные факторы производственной среды, она должна быть обеспечена приточно-вытяжной вентиляцией. Оптимальная температура в помещении – +20–22 °С. Комната оборудуется мягкими креслами с подлокотниками, в которых можно принять полулежачее положение (кресла желательно накрыть полиэтиленовой пленкой и обеспечить подставками для ног), магнитофоном (с набором кассет), гидроаэроионизатором, а при возможности – кондиционером. В цветосветовом решении интерьера должны преобладать голубой и зеленый цвета, успокаивающие нервную систему. Желательно, чтобы создавалось впечатление пребывания на лоне природы.

Пол покрывается линолеумом на мягкой основе, гармонирующим по цвету с окраской стен. Цветовая композиция дополняется цветным освещением, трижды изменяющимся в течение сеанса. Для создания более полной иллюзии пребывания на лоне природы используются пейзажи, рождающие положительные эмоции. Это могут быть диапозитивы с изображением леса, моря, озера и др., проецируемые на экран с помощью диапроекторов. Для оформления кабинета психологической разгрузки можно использовать также декоративные элементы – валуны, гальку, коряги, вьющиеся растения и др. Основная задача кабинета психологической разгрузки – восстановление работоспособности в стадии развивающегося утомления. Время пребывания в кабинете психологической разгрузки условно разделяется на 3 периода:

– отвлекающий (1,5–2 минуты);

– успокаивающий (7–10 минут);

– тонизирующий (2–3 минуты).

В соответствии с задачами этих периодов трижды меняется музыка (по содержанию, громкости и темпу), цвет, уровень освещенности, поза, ритм дыхания и словесные формулировки аутогенной тренировки. Во время первого периода звучит запись пения птиц и популярные мелодии с мягким мелодико-ритмическим рисунком (громкость до 15–20 дБ). Посетители кабинета психологической разгрузки располагаются в креслах в свободной позе с приподнятыми ногами, рассматривают проецируемые на экран изображения ландшафтов, вызывающие положительные эмоции. На втором этапе для достижения состояния эмоционального равновесия включают зеленые лампы. Посетители принимают полусидячее положение, способствующее расслаблению мышц, переходя на успокаивающий ритм дыхания (короткий вдох и удлиненный выдох). Звучит негромкая мелодичная музыка (до 10 дБ), а в паузах – записанные на магнитофонную ленту психотерапевтические формулы, построенные с учетом характера труда, задач данного периода и требований аутогенной тренировки. Третий период проходит при оранжевом (красном) освещении, его музыкальная

программа состоит из бодрых, мажорных произведений (марши, спортивные и молодежные песни, энергичная и веселая танцевальная музыка). Занимающиеся в кабинете психологической разгрузки постепенно переходят к позе стоя, делают несколько мобилизующих дыхательных движений (глубокий вдох и короткий выдох). Словесные формулы этого периода направлены на повышение общего тонуса, активизацию психических процессов. В заключение включают все лампы дневного света, и в сопровождении марша, веселой песни выполняется комплекс физических упражнений с учетом особенностей вида труда и возраста людей. Лицам, занимающимся тяжелой физической работой, полезен самомассаж. В соответствии с тремя указанными периодами желательно изменять с помощью подсветки виды, изображенные на крупных слайдах или проецируемые на экран. Например, вначале посетители видят изображение леса при заходящем солнце, на втором этапе – в предвечерние часы, на третьем – на рассвете, во время восхода солнца, когда просыпается природа, воздух насыщен озоном, ощущается приятный запах хвойных деревьев.

При ограниченных возможностях кабинета психологической разгрузки, в первую очередь туда направляют лиц, работающих в условиях повышенной нагрузки на нервную систему, сочетающих работу с учебой, а также тех, кто жалуется на переутомление или находится в кризисной ситуации (тяжелая болезнь или смерть близкого человека, чрезмерно напряженная семейная обстановка, частые служебные конфликты и др.).

В кабинете психологической разгрузки восстанавливается работоспособность лиц, находящихся в стрессовом состоянии, или тех, чья повседневная деятельность протекает в условиях эмоциональной напряженности. Эмоциональный дистресс не только приводит к снижению трудоспособности и ухудшению деятельности организма, но и является одной из частых причин нарушения техники безопасности. Пребывание в кабинете психологической разгрузки способствует также предупреждению эмоционально-аффективного перенапряжения и его отрицательных

последствий у лиц, страдающих заболеваниями, вызванными психическим фактором (неврозы, психосоматические расстройства).

В кабинете психологической разгрузки можно осуществлять и другие психогигиенические мероприятия. К ним относятся:

1) массовое обучение работников различных предприятий приемам психотерапевтической доврачебной самопомощи и, в частности, аутогенной тренировке;

2) активная психопрофилактика рецидивов алкоголизма;

3) эмоционально–волевая тренировка спортсменов (по А.Т. Филатову);

4) дополнительные сеансы психологической разгрузки для работников пенсионного и предпенсионного возраста с целью продления трудоспособности;

5) лечебно-профилактическая помощь людям, желающим избавиться от хронического никотинизма;

6) психогигиенические беседы, включающие демонстрацию слайдов и прослушивание фрагментов литературно-музыкальных произведений, посвященные различным аспектам здорового образа жизни.

В последние годы на предприятиях организуются кабинеты эмоционально-волевой тренировки и социального тренинга, психологической гимнастики и др. Благодаря тому, что в их штатном расписании предусмотрены должности врача-психотерапевта или психолога, на их базе решается широкий круг задач, в том числе психотерапевтического и социально-психологического характера. Кабинеты психогигиенического профиля целесообразно открывать и в медицинских учреждениях, где труд медработников связан с повышенными эмоциональными нагрузками, и необходимо быстро восстанавливать работоспособность (в отделениях хирургии, реанимации, анестезиологии, на станциях «скорой помощи»). В заводских профилакториях и домах отдыха, где не предусмотрена должность врача-психотерапевта, обслуживать кабинет психологической разгрузки

может фельдшер, прошедший специальную подготовку по психогигиене, психопрофилактике и психотерапии.

Выводы по 2 главе.

По результатам эмпирического исследования можно сделать следующие выводы.

1. У большинства работников синдром эмоционального выгорания либо уже сложился, либо складывается. (Напомним, в исследовании принимали участие работники со стажем более пяти лет.) Наиболее выражен он у работников хирургического отделения (по всем пяти шкалам (симптомам) опросника В.В. Бойко). У работников реанимационного отделения синдром выражен на среднем уровне – складывается. Работники отделения операционной хирургии характеризуются низким уровнем эмоционального выгорания по трем шкалам опросника В.В. Бойко, но в этой группе максимально выражен синдром эмоциональной отстраненности.

2. Большинство работников имеют средний уровень эмпатийных тенденций. Сравнительный анализ не выявил статистически значимых различий между работниками разных отделений по этому параметру.

3. Корреляционный анализ позволил выявить статистически значимую взаимосвязь между уровнем эмпатийных тенденций работников и редукцией личных достижений (одна из шкал опросника Маслач – Джексон). Вопреки ожиданиям, эмпатия оказалась положительно связанной с эмоциональным выгоранием, точнее говоря, с одним из его симптомов – редукцией личных достижений. Однако обнаруженная взаимосвязь не кажется нелогичной, т.к. сочувствие, сопереживание, необходимость эмоционально отзываться на переживания других (больных) неизбежно повышают требовательность к себе и, в то же время, усиливают критичность по отношению к своим возможностям.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование проводилось в центральной районной больнице города Торопец. В исследовании принимали участие и 20 медсестер и 11 санитарок – всего 31 человек. Выборку составили женщины: медсестры и младший медперсонал в возрасте от 35 до 50 лет. Стаж работы составляет 5 и более лет.

Целью экспериментального исследования явилось изучение взаимосвязи особенностей содержания помощи и тенденций профессиональной деформации у медицинских работников.

В ходе проведенного исследования были сделаны следующие выводы. В группе работников операционной хирургического отделения практически не выражена подгруппа со сформированными признаками эмоционального выгорания. Большинство испытуемых этой группы (67%) обнаруживают признаки складывающегося симптома, у 33% такие признаки не проявляются вовсе. Во второй группе, «хирургия», было выявлено, 4 человека (31%) без признаков выгорания, 6 работников (46%) имеют симптомы начинающегося эмоционального выгорания, и 3 человека (23%) уже сложившийся синдромом эмоционального выгорания.

В группе «хирургия» риск развития синдрома профессиональной деформации выше, чем в двух других экспериментальных группах.

В группе работников хирургического отделения симптомы эмоционального выгорания выражены в большей степени, чем у испытуемых других опытных групп.

Исключение составляет только симптом «эмоциональная отстраненность», который в большей степени выражен у работников операционной хирургического отделения. Вероятно, это объясняется практически полным отсутствием эмоционального контакта с больными работников операционной. Больные выступают для них «бесчувственным» объектом, на «преобразование» которого нацелены их профессиональные действия.

Наиболее выраженными симптомами эмоционального выгорания работников хирургического отделения являются редукция профессиональных обязанностей, эмоциональная и личностная отстраненность.

В группе работников хирургического отделения в большей мере, чем в других опытных группах выражен такой признак выгорания, как эмоциональное истощение (симптом обнаружен у 46% испытуемых). При этом они достаточно высоко оценивают свои профессиональные достижения. Отчасти это может быть связано с не вполне адекватным распределением ответственности за исход лечения – хирургия – как бы отвечает только за качество инструментальных действий, а не за выздоровление больного в целом. Хотя это предположение, безусловно, требует дополнительной проверки.

В группе «хирургия» в меньшей степени, чем в других группах представлен параметр «деперсонализация». Под деперсонализацией понимается расстройство самовосприятия, при котором собственные действия воспринимаются как бы со стороны и сопровождаются ощущением невозможности управлять ими, это часто сопровождается явлениями дереализации.

В значительной степени этот симптом проявляется в группах работников операционной и реанимации. Можно предположить, что общаясь с больными как с субъектами (находящимися в сознательном состоянии, испытывающими боль), сталкиваясь с нестандартными ситуациями, как в ходе операции, так и сразу после неё, связанными с индивидуальными особенностями пациента, медработники из этих групп могут испытывать чувство растерянности и тревоги в связи с риском осложнений в состоянии больного, что может приводить к нарастанию явления деперсонализации. В этой же группе мы наблюдаем снижение ощущения профессиональной успешности, что является, по мнению автором методики признаком эмоционального выгорания специалиста.

Низкий уровень эмпатийных тенденций (способности к сопереживанию) ни в одной из экспериментальных групп не обнаруживается явно. Большинство испытуемых демонстрируют средний уровень развития эмпатийных тенденций.

Им не чужды эмоциональные проявления, но в большинстве своем, они находятся под самоконтролем. В общении внимательны, стараются понять больше, чем сказано словами, но при излишнем проявлении чувств собеседника теряют терпение. То есть в общении они бывают весьма сдержанны и предпочитают не слишком поддаваться эмоциональным порывам. В выборке также представлены испытуемые с высоким уровнем развития способности к сопереживанию, количество которых больше всего в группе работников операционной.

Таким образом, гипотеза о том, что разная по содержанию операций деятельность медицинских работников приводит к разным тенденциям эмоционального выгорания, нашла в ходе экспериментального исследования частичное подтверждение.

Приведенные в работе данные экспериментального исследования, как и предлагаемые автором мероприятия по профилактике и снижению выраженности симптомов эмоционального выгорания медицинских работников могут служить обоснование необходимости такой работы в учреждениях здравоохранения.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Аболин Л.М. Психологические механизмы эмоциональной устойчивости человека/Л.М. Аболин. – Казань: Издательство Казанского университета, 1987. –261 с.

2. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине/Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдчиц. – М.: Наука, 1998. –244 с.

3. Абрумова А.Г. Анализ состояний психологического кризиса и их динамика /А.Г. Абрумова // Психологический журнал. – М.: Наука, 1985. – Т. 6. – №6. – С. 107–115.

4. Авхименко М.М. Некоторые факторы риска труда медика/М.М. Авхименко // Медицинская помощь. – М.: Медицина, 2003. – №2. – С. 25–29.

5. Акиндинова И.А., Баканова А.А. Эмоциональное выгорание в профессиональной деятельности педагога: проявления и профилактика/И.А. Акиндимова, А.А. Баканова // Педагогические вести. – СПб.: Издательство РГПУ им. А.И. Герцена, 2003. – №5. – С. 34.

6. Ананьев Б.А. Введение в психологию здоровья/Б.А. Ананьев. – СПб.: Питер, 1999. – 123 с.

7. Афанаскина М.С. Формирование у медицинской сестры клинического мышления/М.С. Афанаскина // Медицинская сестра. – М.: Русский врач, 2001. – №6. – С. 34.

8. Анциферова Л.И. Условия деформации личности/Л.И. Анциферова // Новые исследования. – М.: Наука, 1998. – С. 32–38.

9. Барабанова М.В. Изучение психологического содержания синдрома выгорания/М.В. Барабанова // Вестник Московского университета. Серия 14. «Психология». – М.: Издательство МГУ, 1995. – №1. – С. 54.

10. Белов В.М. Психология здоровья/В.М. Белов. – СПб.: Алетейя, 1997. – 231 с.

11. Богорад И. В. Больной и врач. — М., 1982.

12. Бодалев А. А. Восприятие человека человеком. — Л., 1965.

13. Бодалев А. А. Восприятие человека человеком. — Л., 1988.

14. Бодалев А. А. Личность и общение // Вопросы психологии общения и познания людьми друг друга. — Краснодар, 1979.

15. Бодалев А. А. О взаимосвязи общения и отношения // Вопросы психологии. 1994. № 1.

16. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении/В.В. Бойко. – СПб.: Питер, 1999. – 105 с.

17. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других/В.В. Бойко. – М.: Наука, 1996. – 154 с.

18. Винокур В., Розанова М. Профессиональный стресс губит врача/В. Винокур, М. Розанова // Медицина Санкт-Петербурга. – СПб.: Издательство СПб ГУ, 1997. – №11. – С. 28.

19. Водопьянова Н.Е. Синдром психического выгорания в коммуникативных профессиях/Н.Е. Водопьянова // Психология здоровья / Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Издательство СПбГУ, 2000. – С. 443–463.

20. Водопьянова Н.Е. Психическое выгорание/Н.Е. Водопьянова // Стоматолог. – М.: Медицина, 2002. – №7. – С. 12.

21. Диагностика уровня поликоммуникативной эмпатии (И.М.Юсупов) / Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М., Изд-во Института Психотерапии. 2002. С.153-156

22. Диагностика уровня поликоммуникативной эмпатии (И.М.Юсупов) / Диагностика эмоционально-нравственного развития. Ред. и сост. И.Б.Дерманова. – СПб., 2002. С.114-118

23. Захаров С. Синдром выгорания у врачей стигма профессионализма или расплата за сочувствие?/С. Захаров // Интернет: http://forums.rusmedserv.com/show thread.php? t=8748

24. Заховаева А.Г. Основные проблемы философии сестринского дела/А.Г. Заховаева // Сестринское дело. – М.: Медицинский вестник, 2003. – №2. – С. 28–29.

25. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы/Е.П. Ильин. – СПб.: Питер, 2002. – 512 с.

26. Ильин Е.П. Эмоции и чувства/Е.П. Ильин. – СПб.: Питер, 2002. – 752 с.

27. Исследование личности по методу Р. Кеттелла. Кабинет практического психолога. Практическое пособие / Сост. Г.П. Горбунова, Н.И. Морозова, Т.Е. Аргентова. – Кемерово: Кузбассвузиздат, 1997. – 108 с.

28. Караванов Г., Коршунова В. Индивидуально-психологические особенности личности врача-хирурга/Г. Караванов, В. Коршунова. – Львов: Вища Школа, 1974. – 84 с.

29. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине/Р. Конечный, М. Боухал. – Прага: Авиценум, 1974. – 405 с.

30. Корчуганова И.П. Профессиональное развитие и поддержка педагогов, работающих с детьми группы риска (Методическое пособие). Под науч. Ред. профессора С.А. Лисицына, С.В. Тарасова. СПб.: ЛОИРО, 2006. – 172 с. (с. 166-170)

31. Косарев В.В., Васюкова Г.Ф. Профессиональная заболеваемость медицинских работников Самарской области/В.В. Косарев, Г.Ф. Васюкова // Гигиена и санитария. – М.: Медицина, 2004. – №3. – С. 27–38.

32. Крон Т. Помощь находящимся в кризисном состоянии/Т. Крон // Интернет: http://home.perm.ru~dmitry/archive/p010.htm#ссылка 3

33. Лешукова Е. Синдром сгорания. Защитные механизмы. Меры профилактики /Е. Лешукова // Интернет: http://home.perm.ru~dmitry/archive/p010.htm#

34. Никифоров Г.С. Психология здоровья/Г.С. Никифоров. – СПб.: Речь, 2002. –256 с.

35. Орел В.Е. Феномен выгорания в зарубежной психологии. Эмпирическое исследование/В.Е. Орел // Психологический журнал. – М.: Наука, 2001. – Т. 20. – №1. – С. 16–21.

36. Очерки поведенческой психологии здоровья. Аргументы, факты, тесты: Научно-методическое пособие / Под ред. Н.А. Барабаш – Кемерово:

Издательство Кемеровской Государственной Медицинской Академии, 1995. – 245 с.

37. Полунина Н.В., Нестеренко Е.И., МадьяноваВ.В. Инновационная деятельность лечебно-профилактических учреждений, её эффективность и влияние на состояние здоровья врачей/Н.В. Полунина, Е.И. Нестеренко, В.В. Мадьянова // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – М.: Медиа Сфера, 2002. – №4. – С. 3–8.

38. Психологические тесты / Под ред. А.А. Карелина – В 2х-т. – Т. 1. – М.:ВЛАДОС, 2003. – 312 с.

39. Реан А.А., Баранов А.А. Факторы стрессоустойчивости учителей/А.А. Реан, А.А. Баранов // Вопросы психологии. – М.: Школа-Пресс, 1997. – №1. – С. 45–53.

40. Ронгинская Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях/Т.И. Ронгинская // Психологический журнал. – М.: Наука, 2002. – Т. 23. – №3. – С.

41. Сандомирский М.Е. Выгорание – профессиональная болезнь фармацевта? /М.Е. Сандомирский // Интернет: http://marks.on.ufanet.ru/RE3TXT.HTM

42. Сергеева А. Синдром эмоционального сгорания/А. Сергеева // Интернет: http:www.tsale.ru/index.htm

43. Семенова Н.Д. Балинтовские группы для врачей, работающих с умирающими пациентами /Н.Д. Семёнова // Интернет: http://www.doctor.ru/onkos/together/conf2.htm#5

44. Трунов Д. Синдром сгорания: позитивный подход к проблеме/Д. Трунов // Журнал практического психолога. – М.: Издательство МГУ, 1998. – №8. – С. 84–89.

45. Ушаков И.Б., Сорокин О.Г. Адаптационный потенциал человека/И.Б. Ушаков, О.Г. Сорокин // Вестник Государственной Академии Медицинских Наук. – М.:Медицина, 2004. – №3. – С. 8–13.

46. Фёдорова Т.Г., Нехорошев А.С., Котова Г.Н. Социологическое исследование особенностей трудовой деятельности врачей северо-западного

региона России/Т.Г. Фёдорова, А.С. Нехорошев, Г.Н. Котова // Гигиена и санитария. – М.:Медицина, 2003. – №3. – С. 24–27.

47. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп/Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов. – М.: Издательство Института Психотерапии, 2002. – 490 с.

48. Форманюк Т.В. Синдром эмоционального сгорания как показатель профессиональной дезадаптации учителя/Т.В. Форманюк // Вопросы психологии. – М.: Школа-Пресс, 1994. – №6. – С. 57–63.

Один автор-

Арутюнов, В. В. Основы современных коммуникаций: человек - группа - общество : учебное пособие для студентов ун-тов и вузов культуры и искусств и других учебных заведений / В. В. Арутюнов — М. : МГУКИ, 2006. — 53 с. : ил. — Библиогр. : с. 47–49.

Один автор (в сборнике статей или в журнале)-

Андреева, Н.Е. Персонал-стратегия. Эффективное кадровое планирование в библиотеке / Н. Е. Андреева // Справочник руководителя учреждения культуры : ежемес. журнал о культуре Вологодской области. – 2005. – № 9. – С. 70–77.

Два и более авторов-

Богданов, Е.Н. Психология личности в конфликте : учеб. пособие / Е. Н. Богданов, В. Г. Зазыкин. — 2-е изд. — СПб. : Питер, 2004. — 222 с. — Библиогр. : с. 218-221.

Эл.ресурс-

Дрекслер, Э. Машины создания [Электронный ресурс] / Эрик Дрекслер // Большая электронная библиотека.- Режим доступа: http://www.big-library.info/?act=bookinfo&book=12999.

Приложение А

Опросник на выгорание (MBI, адаптирован Н.Е. Водопьяновой)

Авторы опросника американские психологи К. Маслач и С. Джексон. Данный вариант адаптирован Н.Е. Водопьяновой.

Инструкция. Ответьте, пожалуйста, как часто Вы испытываете чувства, перечисленные ниже в опроснике. Для этого отметьте по каждому пункту позицию, которая соответствует частоте Ваших мыслей и переживаний:

«никогда»,

«очень редко»,

«иногда»,

«часто»,

«очень часто»,

«каждый день».

Опросник

Я чувствую себя эмоционально опустошенным

После работы я чувствую себя, как «выжатый лимон»

Утром я чувствую усталость и нежелание идти на работу

Я хорошо понимаю, что чувствуют мои коллеги и стараюсь учитывать это в интересах дела

Я чувствую, что общаюсь с некоторыми коллегами без теплоты и расположения к ним

После работы мне на некоторое время хочется уединиться

Я умею находить правильное решение в конфликтных ситуациях, возникающих при общении с коллегами

Я чувствую угнетенность и апатию

Я уверена, что моя работа нужна людям

В последнее время я стала более черствой по отношению к тем, с кем я работаю

Я замечаю, что моя работа ожесточает меня

У меня много планов на будущее, и я верю в их осуществление

Моя работа все больше меня разочаровывает

Мне кажется, что я слишком много работаю

Бывает, что мне действительно безразлично то, что происходит с некоторыми моими подчиненными и коллегам

Мне хочется уединиться и отдохнуть от всего и всех

Я легко могу создать атмосферу доброжелательности и сотрудничества в коллективе

Во время работы я чувствую приятное оживление

Благодаря своей работе я уже сделал в жизни много действительно ценного

Я чувствую равнодушие и потерю интереса ко многому, что радовало меня в моей работе

На работе я спокойно справляюсь с эмоциональными проблемам

В последнее время мне кажется, что коллеги и подчиненные все чаще перекладывают на меня груз своих проблем и обязанностей.

Обработка результатов и интерпретация

Опросник имеет 3 шкалы «эмоциональное истощение» (9 утверждений), «деперсонализация» (5 утверждений) и «редукция личных достижений» (8 утверждений). Ответы испытуемого оцениваются: 0 баллов – «никогда», 1 балл – «очень редко», 3 балла – «иногда», 4 балла – «часто», 5 баллов – «очень часто», 6 баллов – «каждый день».

«Эмоциональное истощение» – ответы «да» по пунктам 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. (максимальная сумма баллов – 54).

«Деперсонализация» – ответы «да» по пунктам 5, 10, 11, 15, 22 (максимальная сумма баллов – 30).

«Редукция личных достижений» – ответы да по пунктам 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 (максимальная сумма баллов – 48).

Чем больше сумма баллов по первой и второй шкале в отдельности, тем больше у обследуемого выражены различные стороны «выгорания». Чем меньше сумма баллов по третьей шкале, тем меньше профессиональное «выгорание». Интерпретация результатов производится на основании сравнения полученных оценок по каждой из субшкал со средними значениями в исследуемой группе или с демографическими данными, представленными в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Уровни «выгорания»

Шкалы профессионального выгорания	Баллы		
	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень
Эмоциональное истощение	0 - 16	17 - 26	27 и больше
Деперсонализация	0 - 6	7 - 12	13 и больше
Редукция личных достижений	39 и больше	38 - 32	31 и меньше

Таблица 2

Средние значения по субшкалам для четырех профессиональных групп

Группы	Возраст	Стаж	Субшкалы		
			Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Редукция личных достижений
Медицинские сестры	30	10	22,4	10,2	30,0
Врачи-терапевты	45	18	15,2	6,0	33,0

Приложение Б

Методика «Диагностика уровня эмпатии» И. М. Юсупова

Инструкция

Для выявления уровня эмпатийных тенденций необходимо, отвечая (соглашаясь или нет) на каждое из 36 утверждений, оценивать ответы следующим образом: при ответе: «не знаю» — 0 баллов, «нет, никогда» — 1, «иногда» — 2, «часто» — 3, «почти всегда» — 4 и при ответе: «да, всегда» — 5 баллов. Отвечать нужно на все пункты.

Текст опросника:

1. Мне больше нравятся книги о путешествиях, чем книги из серии «Жизнь замечательных людей».
2. Взрослых детей раздражает забота родителей.
3. Мне нравится размышлять о причинах успехов и неудач других людей.
4. Среди всех музыкальных телепередач предпочитаю «Современные ритмы».
5. Чрезмерную раздражительность и несправедливые упреки больного надо терпеть, даже если они продолжаются годами.
6. Больному человеку можно помочь даже словом.
7. Посторонним людям не следует вмешиваться в конфликт между двумя лицами.
8. Старые люди, как правило, обидчивы без причин.
9. Когда я в детстве слушал грустную историю, на мои глаза сами по себе наворачивались слезы.
10. Раздраженное состояние моих родителей влияет на мое настроение.
11. Я равнодушен к критике в мой адрес.

12. Мне больше нравится рассматривать портреты, чем картины с пейзажами.

13. Я всегда прощал все родителям, даже если они были неправы.

14. Если лошадь плохо тянет, ее надо хлестать.

15. Когда я читаю о драматических событиях в жизни людей, то чувствую, будто это происходит со мной.

16. Родители относятся к своим детям справедливо.

17. Видя ссорящихся подростков или взрослых, я вмешиваюсь.

18. Я не обращаю внимания на плохое настроение своих близких.

19. Я подолгу наблюдаю за поведением животных, откладывая другие дела.

20. Фильмы и книги могут вызвать слезы только у несерьезных людей.

21. Мне нравится наблюдать за выражением лиц и поведением незнакомых людей.

22. В детстве я приводил домой бездомных кошек и собак.

23. Все люди необоснованно озлоблены.

24. Глядя на постороннего человека, мне хочется угадать, как сложится его жизнь.

25. В детстве младшие по возрасту ходили за мной по пятам.

26. При виде покалеченного животного я стараюсь ему чем-нибудь помочь.

27. Человеку станет легче, если внимательно выслушать его жалобы.

28. Увидев уличное происшествие, я стараюсь не попадать в число свидетелей.

29. Младшим нравится, когда я предлагаю им свою идею, дело или развлечение.

30. Люди преувеличивают способность животных чувствовать настроение своего хозяина.

31. Из затруднительной конфликтной ситуации человек должен выходить самостоятельно.

32. Если ребенок плачет, на то есть свои причины.

33. Молодежь должна всегда удовлетворять любые просьбы и чудачества стариков.

34. Мне хотелось разобраться, почему некоторые мои коллеги были так задумчивы.

35. Беспризорных домашних животных следует отлавливать и уничтожать.

36. Если мои друзья начинают обсуждать со мной свои личные проблемы, я стараюсь перевести разговор на другую тему.

Обработка результатов

Подсчитывается сумма баллов. Но прежде нужно проверить степень откровенности обследуемого. Если он ответил «не знаю» на утверждения под номерами 3, 9, 11, 13, 28, 36 и «да, всегда» на утверждения 11, 13, 15 и 27, то это свидетельствует о его желании выглядеть лучше и о недостаточной откровенности. Результатам тестирования можно доверять, если опрашиваемый дал не больше трех неискренних ответов.

Выводы

При сумме от 82 до 90 баллов у человека очень высокий уровень эмпатийности, от 63 до 81 балла — высокий уровень, от 37 до 62 баллов — средний уровень, от 12 до 36 баллов — низкий уровень, 11 баллов и менее — очень низкий уровень эмпатийности.

Приложение В

Методика В. В. Бойко «Диагностика уровня эмпатии»

В структуре эмпатии В. В. Бойко выделяет несколько каналов.

Рациональный канал эмпатии. Характеризует направленность внимания, восприятия и мышления субъекта, выражающего эмпатию, на существо иного человека — на его состояние, проблемы, поведение. Это спонтанный интерес к другому, открывающий шлюзы эмоционального и интуитивного отражения партнера. В рациональном компоненте эмпатии не следует искать логику или мотивацию интереса к другому. Партнер привлекает внимание своей бытийностью, что позволяет выражающему эмпатию непредвзято выявлять его сущность.

Эмоциональный канал эмпатии. Фиксируется способность субъекта эмпатии эмоционально резонировать с окружающими — сопереживать, соучаствовать. Эмоциональная отзывчивость в данном случае становится средством «вхождения» в энергетическое поле партнера. Понять его внутренний мир, прогнозировать поведение и эффективно воздействовать возможно только в том случае, если произошла энергетическая подстройка к тому, кому адресована эмпатия.

Интуитивный канал эмпатии. Балльная оценка свидетельствует о способности респондента видеть поведение партнеров, действовать в условиях дефицита исходной информации о них, опираясь на опыт, хранящийся в подсознании. На уровне интуиции замыкаются и обобщаются различные сведения о партнерах. Интуиция, надо полагать, менее зависит от оценочных стереотипов, чем осмысленное восприятие партнеров.

Установки, способствующие или препятствующие эмпатии, соответственно облегчают или затрудняют действие всех эмпатических каналов. Эффективность эмпатии, вероятно, снижается, если человек старается избегать личных контактов, считает неуместным проявлять любопытство к другой личности, убедил себя спокойно относиться к

переживаниям и проблемам окружающих. Подобные умонастроения резко ограничивают диапазон эмоциональной отзывчивости и эмпати-ческого восприятия. Напротив, различные каналы эмпатии действуют активнее и надежнее, если нет препятствий со стороны установок личности.

Проникающая способность в эмпатии расценивается как важное коммуникативное свойство человека, позволяющее создавать атмосферу открытости, доверительности, задушевности. Каждый из нас своим поведением и отношением к партнерам способствует информационно-энергетическому обмену или препятствует ему. Расслабление партнера содействует эмпатии, а атмосфера напряженности, неестественности, подозрительности препятствует раскрытию и эмпати-ческому постижению.

Идентификация — еще одно непременное условие успешной эмпатии. Это умение понять другого на основе сопереживаний, умение поставить себя на место партнера. В основе идентификации — легкость, подвижность и гибкость эмоций, способность к подражанию.

Инструкция

Если вы согласны с данными утверждениями, ставьте рядом с их номерами знак «+», если не согласны — знак «–».

Текст опросника:

1. У меня есть привычка внимательно изучать лица и поведение людей, чтобы понять их характер, наклонности, способности.
2. Если окружающие проявляют признаки нервозности, я обычно остаюсь спокойным.
3. Я больше верю доводам своего рассудка, чем интуиции.
4. Я считаю вполне уместным для себя интересоваться домашними проблемами сослуживцев.
5. Я могу легко войти в доверие к человеку, если потребуется.

6. Обычно я с первой же встречи угадываю «родственную душу» в новом человеке.

7. Я из любопытства обычно завожу разговор о жизни, работе, политике со случайными попутчиками в поезде, самолете.

8. Я теряю душевное равновесие, если окружающие чем-то угнетены.

9. Моя интуиция — более надежное средство понимания окружающих, чем знания или опыт.

10. Проявлять любопытство к внутреннему миру другой личности бестактно.

11. Часто своими словами я обижаю близких мне людей, не замечая того.

12. Я легко могу представить себя каким-либо животным, ощутить его повадки и состояния.

13. Я редко рассуждаю о причинах поступков людей, которые имеют ко мне непосредственное отношение.

14. Я редко принимаю близко к сердцу проблемы своих друзей.

15. Обычно за несколько дней я чувствую: что-то должно случиться с близким мне человеком, и ожидания оправдываются.

16. В общении с деловыми партнерами обычно стараюсь избегать разговоров о личном.

17. Иногда близкие упрекают меня в черствости, не внимании к ним.

18. Мне легко удается, подражая людям, копировать их интонацию, мимику.

19. Мой любопытный взгляд часто смущает новых партнеров.

20. Чужой смех обычно заражает меня.

21. Часто, действуя наугад, я тем не менее нахожу правильный подход к человеку.

22. Плакать от счастья глупо.

23. Я способен полностью слиться с любимым человеком, как бы растворившись в нем.

24. Мне редко встречались люди, которых я понимал бы без лишних слов.

25. Я невольно или из любопытства часто подслушиваю разговоры посторонних людей.

26. Я могу оставаться спокойным, даже если все вокруг меня волнуются.

27. Мне проще подсознательно почувствовать сущность человека, чем понять его, «разложив по полочкам».

28. Я спокойно отношусь к мелким неприятностям, которые случаются у кого-либо из членов семьи.

29. Мне было бы трудно задушевно, доверительно беседовать с настороженным, замкнутым человеком.

30. У меня творческая натура — поэтическая, художественная, артистичная.

31. Я без особого любопытства выслушиваю исповеди новых знакомых.

32. Я расстраиваюсь, если вижу плачущего человека.

33. Мое мышление больше отличается конкретностью, строгостью, последовательностью, чем интуицией.

34. Когда друзья начинают говорить о своих неприятностях, я предпочитаю перевести разговор на другую тему.

35. Если я вижу, что у кого-то из близких плохо на душе, то обычно воздерживаюсь от расспросов.

36. Мне трудно понять, почему пустяки могут так сильно огорчать людей.

Обработка результатов

Ниже приводятся 6 шкал с номерами определенных утверждений. Подсчитыва-ется число ответов, соответствующих «ключу» каждой шкалы (каждый совпавший ответ, с учетом знака, оценивается одним баллом), а затем определяется их общая сумма.

Рациональный канал эмпатии: +1, +7, –13, +19, +25, –31.

Эмоциональный канал эмпатии: –2, +8, –14, +20, –26, +32.

Интуитивный канал эмпатии: –3, +9, +15, +21, +27, –33.

Установки, способствующие эмпатии: +4, –10, –16, –22, –28, –34.
Проникающая способность в эмпатии: +5, –11, –17, –23, –29, –35.
Идентификация в эмпатии: +6, +12, +18, –24, +30, –36.

Анализируются показатели отдельных шкал и общая суммарная оценка уровня эмпатии. Оценки по каждой шкале могут варьироваться от 0 до 6 баллов и указывают на значимость конкретного параметра (канала) в структуре эмпатии. Они выполняют вспомогательную роль в интерпретации основного показателя — уровня эмпатии. Суммарный показатель теоретически может изменяться в пределах от 0 до 36 баллов.

Выводы

Если в сумме по всем шкалам 30 баллов и выше — у человека очень высокий уровень эмпатии; 29–22 — средний; 21–15 — заниженный; менее 14 баллов — очень низкий.

Размещено на Allbest.ru

Приложение Г

Выраженность симптомов и общего показателя эмоционального выгорания медицинских работников (по В.В. Бойко)

№ п/п	Шкала 1	Шкала 2	Шкала 3	Шкала 4	Шкала 5	Итоговый показатель
Операционная хирургического отделения						
1	13	8	15	16	7	59
2	5	10	22	16	5	58
3	2	3	10	18	25	58
4	5	1	–	3	2	11
5	5	21	16	5	3	50
6	13	6	10	–	–	29
7	13	12	15	17	12	69
8	7	–	15	16	–	38
9	8	11	13	18	–	50
10	7	5	13	18	5	48
11	8	8	13	–	15	44
12	5	9	15	–	3	32
Хирургия						
1	5	–	22	16	5	48
2	10	1	25	20	8	64
3	3	7	–	8	–	18
4	15	23	26	25	25	114
5	5	–	15	5	5	30
6	3	11	16	27	12	69
7	3	7	2	7	–	19
8	6	1	5	6	5	23
9	5	2	18	12	13	50
10	21	16	10	11	20	78
11	6	10	15	3	20	51
12	13	20	20	20	24	97
13	18	20	25	27	24	114
Реанимация						
1	5	11	10	13	–	39
2	26	26	30	22	27	131
3	2	–	5	10	–	17
4	2	–	7	3	–	12
5	11	1	3	8	15	38
6	–	10	18	15	12	55

Приложение Д

Результаты исследования характеристик эмоционального выгорания медицинских работников (опросник MBI)

№ п\п, группа	Шкала 1 баллы	Шкала 2 баллы	Шкала 3 баллы	Интегральный показатель выгорания
Операционная хирургия				
1	30	12	43	7
2	20	3	30	5
3	9	–	19	4
4	8	2	41	3
5	22	12	32	7
6	14	10	45	4
7	44	20	32	12
8	17	3	31	5
9	17	3	35	5
10	28	12	31	8
11	31	15	35	9
12	16	5	44	4
Хирургия				
1	18	6	35	6
2	21	5	37	5
3	11	3	27	5
4	35	11	25	11
5	12	7	34	5
6	26	4	31	6
7	14	3	27	5
8	20	7	34	6
9	23	6	37	5
10	30	9	21	10
11	29	5	38	6
12	41	6	34	11
13	46	9	25	10
Реанимация				
1	26	10	41	6
2	44	17	32	12
3	20	7	36	6
4	14	–	27	4
5	23	11	40	6
6	22	13	32	7

Приложение Е

Уровень эмпатийных тенденций медицинских работников (по И.М. Юсупову)

№ п/п	ОПЕРАЦИОН. Х.О. (баллы)	ХИРУРГИЯ (баллы)	РЕАНИМАЦИЯ (баллы)
1	74	51	49
2	41	67	49
3	63	37	38
4	70	46	57
5	71	52	63
6	59	33	41
7	60	42	
8	48	66	
9	46	60	
10	54	42	
11	44	64	
12	75	50	
13		56	