МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ

УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. А. И. ГЕРЦЕНА»



Направление подготовки

«37.03.01 – Психология»

Основная профессиональная образовательная программа

по профилю «Психология»

**Выпускная квалификационная работа**

Стаж работы и интенсивность профессионального выгорания врачей

Обучающийся 5 курса

Форма обучения заочная

Ленский Илья Ильич

Научный руководитель:

кандидат психологических наук, доцент

Иконникова Галина Юрьевна

Рецензент:

Медведев Дмитрий Алексеевич,

профессор, доктор психологических наук

Санкт-Петербург

2019

Оглавление

[Введение 3](#_Toc10554347)

[ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ 5](#_Toc10554348)

[1.1 Эмоциональная сфера, как объект исследования психологов 5](#_Toc10554349)

[1.2. Профессиональное выгорание и его характеристики 12](#_Toc10554350)

[1.3. Специфика профессионального выгорания врачей с разным стажем работы 20](#_Toc10554351)

[1.4. Факторы, влияющие на профессиональное выгорание врачей 29](#_Toc10554352)

[1.5. Возможные пути предупреждения и коррекции профессионального выгорания 32](#_Toc10554353)

[Выводы по первой главе 35](#_Toc10554354)

[ГЛАВА 2. МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ СВЯЗИ СТАЖА РАБОТЫ И ИНТЕНСИВНОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧЕЙ 37](#_Toc10554355)

[2.1. Организация исследования 37](#_Toc10554356)

[2.2. Эмпирическая база исследования 38](#_Toc10554357)

[2.3. Методы исследования 40](#_Toc10554358)

[2.3.1. Психодиагностический инструментарий исследования 40](#_Toc10554359)

[2.3.2. Математические методы обработки данных 46](#_Toc10554360)

[ГЛАВА 3. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЛИЯНИЯ СТАЖА РАБОТЫ НА ИНТЕНСИВНОСТЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧЕЙ С РАЗНЫМ СТАЖЕМ 47](#_Toc10554361)

[3.1. Анализ результатов исследования мотивационной структуры врачей терапевтического отделения по методике В.К. Гербачевского 47](#_Toc10554362)

[3.2. Анализ результатов исследования синдрома эмоционального выгорания у врачей с различным стажем работы, методика В.В.Бойко 53](#_Toc10554363)

[3.3. Результаты диагностики показателей и форм агрессии у врачей с разным стажем работы по методике А.Басса и А. Дарки 58](#_Toc10554364)

[3.4. Результаты, полученные по методики изучения поведения в конфликте Томаса, у врачей городской больницы №26 с разным стажем работы 63](#_Toc10554365)

[3.5. Результаты, полученные по методике А. Мехрабиана и Н.Эпштейна для диагностики уровня эмпатии у врачей с разным стажем работы в городской больнице №26 66](#_Toc10554366)

[3.6. Корреляционный анализ наиболее значимых взаимосвязей связи переменных профессионального выгорания и стажа работы по специальности врачей терапевтических отделений городской больницы №26 69](#_Toc10554367)

[Выводы 75](#_Toc10554368)

[Заключение 77](#_Toc10554369)

[Список литературы 80](#_Toc10554370)

# Введение

В настоящее время в научной среде во всём мире наблюдается повышенный интерес к теме профессионального выгорания, как одной из наиболее острых проблем для современной практической психологии.

Это обусловлено сразу несколькими причинами, в первую очередь повышением интенсивности труда в развитых и развивающихся странах, где работа предъявляет психике человека всё новые и новые требования.

Профессия врача в больнице является одной из наиболее травматичных, с точки зрения профессионального выгорания профессий, поэтому интерес к этой теме исследования является не редкостью в современной научной литературе, тем не менее конкретные, практические исследования, особенно в нашей стране являются на наш взгляд чрезвычайно актуальными и значимыми, особенно в практическом ключе применения психологических знаний.

В нашем исследовании приняли участие две группы испытуемых, которые работают в городской больнице №26. Первую группу сформировали врачи терапевтического отделения со стажем 3-4 года работы с высокой нагрузкой. Вторую группу сформировали врачи терапевтического отделения со стажем работы от 12 до 14 лет с высокой интенсивностью работы. Исследование проводилось на базе первого и второго терапевтического отделения Городской больницы №26 (Т. Костюшко). Количество испытуемых - 34. Из них 16 врачей в группе со стажем 3-4 года и 18 врачей в группе со стажем 12-14 лет.

**Цель исследования:** выявить уровень профессионального выгорания врачей терапевтического отделения в зависимости от стажа работы в лечебном учреждении.

**Объект исследования**: Врачи первого и второго терапевтического отделения больницы №26 имени Костюшко.

**Предмет исследования**: уровень профессионального выгорания врачей терапевтического отделения в зависимости от стажа работы в лечебном учреждении.

**Гипотеза:** Мы предполагаем, что врачи с небольшим стажем работы в лечебном учреждении меньше подвержены эмоциональному выгоранию, нежели врачи с большим стажем работы.

**Задачи:**

1. Провести теоретический анализ исследуемой проблемы;
2. Определить степень эмоционального выгорания у врачей терапевтического отделения с разным стажем работы;
3. Исследовать агрессивные и враждебные формы поведения у врачей по методике Басса-Дарки;
4. Проанализировать выраженность профессиональных мотивов у испытуемых врачей;
5. Изучить стратегии поведения в конфликте у врачей терапевтического отделения с разным стажем работы;
6. Определить уровень эмпатии у врачей из двух групп.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

**1.1 Эмоциональная сфера, как объект исследования психологов**

Исследователи высказывают множество теорий происхождения и сущности эмоций. Но это множество имеет свой недостаток – нет единого и точного определения эмоций. Каждый исследователь предлагает свое определение эмоций в силу своих взглядов:

«Эмоции – это нечто, что переживается как чувство, которое мотивирует, организует и направляет восприятие, мышление и действия» (К.Изард) [18].

Психологический словарь дает нам такое определение эмоций: «эмоции (от лат. emovere — волновать, возбуждать) — особый класс психических процессов и состояний (человека и животных), связанных с инстинктами, потребностями, мотивами и отражающих в форме непосредственного переживания (удовлетворения, радости, страха и т. д.) значимость действующих на индивида явлений и ситуаций для осуществления его жизнедеятельности. Сопровождая практически любые проявления активности субъекта, эмоции служат одним из главных механизмов внутренней регуляции психической деятельности и поведения, направленных на удовлетворение актуальных потребностей» [29].

Е.П. Ильин рассматривает эмоцию как «рефлекторную адаптивную психофизиологическую реакцию, связанную с проявлением субъективного пристрастного отношения (в виде переживания) к значимой ситуации, и её исходу и способствующую организации и обеспечению целесообразного с точки зрения целостности и сохранности организма поведения человека и животного» [22].

На протяжении многовековой истории исследований эмоции пользовались самым пристальным вниманием со стороны ученых — философов (Р. Валетт, И.А. Васильев, Л.С. Выготский, И. Кант, С.Л. Рубинштейн, А. Энштейн и др.), педагогов и психологов (Л.И. Божович, В.К. Вилюнас, В. Вундт, Б.И. Додонов, К. Левин, А.Н. Леонтьев, А. Маслоу, М. Полани, П.В. Симонов, П.М. Якобсон и др.). Данному феномену отводилась одна из центральных ролей среди сил, определяющих внутреннюю жизнь и поступки человека [8, 27, 37, 39].

Обобщая выше изложенное, можно сказать, что эмоции – это процессы, отражающие личную значимость и оценку внешних и внутренних ситуаций для жизнедеятельности человека в форме переживаний. Эмоции, чувства служат для отражения субъективного отношения человека к самому себе, к своей деятельности и к окружающему миру.

Проявления эмоционального мира человека чрезвычайно разнообразны. К ним относятся такие различные явления как боль и ирония, красота и уверенность, прикосновение и справедливость. Эмоции различаются по качеству, интенсивности, продолжительности, глубине, осознанности, сложности, условиям возникновения, выполняемым функциям, воздействию на организм, потребностям, предметному содержанию и направленности (на себя или других), на прошлое или будущее, по особенностям их выражения и так далее. Любое из этих измерений может стать основой для классификации. Чаще всего эмоции делят на положительные и отрицательные.

Ещё одна отличительная особенность положительных эмоций – это побуждение к активности, к деятельности, то есть человек готов что-то менять и выходить из состояния покоя, нарушая созданный комфорт нейтрального состояния, для чего-то нового приносящего положительные эмоции. Отрицательные эмоции, по мнению автора, чаще необходимы для сохранения того, что уже достигнуто эволюцией или индивидуальным развитием субъекта. Положительные эмоции изменяют поведение, не удовлетворенные потребности становятся стимулом к действию, так как без них немыслимо наслаждение. Мотив, в свою очередь, определяет социальную ценность эмоции [39].

Некоторые авторы полагают, что эмоции играют позитивную роль в организации, мотивации и подкреплении поведения.

С.Л. Рубинштейн считал, что «в эмоциональных проявлениях личности можно выделить три сферы: ее органическую жизнь, ее интересы материального порядка и ее духовные, нравственные потребности. Он обозначил соответственно, как органическую (аффективно-эмоциональную) чувствительность, предметные чувства и обобщенные мировоззренческие чувства. К аффективно-эмоциональной чувствительности относятся, по его мнению, элементарные удовольствия и неудовольствия, преимущественно связанные с удовлетворением органических потребностей. Предметные чувства связанны с обладанием определенными предметами и занятиями отдельными видами деятельности. Эти чувства соответственно их предметам подразделяются на материальные, интеллектуальные и эстетические. Они проявляются в восхищении одними предметами, людьми и видами деятельности и в отвращении к другим. Мировоззренческие чувства связаны с моралью и отношениями человека к миру, социальными событиям, нравственным категориям и ценностям» [36].

Обобщая вышеизложенное, мы можем отметить, что все эти сферы имеют исключительное значение и напрямую влияют на работу врача, от предельно простых жизненных удовольствий, до наивысших нравственных чувств.

Можно обратить внимание на работы С.Л. Рубинштейна. Его работы часто ориентированы на сравнительный анализ высших психических образований. Обратимся к первоисточнику: «Ни одна эмоция не сводима к чистой, абстрактной эмоциональности. Всякая эмоция включает в себя единство переживания и познания, интеллектуального и аффективного». «Человек как субъект, который познает и изменяет мир, переживает то, что с ним происходит и им совершается; он относится определенным образом к тому, что его окружает. Переживание этого отношения человека к окружающему и составляет сферу чувств или эмоций» - писал С.Л. Рубинштейн [37].

Таким образом, мы видим, что в работе С.Л. Рубинштейна «Основы общей психологии» говорится о том, что «человек относится определенным образом к тому, что его окружает, и реализуется это отношение в форме непосредственного эмоционального переживания» [37].

Автор выделяет следующие виды эмоциональных переживаний:

* эмоции,
* чувства,
* аффекты (стремительно и бурно протекающие эмоциональные процессы, не подчиняющиеся сознательному волевому контролю), страсти (сильные длительные чувства, которые целиком захватывают человека).

К эмоциональному состоянию С.Л. Рубинштейн относит «настроение, определяя его как общее эмоциональное состояние личности, выражающееся в «строе» всех его проявлений, т. е настроения определяются как диффузные, общие фоновые состояния. Он указывает, что, в отличие от эмоций, чувств, настроение не предметно, а личностно — это не специальное переживание, приуроченное к какому-то частному событию, а разлитое общее эмоциональное состояние» [37].

Некоторые другие авторы, такие как например, Г. Берже и Н.И. Красногорский уделяли большое внимание понятию эмоциональность, как психологический феномен. Похожего мнения придерживались также, B.C. Мерлин и М. Теплов, также уделявшие внимание понятию «эмоциональность».

Вышеперечисленные авторы в целом, определяли под эмоциональностью такие свойства человека, которые могут дать оценку не только содержанию, но и качеству и динамику его эмоций и чувств [31, 44].

Олыпанникова А.Е. в своей работе «Эмоции и воспитание» утверждает, что: «содержательные аспекты эмоциональности отражают явления и ситуации, имеющие особую значимость для субъекта, и связаны с нравственными устремлениями личности, его мировоззрением, ценностными ориентациями и пр. Качественные свойства эмоциональности характеризуют отношение индивида к явлениям окружающего мира и находят свое выражение в знаке доминирующей модальности» [31].

Первоначально, большинство исследователей в данной области предполагали, что эмоциональность можно понимать, как эмоциональную возбудимость или отзывчивость человека на любые эмоциогенные ситуации и реактивность.

Фресс П. определяет эмоциональность как: «черту личности, характеризующую чувствительность к эмоциогенным ситуациям. Эмоциональность, далее отмечает он, употребляется как синоним гиперэмоциональности, то есть как проявление более частых и более сильных эмоциональных реакций, чем это в среднем свойственно людям». [46]

Известный советский исследователь В.Д. Небылицын напротив, рассматривал эмоциональность как одно из свойств темперамента.

Исходя из этого, общий уровень эмоциональности человека он определял, как «способность к эмоциональному переживанию». В качестве базовых характеристик эмоциональности он выделил: «впечатлительность, импульсивность и эмоциональную лабильность».

Если рассматривать исторический аспект, то в отечественной психологии термин эмоциональность впервые встречается у С.Л. Рубинштейна [36]. Эмоциональность он не соотносит со всей эмоциональной сферой, а называет ее «специфической стороной эмоциональных процессов, наделяя ее при этом функцией регулирования деятельности человека». По мнению С.Л. Рубинштейна, эмоциональность «делает индивида более или менее чувствительным к тем или иным побуждениям. Приспосабливая, адаптируя рецепторные, познавательные, моторные, действенные, волевые функции, она обусловливает тонус, темпы деятельности, ее настроенность на тот или иной уровень. Иными словами, эмоциональность как момент или сторона эмоций, обусловливает по преимуществу динамическую сторону или аспект деятельности. Общая эмоциональность будет складываться из таких компонентов эмоциональности как психомоторная, коммуникативная, интеллектуальная» [26].

Можно выделить несколько видов эмоциональности.

В психологическом словаре, эти виды эмоциональности определяются следующим образом:

Эмоциональность психомоторная – это чувствительность к физической деятельности и ее результатам.

Эмоциональность интеллектуальная – чувствительность к деятельности, связанной с умственными процессами, а также к результатам данной деятельности.

Эмоциональность коммуникативная – чувствительность в различных ситуациях общения, в которых человек принимает непосредственное участие.

Эмоциональность оказывает влияние на сферы жизнедеятельности человека.

Сюда мы можем отнести как общую направленность поведения, так и эффективность общения и деятельности.

Например, О.П.Санникова показала, что: «широкий круг общения, большая активность общения в сочетании с его не долговременностью характерны для лиц с положительными эмоциональными установками, а узкий круг общения, малая активность общения на фоне устойчивости отношений – для лиц со склонностью к переживанию отрицательных эмоций» [13].

Мы можем заключить, что эмоциональность человека в целом основывается на некоторой врожденной предрасположенности и развивается в процессе воспитания, самовоспитания и обучения, усвоения опыта.

Можно обратить внимание на то, что «эмоциональность, как и любая способность, формируется и развивается в процессе ее применения. Эмоция, неподкрепляемая в течение долгого времени, гаснет. Следовательно, человек, стремясь сохранить объем эмоций, стремится восстанавливать и развивать объем эмоционального мира своей личности» [22].

Обобщая, мы можем выделить следующее, в современной психологии существует множество теорий происхождения и сущности эмоций.

«Эмоции – это процессы, отражающие личную значимость и оценку внешних и внутренних ситуаций для жизнедеятельности человека в форме переживаний. Эмоции, чувства служат для отражения субъективного отношения человека к самому себе, к своей деятельности и к окружающему миру.» [22].

Ильин Е.П. писал, что «Роль эмоций нельзя определить однозначно, она может быть положительной и отрицательной. Но в целом можно говорить о том, что эмоции играют позитивную роль в организации, мотивации и подкреплении поведения.

Общая эмоциональность складывается из таких компонентов эмоциональности как психомоторная, коммуникативная, интеллектуальная.» [22].

## 1.2. Профессиональное выгорание и его характеристики

Из истории психологии известно, что американский психолог Х.Дж. Фрейденберг ещё в 1974 году впервые употребил термин «эмоциональное выгорание» в научной литературе.

Этот термин он употребил при изучении характеристик психологического состояния здоровых людей, находящихся эмоционально нагруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи.

Сегодня этот термин определялся как «состояние изнеможения, истощения с ощущением собственной бесполезности» [12].

Несмотря на обилие работ в данной области, в настоящее время не существует единой точки зрения на обозначение, сущность и содержание данного явления. Можно выделить два термина для обозначения данного явления: «выгорание» и «сгорание». Большинство ученых (Н.В. Андрущенко, В.В. Бойко, Иевлева С., Скугаревская, Чугина Е.Г., Шаталова Т.) считают более рациональным использовать термин «выгорание», хотя есть исследователи предпочитающие второй термин (В.Н. Косырев, Крапивина О.В., Моховиков И.Н., Романова Е.С., Форманюк Т.В.). Есть и многочисленная категория ученых, которые не разграничивают два названных понятия [15].

Если обратиться к существующим моделям «выгорания», то в России распространена трехкомпонентная модель американских ученых К. Маслач и С. Джексон (1986). Выгорание в данном случае включает в себя следующие компоненты: синдром эмоционального истощения, деперсонализацию и редукцию личных достижений [28].

Рассмотрим по отдельности компоненты выгорания.

Эмоциональное истощение-это процесс, который в первую очередь, проявляется в виде общего состояния без эмоциональности. Это первый этап, первая и основная компонента эмоционального выгорания. [28]

Деперсонализация – это процесс, который, в свою очередь проявляется в изменении взаимоотношений с коллегами и пациентами.

Третий компонент выгорания – редукция личных достижений – это компонент, который может проявляться в виде разрушения эффективности деятельности врача. [28]

В.В. Бойко рассматривает «эмоциональное выгорание» как «выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия. Он считает, что эмоциональное выгорание представляет собой приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального, поведения» [5].

Практически все исследователи сходились во мнении о том, что процесс эмоционального выгорания проходит несколько этапов, постепенно травмируя психику специалиста в области межличностных отношений.

Большим вкладом в развитие научных знаний об «эмоциональном выгорании» послужили работы К. Маслач и её коллег. Маслач в 1978 году, условно разделяет симптомы эмоционального выгорания на: физические, поведенческие и психологические.

«К физическим симптомам относятся: чувство истощения, постоянная усталость, снижение восприятия и реакции на изменения внешней среды, головные боли, общая слабость, бессонница.

К поведенческим симптомам относятся: ощущение тягости в работе, изменение режима работы

К психологическим: чувство разочарования и вины, неуверенность, разрушительность, чувство неосознанного беспокойства, снижения уровня энтузиазма, ригидность, неспособность принимать решения, повышенное чувство ответственности.» [28]

Подробнее мы предлагаем остановиться на концепции Бойко, который достаточно подробно описывает протекание каждого симптома эмоционального выгорания. [7]. Симптомы объеденены у него в несколько фаз.

Первая фаза-тревожное напряжение.

Тревожное напряжение включает несколько симптомов:

* Симптом «переживания психотравмирующих обстоятельств».

В психотравмирующей ситуации характеризуется состоянием осознания психологических факторов профессиональной деятельности, приводящих к травме и имеющих постоянное, непрекращающееся воздействие. Раздражение факторами постепенно растет, накапливается отчаяние и негодование, вследствие чего развиваются прочие явления «выгорания».

* Симптом «неудовлетворенности собой».

Неспособность выйти из психотравмирующей ситуации, в которой человеку приходится работать, обычно приводит к недовольству собой, выбранной профессиональной деятельностью, занимаемой должностью, конкретными должностными функциями. Возникает впечатление замкнутости в кругу своих проблем от внешних факторов деятельности постоянно травмируют личность и побуждают ее вновь и вновь переживать психотравмирующие элементы профессиональной деятельности. Определенные личностные качества на начальных этапах выгорания могут в последующем провоцировать возникновение психологических защит.

* Симптом «загнанности в клетку».

Данный симптом возникает не всегда, но часто длительное воздействие психотравмирующих обстоятельств приводит именно к чувству безысходности. Это происходит в частности из-за интенсивной работы мозга, который пытается найти выход из положения и не может. У человека в данном случае накапливается психическая энергия, которая если не находит выхода, то приводит к возникновению ощущения «загнанности в клетку». Это состояние интеллектуально-эмоционального тупика.

* Симптом «тревоги и депрессии».

При не разрешении ситуации может возникать повышенное чувство тревоги, сопровождаемое напряжением и приводящем к появлению депрессии. К этому приводит неудовлетворенность работой и ощущение невозможности изменения ситуации, своей бесполезности и ничтожности. Симптом «тревоги и депрессии» - высшая точка формирования тревожной напряженности при развитии эмоционального выгорания.

Фаза два «резистенции». Такая фаза хотя и выделяется в отдельную, на самом деле, является следствие первой фазы, то есть реакцией человека на сильное постоянное нервное напряжение, и фактически проявляется в сопротивление нарастающему стрессу, которое начинается с момента появления тревожного напряжения. Данную фазу можно охарактеризовать рядом психологических защит, проявляющихся в следующих симптомах [7]:

* Симптом «неадекватного избирательного эмоционального реагирования».

Человек в такой ситуации практически не может сам отличить две ситуации, первую-это там, где он экономит свои эмоции и вторую-это там, где он начинает реагировать ситуативно. То есть в какой-то ситуации эмоциональное сопровождение профессиональной деятельности есть, а в какой-то этого сопровождения нет.

Таким образом, получается, что профессионал вырабатывает присущий только ему способ экономии своих эмоций в своей профессиональной деятельности. Это может выражаться в том, что в случае необходимости он ещё может показать клиентам улыбку или просто приветливый взгляд, он может говорить с ними в приветливом тоне и даже интересоваться какими-нибудь аспектами их жизни. Сюда же мы можем отнести отсутствие выраженной агрессии на знакомых, или нужных нашему специалисту людей. Исходя их этого, мы можем заключит, что в процессе экономии эмоций профессиональные навыки специалиста ещё не страдают.

Такой вид экономии эмоций не очень заметен со стороны, клиенты специалиста могут не замечать лёгких изменений в его поведении. На внешний взгляд, всё достаточно обычно, врач выслушал, побеседовал и поставил какой-либо собственный диагноз больному.

Если мы берём вторую ситуацию, то тут мы видим совсем другой аспект экономии эмоций. Главное отличие первой и второй ситуации состоит в том, что во втором случае эта экономия несколько «неадекватна». Эмоциональный контакт с клиентом становится очень специфическим.

Врач либо совсем не хочет проявлять эмоционального отношения к незначимому, или «чужому» больному, но может его просто не замечать.

Либо эмоциональное реагирование зависит от ряда факторов, таких как: самочувствие, настроение врача и так далее. И такой способ экономии эмоций достаточно часто встречается в больницах, или поликлиниках Российских городов. Врачу кажется, что его поведение достаточно логично и нормально. Он постепенно привыкает к такой форме взаимодействия с больным и она его не смущает. Но в такой ситуации сам больной достаточно остро реагирует на поведение врача. Ему как раз заметно неуважительное отношение, халатность к его здоровью и нежелание врача предметно разбираться в его болезни. Исходя из этого, в данном случае, процесс экономии эмоций врача совершенно конкретным образом отражается на его пациенте.

* Симптом «эмоционально-нравственной дезориентации».

Как правило данный синдром проявляется в виде несколько неадекватного взаимодействия медицинского работника с партнёрами. В самооценке врача может возникнуть даже такая ситуация, когда он может осознавать своё поведение, но оправдывает себя сложными условиями работы. То есть, вместо того, чтобы использовать необходимое в таких случаях эмоциональное отношение к пациенту, он начинает оправдывать своё поведение массой внешних факторов.

Оправдания могут иметь совершенно разную природу, например, «зачем испытывать уважение к таким людям», или: «эти люди сами виноваты, что довели себя до такого состояния», «я не могу переживать за всех пациентов больницы». На практике, в настоящий момент Россияне достаточно часто сталкиваются с наличием такого симптома в медицинских учреждениях страны у лечащих врачей.

* Симптом «расширения сферы экономии эмоций».

Данный симптом, описанный Бойко чаще всего касается не профессиональных, а личных отношений врача. После проявления различных форм проявления эмоций в процессе профессиональной деятельности медицинский работник не чувствует достаточных сил для адекватного взаимодействия с членами своей семьи. Поэтому близкие врача часто попадают в сферу реакции на развитие данного симптома у врача. И если на работе начало процесса выгорания может быть не столь заметным для коллег врача, то дома его поведение становится очень видимым для его близких.

* Симптом «редукции профессиональных обязанностей».

По своему содержанию этот симптом говорит о том, что врачу хочется ограничить те сферы своей деятельности, которые требуют большого эмоционального напряжения. Врач пытается так построить свою работу, чтобы просто минимизировать возможность взаимодействия с коллегами и пациентами, где требуется эмоциональный контакт.

Фаза три “истощения”. Фаза истощения предполагает собой проблемы с общим тонусом организма и могут быть связаны с перебоями в нормальной работе нервной системы. Реализуется данная фаза в следующих симптомах:

* Симптом «эмоционального дефицита».

В данном симптоме врач уже сам чувствует, что не может выполнять свою работу с той степенью эффективности, с которой он должен её выполнять. Он уже просто не в состоянии не только сопереживать пациенту, или коллеге, но даже не хочет разбираться в диагнозах, последствиях перенесенной пациентом болезни. Со временем к симптому «эмоционального дефицита» прибавляются негативные эмоции, резкость, раздражительность и даже агрессивность.

* Симптом «эмоциональной отстраненности».

В ситуации проявления симптома, врач практические не на что уже не обращает своего внимания. Он находится на работе просто по часам, нужно отработать с такого по такое время и уйти домой. Интересно, что реакции врача нет не только на негативные, но и на позитивные аспекты своей работы.

Таким образом, в данном случае, мы уже наблюдаем глубокую профессиональную деформацию врача, которая пронизывает всю его профессиональную и личную жизнь.

* Симптом «личностной отстраненности, или деперсонализации».

Данный симптом реализуется в виде резкого падения интереса ко всем аспектам своей профессиональной деятельности. Человек, будь то пациент, или коллега начинает восприниматься как неодушевлённый объект. И этот объект начинает вмешиваться в жизнь врача, у которого нет эмоциональных сил для решения проблем пациента. Для такой ситуации работа для врача становится уже тяжёлым и неприятным бременем.

* Симптом «психосоматических и психовегетативных нарушений».

Данный симптом характеризуется тем, что у врача начинаются уже конкретные проблемы со здоровьем, как результат глубокого эмоционального выгорания. Врач начинает плохо себя чувствовать уже при одной мысли о том, что ему нужно работать, снова идти в больницу, или поликлинику, где снова будет огромное количество больных людей.

Наличие видимых проблем со здоровьем говорит о том, что человек уже сам не может справиться с возрастающим влияние психотравмирующих факторов [6].

Таким образом, мы можем сделать вывод о том, что синдром эмоционального выгорания, это процесс, который развивается поэтапно и может создать существенные проблемы психическому здоровью.

## 1.3. Специфика профессионального выгорания врачей с разным стажем работы

Врачебная деятельность - одна из самых значимых, интересных и почитаемых в современном Российском обществе.

Медицинский работник должен силой своего знания и умения предотвращать или облегчать страдания человека.

Исследователи отмечают, что «Профессия врача очень неоднозначна. Врачи постоянно ходят по лезвию ножа, причем их ошибки помнят куда дольше, чем их заслуги. Недочеты в работе докторов, неправильные действия медицинского персонала в той или иной ситуации могут повлечь за собой не только моральное осуждение или общественное порицание. Они могут привести медика даже на скамью подсудимых. Современный российский врач, должен обладать не только специальными знаниями и правовыми нормами, но и особыми личностными качествами» [1].

Наряду с этим, возникли требования, непосредственно относящиеся к врачам:

Требования, предъявляемые к личности врача.

1. Необходимым условием выполнения профессионального долга являются высокие личные качества врача.
2. Врач должен обладать не только моральными качествами, но и быть по возможности примером врачебной этики для больного, а также интеллигентным и эрудированным человеком.
3. Нельзя забывать и о том, что врач обязан постоянно повышать свою квалификацию.

«Современные доктора обязаны знать правовые нормы, регулирующие сестринское дело, систему здравоохранения в целом и применение методов традиционной медицины (целительства) в частности» [5].

Для врача важна самореализация, которая предполагает стремление к наиболее полному выявлению, развитию и использованию личностных возможностей. Тем самым профессиональный потенциал немыслим без самореализационного потенциала, который предполагает высокий уровень самоактуализации личности.

Важность проблемы самореализации личности врачей, не вызывает сомнения. В их работе большое значение приобретают личностные особенности. Восприятие врача самого себя, своих возможностей, личных проблем и отношение к ним оказывают определенное воздействие на окружающих людей. Иными словами, сформированность или несформированность определенных личностных качеств врача может оказывать влияние на появление у него эмоционального выгорания.

В течение долгого периода времени в нашей стране самореализация врача считалась фактором, не заслуживающим внимания. Но ведь потенциал врача существенным образом определяет всю его жизнедеятельность и, прежде всего, всю его профессиональную сферу. Его стремление к самоактуализации в сфере врачебной деятельности является показателем успешности[52]. Профессиональная зрелость врача является основной психологической предпосылкой его профессионального мастерства [30].

Одним из существенных факторов, стимулирующим развитие профессионально-личностных качеств врача, является его способность к выявлению и развитию собственных резервов.

Сегодня канонизированная форма самореализации врача заменяется на самостоятельно им избранную, отражающую подлинные, глубинные потребности личности в реализации своих потенциальных устремлений: в самоопределении, профессионального становлении и непрерывном саморазвитии. Но врачу как сформировавшейся личности зачастую сложно перестроиться. Порой возникает психологическая усталость и снижение удовлетворенности, что в дальнейшем приводит к эмоциональному выгоранию [57].

Соответствие же новым возникшим социальным запросам предполагает определенную личностную и профессиональную готовность и адекватность предъявляемым требованиям, чему препятствуют устоявшиеся взгляды, наработанные стереотипы, привычка действовать в рамках ранее принятых суждений, опираясь на мнение большинства, прикрываясь привычной защитой. Только от стараний и желаний самого врача зависит процесс его самосовершенствования и самоактуализации. Своим отношением, поведением, жизненной позицией врач может как нивелировать влияние негативных факторов на свою эмоциональную устойчивость, так и усугубить их, что приведет к эмоциональному выгоранию.

Оценивая основные проблемы в деятельности, с которыми сталкиваются сами врачи стоит обратить внимание на то, «что исцеляя других, охраняя здоровье работающих, сами медицинские работники трудятся в условиях высокого профессионального риска, зачастую забывая о своем здоровье, о защите от опасностей, с которыми связана их работа. Поэтому они (особенно врачи) редко обращаются за медицинской помощью, и их заболевания далеко не всегда регистрируются. К тому же большинство из них занимаются само- и взаимолечением» [5].

«В своей работе медики могут подвергаться воздействию многих разнообразных по своей природе неблагоприятных для здоровья факторов (химических, физических, биологических, нервно-эмоциональных, эргономических), а с развитием медицины, внедрением новых методов диагностики, лечения появились и новые опасные факторы» [5].

Если провести своеобразный рейтинг профессиональной направленности врачей и связать его со степенью выраженности неблагоприятных производственных факторов, то в этом списке особое место будут занимать врачи хирургического профиля (хирурги, анестезиологи, реаниматологи).

Как показали исследования, проведенные в различных лечебных учреждениях Москвы, «содержание ингаляционных анестетиков в зоне дыхания членов операционной бригады превышало допустимые пределы в десятки раз. К тому же работа специалистов хирургического профиля сопряжена с высокой эмоциональной напряженностью, дискомфортными микроклиматическими условиями, неудобной рабочей позой, ионизирующей радиацией в сочетании с нерациональным режимом труда и отдыха, наличием ночных и суточных дежурств. Эти факторы зачастую обусловливают высокие уровни патологии сердечно-сосудистой и пищеварительной систем, развитие вегетативных расстройств, аллергические реакции» [41].

Изучение условий труда и состояния здоровья специалистов, использующих микрохирургическую технику (оптические средства), позволило выявить у них длительное сохранение вынужденной рабочей позы (чтобы видеть операционное поле под прямым углом) и как результат — появление гиподинамии, монотонии, зрительного, нервно-эмоционального напряжения, а также дополнительного напряжения скелетных мышц [41].

«Постоянный контакт персонала с инфицированными пациентами не только увеличивает вероятность профессионального заражения, но и вызывает изменения иммунологического статуса и реактивности. Так, серологические и бактериологические исследования персонала инфекционных и туберкулезных больниц выявили высокую частоту присутствия в крови антител и антигенов-возбудителей кишечных и респираторных инфекций, гепатита В, что является свидетельством перенесенного инфекционного заболевания, текущего вирусоносительства либо маломанифестной формы (инфекционного процесса)» [2].

Сильное отягчающее влияние на здоровье оказывает контакт с умирающими больными, когда врач ощущает собственное бессилие. «В этих профессиональных группах чаще развиваются неврозы, церебральные и соматовисцеральные нарушения (гипертензия, стенокардия, язвенные поражения желудочно-кишечного тракта). У 73% обследованных, доминируют тревога, депрессия, психастения» [2]. Особо надо сказать об условиях труда медицинского персонала в психиатрических отделениях. «Пациенты нередко убегают, совершают хулиганские действия, избивают медицинских работников, шантажируют их.» [2].

Водопьянова Н.Е, Старченкова Е.С. анализируя психологический климат в отделениях отмечали, что он «тяжелый, что связано с особенностью контингента больных. 85% обследованного персонала отмечают наличие стрессовых ситуаций в процессе работы. Изучение профилей личности сотрудников этих отделений с использованием методики многостороннего исследования показало, что 83,3% — это лица с выраженными нарушениями психической адаптации, нуждающиеся во врачебной консультации и психотерапевтических мероприятиях. При этом выявлено, что у лиц старше 50 лет нарушение социальной адаптации усиливается, что трактуется как проявление психической декомпенсации» [11].

Анализ профессиональной заболеваемости работников отрасли выявил, что они чаще возникали у лиц с небольшим стажем.

«Это особенно характерно для средних медицинских работников, у которых 42,9% случаев туберкулеза и 40% случаев гепатита В зарегистрированы при стаже работы менее 5 лет» [4].

Диагноз профессионального заболевания у медиков, как правило, устанавливается не в ходе периодических осмотров, а при их обращении за медицинской помощью (66,33% — 1995 г. и 62,90% — 1997 г.), что свидетельствует о низком охвате и качестве осмотров [13].

Медицинские работники в своей профессиональной деятельности часто сталкиваются с капризами, пожеланиями, требованиями больных, что зачастую приводит к развитию эмоциональной неустойчивости и экспрессивности. У сотрудников медицинского учреждения можно выделить такие качества, как эмоциональная неустойчивость, которая свидетельствует о сложности работы с больными людьми и проявляется в высоком нейротизме, экспрессивности и переживаниях [40].

Это ставит проблему самосовершенствования каждого медицинского работника, в первую очередь, в сфере морали, которой уделяется недостаточное внимание, в отличие от области специальных профессиональных знаний и навыков, которые позволяют занимать определенные должности.

Отношения между медицинскими работниками и пациентами, складывающиеся в процессе лечения и диагностических процедур, часто принимают характер интимности, так как медицинский работник вмешивается в жизнь человека, которая скрыта от других людей, это заставляет пациента испытывать чувство смущения, робости, стыда.

Деятельность современного медицинского работника требуется от него высокого уровня личной профессиональной ответственности, которая также должна быть частью ценностных ориентаций врача.

Однако зачастую реальность демонстрирует противоположные установки медицинских работников: злоупотребление служебным положением - это сложное явление, которое включает в себя моральную, административную и юридическую ответственность.

Б. Марок в ходе наблюдения за оказанием медицинской помощи установил, что «необходимы такие личные качества как пунктуальность и аккуратность, способность постоянно контролировать свои действия и поступки» [24]. Признаки профессиональной зрелости, опыта и умения быстро ориентироваться в этой ситуации, решимость и мужество.

Плохого медицинского работника отличает самоуверенность и самодовольство, работа по принципу «может быть обойдется».

Важным принципом работников здравоохранения является товарищеская взаимопомощь, коллективное решение наиболее сложных и трудных вопросов в практике. Тесный контакт с сотрудниками не только помогает преодолеть свои трудности на работе, но и приносит пользу для профессиональных и личностных качеств, социального сознания.

«Отношения с коллегами у работников здравоохранения должны быть честными, справедливыми, нужно признавать и уважать их знания, опыт и вклад в профессию. Вежливость, тактичность, сдержанность, спокойные, ровные отношения с коллегами характеризуют порядочного медицинского работника.

Хуже всего в медицинском работнике - это равнодушие как признак интеллектуальных и эмоциональных ограничений. Равнодушие к людям и их страданиям - качество, которое несовместимо с профессией медицинского работника» [9]

Ответственность за свои действия, за свою работу - качества, необходимые для любой профессии, но для деятельности медицинского работника приобретает особый характер. Это зависит от того, что ни в одной профессии нет такой близкой и постоянной связи с основами человеческой экзистенции: жизнью и смертью.

«В результате мы видим, что медицина - это не только ответственность самое главное – человеческую жизнь, но и самое тяжелое занятие» [35].

Большое значение в лечении пациентов имеет способность к наблюдению. Наблюдению очень непросто научиться. Однако, постоянная фиксация внимания на мельчайших изменениях в состоянии пациента постепенно развивает это качество.

Наблюдение - это качество, которое каждый медицинский работник должен улучшить в себе сам. Речь идет не об обычных повседневных наблюдениях, а о профессиональных наблюдениях, позволяющих увидеть и профессионально оценить небольшие изменения в физическом и психическом состоянии человека.

А также заслуживает упоминания интуиции. Интуиция в области психического здоровья. Слово «интуиция» на латыни означает «пристально вглядываться». Она может иметь различные проявления. Иногда это подсознательное убеждение, что нужно «делать так, а не иначе». В будущем эта уверенность подтверждается фактами.

Иногда интуиция проявляется как-то внезапно, как «откровение», основа которого часто не ясна сразу, потому что она не полагаться на умозаключения [25].

Для лечения особенно часто от медицинского работника требуется выдержка, самообладание, мужество, и профессиональная осторожность, о которой никогда не говорят.

«Врач не должен быть смелым, но и не должен быть трусом, ведь каждое движение ножа или дефект прибора может принести непоправимый вред» [42].

Говоря о личности медицинского работника, следует иметь в виду и чувство сострадания к больным, которое нередко вытекает в синдром выгорания медицинских работников.

«Все пациенты с их бедами и проблемами нуждаются в психологической поддержке. Такую поддержку могут оказать только врачи, ориентированные на сохранение эмоциональной стабильности, уверенности, которые не допускают психологических срывов. Интенсивные эмоциональные реакции разрушают доверие пациента, вызывают настороженность, а иногда и страх. Любые негативные реакции пациента медицинский работник должен принять без эмоций и тихо корректировать свои отношения с ними» [17].

«Первая встреча с медицинским работником должна вызвать желание пациента сотрудничать, он должен быть уверен, что медицинский работник имеет желание и возможность помочь ему. Вообще доверительное поведение врача на стадии первоначального контакта является гораздо более важным, чем все другие способы общения. Поэтому для врача должен быть очень важен его внешний вид - аккуратность, пунктуальность, манера поведения на всех стадиях общения с пациентом. Нельзя выражать нетерпение, торопливость, презрение, отвращение» [17].

«В течение заболевания пациент нуждается в психологической поддержке и максимальном удовлетворении всех его психологических и духовных потребностей. Знание этических и деонтологических принципов и законов психологии общения, в сочетании с профессиональным опытом, вносят свой вклад в успешное преодоление трудностей, встретившихся в ходе лечебно-диагностического процесса, и позволяет врачу эффективно осуществлять уход за больным даже в самых трудных случаях» [42].

Таким образом, мы акцентировали своё внимание на наиболее актуальных исследованиях, связанных со спецификой профессионального выгорания врачей с разным стажем профессиональной деятельности.

## 1.4. Факторы, влияющие на профессиональное выгорание врачей

Исследование ведущих факторов, которые оказывают влияние на степень и скорость профессионального выгорания является предметом психологического анализа ещё начиная с 80 х годов 20 века.

Анализ конкретных исследований синдрома эмоционального «выгорания» показывает, что основные усилия психологов были направлены на выявление факторов, вызывающих выгорание.

Традиционно они группировались в два больших блока, «особенности профессиональной деятельности и индивидуальные характеристики самих профессионалов. Чаще эти факторы называют внешними и внутренними или личностными и организационными» [34].

Даже несложный анализ исследований в этой области показал, что «возраст из всех социально-демографических характеристик имеет наиболее тесную связь с выгоранием, что подтверждается многими исследованиями. К выгоранию склоны, как сотрудники старшего возраста, так и молодые специалисты, в связи с эмоциональным шоком, который они испытывают при столкновении с реальной действительностью, часто не соответствующей их ожиданиям. Наиболее тесная связь специфики влияния возраста на эффект выгорания обнаруживается с эмоциональным истощением и деперсонализацией, менее – с редукцией профессиональных достижений.» [32].

Исследователи отмечали, что «пол и выгорание, взаимоотношения между ними не так однозначны. В ряде исследований отмечается, что мужчины в большей степени подвержены процессу выгорания, чем женщины, в то время как другие исследователи приходят к совершенно противоположным заключениям» [32].

Психологами установлено, что у «мужчин выгорание чаще проявляется через деперсонализацию, а женщины в большей степени подвержены эмоциональному истощению. Это связано с тем, что у мужчин преобладают инструментальные ценности, женщины же более эмоционально отзывчивы и у них меньше чувства отчуждения» [32].

А вот данные практических исследований о связи между стажем работы по специальности и выгоранием довольно противоречивые.

Исследователи отмечают также, «что многолетнее выполнение одной и той же профессиональной деятельности приводит к появлению профессиональной усталости, возникновению психологических барьеров, обеднению репертуара способов выполнения деятельности, утрате профессиональных умений и навыков, снижению работоспособности. Можно констатировать, что на стадии профессионализации по многим видам профессий происходит развитие профессиональных деформаций» [32].

В настоящее время мы можем с высокой степенью уверенности утверждать, что профессиональные деформации - это изменения сложившейся структуры деятельности и личности, негативно сказывающиеся на продуктивности труда и взаимодействии с другими участниками этого процесса.

Далее С.Г.Геллерштейн уточняет, что «деформацию следует понимать как изменение, наступающее в организме и приобретающее стойкий характер (искривление позвоночника и близорукость у конторских служащих, угодливость приказчиков, льстивость кельнера и др.)» [33].

Отдельные аспекты этой проблемы освещены в работах С.П. Безносова, Р.М. Грановской, Л.Н.Корнеевой. Исследователи отмечают, «что деформации развиваются под влиянием условий труда и возраста. Деформации искажают конфигурацию личностного профиля персонала и негативно сказываются на продуктивности труда. В наибольшей степени профессиональным деформациям подвержены профессии «человек – человек». Это вызвано, по мнению С. П. Безносова, тем, что общение с другим человеком обязательно включает и его обратное воздействие на субъект данного труда. Профессиональные деформации по-разному выражаются у представителей различных профессий» [3].

## 1.5. Возможные пути предупреждения и коррекции профессионального выгорания

Обычно «профессиональное выгорание» представляют, как негативные изменения в состоянии и личности профессионала, то, что наносит вред человеку и его работе. Но Д.Г. Трунов говорит в своей статье, что «нельзя однобоко подходить к данному явлению. Он представляет симптомы «выгорания» как внешние проявления некоторых естественных процессов, происходящих в работнике во время выполнения им должностных обязанностей. Автор позитивно относится к симптомам выгорания. «В какой-то мере – это друзья профессионала, помогающие ему узнать, что с ним происходит. Восприятие этих сигналов как врагов означает отказ от предоставляемой возможности более глубокого понимания себя и своей деятельности» [43].

На сегодняшний день используются разнообразные подходы в разрешении трудностей эмоционального выгорания. Эти подходы могут быть использованы во врачебной практике.

Наиболее распространенным средством является непрерывное профессиональное развитие и образование специалиста, повышение его квалификации, самосовершенствование, обмен профессиональной информацией с коллективом.

Важным в профессиональной деятельности любого специалиста является овладение умениями и навыками саморегуляции, изучение техник расслабления (включают в себя управление, как познавательными процессами, так и личностью: поведением, эмоциями и действиями: релаксация, аутотренинг, положительная внутренняя речь). Необходимость саморегуляции возникает тогда, когда врач сталкивается с новой, необычной, трудноразрешимой для него проблемой, которая не имеет однозначного решения или предполагает несколько альтернативных вариантов [6].

Определение краткосрочных и долгосрочных целей не только обеспечивает обратную связь, свидетельствующую о том, что врач находится на верном пути, но и повышает долгосрочную мотивацию; достижение краткосрочных целей - успех, который повышает степень самовоспитания.

Использование перерывов для принятия пищи, восстановления сил и отдыха, обдуманное распределение нагрузок и времени, структуированность в работе, играет не менее важную роль в обеспечении психического и физического благополучия [12].

Так же важно не забывать про поддержание хорошей физической формы (спортивные упражнения, соблюдение правильного питания, здоровый сон) и эмоциональное общение (возможность поделиться своими чувствами и ощущениями с другими).

Актуальная потребность в саморазвитии, стремление к самосовершенствованию и самореализации являются показателем, основополагающим свойством личностной зрелости [28; 34; 60; 74] и одновременно условием ее достижения.

В основе самореализации человека лежат потребности роста, развития и самосовершенствования. Самореализация - истинная, подлинная реализация потенценциальных возможностей человека. По мнению А. Маслоу, личность, способная к росту, - это обычный человек, у которого не заглушены и не подавлены способности к одаренности. Самоактуализация понимается им как «рост изнутри», активный и продуктивный характер развития творческой личности.

Самоактуализирующйся человек вовлечен в дело, являющееся очень ценным для него, его призванием, он предан ему.

Человек с высоким уровнем самоактуализации посвящает свою жизнь поиску подлинных ценностей - истине, красоте, совершенству и др. А. Маслоу отмечает, что при подавлении высших ценностей наступает заболевание души. Человек может запутаться в поисках ценностей, желая заняться тем, чему мог бы всего себя посвятить. Поэтому в каждый момент он осуществляет выбор между продвижением вперед - приближением к самоактуализации и отступлением назад - от нее. Самоактуализация - актуализация собственного Я как некой стержневой структуры. Уметь прислушаться к самому себе означает предоставление возможности актуализироваться, проявить себя.

Зная себя, свои потребности и способы их удовлетворения, человек может более эффективно, рационально распределять свои силы в течении каждого дня, целого года [21].

Среди почти 40 тысяч существующих ныне профессий, медицинские работники занимают особую социальную нишу. Исцеляя других, охраняя здоровье работающих, сами медицинские работники трудятся в условиях высокого профессионального риска, зачастую забывая о своем здоровье, о защите от опасностей, с которыми связана их работа. Поэтому они (особенно врачи) редко обращаются за медицинской помощью, и их заболевания далеко не всегда регистрируются. К тому же большинство из них занимаются само- и взаимолечением [14].

## Выводы по первой главе

В наше время, время развития новых технологий, научно-технического прогресса и повышения благосостояния, остро встаёт проблема соответствия морального состояния людей такому росту их материального уровня. Ведь не менее четверти всей своей жизни человек проводит на работе, и его реализация как профессионала, раскрытие личности с этой стороны играет в его общем психологическом состоянии важнейшую роль. От того, как человек смог раскрыться в труде, зависит, счастлив ли будет он или просто станет морально подавленным потребителем благ, даже если с материальной точки зрения жизнь его сложилась хорошо. В этом аспекте одним из главных условий хорошего морального состояния человека является его удовлетворённость работой, которую он выполняет. Насколько он любит свою работу, может ли он в ней творчески раскрыться, реализовать себя как личность? От ответа на эти вопросы зависит моральное состояние человека в целом, его удовлетворённость жизнью. Для этого необходимо поддерживать интерес к делу, которому человек служит, заниматься им не только ради средств к существованию, но и ради личностного развития.

В трудовой сфере «человек – человек» важным и наглядным показателем удовлетворённости в целом своим трудом является степень так называемого эмоционального выгорания. Этот термин устоялся в психологии в 70-е годы прошлого века и включает в себя эмоциональное истощение, связанное с трудом в этой сфере, потерю интереса к работе, одновременно раздражительность, безразличие и усталость. Насколько работники этой сферы подвержены синдрому эмоционального выгорания, свидетельствует об общем состоянии дела в том или ином коллективе.

В результате проведенного анализа эмоциональной сферы врача с разным стажем работы можно сказать, что в настоящее время не существует единой точки зрения на обозначение, сущность и содержание явления «профессиональное выгорание».

«Профессиональное выгорание» понимается в широком смысле как выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия.

Анализ отечественных и зарубежных исследований позволил выявить наличие этапов в формировании профессионального выгорания, каждому этапу характерны определенные признаки, которые вызываются определенными факторами. Многие авторы отмечают, что первоначально наблюдается значительная увлеченность выполняемой деятельностью, затем появляются чувства усталости, разочарование и снижение интереса к ней.

Количество исследований, уделяющих внимание эмоциональной сфере врачей, с различным стажем работы, и ее проявлению в профессиональной деятельности не велико.

На сегодняшний день исследований, изучающих взаимосвязь профессионального выгорания с социально-демографическим фактором - тип населенного пункта, в котором медиком осуществляется профессиональная деятельность, нет. Но существующие разнообразные подходы в разрешении трудностей профессионального выгорания могут быть использованы и в медико-врачебной деятельности.

Наиболее распространенным средствами являются: непрерывное профессиональное развитие врача, овладение навыками саморегуляции, определение краткосрочных и долгосрочных целей, использование перерывов в работе, разделении между работой и домом, поддержание хорошей физической формы и эмоциональное общение.

# ГЛАВА 2. МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ СВЯЗИ СТАЖА РАБОТЫ И ИНТЕНСИВНОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧЕЙ

## 2.1. Организация исследования

В нашем исследовании приняли участие две группы испытуемых, которые работают в городской больнице №26.

Первую группу сформировала врачи терапевтического отделения со стажем 3-4 года. Вторую группу сформировали врачи терапевтического отделения со стажем работы от 12 до14 лет. Исследование проводилось на базе первого и второго терапевтического отделения Городской больницы №26 (Т. Костюшко). Количество испытуемых - 34. Из них 16 врачей в группе со стажем 3-4 года и 18 врачей в группе со стажем 12-14 лет.

**Цель исследования:** выявить уровень профессионального выгорания врачей терапевтического отделения в зависимости от стажа работы в лечебном учреждении.

**Объект исследования**: Врачи первого и второго терапевтического отделения больницы №26 имени Костюшко.

**Предмет исследования**: уровень профессионального выгорания врачей терапевтического отделения в зависимости от стажа работы в лечебном учреждении.

**Гипотеза:** Мы предполагаем, что врачи с небольшим стажем работы в лечебном учреждении меньше подвержены эмоциональному выгоранию, нежели врачи с большим стажем работы.

**Задачи:**

1. Провести теоретический анализ исследуемой проблемы;
2. Определить степень эмоционального выгорания у врачей терапевтического отделения с разным стажем работы;
3. Исследовать агрессивные и враждебные формы поведения у врачей по методике Басса-Дарки;
4. Проанализировать выраженность профессиональных мотивов у испытуемых врачей;
5. Изучить стратегии поведения в конфликте у врачей терапевтического отделения с разным стажем работы;
6. Определить уровень эмпатии у врачей из двух групп.

## 2.2. Эмпирическая база исследования

Общая выборка исследования составила 34 человека, из которых 50% мужчин и 50% женщин, возраст врачей от 29 до 53 лет.

Исследование было проведено в два этапа, первый из которых являлся базовым для получения личностных данных об испытуемых. На втором этапе исследования мы использовали психодиагностические методики для выявления связи стажа работы и интенсивности эмоционального выгорания.

Характеристики выборок, охваченных исследованием, представлены в таблице 1.

Таблица 1.

**Характеристики выборки исследования**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Группы | Характеристики группы | Кол-во | %  женщин | %  мужчин | Средний возраст |
| 1 | Гетерогенная выборка | 16 | 50 | 50 | 32 |
| 2 | Гетерогенная выборка | 18 | 50 | 50 | 47 |

Количественное распределение испытуемых с учетом использованного методического инструментария представлено в таблице 2.

Таблица 2.

**Количество испытуемых, обследованных с помощью указанных методик**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Методики | Выборка | |
| выборка | Всего по методике |
| 1. Исследование интенсивности выгорания по методике Бойко | 34 | 34 |
| 2. Изучение связи интенсивности выгорания со значимыми аспектами профессиональной деятельности:  Исследование агрессивного поведения Басса-Дарки | 34 | 34 |
| 3. Поведение в конфликтной ситуации К. Томаса | 34 | 34 |
| 4. Исследование эмпатии по методике Мехрабиан-Эпштейн | 34 | 34 |
| 5. Профессиональная мотивация – методика Горбачевского | 34 | 34 |

## 2.3. Методы исследования

Исследование проводилось на базе первого и второго терапевтического отделения Городской больницы №26 (Т. Костюшко).

В нашем исследовании мы использовали метод поперечных срезов и сравнительный анализ двух групп врачей с разным стажем.

Исследование было проведено в два этапа, первый из которых являлся базовым для получения личностных данных об испытуемых. На втором этапе исследования мы использовали психодиагностические методики для выявления связи стажа работы и интенсивности эмоционального выгорания.

В нашем исследовании приняли участие две группы испытуемых, которые работают в городской больнице №26. Общая выборка исследования составила 34 человека, из которых 50% мужчин и 50% женщин, возраст врачей от 29 до 53 лет. Первую группу сформировала врачи терапевтического отделения со стажем 3-4 года. Вторую группу сформировали врачи терапевтического отделения со стажем работы от 12 до14 лет.

### **2.3.1. Психодиагностический инструментарий исследования**

В соответствии с целями и задачами исследования в данной работе использовались следующие методики:

**1. Методика В.В. Бойко «Диагностика уровня эмоционального выгорания»**

Описание методики. Создана Бойко В.В. в 1996 году.

Стимульный материал. Тест состоит из 84 утверждений, к которым испытуемый должен выразить свое отношение в виде однозначных ответов «да» или «нет».

##### Обработка и интерпретация результатов теста.

В соответствии с ключом осуществляются следующие подсчеты по трём шкалам:

**Фаза «напряжение» выступает предвестником в формировании эмоционального выгорания, включает в себя симптомы:**

1. «Переживание психотравмирующих обстоятельств»;
2. «Неудовлетворенность собой»;
3. «Загнанность в клетку»;
4. «Тревога и депрессия».

**Фаза «резистенция» включает такие симптомы:**

1. «Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование»;
2. «Эмоционально-нравственная дезориентация»;
3. «Расширение сферы экономии эмоции»;
4. «Редукция профессиональных обязанностей».

**Фаза «истощение» выражается падением энергетического тонуса, включает симптомы:**

1. «Эмоциональный дефицит»;
2. «Эмоциональная отстраненность»;
3. «Личностная отстраненность (деперсонализация)»;
4. «Психосоматические и психовегетативные нарушения».

Предложенная методика дает подробную картину **синдрома эмоционального «выгорания», и** позволяет увидеть ведущие симптомы «выгорания» оп степени выраженности: не сложившийся симптом, складывающийся симптом и уже сложившийся симптом.

Оперируя смысловым содержанием и количественными показателями, подсчитанными для разных фаз формирования синдрома «выгорания», можно дать достаточно объемную характеристику личности и, что не менее важно, наметить индивидуальные меры профилактики и психокоррекции.

Подсчёт балов проводится в соответствии с ключом ответов.

**2. Исследование форм и проявлений агрессии в общении А.Басса и А. Дарки**

Методика представляет собой опросник из 75 вопросов, для выявления

важных, по мнению А. Баса и А. Дарки, показателей и форм агрессии:

1. Физическая агрессия - использование физической силы против другого лица.

2. Вербальная агрессия - выражение негативных чувств, как через форму (ссора, крик, визг), так и через содержание словесных обращений к другим лицам (угроза, проклятье, ругань).

3. Косвенная агрессия - использование окольным путем направленных против других лиц сплетен, шуток и проявление ненаправленных, неупорядоченных взрывов ярости (в крике, топаний ногами и т.п.).

4. Негативизм - оппозиционная форма поведения, направленная обычно против авторитета и руководства, которая может нарастать от пассивного сопротивления до активных действий против правил, требований, законов.

5. Раздражение - склонность к раздражению, готовность при малейшем возбуждении излиться во вспыльчивости, резкости, грубости.

6. Склонность к недоверию и осторожному отношению к людям, проистекающим из убеждения, что окружающие намерены причинить вред, - подозрительность.

7. Обида - проявление зависти и ненависти к окружающим, обусловленные чувством гнева, недовольства кем-то именно или всем миром за действительные или мнимые страдания.

8. Аутоагрессия, или чувство вины - отношения и действия по отношению к себе и окружающим, проистекающие из возможного убеждения самого обследуемого в том, что он является плохим человеком, поступает нехорошо, вредно, злобно или бессовестно.

**3. Тест описания поведения в конфликте К. Томаса.**

Автор теста К. Томас, в России тест адаптирован профессором кафедры общей психологии СпбГу Н.В. Гришиной. Автор теста выделяет следующие способы поведения в конфликте:

1) соревнование (конкуренция) как стремление добиться удовлетворения своих интересов в ущерб другому;

2) приспособление, означающее в противоположность соперничеству, принесение в жертву собственных интересов ради интересов другого;

3) компромисс;

4) избегание, для которого характерно как отсутствие стремления к кооперации, так и отсутствие тенденции к достижению собственных целей;

5) сотрудничество, когда участники ситуации приходят к альтернативе, полностью удовлетворяющей интересы обеих сторон.

По мнению исследователей, только в ситуации сотрудничества обе стороны оказываются в выигрыше.

**4. Исследование эмпатии**

Для исследования уровня эмпатии использовался опросник, предложенный А. Мехрабиеном и Н. Эпштейном, переведенный на русский язык и модифицированный отечественными психологами.

Эмпатия (от греч. empatheia – «сопреживание») – постижение эмоциональных состояний другого человека в форме сопереживания и сочувствия. Эмпатия – феномен социально-психологического происхождениия, возникающий при взаимодействии человека с человеком, животным, при восприятии произведения искусства. Как индивидуально - психологическое свойство, эмпатия характеризует способность человека к сопереживанию и сочувствию.

Эмпатия составляет ядро коммуникации. В коммуникативной деятельности она способствует сбалансированности межличностных отношений, делает поведение человека социально обусловленным. Развитая эмпатия – один из важнейших факторов успеха в тех видах деятельности, которые требуют «вчувствования» в мир партнера по общению: в психологии, медицине, педагогике, искусстве, журналистике и т.д.

Впервые опросник для оценки свойства эмпатии был предложен А.Мехрабиеном и Н.Эпштейном. Русский тест вопросов был взят по учебному пособию «Советы психолога менеджеру». По сравнению с начальным вариантом была изменена шкала ответов, исключены вопросы, не имеющие корреляций с итоговым баллом, были составлены таблицы пересчета «сырых» баллов в стандартные оценки.

В опроснике 25 утверждений, по каждому из которых испытуемый должен оценить степень согласия с ним, используя 4 варианта ответов: «всегда или да», «часто», «редко», «никогда или нет». Каждому варианту ответа соответствует числовое значение: 4, 3, 2, 1. Испытуемый получает ответный лист, получает инструкцию по выполнению теста: «Прочитайте приведенные ниже утверждения и, ориентируясь на то, как вы ведете себя в подобных ситуациях, выразите степень своего согласия или несогласия с каждым из них. Для этого в соответствующей графе ответного листа поставьте галочку».

Обработка проводится в соответствии с ключом. За каждый ответ присваивается балл от 1 до 4, затем, путем суммирования подсчитывается общее число баллов по свойству эмпатии. Степень выраженности эмпатии определяется по таблице. [20.С.58]

1. **Методика В.К. Гербачевского для исследования мотивационной структуры личности**

Опросник В. К. Гербачевского предназначен для выявления уровней притязаний испытуемого посредством диагностики компонентов мотивационной структуры личности. Время на выполнение задания не лимитировано. В зависимости от конкретных задач, задание может выполняться с перерывами. Предъявление опросника сопровождалось следующей инструкцией: «Прочтите каждое из приведенных в опроснике высказываний и отметьте, в какой степени вы согласны или не согласны с ним. Распечатайте и обведите, например, кружком соответствующую цифру в опроснике: если полностью согласны с высказыванием - +3; если просто согласны - +2; если скорее согласны, чем не согласны - +1; если вы совершенно не согласны - -3; если просто не согласны - -2: если скорее не согласны, чем согласны - -1. Если же вы не можете ни согласиться с высказыванием, ни отвергнуть его, то отметьте - 0. Все высказывания относятся к тому, о чем вы думаете, что чувствуете или хотите в момент, когда работа над заданием прерывается».

По результатам тестирования определяется мотивационная структура личности испытуемого. В этой структуре различают 15 компонентов.

Компоненты мотивационной структуры:

1. Внутренний мотив;
2. Познавательный мотив;
3. Мотив избегания;
4. Состязательный мотив;
5. Мотив смены деятельности;
6. Мотив самоуважения;
7. Значимость результатов;
8. Сложность задания;
9. Волевое усилие;
10. Оценка уровня достигнутых результатов;
11. Оценка своего потенциала;
12. Намеченный уровень мобилизации усилий;
13. Ожидаемый уровень результатов;
14. Закономерность результатов;
15. Инициативность.

### **2.3.2. Математические методы обработки данных**

Для обработки результатов исследования были использованы следующие методы:

* Описательная статистика;
* Корреляционный анализ с использованием коэффициента Пирсона;
* Т-Критерий Стьюдента для сравнения двух независимых выборок.

Для подсчетов данных использовался пакет программного обеспечения STATIATICA 6.0

# ГЛАВА 3. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЛИЯНИЯ СТАЖА РАБОТЫ НА ИНТЕНСИВНОСТЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧЕЙ С РАЗНЫМ СТАЖЕМ

## 3.1. Анализ результатов исследования мотивационной структуры врачей терапевтического отделения по методике В.К. Гербачевского

В целях исследования влияния стажа работы на интенсивность эмоционального выгорания мы провели исследование выраженности мотивационных предпочтений у врачей с большим и меньшим стажем работы по методике В.К. Гербачевского.

В данном случае выраженность предпочтений ведущих мотивов выявляются посредством оценки совокупности мотивов личности.

Рисунок 1. Результаты показателей выраженности ведущих мотивов у врачей с меньшим стажем работы по методике В.К. Гербаческого.

Анализируя на рисунке 1 показатели средних значений выраженности ведущих мотивов у врачей терапевтического отделения с меньшим стажем работы по методике В.К. Гербаческого видно, что наиболее выраженными мотивами являются мотивы: инициативность 19,7 баллов, самоуважения 19,1 балла, оценка потенциала 17,2 балла, смены деятельности 16,5 баллов, состязательный 15,7 баллов.

Из этого следует, основными профессиональными мотивами для врачей терапевтического отделения больницы имени Костюшко с меньшим стажем работы, являются мотивы возможного карьерного роста и проявлению новых инициатив.

Наиболее низкие показатели получены у врачей с меньшим стажем по переменным: мотив сложности заданий 10,1, познавательный мотив 11,2, оценка достигнутых результатов 7,7 баллов.

Из этого следует, что в данной группе врачей в настоящий момент, нет удовлетворённости достигнутыми результатами, и есть мотив для дальнейшего роста, однако, значимость познания и сложности в профессиональной деятельности для представителей данной группы не являются переменными, которые могут напрямую повлиять на результат профессионального роста.

Возможно, эти результаты обусловлены тем, что интенсивность работы врачей достаточно высока, и они не всегда удовлетворены результатами своей работы из-за высокой ее интенсивности и постоянного потока «больных» в палатах.

Перейдем к рассмотрению рисунка 2, где представлены результаты группы врачей терапевтического отделения со стажем работы от 12 лет. Видно, что наиболее выраженными являются следующие мотивы профессиональной деятельности: мотив оценки потенциала 16,9, мотив значимости 14,7, ожидаемый уровень результатов 13,5,

мотив закономерности результатов 13,3, намеченный уровень мобилизации усилий 13,1.

Рисунок 2. Результаты показателей выраженности ведущих мотивов у врачей терапевтического отделения со стажем работы более 12 лет по методике В.К. Гербаческого.

Исходя из полученного результата, мы видим, что врачи, работающие с высокой степенью интенсивности более 12 лет, оценивают свою работу, как определённое профессиональное достижение, справедливое и закономерное. При этом, они считают, что у них высокий профессиональный потенциал, который также пока не реализован. Готовность к собственным усилиям для реализации собственного потенциала у них находится в пределах средних значений, согласно точке зрения автора методики.

Для врачей с большим стажем наименее выраженными являются следующие мотивы: состязательности 6,1, смены деятельности 7,3, познавательный 9,3.

Из этого следует, что врачи с большим стажем работы и высокой интенсивностью труда не готовы к конкуренции, они не мотивированы возможностью смены профессиональной деятельности ради достижения новой должности или статуса и так же, как и врачи в предыдущей группе, они не очень мотивированы на реальное повышение медицинской квалификации или саморазвитие.

Из пятнадцати мотивов, которые исследуются в методике, мы остановились на тех, где были обнаружены достоверно значимые различия.

В таблице №3 представлены достоверно значимые различия в средних значениях показателей выраженности структуры мотивов.

Таблица 3.

**Достоверно значимые различия выраженности профессиональных мотивов врачей терапевтического отделения с разным стажем работы**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Врачи со стажем от 3 до 4 лет | Врачи со стажем от 12 до 14 лет | Уровень доверительной вероятности |
|  |
| Состязательный мотив | **15,7** | **6,1** | 0,001 |
| Мотив самоуважения | **19,1** | **12,1** | 0,05 |
| Мотив смены деятельности | **16,5** | **7,3** | 0,001 |
| Мотив оценки уровня достигнутых результатов | **7,7** | **13,5** | 0,01 |
| Мотив инициативности | **19,7** | **11,7** | 0,05 |

Из таблицы 3 видно, что для представителей группы врачей с меньшим стажем работы достоверно выше выражен состязательный мотив в деятельности, они больше, чем врачи с большим стажем готовы к конкуренции и внутригрупповой борьбе, в отличие от представителей группы врачей с большим стажем работы, которые совсем не готовы к конкуренции.

Представители врачей с меньшим стажем работы в больнице хотят уважения к себе от окружающих, вероятно, самоуважение может быть связано у них с занятием определённой «значимой» для них работы врачом. Врачи с небольшим стажем работы имеют мотив самоуважение в пределах средних значений, этот мотив для них не является доминирующим в деятельности.

Достоверно выше у представителей врачей с меньшим стажем мотив смены деятельности, мы уже отмечали выше, что для них смена деятельности - это не стресс и не проблемная зона профессиональной деятельности, они не привязаны к месту своей работы в больнице так, как привязаны представители группы врачей с большим стажем работы.

Интересно отметить то, что врачи с меньшим стажем работы достоверно выше, чем представители группы врачей, работающих больший срок, оценивают свои профессиональные достижения, они рады, что работают в государственном медицинском учреждении и считают это своим профессиональным достижением.

А представители группы врачей, работающих с высокой интенсивностью труда больше двенадцати лет считают, что мотив достижения профессиональных успехов, хоть и удовлетворён, но продолжает для них оставаться актуальным. Возможно, что они хотели бы работать в частной медицинской компании, где ниже интенсивность труда и выше оплата.

Одно из значимых различий было получено по переменной «Инициативность», видно, что представители врачей с меньшим стажем достоверно выше ориентированы на проявление инициативы в профессиональной деятельности.

**Вывод:**

1. В результате литературного обзора по проблеме
2. В мотивационной структуре личности врачей работающих небольшой срок, больше выражены состязательные мотивы, они готовы к конкуренции и внутригрупповой борьбе, в отличие от представителей группы врачей с большим стажем, которые после работы с высокой интенсивностью уже не готовы к конкуренции.
3. Врачи с меньшим стажем работы статистически выше ориентированы на рост уважения к себе, врачи с большим стажем имеют самоуважение в пределах средних значений.
4. Доминирующим у представителей врачей с большим стажем является мотив смены деятельности, они уже не привязаны к больнице так, как привязаны представители группы врачей с меньшим стажем.
5. Важное для нашего исследования различие было получено по переменной инициативность, представители группы врачей с меньшим стажем достоверно выше ориентированы на проявление инициативы в профессиональной деятельности, нежели опытные врачи со стажем больше 12 лет.

**3.2. Анализ результатов исследования синдрома эмоционального выгорания у врачей с различным стажем работы, методика В.В.Бойко**

Для измерения уровня, степени и интенсивности эмоционального выгорания врачей городской больницы №26 с различным стажем работы мы использовали методику В.В.Бойко.

Методика предполагает выделение несколько фаз развития выгорания: «напряжение», «резистенция», «истощение».

Рассмотрим результаты, полученные на основе методики «Диагностика эмоционального выгорания личности» (В.В.Бойко) (таблица № 4.).

Таблица 4.

**Выраженность эмоционального выгорания у врачей**

**по методике Диагностика эмоционального выгорания личности (В.В.Бойко)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Параметры эмоционального выгорания** | **Врачи со стажем работы от 3-4 лет**  **(средний балл)** | **Врачи со стажем работы от 12 лет**  **(средний балл)** |
| Напряжение | 34,7 | 48,6 |
| 1. Переживание психотравмирующих обстоятельств | 10,5 | 12,7 |
| 1. Неудовлетворенность собой | 6,7 | 14,5 |
| 1. «Загнанность в клетку» | 12,1 | 13,2 |
| 1. Тревога и депрессия | 5,4 | 8,2 |
| Резистенция | 32,1 | 27,3 |
| 1. Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование | 12,1 | 11,8 |
| 1. Эмоционально-нравственная дезориентация | 4,8 | 5,2 |
| 1. Расширение сферы экономии эмоции | 10,6 | 5,6 |
| 1. Редукция профессиональных обязанностей | 4,6 | 4,7 |
| Истощение | 32,0 | 29,9 |
| 1. Эмоциональный дефицит | 10,4 | 11,6 |
| 1. Эмоциональная отстраненность | 10,4 | 5,4 |
| 1. Личностная отстраненность (деперсонализация) | 4,4 | 5,4 |
| 1. Психосоматические и психовегетативные нарушения | 6,8 | 7,5 |

Независимо от стажа работы у врачей редко встречаются следующие симптомы эмоционального выгорания: Тревога и депрессия, Эмоционально-нравственная дезориентация, Редукция профессиональных обязанностей, Личностная отстраненность (деперсонализация), Психосоматические и психовегетативные нарушения. Полученные показатели говорят о том, что все эти симптомы являются не сложившимися. Также у врачей обоих групп не сформировались фазы Резистенция и Истощения. То есть, несмотря на стрессогенность профессии, у врачей сохраняется личностная включенность в профессиональную деятельность, полноценное выполнение обязанностей, соблюдение морально-этических норм, отсутствует соматизация имеющихся переживаний. Данные показатели говорят об ответственности и профессионализме врачей, стремлении качественно выполнять свою работу.

Независимо от стажа работы у врачей часто встречаются следующие симптомы эмоционального выгорания: Переживание психотравмирующих обстоятельств, «Загнанность в клетку», Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, Эмоциональный дефицит. Показатели по данным параметрам находятся в диапазоне складывающийся симптом. Все эти показатели говорят о чрезмерной нагрузке врачей, нехватке внутренних ресурсов, отсутствии возможности на полноценный отдых и восстановление. К сожалению, это реальность врачебной деятельности, где от врачей требуется не только качественная работа с пациентами, но и большой объем дополнительной нагрузки, связанной с беседой с родственниками больных, необходимостью повышать квалификацию, заполнять истории болезни, назначать лечение, составлять отчеты и прочее. Это, с одной стороны, проблемная зона, с которой необходимо работать администрации больницы, чтобы сохранить работоспособный коллектив. А с другой – это задача самих врачей заботиться о себе и своем эмоциональном состоянии.

Таблица 5.

**Достоверно значимые различия по тесту “методика диагностики уровней эмоционального выгорания” врачей с разным стажем**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Сред. знач. врачи со стажем от 3-4 лет | Сред. знач.  врачи со стажем от 12 лет | Т-Критерий  Стьюдента | Ур.знач.  Различий  р |
| Расширение сферы экономии эмоций | 10,6 | 5,6 | 2,839 | 0,039 |
| Эмоциональная отстраненность | 10,4 | 5,4 | 2,957 | 0,04 |
| Неудовлетворенность собой | 6,7 | 14,5 | 3,352 | 0,02 |
| Напряжение | 34,7 | 48,6 | 2,358 | 0,05 |

У врачей со стажем работы от 12 лет, более выраженными, чем у врачей со стажем *от 3-4 лет*, являются симптомы *Расширение сферы экономии эмоции*(по данному параметру получены достоверные различия (t=2,839, р=0,03)), и *Эмоциональная отстраненность*(по данному параметру получены достоверные различия (t=2,957, р=0,04)). Показатели по данным параметрам находятся в диапазоне складывающийся симптом.

Данные показатели говорят о том, что в ситуации стресса врачи со стажем работы от 12 лет склонны минимизировать общение в целом, а в частности меньше эмоционально включаться в процесс взаимодействия с пациентами, что можно рассматривать как действие защитного механизма. Вероятно, для них данная форма защиты является эффективной и несет минимальную потерю качества и профессиональной деятельности.

У врачей, с меньшим стажем более выраженной является *Неудовлетворенность собой* (по данному параметру получены достоверные различия. (t=3,352, р=0,02)), показатели по данному параметру находятся в диапазоне складывающийся симптом. А также более выраженной является фаза *Напряжения* (по данному параметру получены достоверные различия. (t=2,358, р=0,05)), данная фаза находится в стадии формирования.

Полученные показатели говорят о том, что в ситуации стресса врачи с меньшим стажем работы склонны к самообвинению и обесцениваю собственных достижений, стремлению искать причины возникающих проблем в себе. Вероятно, данная стратегия является отчасти эффективной, так как взаимодействия в рамках профессиональной деятельности требует достаточно большой личностной включенности, как врачей, так и пациентов, а также постоянного анализа происходящего взаимодействия. Минусом является возникающее чрезмерное напряжение и самообвинение.

**Резюме:**

**Общее у врачей независимо от стажа работы**

* Проявление симптомов эмоционального выгорания присутствует в обеих группах врачей.
* Независимо от стажа у врачей редко встречаются такие симптомы эмоционального выгорания как *Тревога и депрессия, Эмоционально-нравственная дезориентация, Редукция профессиональных обязанностей, Личностная отстраненность (деперсонализация), Психосоматические и психовегетативные нарушения.* То есть, несмотря на стрессогенность профессии, у врачей сохраняется стремлении качественно выполнять имеющиеся обязанности, соблюдение морально-этических норм, отсутствует соматизация имеющихся переживаний. Данные показатели говорят об ответственности и профессионализме врачей.
* Независимо от стажа у врачей часто встречаются следующие симптомы эмоционального выгорания, которые являются достаточно выраженными: *Переживание психотравмирующих обстоятельств, «Загнанность в клетку», Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, Эмоциональный дефицит.* Что говорит о чрезмерной нагрузке врачей, нехватке внутренних ресурсов, отсутствии возможности на полноценный отдых и восстановление.

## 3.3. Результаты диагностики показателей и форм агрессии у врачей с разным стажем работы по методике А.Басса и А. Дарки

Методика Басса-Дарки была использована в нашем исследовании для того, чтобы исследовать уровень проявления основных симптомов агрессии и враждебности у врачей с разным стажем работы. Тест исследует основные деструктивные тенденции, взаимоотношения, негативные переживания, а также оценки событий. Результаты на рисунке 3 и таблице 6.

**Сравнительный анализ показателей форм агрессии у врачей с разным стажем работы по методике А.Басса и А. Дарки**

Рисунок 3. Результаты показателей диагностики уровня агрессии врачей терапевтического отделения больницы №26 с разным стажем работы

Рассмотрим переменные, по которым, мы не получили достоверно значимых различий. Первый критерий - физическая агрессия. Среднегрупповое значение по данной шкале составило 4,75 баллов для представителей врачей с меньшим стажем и соответственно 5,55 баллов у представителей группы врачей с большим стажем работы. Такие показатели говорят нам о наличии в каждой группе среднего уровня физической агрессии.

Таблица 6.

**Результаты достоверно значимых различий по тесту “диагностики показателей и форм агрессии” врачами терапевтического отделения больницы имени Костюшко с разным стажем работы**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатели** | **Средние значения** | | **t-критерий Стьюдент** |
| Стаж работы 3-4 года | Стаж работы более 12 лет |
| 1. Физическая агрессия | 4,75 | 5,55 | 0,768 |
| 2. Вербальная агрессия | 6,75 | 6,45 | -0,517 |
| 3. Косвенная агрессия | 6,35 | 6,95 | 0,781 |
| **4. Негативизм** | **5,15** | **6,95** | **2,342** |
| **5. Раздражительность** | **6,1** | **7,6** | **3,341** |
| 6. Подозрительность | 5,25 | 5,55 | 0,436 |
| **7. Обида** | **5,15** | **6,4** | **3,463** |
| 8. Аутоагрессия | 5,85 | 5,95 | 0,183 |

Второй критерий - вербальная агрессия. Что касается группы врачей с меньшим стажем, то анализ групповых результатов позволяет определить среднее значение в 6,75 баллов, этот результат говорит нам о том, что испытуемые из этой группы имеют довольно высокий уровень вербальной агрессии.

Анализируя результат второй группы врачей, то есть врачей с большим стажем работы, то их средне групповое значение составило 6,45 баллов. Мы видим, что результаты по второй шкале методики практически идентичны. Исходя из вышеизложенного, можно заключить, что врачи двух изученных нами групп постоянно находятся в напряженной обстановке, они часто выражают свои негативные чувства используя вербальную агрессию.

Третий критерий - косвенная агрессия.

Среднее значение после обработки в группе составило 6,35 баллов у врачей, которые имеют небольшой стаж работы в больнице и соответственно 6,95 баллов у врачей больницы, которые имеют стаж работы от 12 лет. По мнению авторов методики, такие среднегрупповые значения говорят о достаточно высоком уровне агрессии у врачей с большим стажем работы. Исходя из этого, представители данной группы выражают свои отрицательные эмоции посредством сплетен, шуток и т.д., то есть через косвенную агрессию.

Шестой критерий - подозрительность. Среднее значение составило 5,55, у врачей с большим стажем и 5,25 у врачей с меньшим стажем, что не свидетельствует о наличии данной формы агрессии у испытуемых в обеих группах. И те, и другие не склонны к недоверию и осторожному отношению к пациентам и другим людям.

Среднее значение восьмого критерия - чувство вины - составляет 5,85, у менее опытной группы врачей и 5,95 у более опытной группы, что свидетельствует о среднем уровне данной формы агрессии.

Теперь рассмотрим переменные, по которым мы получили достоверно значимые различия:

Таблица 7.

**Достоверно значимые различия по тесту “диагностики показателей и форм агрессии” врачами терапевтического отделения больницы имени Костюшко с разным стажем работы**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Ср. знач. Врачей с разным стажем работы | | Т-Критерий  Стьюдента | Уровень знач.  различий в % |
| 3-4 года | от 12 лет |
| 4. Негативизм | 5,15 | 6,95 | 2,342 | 5% |
| 1. Раздражительность | 6,1 | 7,6 | 3,341 | 5% |
| 7. Обида | 5,15 | 6,4 | 3,463 | 5% |

По трём показателям были получены достоверно значимые различия:

Четвёртый показатель агрессии - негативизм. Среднее значение у врачей со стажем от 12 лет работы составило – 6,95, и 5,15 у врачей со стажем от трёх до четырёх лет. Это свидетельствует о наличии негативизма у долго работающих врачей. Для врачей с большим стажем работы характерно поведение, которое авторы методики описывают как «оппозиционная форма», которая в свою очередь может быть направлена как против руководства, так и против своих коллег, или пациентов. В отношении руководства, это может доходить до активных действий против требований, правил и законов. Возможно, что это объясняется тем, что, по мнению врачей с большим стажем работы, их заработная плата могла бы быть значительно выше, чем имеющаяся.

Пятый показатель агрессии является - раздражительность. В результате обработки среднегрупповых значений мы получили среднее значение 7,6 у врачей с большим стажем работы и соответственно 6,1 у врачей с меньшим стажем, что, может говорить нам о том, что в группе врачей с большим стажем работы достоверно выше проявляется раздражительность в поведении. У представителей другой группы, общий уровень раздражительности тоже относится к уровню выше среднего.

Седьмой формой агрессии является - обида. В результате обработки среднегрупповых значений мы получили среднее значение – 6,4 у представителей группы врачей с большим стажем работы в больнице и 5,15 у представителей группы врачей с небольшим стажем работы в больнице. Авторы методики считают, что такие результаты характерны для людей, у которых присутствует чувство обиды у обеих исследуемых нами групп. Таким образом, мы можем говорить о том, что и опытные врачи, и врачи с меньшим стажем работы могут проявлять в поведении зависть и даже ненависть к окружающим, а также чувство гнева и недовольства во взаимодействии.

Кроме частных критериев и форм агрессии методика Басса-Дарки позволила оценить и два обобщенных показателя: агрессивность и враждебность. Средние значения индекса агрессивности в группе врачей с большим стажем работы – 17,70, что, по мнению авторов данной методики, говорит среднем уровне агрессивности. А у представителей группы врачей с меньшим стажем этот показатель составил 17,10, что также говорит о среднем уровне индекса агрессивности данной группы.

Также последний критерий данной методики - индекс враждебности.

Среднее значение составило 14,45 у группы врачей с большим стажем работы и 12,25 у представителей группы врачей с меньшим стажем работы, что также говорит о среднем уровне враждебности в данных группах испытуемых.

Можно предположить, что такие показатели, как враждебность и агрессивность, являются лишь определенной стратегией психологической защиты в общении.

Вывод: Исследование агрессивности у врачей больницы №26 имени Костюшко с разным стажем работы, показало, что врачи, работающие более двенадцати лет, чаще проявляют оппозиционную форму поведения, направленную против руководства, которая способна дорастать до активных действий против требований, правил и законов. Возможно, что это объясняется тем, что, по мнению опытных врачей, их заработная плата могла бы быть значительно выше, чем имеющаяся в настоящий момент времени.

## 3.4. Результаты, полученные по методики изучения поведения в конфликте Томаса, у врачей городской больницы №26 с разным стажем работы

Мы провели изучение основных стратегий поведения в конфликте у врачей, работающих в больнице №26 и имеющих разный стаж работы.

На рисунке № 4 мы видим средние значения по всем изучаемым стратегиям поведения в конфликте у врачей с разным стажем работы по специальности.

Рисунок 4. Стратегии поведения в конфликтных ситуациях терапевтов с разным стажем работы

Где:

1 – Соперничество (Х – 4,3; 8,7);

2 – Сотрудничество (Х – 7,8; 7,9);

3 – Избегание (Х – 7,9; 4,5);

4 – Компромисс (Х – 7,7; 3,8);

5 – Приспособление (Х – 5,5; 5,3).

По результат анализа полученных данных было выявлено, что у врачей с разным стажем работы преобладают и разные стратегии поведения в конфликте. Терапевты, работающие больше 12 лет, предпочтительно использовали в конфликтных ситуациях соперничество, то есть пытались конкурировать с коллегами и пациентами, воспринимая конкурента, как врага.

У врачей с большим стажем на втором месте по частоте использования находится стратегия сотрудничество. Такую стратегию можно назвать наиболее эффективной в конфликте. Использование сотрудничества проявляется в совместном решении вопросов, обсуждении спорных моментов и донесении своего мнения до другого человека в спокойной манере. Для врачей со стажем от 3 до 4 лет стратегия сотрудничества является ведущей, такие врачи чаще успешнее выходят из конфликтных ситуаций.

На третьем месте по использованию для врачей со стажем от 12 до 14 лет находится тактика приспособление. Такая стратегия проявляется в одностороннем подстраивании своего поведения под другого человека и приводит в итоге к возникновению скрытого недовольства ситуацией. Последние два стиля поведения компромисс и избегание у врачей с большим стажем работы используются редко.

Что касается терапевтов, которые работают в больнице меньший срок, то у них две шкалы методики имеют примерно одинаковые значения. Это такие стратегии поведения в конфликте, как компромисс и сотрудничество.

Автор методики считает, что такие стратегии как раз наиболее благоприятную среду для преодоления межличностных конфликтов.

Мы можем предположить, что такой выбор стратегии поведения в конфликте у молодых врачей объясняется тем, что они ещё окончательно не адаптировались в и не испытывают эмоциональной депривации от процесса своего труда. Далее по степени убывания расположились такие тактики, как: соперничество, приспособление и избегание.

Возможно, такой выбор обусловлен большим интересом к процессу лечения и ещё тем, что работа с высокой интенсивностью труда продолжается пока не длительный срок.

Таблица 8.

**Достоверно значимые различия среднегрупповых значений у врачей-терапевтов**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № параметра | Среднее Врачи 3-4 года | Среднее  Врачи 12-14 лет | Т-Критерий | Уровень значимости различий  р |
| Компромисс | 7,7 | 3,8 | 6,543 | 0,01 |
| Избегание | 7,9 | 4,5 | 7,672 | 0,01 |
| Соперничество | 4,3 | 8,7 | -9,285 | 0,01 |

В таблице №8 представлены достоверно значимые различия между показателями поведения.

Достоверно значимые различия обнаружены по следующим шкалам:

Соперничество – Т-(-9,285);

Избегание – Т-7,672;

Компромисс – Т-6,543.

Вывод: Терапевты, работающие больше 12 лет, предпочтительно использовали в конфликтных ситуациях соперничество, то есть пытались конкурировать с коллегами и пациентами, воспринимая конкурента, как врага. У врачей с большим стажем на втором месте по частоте использования находится стратегия сотрудничество. Такую стратегию можно назвать наиболее эффективной в конфликте.

Что касается терапевтов, которые работают в больнице меньший срок, то у них две шкалы методики имеют примерно одинаковые значения. Это такие стратегии поведения в конфликте, как компромисс и сотрудничество.

Автор методики считает, что такие стратегии как раз наиболее благоприятную среду для преодоления межличностных конфликтов.

**3.5. Результаты, полученные по методике А. Мехрабиана и Н.Эпштейна для диагностики уровня эмпатии у врачей с разным стажем работы в городской больнице №26**

В результате использования методики А. Мехрабиана и Н.Эпштейна для диагностики эмпатии, были получены следующие данные: в группе врачей со стажем работы от 3 до 4 лет были получены следующие средние значения - 69,80; а в группе врачей со стажем работы от 12 до 14 лет, средне групповое значение эмпатии - 63,20.

Результаты опросника А.Мехрабиана и Н.Эпштейна представлены в таблице №9.

Таблица 9.

**Результаты диагностики эмпатии (средние значения) у врачей городской больницы №26 с разным стажем работы**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Врачи со стажем от 3 до 4 лет | Врачи со стажем от 12 до 14 лет | t- критерий Стъюдента | p-уровень |
| Эмпатия | 69,80 | 63,20 | 4,883 | 0,01 |

Графически результаты диагностики эмпатии у врачей представлены на рисунке 5.

Рисунок 5. Показатели средних значений эмпатии у врачей терапевтического отделения больницы имени Костюшко с разным стажем работы

Исходя из данных таблицы 9 и рисунка 5, видно, что уровень эмпатии у врачей с меньшим стажем работы имеет высокий уровень (63-81), что является оптимальным в профессиях «человек - человек». Высокий уровень эмпатии, характерен для зрелых профессионально уверенных специалистов, отличающихся высоким коммуникативным потенциалом, умеющих сохранять собственную позицию и психологическую дистанцию, наряду с глубоким пониманием пациента и сопереживающим отношением к нему. А вот представители группы с большим стажем имеют показатель, стремящийся к нормальному уровню (37-62) эмпатии.

Вывод: Мы видим, что уровень эмпатии у врачей терапевтического отделения городской больницы №26 изменяется в процессе увеличения профессионального стажа, возможно, это обусловлено высокой интенсивностью труда в больнице.

## 3.6. Корреляционный анализ наиболее значимых взаимосвязей связи переменных профессионального выгорания и стажа работы по специальности врачей терапевтических отделений городской больницы №26

В ходе корреляционного анализа мы исследовали взаимосвязи различных компонентов профессионального выгорания с переменными профессиональной деятельности и стажем работы врачей терапевтического отделения больницы имени Костюшко.

Материалом для корреляционного анализа послужили данные, полученные в выборке исследования переменных профессионального выгорания и различных компонентов профессиональной деятельности.

При объеме выборки испытуемых, равном 34 врачам, статистически значимые взаимосвязи на 5% уровне значимости соответствуют коэффициентам корреляции большим 0,33 и на 1% уровне значимости - при коэффициентах корреляции большим 0,45. Для этих данных были построены корреляционные плеяды.

В результате корреляционного анализа были выявлены значимые связи, которые определить, как связаны между собой переменные профессионального выгорания и значимых компонентов профессиональной деятельности, что соответствует задачам исследования. Обозначения кружков даются в примечании к плеяде; сплошная линия соответствует положительной взаимосвязи, штриховая - отрицательной. Одинарная линия – 5% уровню значимости, двойная – 1%.

0,5

-0,6

0,62

0,54

0,58

0,49

0,43

0,5

0,61

-0,7

-0,57

0,55

Рисунок 6. Значимые корреляции исследуемых показателей у врачей со стажем работы от 3 до 4 лет.

Наибольшее число корреляций выявлено для показателя профессиональное выгорание «неудовлетворённость собой».

Такая переменная профессионального выгорания, как неудовлетворённость собой коррелирует положительно со следующими переменными: раздражительность (0,49), избегание (0,58), косвенная агрессия (0,54), загнанность в клетку (0,62), отрицательно коррелирует с такой стратегией поведения в конфликте, как компромисс (-0,70).

Помимо этих связей, обнаружена положительная связь между переменной косвенная агрессия и мотивом поведения в конфликте- избегание (0,50), а также положительная связь между стратегией поведения в конфликте избегание и стратегией компромисс (0,55). Есть отрицательная взаимосвязь между переменными косвенная агрессия и мотив оценка достигнутых результатов (-0,57). Отрицательная корреляция обнаружилась между переменными самоуважение и компонентом профессионального выгорания загнанность в клетку (-0,60). Положительные корреляции обнаружены между следующими переменными: мотив инициативности и оценки результатов (0,61), между мотивом инициативность и самоуважением (0,50), между переменной профессионального выгорания загнанность в клетку и раздражительностью (0,43).

Таким образом, мы видим, что в группе врачей с небольшим стажем работы наиболее значимой переменной является один из компонентов профессионального выгорания в начальной стадии – «неудовлетворённость собой», которая наиболее тесно отрицательно связано с такой стратегией поведения в конфликте, как компромисс. Находящиеся в легкой степени выгорания врачи с небольшим стажем не могут использовать компромисс, как основную стратегию поведения в конфликте, в силу ряда причин.

Чаще всего они используют такую стратегию, как избегание, что в свою очередь приводит к формированию косвенной агрессии в адрес пациентов и коллег. Следствием косвенной агрессии является неудовлетворенность собой и раздражительность к окружающему миру. Высокая неудовлетворенность собой приводит к ощущению загнанности в клетку, то есть невозможности полноценного отдыха.

Вывод: Таким образом, мы видим, что существенных изменений в значимых компонентах профессиональной деятельности еще не происходит, они испытывают эмпатию по отношению к пациентам и хотят развиваться. Тем не менее, у них уже сформирована начальная стадия профессионального выгорания, которая в первую очередь приводит к повышению конфликтности и невозможности вовремя восстанавливать свои силы. В положительном плане стоит отметить, что врачи с небольшим стажем работы готовы проявлять инициативу, они могут объективно оценить результат своей работы и испытывать уважение к себе.

0,58

0,61

0,59

0,53

- 0,52

0,72

- 0,62

0,49

0,48

0,56

0,55

0,71

Рисунок 7. Взаимосвязи исследуемых показателей профессионального выгорания и переменных профессиональной деятельности у врачей со стажем от 12 до 14 лет

Наибольшее число корреляций выявлено для показателей: Деперсонализация и Эмоциональный дефицит.

Такая переменная профессионального выгорания, как деперсонализация коррелирует со следующими переменными: соперничество (0,55), эмоциональный дефицит (0,72), тревога и депрессия (0,48), отрицательно коррелирует с переменной состязательность (-0,62).

Переменная эмоциональный дефицит коррелирует с переменными низкая эмпатия (0, 59), мобилизация усилий (0,61), негативизм (0,53).

По мимо этого, мы обнаружили значимые взаимосвязи между такой стратегией поведения, как соперничество с переменными обида (0, 49) и тревога и депрессия (0,56), а также отрицательную связь переменной состязательный мотив с негативизмом (-0,52) и деперсонализация (-0,62). Существует положительная взаимосвязь между переменной негативизм и мобилизация усилий (0,58).

Мы видим, что наиболее значимые корреляции в группе врачей с большим стажем связаны с двумя переменными профессионального выгорания, находящимися в стадии «истощение». Деперсонализация, при которой врачи с большим стажем работы уже не могут профессионально выполнять свои обязанности, приводит к формированию соперничества, как стратегии поведения в конфликте. Они испытывают сильный эмоциональный дефицит, то есть невозможность проявлять эмоции в адрес пациентов и коллег по работе. В результате деперсонализации растет тревога и депрессия, что может приводить к вегетативным и соматическим нарушениям. Эмоциональный дефицит, в свою очередь, приводит к низкой эмпатии и невозможности проявлять сопереживание к своим больным.

Высокий эмоциональный дефицит приводит к негативизму, то есть провоцирует оппозиционную форму поведения, и, как следствие, нарушению правил и стандартов лечения.

У врачей из данной группы выражен мотив мобилизации усилий, что свидетельствует о том, что они работаю на пределе своих сил. Высокая интенсивность работы приводит у них к отсутствию желания профессионально развиваться и конкурировать с другими врачами. Неспособность изменить ситуацию приводит к такой форме взаимодействия с другими людьми, как «обида», то есть к обвинению всех других в сложившейся ситуации.

Вывод: Высокая интенсивность труда у врачей терапевтического отделения на протяжении длительного времени приводит у них к формированию таких переменных эмоционального истощения, как «деперсонализация» и «эмоциональный дефицит», которые приводят к резкому снижению эффективности работы в профессионально значимой для них деятельности и провоцируют защитные механизмы в виде высокого соперничества, низкой эмпатии к людям и негативизму во взаимоотношениях.

# Выводы

1. В результате литературного обзора имеющихся исследований удалось выяснить, что в трудовой сфере «человек – человек» важным и наглядным показателем удовлетворённости в целом своим трудом является степень так называемого эмоционального выгорания. Этот термин устоялся в психологии в 70-е годы прошлого века и включает в себя эмоциональное истощение, связанное с трудом в этой сфере, потерю интереса к работе, одновременно раздражительность, безразличие и усталость.

2. В мотивационной структуре личности врачей с небольшим стажем работы больше выражены состязательные мотивы, они готовы к конкуренции и внутригрупповой борьбе, ориентированы на проявление инициативы в профессиональной деятельности. В мотивационной структуре личности врачей с большим стажем работы, доминирующим является мотив смены деятельности.

3. Врачи с большим стажем испытывают самоуважение, врачи с меньшим стажем работы больше ориентированы на рост уважения к себе.

4. Врачи терапевты со стажем работы больше двенадцати лет испытывают выраженное эмоциональное выгорание, они не удовлетворены собой, чувствуют свою беспомощность, обладают более высоким уровнем тревоги и депрессии. Для них характерно неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, а также высокие показатели эмоционально-нравственной дезориентации. Такие люди реально оценивают свои возможности. Основной фазой эмоционального выгорания у них является фаза «резистенция». В данной группе терапевтов в настоящее время нет развитых психологических защит, механизмов сопротивления выгоранию.

5. Исследование агрессивности у врачей с разным стажем работы, показало, что:

* врачи, работающие более двенадцати лет, чаще своих коллег проявляют оппозиционную форму поведения, направленную против руководства, которая способна дорастать до активных действий против требований, правил и законно;
* у врачей с большим и меньшим стажем работы обнаружен высокий уровень раздражительности.

6. Изучение стратегии поведения в конфликте у врачей, показал, что наиболее предпочитаемая тактика поведения в конфликте:

* в группе врачей с меньшим стажем работы можно выделить сразу две шкалы - сотрудничество и компромисс. По мнению Томаса, именно этим стратегии являются наиболее адекватными при преодолении межличностных и внутриличностных конфликтов. Возможно, предпочтение этим тактикам объясняется влиянием ещё продолжающейся профессиональной адаптации и не длительного нахождения в рамках высокой интенсивности труда.
* для группы врачей с большим стажем - это соперничество, что, по мнению Томаса, приводит к увеличению вероятности появления конфликтных ситуации с пациентами, коллегами и руководством.

7. Уровень эмпатии изменяется в процессе увеличения профессионального стажа у врачей, что обусловлено высокой интенсивностью труда в больнице и приводит к формированию таких переменных эмоционального истощения, как «деперсонализация» и «эмоциональный дефицит», к резкому снижению эффективности работы в профессионально значимой для них деятельности, а также провоцирует защитные механизмы в виде высокого соперничества, снижающийся эмпатии и негативизму во взаимоотношениях.

# Заключение

В нашем исследовании приняли участие две группы испытуемых, которые работают в городской больнице №26.

Первую группу сформировала врачи терапевтического отделения со стажем 3-4 года работы с высокой нагрузкой. Вторую группу сформировали врачи терапевтического отделения со стажем работы от 12 до 14 лет с высокой интенсивностью работы. Исследование проводилось на базе первого и второго терапевтического отделения Городской больницы №26 (Т. Костюшко).

Количество испытуемых - 34. Из них 16 врачей в группе со стажем 3-4 года и 18 врачей в группе со стажем 12-14 лет.

**Цель исследования:** выявить уровень профессионального выгорания врачей терапевтического отделения в зависимости от стажа работы в лечебном учреждении.

**Объект исследования**: Врачи первого и второго терапевтического отделения больницы №26 имени Костюшко.

**Предмет исследования**: уровень профессионального выгорания врачей терапевтического отделения в зависимости от стажа работы в лечебном учреждении.

**Гипотеза:** Мы предполагаем, что врачи с небольшим стажем работы в лечебном учреждении меньше подвержены эмоциональному выгоранию, нежели врачи с большим стажем работы.

В ходе корреляционного анализа мы исследовали взаимосвязи различных компонентов профессионального выгорания с переменными профессиональной деятельности и стажем работы врачей терапевтического отделения больницы имени Костюшко.

Материалом для корреляционного анализа послужили данные, полученные в выборке исследования переменных профессионального выгорания и различных компонентов профессиональной деятельности.

Мы увидели, что наиболее значимые корреляции в группе врачей с большим стажем связаны с двумя переменными профессионального выгорания, находящимися в стадии «истощение». Деперсонализация, при которой врачи с большим стажем работы уже не могут профессионально выполнять свои обязанности, приводит к формированию соперничества, как стратегии поведения в конфликте. Они испытывают сильный эмоциональный дефицит, то есть невозможность проявлять эмоции в адрес пациентов и коллег по работе. В результате деперсонализации растет тревога и депрессия, что может приводить к вегетативным и соматическим нарушениям. Эмоциональный дефицит, в свою очередь, приводит к низкой эмпатии и невозможности проявлять сопереживание к своим больным.

Высокий эмоциональный дефицит приводит к негативизму, то есть провоцирует оппозиционную форму поведения, и, как следствие, нарушению правил и стандартов лечения.

У врачей из данной группы выражен мотив мобилизации усилий, что свидетельствует о том, что они работаю на пределе своих сил. Высокая интенсивность работы приводит у них к отсутствию желания профессионально развиваться и конкурировать с другими врачами. Неспособность изменить ситуацию приводит к такой форме взаимодействия с другими людьми, как «обида», то есть к обвинению всех других в сложившейся ситуации.

Что касается врачей из группы с меньшим стажем работы, то для них наиболее значимой переменной является один из компонентов профессионального выгорания в начальной стадии – «неудовлетворённость собой», которая наиболее тесно отрицательно связано с такой стратегией поведения в конфликте, как компромисс. Находящиеся в легкой степени выгорания врачи с небольшим стажем не могут использовать компромисс, как основную стратегию поведения в конфликте, в силу ряда причин.

Чаще всего они используют такую стратегию, как избегание, что в свою очередь приводит к формированию косвенной агрессии в адрес пациентов и коллег. Следствием косвенной агрессии является неудовлетворенность собой и раздражительность к окружающему миру. Высокая неудовлетворенность собой приводит к ощущению загнанности в клетку, то есть невозможности полноценного отдыха.

В положительном плане стоит отметить, что врачи с небольшим стажем работы готовы проявлять инициативу, они могут объективно оценить результат своей работы и испытывать уважение к себе.

Гипотеза, поставленная нами в начале работы, подтвердилась. С увеличением стажа работы врачей терапевтического отделения при высокой интенсивности труда профессиональное выгорание наступает в течении 10-12 лет непрерывной работы.

Рекомендации:

Полученные в исследовании данные могут найти свое применение в:

1. Психологическое консультирование врачей;
2. Консультирование по проблеме межличностных отношений;
3. Коррекция агрессивного поведения, обучение навыкам бесконфликтного общения;
4. Конкретизация жизненных и профессиональных планов;
5. Совместный анализ действий и поступков, формирование навыка обращения к внутренним ресурсам.

# Список литературы

1. Бабанов, С. А. Профессиональные факторы и стресс: синдром эмоционального выгорания / С. А. Бабанов // Новые СПб врачебные ведомости. — 2010. — N 1. – С. 30-35.
2. Балканская, П.  Отношение медицинских работников к смерти / П. Балканская // Медицинская сестра. — 2012. — N 6. — С. 33-34.
3. Безносов С.П. Профессиональная деформация личности. СПб.: Речь, 2004.
4. Бектасова, М. В. Распространенность и характеристика синдрома «эмоционального выгорания» у медицинского персонала онкологических, фтизиатрических учреждений Приморского Края / М. В. Бектасова, В. А. Капцов, А. А. Шепарев // Гигиена и санитария. — 2012. — N 5. — С. 60-62.
5. Бодагова, Е. А. Психическое здоровье врачей разного профиля / Е. А. Бодагова, Н. В. Говорин // Социальная и клин. психиатрия. — 2013. — Том 23, N 1. — С. 21-26.
6. Бойко В. В., Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. - 1999.
7. Бойко В.В., Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. - 1996.
8. Бреслав Г.М. Психология эмоций. М.: Смысл, издательский центр «Адамения»,2004.
9. Брязгунов, И. Посттравматическое стрессовое расстройство в практике педиатра / И. Брязгунов, А. Кизева // Врач. — 2013. — N 3. — С. 71-72.
10. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. СПБ.: Питер, 2009
11. Водопьянова Н.Е, СтарченковаЕ.С. Психологическое выгорание и качество жизни. (Психологические проблемы самореализации личности)/ под ред. Коростылевой Л.А. вып. 6. СПб.: СПБ ГУ, 2002.
12. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика - СПб.: Питер, 2009.
13. Водопьянова Н.Е. Синдром «психического выгорания» в коммуникативных профессиях // Психология здоровья / Под ред. Г.С. Никифорова. СПб., 2000.
14. Возрастная специфика профессионального стресса у врачей- специалистов разного профиля / Ю. А. Парфенов, В. Г. Белов, В. С. Цой и др. // Успехи геронтологии. — 2012. — Том 25, N 4. — С. 729-735.
15. Горохова М.Ю. Роль личностного фактора в возникновении и развитии феномена «эмоционального выгорания». -2004.
16. Додонов Б. И. Эмоция как ценность. — М.: Политиздат, 1977.
17. Ермолаева, Л. А. Необходимость психологической подготовки студентов для профилактики синдрома эмоционального выгорания / Л. А. Ермолаева, З. Н. Шенгелия, О. В. Мироненко // Стоматологический научно — образовательный журнал. — 2012. — N 1/2. — С. 14-18.
18. Изард К.Е. Психология эмоций. - СПб.: Питер, 2000.
19. Ильин Е.П. Психофизиология состояний человека. СПБ.: Питер, 2005.
20. Ильин Е. П. Психология помощи. Альтруизм, эгоизм, эмпатия. Питер., 2013.
21. Ильин Е.П. Работа и личность. Трудоголизм, перфекционизм, лень. СПб Питер., 2011.
22. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. СПб., 2001.
23. Иевлева С. Шаталова Т. Когда обожжены нервы. Статья 2003.
24. Козин, В. А. Синдром «эмоционального выгорания»: происхождение, теории, профилактика, перспективы изучения / В. А. Козин, Т. В. Агибалова // Неврологический вестник. — 2013. — Том XLV, N 2. — С. 44-52.
25. Королева, Е. П. Охрана труда медицинских работников: психоэмоциональные факторы / Е. П. Королева // Здравоохранение. Журн. раб. ситуаций гл. врача. — 2013. — N 4. — С. 44-51.
26. Лазурский А.Ф. Очерк науки о характерах. - М.: Наука, 1995.
27. Леонтьев Н. А., Потребности, мотивы и эмоции. — Москва: 1971.
28. Маслач К. Профессиональное выгорание: как люди справляются. Статья 1978. Интернет.
29. Мещеряков Б.Г, Зинченко В.П. Большой психологический словарь. СПб.: Питер,2006.
30. Мерлин B.C. Психология индивидуальности. М.: МОДЕК, 2005.
31. Ольшанникова А.Е. Эмоции и воспитание. М.: Знание, 1983.
32. Особенности профессионального выгорания врачей анестезиологов- реаниматологов в разных возрастных периодах / В. Г. Белов, Т. Ю. Куштан, Н. В. Яковлева и др. // Успехи геронтологии. — 2012. — Том 25, N 2. — С. 323-328.
33. Парфенов Ю. А. Клинико — психофизиологические маркеры дезадаптивных нервно-психических состояний у врачей поликлиники среднего и пожилого возраста с синдромом профессионального выгорания / Ю. А. Парфенов // Успехи геронтологии. — 2012. — Том 25, N 3. — С. 422-426.
34. Парфенов Ю. А. Психофизиологическая характеристика профессионального выгорания у врачей-специалистов разных возрастных групп / Ю. А. Парфенов // Успехи геронтологии. — 2012. — Том 25, N 4. — С. 736-744.
35. Профессиональное «выгорание» у врачей хирургического профиля / А. А. Баулин, Н. Г. Алакина, И. В. Стешкина и др. // Хирургия. — 2013. — N 7. – С. 43-48.
36. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. СПб: Питер, 2000.
37. Рубинштейн С.Л. Эмоции и потребности. СПб.,1998.
38. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии., СПб, 2000.
39. Симонов.  П.В. Эмоциональный мозг. – М., 1981.
40. Смирнова О. Ю. Терапия и профилактика синдрома эмоционального выгорания / О. Ю. Смирнова, А. В. Худяков // Медицинская сестра. — 2011. — N 7. — С. 36-40.
41. Свергун О. Ю. Профессиональное выгорание — проблема личная или организационная? / О. Ю. Свергун // Главная мед. сестра. — 2013. — N 2. — С. 113-123.
42. Социальная адаптация медицинских работников в период обучения и на разных этапах их профессиональной деятельности / К. А. Эхте, Д. П. Дербенев, О. В. Крячкова и др. // Профилактическая медицина. — 2013. — Том 16, N  2. – С. 13-17.
43. Трунов Д.Г. Синдром сгорания: позитивный подход к проблеме. Журнал практического психолога 1998 №5
44. Теплов Б.М. Проблемы индивидуальных различий. М.: Педагогика, 1965.
45. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М., Изд-во Института Психотерапии. 2002.
46. Фресс П. Эмоциогенные ситуации. Экспериментальная психология. М.: Прогресс, 1975.
47. De Oliveira GS Jr., Chang R., Fitzgerald PC, Almeida MD, Castro-Alves LS, Ahmad S, et al. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of united states anesthesiology trainees. Anesthesia & Analgesia. 2013. № 117(1). С. 182–193.
48. Lesage FX., Berjot S., Altintas E., Paty B. Burnout among occupational physicians: a threat to occupational health systems. A nationwide crosssectional survey. Ann Occup Hyg 2013. № 57(7). С. 913-919.