

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Алтайский государственный гуманитарно-педагогический  
университет имени В.М. Шукшина»  
(АГГПУ им. В.М. Шукшина)

Психолого-педагогический факультет  
Кафедра педагогики и психологии

Направление подготовки 37.03.01 Психология

**Особенности психологического сопровождения медицинских  
работников скорой помощи**

**Выпускная квалификационная работа**

**Допустить к защите**

Зав. кафедрой педагогики и психологии  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г.

**Манузина Елена Борисовна**

\_\_\_\_\_ *подпись*

**Выполнил студент**

П-ЗП141 группы

**Техов Алексей Александрович**

\_\_\_\_\_ *подпись*

**Научный руководитель**

канд. пед. наук, доцент

**Шевченко**

**Наталья Борисовна**

\_\_\_\_\_ *подпись*

**Оценка** \_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г.

**Председатель ГЭК**

**Скоркина**

**Татьяна Васильевна**

\_\_\_\_\_ *подпись председателя ГЭК*

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Алтайский государственный гуманитарно-педагогический  
университет имени В.М. Шукшина»  
(АГГПУ им. В.М. Шукшина)

**АННОТАЦИЯ**

На выпускную квалификационную работу

Студента Техова Алексея Александровича

Группы П-ЗП 141

Направление: Психолого-педагогическое образование

Профиль: Психология образования

Тема: «Особенности психологического сопровождения медицинских работников скорой помощи»

**Theme:** Features of psychological support of emergency medical workers.

**Objective:** to study the main problems of emergency medical workers, such as emotional burnout and exposure to stress and describe the psychological support of emergency medical workers in identifying these problems.

Thesis consists of introduction, 2 chapters, conclusion, bibliography, conclusion.

In the introduction the methodological apparatus of the study is formulated.

The first chapter is devoted to "theoretical and methodological foundations of psychological support of medical emergency workers."

The second Chapter is devoted to "the study of emotional burnout and stress susceptibility in emergency medical workers and the description of psychological support in their detection»

In conclusion, the main conclusions are formulated.

The list of references consists of 31 sources.

The application of the presented method: the test of resilience S. muddy, the test questionnaire of V. V. Boyko

**Автор ВКР** \_\_\_\_\_

*(подпись)*

**Техов Алексей Александрович**

*(ф.и.о.)*

**Руководитель ВКР** \_\_\_\_\_

*(подпись)*

**Шевченко Наталья Борисовна**

*(ф.и.о.)*

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	4
<b>Глава 1. Теоретико-методологические основы психологического сопровождения медицинских работников .....</b>	<b>7</b>
1.1 Понятие психологического сопровождения . Структура и характеристика.....	7
1.2 Характеристика основных проблем работников скорой помощи...12	
1.3. Особенности психологической защиты медицинских работников скорой помощи.....	17
1.4. Содержание психологического сопровождения медицинских работников при возникновении психологических проблем.....	21
<b>Выводы по главе 1.....</b>	<b>26</b>
<b>Глава 2. Изучение эмоционального выгорания и подверженности стрессу у медицинских работников скорой помощи и описание психологического сопровождения при их выявлении.....</b>	<b>28</b>
2.1. Организация и методы исследования.....	28
2.2. Изучение психологических проблем медицинских работников скорой помощи.....	31
2.3. Описание психологического сопровождения медицинских работников скорой помощи. Рекомендации направленные на снижение эмоционального выгорания и снижение стресса.....	36
<b>Выводы по главе 2.....</b>	<b>42</b>
<b>Заключение .....</b>	<b>43</b>
<b>Список использованной литературы.....</b>	<b>45</b>
<b>Приложения.....</b>	<b>49</b>

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность:** При том, что условия работы сотрудников скорой медицинской помощи близки к экстремальным, становится очевидным, что такая высокая потребность в психологической помощи именно по профессиональным причинам является обоснованной. Крайне важным является и тот фактор, что одной из причин возникновения психологических проблем является эмоциональное выгорание и стрессовые ситуации которые часто приводят к принятию необоснованных решений, снижению профессиональной эффективности. Устранить эту проблему можно только при оказании психологической помощи [29].

При разработке программ психологического обеспечения следует учитывать, что уровень психологической помощи сотрудникам Скорой помощи существенно отличается от уровня профессиональной помощи, оказываемой пациентам. В данном случае помощь будет носить скорее характер снятия психологической нагрузки, уменьшения степени влияния стрессогенных факторов. И как можно улучшить их психологическое состояние

Профилактика и устранение психологических проблем должны привести и к устранению тех факторов, которые приводят к серьезным соматическим заболеваниям: системы кровообращения, раковым и другим заболеваниям, одной из провоцирующих причин которой становятся невротичные факторы

Высокая готовность сотрудников скорой помощи к принятию психологической помощи говорит о том, что она будет эффективной и принесет реальную пользу медицинским работникам СМП, поможет увеличить качество оказания медицинской помощи пациентам.

**Цель исследования:** изучение основных проблем медицинских работников скорой помощи, таких как эмоциональное выгорание и подверженность

стрессу и описание психологического сопровождения медицинских работников скорой помощи при выявлении этих проблем.

**Объект исследования:** являются основные проблемы медицинских работников скорой помощи: эмоциональное выгорание и подверженность стрессу.

**Предмет исследования:** психологическое сопровождение медицинских работников при выявлении эмоционального выгорания и подверженности стрессу.

**Гипотеза исследования** заключается в том, что проявление эмоционального выгорания и высокая подверженность стрессу медицинских работников скорой помощи связаны со стажем работы.

Для достижения цели в работе поставлены следующие **задачи:**

1. Провести анализ литературы по проблеме исследования.
2. Изучить проблемы медицинских работников скорой помощи (эмоциональное выгорание и подвержение стрессу).
3. Описать психологическое сопровождение медицинских работников скорой помощи. Сформулировать рекомендации.

**Методы исследования:**

- 1) Теоретический метод
- 2) Психодиагностический метод
- 3) Количественная и качественная обработка

**База исследования:** КГБУЗ Станция скорой медицинской помощи г. Бийска Алтайского края. Общий объем выборки составил 30 человек (15 человек со стажем работы от 3-7 лет, 15 человек с стажем работы более 10 лет)

**Практическая значимость:** состоит в том, что сформулированы рекомендации для медицинских работников скорой помощи с целью снижения эмоционального выгорания и формированию стрессоустойчивости.

**Структура ВКР.** Дипломная работа состоит из введения, 2-х глав, заключения, списка литературы, заключения.

В введении сформулирован методологический аппарат исследования.

Первая глава посвящена «теоретико-методологическим основам психологического сопровождения медицинских работников скорой помощи».

Вторая глава посвящена «изучение эмоционального выгорания и подверженности стрессу у медицинских работников скорой помощи и описание психологического сопровождения при их выявлении»

В заключении сформулированы основные выводы.

Список литературы состоит из 31 источника.

Приложение представлены методики: тест жизнестойкости С.Мадди, тест опросника В.В.Бойко

## **Главарь 1. Теоретико-методолгические основы психологического сопровождения медицинских работников скорой пмощи**

### **1.1 Понятие психологического сопровождения . Структура и характеристика**

В современной системе здравоохранения существуют разные формы учреждений, оказывающих медицинскую помощь гражданам. Среди них особое внимание уделяется организации скорой и неотложной медицинской помощи населению. В настоящее время данный вид медицинской помощи оказывается станциями, отделениями и институтами скорой медицинской помощи.

«Станция скорой медицинской помощи является медицинским учреждением, предназначенным для оказания круглосуточной скорой медицинской помощи взрослому и детскому населению как на месте происшествия, так и в пути следования в стационар при состояниях, угрожающих здоровью или жизни граждан или окружающих их лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострением хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах».

Медицина — это сфера деятельности человека, потенциально неблагоприятная для психического и физического здоровья. Профессиональная деятельность медицинского работника связана с разработкой стратегии и тактики терапевтического воздействия и, следовательно, требует умения прогнозировать события, предусмотреть возможные варианты развития заболевания, осложнения и последствия фармакологического лечения. Персонал скорой медицинской помощи работает в ситуации постоянного стресса, испытывая колоссальные психологические перегрузки, справиться с которыми помогают не только

многолетний опыт, но и высокие личностные и морально-этические качества.

Сотрудники скорой помощи, в том числе и фельдшеры, работают в очень сложных условиях. Во время выполнения вызова фельдшер может столкнуться с любой, самой неожиданной патологией. Ему необходимо иметь широкий кругозор, обладать знаниями из самых разных областей медицины, уметь быстро ориентироваться в сложной ситуации, сохранять хладнокровие, за короткое время принять верное решение. Отсутствие возможности проводить дополнительные исследования (лабораторные анализы, рентгенограммы и др.), невозможность быстро получить консультативную помощь обязывают фельдшера скорой помощи полагаться только на свои знания, опыт и навыки. И это не в тихом кабинете, а в любых, часто самых экстремальных условиях.

Одна из главных сложностей состоит в том, что в момент выезда на вызов никогда не известно абсолютно точно, что ждет впереди. Приступ стенокардии может обернуться чем угодно — от истерии до отравления таблетками, а при выезде по поводу травмы руки на месте может оказаться пациент с огнестрельным ранением, массивной кровопотерей и шоком. Поэтому фельдшер должен быть постоянно готов к любым, порой самым необычным и неожиданным ситуациям.

Очень трудны с психологической точки зрения являются ситуации, когда фельдшеру приходится сталкиваться с особо чрезвычайными ситуациями (гибель детей, беременных, массовые происшествия, катастрофы и т.п.). Особенно негативно это отражается на морально-психическом состоянии молодых специалистов, так как они в большей степени подвержены воздействию стрессовых ситуаций.

Также отрицательно на психологическое состояние фельдшера влияют случаи гибели пациентов в присутствии бригады скорой помощи, когда все доступные средства и методы оказываются неэффективными. В таких ситуациях очень часто фельдшер испытывает «чувство вины» за



недостаточность своих знаний и умений, даже если фактически он является высококвалифицированным специалистом. Как правило, систематически повторяющиеся подобные ситуации приводят к возникновению глубоких эмоциональных переживаний и как итог - к сильной депрессии, либо хронизации стресса.

Не менее сложными в моральном плане бывают вызовы на улицу или в иное общественное место по поводу дорожно-транспортных происшествий, падений с высоты или внезапных тяжелых заболеваний, когда вокруг пострадавшего собирается разгоряченная толпа, как правило, негативно или даже агрессивно настроенная по отношению к сотрудникам скорой помощи. Самая распространенная и невинная претензия – это долгое ожидание приезда бригады скорой помощи. В подобных ситуациях окружающие неадекватно оценивают время. Даже если бригада прибыла в срок, окружающим всегда будет казаться, что прошло уже много времени. Как правило, все претензии адресованы конкретно прибывшему на место происшествия фельдшеру. Иногда такие претензии могут перерасти в конфликт не только словесного, но и физического характера.

Довольно часто бывают действительно опасные ситуации, когда фельдшер может оказаться один на один с группой возбужденных алкоголем или наркотиками людей, требующих спасти, возможно, уже умершего товарища. В такие моменты они ведут себя неадекватно, не отвечают за свои действия, и может произойти всё что угодно. В практике скорой помощи неоднократно встречались случаи убийства, насилия и других криминальных действий в отношении медицинских работников. Осознание возможности подобных происшествий и страх за своё здоровье и жизнь очень негативно влияют на психологическое состояние фельдшера и его дальнейшую работоспособность.

Помимо сложностей в отношениях с пациентами, большое влияние на психологическое состояние работника оказывает нездоровая

обстановка в коллективе станции скорой помощи. Очень часто администрация не только не регулирует взаимоотношения между коллегами, но и навязывает свои принципы, которые сковывают свободное поведение на работе.

Работники скорой помощи, постоянно подверженные действию стрессов, вынуждены воздвигать своеобразный барьер психологической защиты от пациентов и коллег, становиться менее эмпатичными, иначе все вышеизложенные ситуации со временем неизбежно приводят к развитию синдрома эмоционального выгорания.

Синдромом эмоционального выгорания называют состояние, при котором развивается и прогрессирует сначала эмоциональное, а затем умственное и физическое истощение. Такой реакцией организм отвечает на хронический стресс, который связан в основном с профессиональной деятельностью фельдшера скорой помощи. Начальные проявления эмоционального выгорания – нежелание ехать на вызов, ощущение разбитости, снижение интереса к оказанию помощи пострадавшим. Если никаких мер не предпринимается, прогрессирует утрата энергии эмоциональной, когнитивной и даже физической.

Синдром эмоционального выгорания развивается при появлении нескольких причин, которые можно условно разделить на личностные факторы и ситуационные проблемы.

К первой группе относят такие черты личности, как гуманизм, длительное внутреннее переживание негативных ситуаций на работе, интроверсия, желание охватить всё своим контролем, склонность к самопожертвованию, высокие ожидания от результатов своей профессиональной деятельности, идеализированные взгляды на свою работу и жизнь.

К ситуационным причинам можно отнести высокую ответственность, конфликты с коллегами или начальством, плохую организацию труда, многочасовой режим работы, отсутствие

достаточного морального и финансового вознаграждения за труд, психологически тяжелый контингент, с которым нужно общаться во время выполнения профессиональных задач, большая профессиональная нагрузка, отсутствие поддержки со стороны родственников и знакомых.

Синдром эмоционального выгорания развивается постепенно. Можно условно разделить его на три стадии.

Первой стадией является защитная реакция организма на конфликт с рабочей обстановкой. Она проявляется эмоциональным перенапряжением, переходящим в истощение, ощущением опустошенности и равнодушия к пациентам.

Вторая стадия – деперсонализация – проявляется уменьшением интереса к общению с коллегами на профессиональную тематику, потерей мотивации, более циничной позицией, раздражительностью. В некоторых случаях человек, наоборот, становится крайне зависимым от мнения коллег.

На последней стадии происходит редукция собственных убеждений, что проявляется отсутствием уверенности в своей компетентности, снижением чувства удовлетворения работой, негативным отношением к пациентам, дискомфортом от общения с ними. Именно на этой стадии возникает тяга к употреблению алкоголя или наркотиков, а также возрастает риск развития тяжелых психических заболеваний.

Особенно часто синдром развивается у тех специалистов, которые вкладывают в работу свою душу, переживают за каждого пациента, постоянно неся бремя ответственности самостоятельно. Эта ответственность тяготеет над личностью и не дает душевного спокойствия.

Проблема эмоционального выгорания представляет не только научный интерес, она имеет большую практическую значимость при использовании полученных данных в системе психогигиенических, психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий,

обеспечивающих сохранение и укрепление здоровья медицинских работников.

Таким образом, в профессиональной деятельности фельдшера скорой помощи всегда присутствуют факторы возникновения стрессов, на фоне которых со временем развивается синдром эмоционального выгорания. Именно это состояние часто приводит к систематическому употреблению спиртных напитков и, как следствие, алкогольной зависимости.

## **1.2 Характеристика основных проблем работников скорой помощи**

Искренняя, глубокая заинтересованность врача в устранении недугов больного порождает изобретательность в формах помощи. Доверие к врачу нередко зависит от первого впечатления, возникающего у больного при встрече с врачом, его мимики, жестыкуляции, тона голоса, высказываний, а также внешнего вида. Если больной видит врача неопрятного, не выпавшегося по каким-либо, не относящимся к работе причинам, то он теряет веру, считая, что человек, не способный заботиться о себе, не может заботиться и о других и быть надежным в своей работе. Различные отклонения во внешних проявлениях и во внешнем виде больные скорее склонны извинить тем медицинским работникам, которых они уже знают и к которым уже испытывают доверие.

Медицинский работник приобретает доверие больных в том случае, если он как личность гармоничен, спокоен и уверен, но не надменен, и если его манера поведения — быстрая, настойчивая и решительная, сопровождающаяся человеческим участием и деликатностью. При каждом серьезном решении врач должен представлять себе результаты его влияния на здоровье и жизнь больного. Особые требования к нему предъявляет необходимость быть терпеливым и владеть собой. Он должен всегда считаться с различными возможностями развития заболевания. Нелегко соединить в работе врача необходимую заботливость и рассудительность с

требуемой решительностью, хладнокровием, оптимизм с критическим отношением и скромностью.

Уравновешенная личность врача является для больного комплексом гармонических внешних стимулов, влияние которых принимает участие в его выздоровлении. Медицинский работник должен воспитывать и формировать свою личность, во-первых, наблюдая за реакцией на свое поведение непосредственно (по разговору, оценке мимики, жестов больного), и, во-вторых, косвенно, когда оценку его поведения дают его коллеги. Это требует определенных усилий, определенного критического отношения к себе и необходимую меру интеллигентности, которая для медицинского работника должна быть само собой разумеющейся.

Доверие больных к молодому медицинскому работнику, с меньшим жизненным опытом и меньшей квалификацией, усиливается добросовестностью, готовностью в любую минуту прийти на помощь и скромностью.

Больной теряет доверие, а медицинский работник теряет авторитет в том случае, если у больного создается впечатление, что медицинский работник является тем, кого называют «плохой человек». Такое впечатление может быть вызвано поведением врача, если он плохо говорит о своих коллегах, надменно относится к подчиненным и с подхалимством – к начальству, проявляет тщеславие, некритичность, болтливость, злорадство. Тщеславность проявляется например, в том, что врач не просит о консультации более опытного коллегу или преувеличивает больному тяжесть его заболевания, чтобы получить после выздоровления больного большее признание и восхищение. Более серьезные личные недостатки медицинского работника могут привести больного к предположению, что врач или сестра с такими качествами не будут добросовестными и надежными и при исполнении своих служебных обязанностей.

Врач должен быть разносторонне развитой, гармоничной личностью сочетающей в себе комплекс профессиональных и духовных качеств.

У некоторых врачей описанные выше личностные качества оказываются более выраженными и превалируют над другими, что мешает продуктивной профессиональной деятельности.

Можно выделить краевые варианты личностных особенностей врачей:

1. "Сердобольный" - сострадающий, сопереживающий, легко отзывающийся на страдания больного;
2. "Прагматик" - в работе с больными учитывает лишь объективную сторону болезни, не обращает внимания на переживания больных;
3. "Моралист" - склонный к нравоучениям, негодует, если больной ставит под сомнение или не выполняет его рекомендации;
4. "Трудыга" - добросовестен в работе, серьезен, старателен, трудолюбив, не склонен к шуткам с больными;
5. "Активист" ("общественник") - в работе с больными предпочитает решение различных организационных вопросов, выполнение общественных поручений в лечебном учреждении;
6. "Догматик" - жестко следует усвоенным диагностическим и терапевтическим установкам и схемам, с трудом воспринимает новое;
7. "Технократ" - переоценивает значение лабораторных и аппаратных данных, не придает значения жалобам больных и другим субъективным сторонам болезни;
8. "Психотерапевт" - старается вникнуть в переживания больного, помочь ему советом, переубеждением;
9. "Сибарит" - любит удобства и комфорт, больные раздражают своими жалобами, мало считается с их мнением, склонен к богемному образу жизни;
10. "Артист" - склонен к демонстрации своих знаний и профессиональных навыков больным и их родственникам, играет, в

зависимости от обстановки, роли различного врача - "сомневающегося", "внимательного", "светилы" и т.п.;

11. "Скучающий бездельник" - высокая самооценка при довольно скромном запасе знаний, шаблонность в постановке диагнозов и назначении лечения, пренебрежительное отношение к пытливым коллегам

12. "Мизантроп" - врач по принуждению; отсутствие призвания к врачебной деятельности проявляется в отсутствии таких качеств, как сопереживание, доброжелательность, а также в грубости, брезгливом отношении к больным, злых шутках.

В гармонично развитой личности врача должен сочетаться описанные типы, кроме мизантропа, сибарита и скучающего бездельника.

Приведенная классификация не исчерпывает всего разнообразия психологических типов врачей. Необходимо учитывать, что формирование того или иного типа врача в значительной степени обусловлена воспитанием.

**Понятие о профессиональной деформации.** Каждая профессия может способствовать развитию человека и совершенствовать его личные качества на пользу общества. Но профессия может также вызывать деформации, деформировать характер человека. Деформации могут вызывать в некоторых случаях лишь добродушное подшучивание (профессорская забывчивость, рассеянность), но другой раз они могут быть предметом иронии, сарказма и сатиры (чиновничий, казенный бюрократизм).

Врач тоже обладает определенной властью над больными, следовательно, он подвержен опасности деформации. Профессиональная деформация развивается, как правило, постепенно из профессиональной адаптации. Профессиональная адаптация является необходимой для медицинского работника. Врачи, медицинские сестры и вспомогательный персонал в начале своей профессиональной деятельности очень бурно переживают все этапы оказания медицинской помощи и страдания больных,

однако постепенно у медиков развивается эмоциональная сопротивляемость. Хотя определенная степень эмоциональной сопротивляемости необходима и понятна, однако в сознании медицинских работников должна сохраняться способность воспринимать больного как страдающего человека, заслуживающего уважение, личность больного нельзя считать неудобным придатком к больному органу, который врач должен обследовать. Это является необходимой составной частью не только человеческого, но и профессионального уровня врача.

Профессиональными деформациями являются поведение и выражения медицинских работников, при которых под влиянием привычки проявляется черствость по отношению к больным в такой степени, что у не медиков создается впечатление бездушности и даже цинизма. Например, врач и медицинская сестра не считают нужным отделить хотя бы ширмой умирающего больного в двадцатикоечной палате, или же врачи, совершая обход, при больном дискутируют о неблагоприятном прогнозе его болезни.

Профессионально деформированный лечащий врач, ставящий диагноз хотя и точно, но при помощи машин, вызывает у больного впечатление незаинтересованности и безразличия, не осознавая этого.

Имеются и некоторые организационные и экономические обстоятельства, усиливающие деформированный подход к больному. Сложный механизм планирования и управления медицинскими учреждениями, необходимость капитального ремонта многих больниц и поликлиник затягивают процесс создания необходимых условий в отделениях, расположенных в старых зданиях. Медицинским сестрам, а в известной степени и врачам, не мешают большие палаты. В них легче справиться с работой, больные сами наблюдают друг за другом и помогают друг другу больше, чем в маленьких палатах. Значительно меньше такое положение нравится больным.

При планировании всегда больше внимания уделяется приобретению диагностической и лечебной аппаратуры и лабораторного оборудования, чем перестройке больничных отделений в соответствии с требованиями лечебно-



охранительного режима, при котором необходимо помнить о том, что больной нуждается в создании хотя бы минимальных интимных условий.

Все это связано с характером профессиональной деформации, имеющим психологическое значение: причиной являются не плохие намерения или стремления вредить больному, а плохая, в течение длительного времени, по существу, неосознанная привычка. Она проявляется также в своеобразном профессиональном жаргоне, применяемом без преград при больных

### **1.3 Особенности психологической защиты медицинских работников скорой помощи**

Анализ научных публикаций показывает, что у медицинских работников скорой помощи очень сильные впечатления, чувства, связанные с умирающими больными и самим фактом их смертей. Все, что связано со смертью больных представляет серьезную психическую нагрузку для медперсонала. При этом характер реагирования может быть разным. Некоторые медики вместе со своими больными надеются, верят, ждут: а вдруг все-таки можно помочь? Другие пытаются отстраниться от страхов, как бы только больного коснется «дыхание жизни смерти». Некоторые перекладывают ответственность на самих больных: они же сами виноваты в своей смерти («зачем столько пил?», «почему чка вовремя не обратился?»). Ну и, наконец, около трети медработников вообще не занимает этот вопрос: страх смерти они «никогда не чувствовали», не отмечали (Дементий Л.И., 2004).

Сегодня же такое явление можно встретить у многих медицинских работников скорой медицинской помощи. У дафельдшеров скорой медицинской помощи внешне вроде бы все нормально, но внутри ощущения опустошенности и скуки.

Появляется раздражение, которое в дальнейшем сложность контролировать. Если не предпринимать никаких действий, то на последней стадии отмечается резкое падение самооценки и профессиональной мотивации. На этой тяжелой стадии возможны нарушения здоровья, бессонница, злоупотребление спиртными напитками, курение, частое использование психотропных веществ. Психологами отмечены основные причины стресса на работе: организационные проблемы, недостаточная поддержка со стороны руководства, долгие часы работы в недружественной обстановке, низкий статусный, неопределенность и неуверенность в будущем, неспособность влияния на процесс принятия решений, неумение общаться, конфликты с коллегами, откладывание и неспособность завершать задание (Гриднева С.В., 2006).

Существуют специальные методики, позволяющие определить эмоциональное состояние сотрудников, и помочь его диагностировать.

Не стоит забывать и о практических методах, позволяющих сохранить сотрудника в хорошем здравии. Каждому работнику скорой медицинской помощью следует помнить, чтобы для любого фельдшера важность профессионального развития и профессиональный рост. Речь идет обо всем том, чтобы каждый год сотрудника повышать в должности, а также о том, чтобы, ставящий перед человеком новые задачи, необходимость развиваться, «подвигаться» как к достижению новых вершин, обучать его дополнительным знаниям, которые являются необходимым условием решения новых задач.

Если активность не вмешивается в развитие синдрома эмоционального выгорания среди персонала, то самопроизвольного улучшения не происходит (Климов Е.А., 2004).

Первичная профилактика:

1. улучшение навыков борьбы со стрессом (дебрифинг (обсуждение) последствий критического события, физические упражнения, адекватный сон, регулярный отдых и др.);
2. обучение техникам релаксаций (расслабления) - прогрессивная мышечная релаксация, аутогенная тренировка, самовнушение, медитация;
3. умение разделить с пациентом ответственность за результат, умение говорить «нет»;
4. наличие хобби (спорт, культура, природа);
5. попытка поддержания стабильных партнерских, социальных отношений;
6. фрустрационная профилактика (уменьшение ложных ожиданий).

Сотрудников, впервые приступивших к работе, необходимо реалистически из адекватности ввести в курс дел. Если ожидания реалистичны, ситуация более предсказуема и лучше управляема.

Стратегии по предотвращению внешних обстоятельств, формирующих адаптацию (комбинация первичной и вторичной профилактики), могут быть разделены на действия по изменению организации из руководства и на мероприятия, проводимые с работниками (Камыкина И.В., 2008).

Мерами, направленными преимущественно на рабочее окружение, являются:

- создание, поддержание «здорового рабочего окружения» (т. е. временный менеджмент, коммуникативные стили руководства);
- признание результатов работы (похвала, высокая оценка, оплата);

- обучение руководителей («ключевая роль» начальника в предотвращении выгорания).

Руководитель должен обеспечить возможность участия сотрудников в принятии важных для них решений. Поддержка со стороны руководства порой даже более важна, чем поддержка со стороны коллег.

Личностно-ориентированные стратегии:

- выполнение «тестов на пригодность» перед обучением профессии;
- проведение специальных программ среди группы риска (например, Балинтовские группы для учителей и врачей);
- регулярный профессионально-медицинский, психологический мониторинг.

Признания терапии ещё развившегося адаптационного потенциала можно использовать следующие подходы:

- фармакологическое лечение согласно симптомам: антидепрессанты, транквилизаторы, аденоблокаторы, снотворные средства. Фармакологические препараты назначаются в среднетерапевтических дозах. Транквилизаторы или аденоблокаторы используются для кратковременного облегчения состояния, но могут быть опасны при длительном применении из-за риска развития зависимости от транквилизаторов и нарушений сердечной проводимости от аденоблокаторов. Они не убирают суть проблемы. Антидепрессанты назначаются при наличии депрессии в структуре синдрома и лучше сочетаются с их назначением с психотерапией;
- психотерапия (когнитивно-поведенческие, релаксационные техники, интегративная психотерапия);
- реорганизация рабочего окружения;

- комбинация изменений в рабочем окружении с реабилитацией и переобучением.

Таким образом, в первую очередь необходимо осознание проблемы и принятие ответственности за свою работу, свой профессиональный результат. Необходима мыслительная перестройка: переоценка целей, осознание своих возможностей и своих ограничений, позитивный взгляд на вещи. К сожалению, в ряде случаев развитие синдрома эмоционального выгорания заходит очень далеко, наблюдается стойкое негативное отношение как к работе, так к пациентам, коллегам. В таких ситуациях необходимым становится изменение места работы, переход на административный вид деятельности, работа, не связанная с людьми.

#### **1.4. Содержание психологического сопровождения медицинских работников при возникновении психологической проблемы**

Психологическую готовность к той или иной деятельности мы обозначаем как проработанность на личностном плане тех базовых жизненных проблем, с которыми человек может столкнуться на работе.

Медицинский работник прежде всего имеет дело с человеком страдающим. Причем страдающим не только телесно, но и психологически, так как болезнь выбивает его из привычного ритма жизни, разрушает множество планов.

Люди пытаются решить для себя самые важные жизненные вопросы: почему так случилось? в чем смысл и ценность жизни? что такое смерть? почему я так страдаю? Вопросы, конечно очень глубокие, даже мировоззренческие, но именно в таких кризисных и экстремальных ситуациях, как тяжелая болезнь или умирание они проявляются ярче всего.

Такие проблемы в психологии называют экзистенциальными. И, так или иначе, с этим переживанием пациентов соприкасается и медперсонал.

По отношению к этой проблеме существуют минимум две противоположные и одинаково неэффективные стратегии. Первая заключается в полном погружении в работу и, в конечном счете, в «умирании» с каждым пациентом. Вторая – в «психологическом окаменении», стремлении свести к минимуму общение с больными, и жестком разделении «себя на работе» и «себя в обычной жизни». В первом случае смысл жизни заключается в работе. Во втором работа видится как не имеющая никакого смысла и не несущая никакого ценного опыта.

Но это крайние стратегии. А как обычно действуют люди, чтобы оградить себя от тяжелых переживаний?

Чаще медицинские работники стараются либо не думать на эту тему, либо всячески «вытесняют», стараются забыть события, которые их «задели». Это вполне естественная реакция любого нормального человека: защита от травмирующей информации или информации, которая не укладывается в мировоззренческую систему.

Но страдания людей и смерть все равно присутствуют в работе медиков. И все равно оказывают свое травмирующее воздействие уже на бессознательном уровне. Такое «внутреннее накопление»

негативной информации может, и, как правило, приводит к психологическому срыву.

Обычным способом «вытеснения» является резкое отделение работы от обычной жизни. И сразу же проявляется существенное противоречие: с одной стороны, влияние работы на жизнь вообще отрицается, а с другой стороны многие отмечают, что в общении с близкими людьми стали циничнее. Это противоречие как раз и является проявлением неэффективной психологической защиты от очень сильной психологической нагрузки, которую испытывают медсестры. То есть такие способы защиты могут хорошо сработать в какой-то единичной экстремальной ситуации, сохранив психику от разрушений, но оказываются совершенно неэффективными при долговременном воздействии травмирующих событий. Но как же надо

действовать, чтобы защитить свой внутренний мир от сильных потрясений и при этом эффективно работать?

Основной подход, который мы предлагаем использовать в процессе оказания психологической помощи медперсоналу, это сознательное конструирование защит. То есть такой способ психологической проработки сложных ситуаций, возникающих на работе, который позволил бы эту ситуацию включить в жизненный опыт, извлечь из нее некий смысл, урок для себя.

Конкретные методы психологической работы могут быть следующими. Для выяснения индивидуальных особенностей проработанности экзистенциальной проблематики у медицинских работников была разработана методика (Заманаева Ю.В.). Ее можно проводить в виде интервью, а можно и в виде анкеты. После выполнения методики ответы группируются по специальной матрице в несколько блоков: «отношение к работе, смысл работы», «психологические трудности в работе и способы совладания с ними», «отношение к одиночеству», «отношение к смерти», «отношение к страданиям», «представления о жизненных закономерностях», «отношение к пациентам и родственникам пациентов».

Если выясняется, что какой-то из этих блоков вызывает у конкретного медицинского работника явное беспокойство, проводятся индивидуальные психологические консультации. Целесообразно проведение групповых семинарских и тренинговых занятий, направленных на повышение психологической готовности к работе в трудных условиях.

Подготовлен раздаточный материал: статьи, связанные с проблемами умирания, утраты близкого человека, общения с терминальным больным, помощи медперсоналу. В результате проведения семинара стало ясно, что медицинские работники нуждаются в открытом обсуждении того, что происходит на работе, нуждаются в информации о переживаниях пациентов, так как это помогает им терпимее относиться ко многим дискомфортным ситуациям в общении с пациентами. Важным оказалось и обсуждение

сложных ситуаций, попытки понять, как лучше действовать в таких ситуациях.

## **ОТНОШЕНИЯ С ПАЦИЕНТАМИ.**

Этот чрезвычайно важный психологический фактор и для пациентов, и для медперсонала практически никогда не становился предметом отдельного внимания психологов. Однако, как нам кажется, суть проблемы состоит не только в психологических механизмах взаимодействия, но и в менталитете, точнее, в отношении к больному человеку. А именно, концентрация на болезни, а не на человеке. В реальности это выражается в том, что больной человек воспринимается чаще всего как неполноценный, или как капризный ребенок, требующий к себе повышенного внимания. Данная ситуация осложняется тем, что пациенты, во-первых, находятся в кризисной ситуации – их личное пространство ограничено кроватью, они находятся в кругу чужих людей, испытывают разного рода телесный и психологический дискомфорт. Во-вторых, они не являются «партнерами» в общении с медперсоналом, так как находятся в полной от них зависимости. По этой причине они либо нарочито много требуют, либо боятся попросить даже необходимое, чтобы не навлекать неудовольствие медперсонала.

В конечном счете, проблема заключается в следующем: у пациентов есть некоторые ожидания (или требования) к качеству ухода за ними со стороны медперсонала, а медперсонал чаще всего не принимает такие ожидания, воспринимая их как «претензии» или «капризы». То есть имеет место некоторая нестыковка в «психологическом образе медицинского работника», который присутствует у пациентов и в «психологическом образе медицинского работника», который сам мед работник считает наиболее правильным и в соответствии с которым сознательно или бессознательно и действует.

Поскольку мы только начинаем исследование на эту тему, мы не можем предложить конкретный способ решения этой проблемы. Но общая идея, как нам кажется, должна заключаться в постепенном приведении в



соответствие этих образов с помощью психологической работы как с пациентами, так и с медперсоналом.

Кроме общей проблемы отношений с пациентами вообще, существует и более частная проблема. Это привязанность к пациентам.

## **МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ МЕДИЦИНСКОМУ ПЕРСОНАЛУ.**

Практическая ценность работы может заключаться в воплощении предложенного нами подхода как в процессе обучения и подготовки будущего медицинского персонала, так и для психологического сопровождения уже работающих медицинских работников.

Психологическое сопровождение работающих медицинских работников, учитывающее и степень их психологической пригодности к специальности, и степень проработанности у них экзистенциальной проблематики, даст возможность создать корректную программу психологической помощи. Данная программа, с нашей точки зрения, должна решать несколько задач.

1. Информационная задача. Повышение общей психологической грамотности медицинского персонала. Эта задача может решаться в виде семинарских или лекционных занятий, посвященных психологическим аспектам того или иного заболевания, особенностей поведения больного человека, особенностей переживания его родных и близких.

2. Задача личностной психологической проработки. Эта задача может решаться в виде целевых тренинговых программ, направленных на развитие навыков адаптации к рабочим ситуациям, на осмысление экзистенциальных проблем, актуализирующихся в процессе работы. А также в виде регулярных групп поддержки («Балинтовские группы»), где обсуждались бы психологически проблемные рабочие ситуации. Кроме того, возможна и индивидуальная работа в форме психотерапевтических консультаций.

Разработанные программы могут проводиться на том или ином отделении медицинского учреждения, а могут быть включены в курсы

повышения квалификации, что значительно уменьшило бы организационные трудности, связанные с режимом работы медперсонала.

Вышеуказанные программы, которые мы планируем создать в результате предлагаемого проекта, с нашей точки зрения, помогут улучшить психологическое состояние медицинского персонала медицинских учреждений.

Улучшение личного психологического состояния медицинских работников, подготовка психологически грамотных молодых специалистов поможет избавиться в дальнейшем от многих проблем в коллективах, и в отношении медицинского персонала к больным и их родственникам.

### **Выводы по главе 1**

Анализируя теоретические аспекты данной главы можно сделать вывод, что проблема эмоционального выгорания и стресса представляет собой важную область научных исследований, расположенную на стыке различных отраслей знания, приобретающих в современных условиях всё большее значение. В этой связи адаптационную концепцию можно рассмотреть как один из перспективных подходов к комплексному изучению человека.

Касательно понятия стресса можно сказать, чтобы это универсальное понятие, которое используется во множестве смежных между собой наук, будь то психология, социология, медицина, физиология, везде стресс будет означать разные реакции индивида, но на один и тот же экстремальный или неспецифический стимул. Это реакция организма, возникающая под влиянием сильных воздействий, независимо от того, радостное произошло событие или, наоборот, горе.

Жизнь современного человека постоянно связана со стрессовыми ситуациями: пробка на дороге, увольнение или повышение на работе; таких примеров можно привести сотни.

Стресс сам по себе не приносит вреда, в том случае, если человек адекватно реагирует на него.

Медицинский работник скорой медицинской помощи привыкает к стрессовым условиям, нетипичным для большинства людей. Г. Селье (1994) называл этот синдром «синдромом вынужденной адаптации», когда человек вынужден приспособиться к окружающей среде, учитывая её изменчивость и новизну, и с какой скоростью всё это происходит, плюс нагрузка, а также проблемы социальных взаимоотношений, все это благоприятные условия для стресса, или непосредственные стрессоры.

Однако в медицинском работнике скорой медицинской помощи заложены ресурсы, для преодоления сложных ситуаций, называемые копинг-стратегиями. Каждый фельдшер скорой медицинской помощи обладает своим стилем поведения в определённых ситуациях, будь то обычные жизненные обстоятельства или кризисные ситуации, требующие некоторых усилий для их преодоления.

## **ГЛАВА 2. Изучение эмоционального выгорания и подверженности стрессу у медицинских работников скорой помощи и описание психологического сопровождения при их выявлении**

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

**Цель исследования:** изучение основных проблем медицинских работников скорой помощи, таких как эмоциональное выгорание и подверженность стрессу и описание психологического сопровождения медицинских работников скорой помощи при выявлении этих проблем.

**Гипотеза:** заключается в том, что проявление эмоционального выгорания и высокая подверженность стрессу медицинских работников скорой помощи связаны со стажем работы..

#### **Задачй:**

1. Провести анализ литературы по проблеме исследования.
2. Изучить проблемы медицинских работников скорой помощи (эмоциональное выгорание и подвержение стрессу).
3. Описать психологическое сопровождение медицинских работников скорой помощи. Сформулировать рекомендации.

**База исследования:** КГБУЗ Станция скорой медицинской помощи г. Бийска Алтайского края. Общий объем выборки составил 30 человек (15 человек со стажем работы от 3-7 лет, 15 человек с стажем работы более 10 лет)

#### **Методики исследования.**

С этой целью были подобраны следующие методики: тест жизнестойкости С. Мадди, методика диагностики эмоционального выгорания В.В.Бойко (приложение 1).

#### **Тествод жизнестойкости С. Мадди**

Тествод жизнестойкости представляет собой адаптацию опросника Hardiness Survey, разработанного американским психологом Сальваторе Мадди. Жизнестойкость – это система убеждений обо себе, мире,

отношениях с ним, которые позволяют человеку выдерживать и эффективно преодолевать стрессовые ситуации. В одной из тех же ситуаций человек с высокой жизнестойкостью реже испытывает стресс и лучше справляется с ним. Жизнестойкость включает в себя три сравнительно самостоятельных компонента: вовлеченность, контроль, принятие риска. Соответственно, тестовод жизнестойкости включает какой-либо общий показатель, тактик и три компонента по отдельным компонентам (субшкалам).

Вовлеченность – это активная жизненная позиция личности, уверенность в том, чтобы только деятельный человек может найти в жизни стоящее и интересное. Контроль – это уверенность в том, чтобы, борясь и преодолевая трудности, можно изменить происходящее и быть хозяином своей судьбы. Принятие риска – готовность рисковать, убежденность в том, чтобы на любых ошибках можно учиться. Из всего, что случается, какой-либо положительного, тактик и отрицательного, можно извлечь новый опыт, знания (см. Приложение 4).

Средние и стандартные отклонения общего показателя по шкале теста жизнестойкости:

Жизнестойкость: среднее 80,72, стандартное отклонение 18,53.

Вовлеченность: среднее 37,64, стандартное отклонение 8,08.

Контроль: среднее 29,17, стандартное отклонение 8,43.

Принятие риска: среднее 13,91, стандартное отклонение 4,39.

### **"Методика диагностики уровня эмоционального выгорания" В.В. Бойко**

По мнению автора методики В.В. Бойко, эмоциональное выгорание – это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на психотравмирующие воздействия.

Эмоциональное выгорание представляет собой стереотип эмоционального, чаще всего профессионального поведения. "Выгорание" отчасти функциональный стереотип, поскольку позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. В то же время могут возникать и дисфункциональные следствия, когда "выгорание" отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности и отношениях с партнерами. Под термином "партнер" понимается субъект профессиональной деятельности. В педагогической деятельности это учащиеся.

Методика позволяет диагностировать ведущие симптомы "эмоционального выгорания" и определить, к какой фазе развития стресса они относятся: "напряжения", "резистенции", "истощения". Опираясь на смысловое содержание и количественными показателями, подсчитанными для разных фаз формирования синдрома "выгорания", можно дать достаточно объемную характеристику личности, оценить адекватность эмоционального реагирования в конфликтной ситуации, наметить индивидуальные меры

Методика состоит из 84 суждений, позволяющих диагностировать три фазы "эмоционального выгорания": напряжение, резистенция и истощение. Каждая фаза стресса, диагностируется на основе четырех, характерных для нее симптомов.

В соответствии с "ключом" осуществляются следующие подсчеты:

Определяется сумма баллов отдельно для каждого из 12 симптомов выгорания.

Подсчитывается сумма показателей симптомов для каждой из 3-х фаз формирования выраженности симптома.

Находится итоговый показатель синдрома эмоционального выгорания - сумма всех двенадцати симптомов.

Фаза стресса	№	СИМПТОМ
--------------	---	---------

НАПРЯЖЕНИЕ	1	Переживание психотравмирующих обстоятельств
	2	Неудовлетворенность собой
	3	"Загнанность в клетку"
	4	Тревога и депрессия
РЕЗИСТЕНЦИЯ	1	Неадекватное эмоциональное реагирование
	2	Эмоционально-нравственная дезориентация
	3	Расширение сферы экономии эмоций
	4	Редукция профессиональных обязанностей
ИСТОЩЕНИЕ	1	Эмоциональный дефицит
	2	Эмоциональная отстраненность
	3	Личностная отстраненность (деперсонализация)
	4	Психосоматические и психовегетативные нарушения

Предложенная методика дает подробную картину синдрома "эмоционального выгорания". Показатель выраженности каждого симптома колеблется в пределах от 0 до 30 баллов.

В каждой стадии стресса возможна оценка от 0 до 100 баллов. Однако, сопоставление полученных баллов по фазам не правомерно, так как не свидетельствует об их относительной роли или вкладе в синдром. Дело в том, что измеряемые в них явления существенно разные - реакция на внешние и внутренние факторы, приемы психологической защиты, состояние нервной системы (Приложение 4).

## **2.2 Изучение психологических проблем медицинских работников скорой помощи**

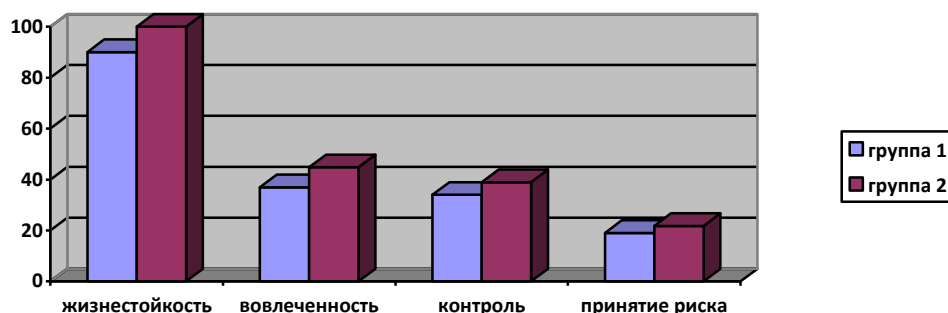
Было проведено исследование, направленное на изучение взаимосвязи особенностей психологических защит медицинских работников скорой медицинской помощи с уровнем жизнестойкости, при этом различном стаже их работы по профессии.

Рассмотрим результаты исследования, полученные методикой «Жизнестойкость» (см. диаграмму).

Группа 1 – медицинские работники СМП имеющие стаж работы от 3-7 лет

Группа 2 – медицинские работники СМП имеющие стаж работы 10 лет и более

Полученные результаты показывают, что для медицинских работников СМП имеющих стаж работы 10 лет и более показатель жизнестойкости составил (100%), вовлеченность (44,8%), контроль (39%), принятие риска (21,8%). А для медицинских работников СМП имеющих стаж работы от 3-7 лет показатель жизнестойкость составил (90%), вовлеченность (37%), контроль (34%), принятие риска (19%). Методом однофакторного дисперсионного анализа выявлены достоверные различия по шкале жизнестойкость и вовлеченность ( $p < 0,05$ ). (см. диаграммы)



#### Диаграмма Жизнестойкость

Данная диаграмма показывает, что уровень жизнестойкости значительно выше у медицинских работников СМП имеющих стаж работы по профессии 10 лет и более. Высокий показатель объясняется активной



жизненной позицией, умению хорошо адаптироваться к трудным и экстремальным ситуациям, большим опытом работы. У медицинских работников СМП имеющих стаж работы от 3-7 лет данный показатель чуть ниже. Это не значит, что они менее активны, просто в силу того, что они менее опытные, им труднее адаптироваться в трудных и экстремальных ситуациях.

Высокий показатель вовлеченности у медицинских работников СМП имеющих стаж работы 10 лет и более свидетельствует о том, что им нравится своя работа, они получают удовольствие от собственной деятельности. У медицинских работников СМП имеющих стаж работы от 3-7 лет этот показатель ниже. Может быть потому, что не всем нравится своя работа.

Таким образом, по результатам исследования методикой «Жизнестойкость» были получены данные свидетельствующие о том, что медицинские работники СМП с большим стажем работы по профессии оказались более жизнестойкими, достаточно хорошо контролирующими ситуацию и увлеченные любимым делом. Они легко адаптируются в трудных и экстремальных ситуациях.

Для выявления уровня эмоционального «выгорания» у работников социальных служб, нами была использована методика «Диагностики уровня эмоционального выгорания» Бойко В.В.

В ходе исследования в выборке (30 человек) были выявлены следующие симптомы эмоционального выгорания в процентном соотношении:

Фаза "напряжение":

1 симптом - переживание психотравмирующих обстоятельств: складывающийся - 15%, сложившийся - 2,5%,

2 симптом - неудовлетворенность собой: складывающийся - 7,5%, сложившийся - 0%,

3 симптом - "загнанность в клетку": складывающийся - 10%, сложившийся - 2,5%,

4 симптом - тревога и депрессия: складывающийся - 17,5%, сложившийся - 10%.

Фаза напряжения на стадии формирования у 17,5% сотрудников.

Фаза "резистенции":

1 симптом - неадекватное избирательное эмоциональное реагирование: складывающийся - 25%, сложившийся - 30%;

2 симптом - эмоционально-нравственная дезориентация: складывающийся - 37,5%, сложившийся - 7,5%;

3 симптом - расширение сферы экономии эмоций: складывающийся - 15%, сложившийся - 12,5%;

4 симптом - редукция профессиональных обязанностей: складывающийся - 17,5%, сложившийся - 20%.

Фаза резистенции на стадии формирования - 30%, сформированная - у 17,5% испытуемых.

Фаза "истощение":

1 симптом - эмоциональный дефицит: складывающийся - 17,5%, сложившийся - 17,5%;

2 симптом - эмоциональная отстраненность: складывающийся - 22,5%, сложившийся - 7,5%;

3 симптом - личностная отстраненность (деперсонализация): складывающийся - 17,5%, сложившийся - 2,5%;

4 симптом - психосоматические и психовегетативные нарушения: складывающийся - 10%, сложившийся - 5%.

Фаза "истощения" на стадии формирования - у 12,5% испытуемых.

Исходя из полученных данных, мы можем сделать вывод, что проблема «выгорания» социальных работников актуальна, только у 16% не выявлен синдром «выгорания», а у 95% опрошенных в сформированной стадии находятся те или иные симптомы «выгорания». У 66% работников

социальных служб, принявших участие в исследовании, «выгорание» находится в стадии формирования, что говорит о необходимости профилактики и психокоррекции их эмоционального и психического состояния.

Результаты методики Бойко «диагностика эмоционального выгорания» в общей выборке (30 человек), нами представлены в виде диаграммы №1.

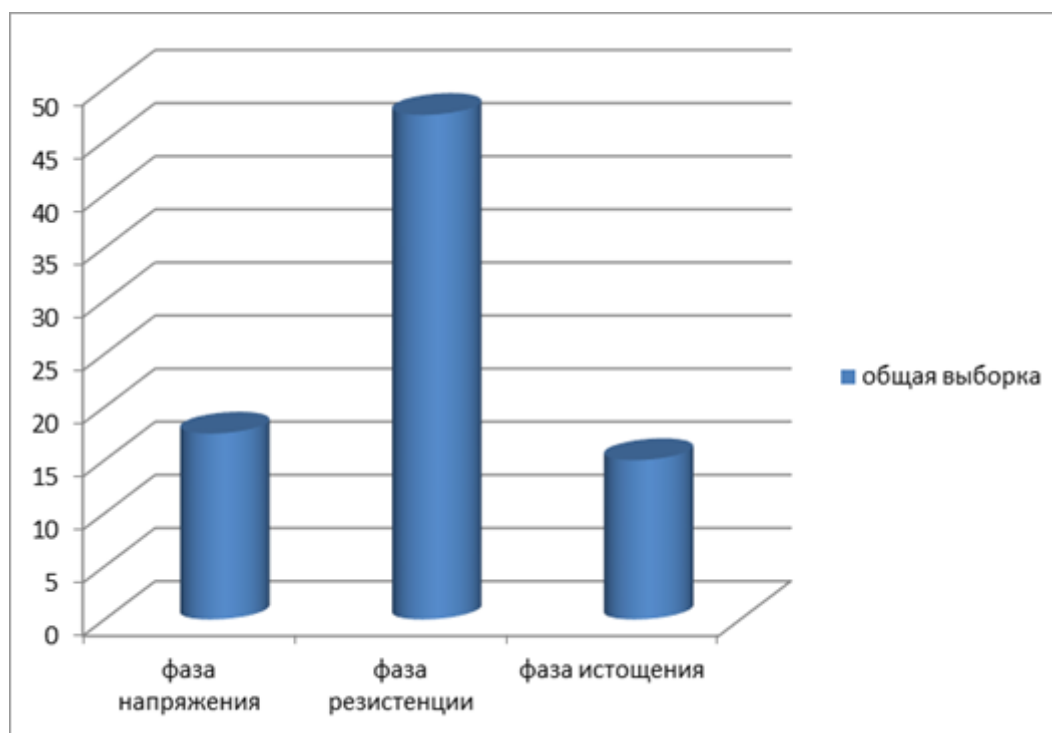


Диаграмма №1. Распределение испытуемых по фазам напряжения (в %)

В качестве дополнительного исследования в рамках методики Бойко «Диагностика эмоционального выгорания» для выявления предполагаемых причин эмоционального выгорания испытуемых разделили на группы по различным характеристикам.

При сопоставлении особенностей демографических характеристик в разных стадиях «выгорания», были выявлены закономерности, представленные в таблице № 3.

Таблица 2

Характеристики медицинских работников с разной степенью эмоционального «выгорания» (в %)

Стаж профессиональной деятельности	Отсутствие выгорания	«Выгорание» в стадии формирования	Сложившийся синдром «выгорания»
От 3 до 7 лет	27	52,2	20,8
Свыше 10 лет	30	31,5	38,5

Постоянные перегрузки вызывают переутомление и в результате снижаются защитные механизмы в борьбе против «выгорания».

Специалисты с начальной стадией формирования «выгорания» имеют стаж профессиональной деятельности от 3 до 7 лет (52,2%). В группу специалистов с отсутствием «выгорания» вошло 45,5% со стажем работы по специальности от 5 до 10 лет. Группу специалистов со сложившимся «выгоранием» составили в равной степени те, у кого стаж превышает 10 лет и стажем от 0 до 5 лет (38,5%).

### **2.3. Описание психологического сопровождения медицинских работников скорой помощи. Рекомендации направленные на снижение эмоционального выгорания и снижение стресса**

Существует много причин выгорания. Во многих случаях, выгорание связано с работой. Любой, кто постоянно перегружен работой или чувствует себя недооцененным находится в опасности для выгорания. Это может касаться трудолюбивого работника офиса, который в течение двух лет не имел отпуска или повышения по работе, или человека, измотанного уходом за больным старым родителем. Могут быть различные другие варианты.

Но выгорание не вызвано исключительно напряженной работой или слишком большими обязанностями. Другими факторами, способствующими выгоранию, могут быть, в том числе определенные черты вашего характера и ваш образ жизни, то как вы проводите время при вынужденном бездействии, какими глазами вы смотрите на мир. Все

это может так же играть большую роль в возникновении выгорания как на работе, так и при выполнении домашних обязанностей.

#### **Возможные причины выгорания, связанные с работой:**

- слабый контроль над выполняемой работой или его отсутствие;
- отсутствие признания и вознаграждения за хорошую работу;
- нечеткая, размытая или чрезмерно ответственная работа;
- выполнение монотонной и примитивной работы;
- хаотичная работа или высокое давление со стороны окружающей среды.

#### **Образ жизни, как причина эмоционального выгорания:**

- слишком много работы, при которой нет времени на общение и отдых;
- чрезмерно большие обязанности без достаточной помощи со стороны других;
- недосыпание;
- отсутствие родных и близких или поддержки с их стороны.

#### **Черты характера личности, способствующие выгоранию:**

- перфекционизм;
- пессимизм;
- желание все держать под своим контролем;
- нежелание делегировать свои обязанности другим.

#### **Предупреждающие признаки и симптомы выгорания**

Выгорание происходит постепенно в течение длительного периода времени. Оно не наступает неожиданно, в одночасье. Если вы вовремя не будете обращать внимание на предупреждающие признаки выгорания, то оно непременно наступит. Эти признаки вначале незаметны, но они со временем все более ухудшаются. Помните о том, что ранние признаки выгорания – своего рода предупредительные знаки или красные флажки, подсказывающие вам, что что-то у вас не в порядке и необходимо принятие

решения для предотвращения срыва. Если вы проигнорируете их, то в конечном итоге у вас наступит синдром эмоционального выгорания.

### **Физические признаки и симптомы выгорания:**

- чувство усталости, истощения, головокружение, изменение веса;
- снижение иммунитета, плохое самочувствие, чрезмерная потливость, дрожь;
- проблемы с аппетитом и сном, болезни сердечно-сосудистой системы;
- частые головные боли, головокружение, боли в спине и мышцах.

### **Эмоциональные признаки и симптомы выгорания:**

- чувство неудачи и неуверенность в себе, безразличие, изнеможение и усталость;
- чувство беспомощности и безнадежности, эмоциональное истощение, потеря идеалов и надежд, истерика;
- все чаще делается циничный и негативный прогноз, остальные люди становятся безликими и безразличными (дегуманизация);
- отрешенность, чувство одиночества, депрессия и чувство вины;
- снижение удовлетворения и чувства выполненного долга, душевные страдания;
- потеря мотивации и профессиональных перспектив, негативное восприятие своей профессиональной подготовки.

### **Поведенческие признаки и симптомы выгорания:**

- уход от ответственности, импульсивное эмоциональное поведение;
- социальная самоизоляция;
- перенос своих неурядиц на других;
- выполнение отдельных работ требует больше времени, чем раньше;

- работа более 45 часов в неделю, недостаточная физическая нагрузка;
- использование пищи, наркотиков или алкоголя, чтобы справиться с проблемами.

### **Как эмоции могут уменьшить стресс? Предотвращение выгорания**

Если признаете предупреждающие признаки надвигающегося выгорания в себе, вы быстрее сможете выбраться из этого состояния. Помните, что ваше состояние еще больше ухудшится, если вы упустите их из поля своего зрения и оставите все как было. Но если вы предпримете шаги, приводящие вашу жизнь в равновесие, вы сможете предотвратить превращение выгорания в полномасштабный срыв.

### **Советы по профилактике эмоционального выгорания**

- **Выработайте для себя определенный расслабляющий ритуал.** Например, как только проснетесь, сразу поднимайтесь из постели. Проведите медитацию, по крайней мере, в течение пятнадцати минут. Прочтите что-то, вдохновляющее вас. Послушайте любимую музыку.
- **Примите здоровую пищу, проделайте физические упражнения.** Когда вы правильно питаетесь, занимаетесь регулярной физической активностью и много отдыхаете, у вас будет более высокая энергия и устойчивость к жизненным неприятностям и требованиям.
- **Не надо никому подыгрывать.** Если вы не согласны с чем-то, то твердо отвечайте «нет», согласны – «да». Поверьте это не сложно. Не перенапрягайте себя.
- **Делайте для себя ежедневный технологический перерыв.** Установите время, когда вы полностью можете отключиться. Оставьте в покое ваш ноутбук, телефон, социальные сети, электронную почту. Проанализируйте прошедший день, больше уделяйте внимания положительным моментам.
- **Поддержите свое творческое начало.** Оно является тем мощным противоядием, которое поможет вам в борьбе с

выгоранием. Создайте какой-нибудь новый интересный проект, придумайте новое хобби и т.д.

- **Используйте методы профилактики стресса.** Если вы еще на пути к выгоранию, постарайтесь предотвратить стресс, используя методы медитации, делайте перерывы в работе, записывайте свои мысли в дневник, займитесь любимым хобби и другими делами, не имеющими ничего общего с вашей работой.

### **Как оправиться от выгорания?**

**Во-первых**, вы должны проверить, действительно ли у вас диагноз «синдром эмоционального выгорания». Часто СЭВ неправильно диагностируется. На самом деле могут быть либо более тонкие симптомы стресса или более тяжелых заболеваний, такие как депрессивные эпизоды. Вы можете либо проконсультироваться с врачом, либо протестировать себя с помощью чек-листа. Его вы можете найти в Интернете.

**Во-вторых**, когда пришли к выводу, что страдаете от выгорания, вы должны начать лечение сразу, так как оно может стать хроническим. Вам необходимо принять выгорание очень серьезно. Продолжать так же работать как раньше, забыв про усталость, это значит вызвать дальнейший эмоциональный и физический ущерб и усугубить свое состояние, из которого в дальнейшем будет очень сложно выбраться. Вот лишь некоторые стратегии восстановления при выгорании.

#### **Стратегия восстановления № 1: Замедление**

Если наступила конечная стадия эмоционального выгорания, постарайтесь другими глазами взглянуть на все, что привело вас в такое состояние. Подумайте и позаботьтесь о своем здоровье. Вы должны пересмотреть ваше отношение к вашей работе и личной жизни, заставьте себя рассмотреть возможность отдохнуть от работы и подлечиться.

#### **Стратегия восстановления № 2: Получите поддержку**



Когда вы выгорели, естественным стремлением является самоизоляция с целью защиты оставшейся в вас энергии. Это шаг в неверном направлении. В эти трудные времена ваши друзья и семья являются для вас более важными, чем когда-либо. Обратитесь к ним за поддержкой. Просто поделитесь с ними своими чувствами, это может несколько облегчить ваше состояние.

### **Стратегия восстановления № 3: Пересмотрите свои цели и приоритеты**

Если вы достигли стадии выгорания, вероятно, что что-то в вашей жизни делается не так. Проанализируйте все, сделайте переоценку ценностей. Вы должны правильно реагировать на предупреждающие знаки как на возможность пересмотреть вашу текущую жизнь. Найдите время, чтобы рассмотреть то, что делает вас счастливым и, что важно для вас. Если вы обнаружите, что вы пренебрегаете значимой деятельностью или людьми в вашей жизни, соответственно измените свое отношение.

#### **Еще несколько полезных советов**

Наиболее эффективный способ состоит в том, чтобы перестать заниматься тем, чем вы занимались до сих пор. Это может быть смена работы, изменение карьеры, смена места жительства. Но если это не вариант для вас, то есть и другие возможности для улучшения ситуации или состояния вашей души.

- **Активно решайте ваши проблемы.** Проявите активную позицию, а не пассивную для решения проблем на вашем рабочем месте, старайтесь исключить стрессовые ситуации на работе. Вы почувствуете себя менее беспомощными, если вы заявите о себе и выразите свои потребности. Если у вас нет возможностей для решения проблемы, поговорите с вашим начальником.
- **Уточните вашу должностную инструкцию.** Попросите вашего руководителя уточнить ваши должностные обязанности. Напомните ему те

виды работ, которые приходилось вам выполнять в последнее время сверх ваших функциональных обязанностей.

- **Попросите новые обязанности.** Если вы выполняете свою работу в течение достаточно длительного времени, попросите попробовать что-то новое: другой уровень работы, другая территория продаж, другие условия работы и т.д.

- **Выкройте время.** Если выгорание кажется неизбежным, сделайте полный перерыв в работе. Попросите очередной или неоплачиваемый отпуск, используйте больничный. Важно выйти из сложившейся ситуации. Используйте время для «перезарядки своих батареек» и принятия новой перспективы.

## **Вывод по главе 2**

1. Таким образом, нами было проведено исследование, в результате которого было определено, что медицинские работники СМП имеющие стаж работы 10 лет, более опытные работники, могут управлять своим эмоциональным состоянием, обладают высокой жизнестойкостью и стрессоустойчивостью, не избегают проблем и не боятся трудностей.

2. медицинские работники СМП имеющие стаж работы от 3-7 лет, менее опытные, эмоционально неустойчивые, подвержены стрессам и депрессиям, обладают средним уровнем жизнестойкости, боятся и избегают трудностей.

3. В трудных и экстремальных ситуациях достаточно хорошо адаптируются медицинские работники СМП с большим стажем работы, они испытывают большую вовлеченность. А медицинские работники СМП имеющие стаж работы от 3-7 лет испытывают страх и волнение в трудных ситуациях.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной дипломной работе мы изучали сформированность СЭВ у медицинских работников с разным стажем работы.

Теоретический анализ литературы по проблеме исследования показал, что медицинские работники наиболее часто подвержены СЭВ, что обусловлено особенностями профессиональной деятельности, заключающейся в оказании помощи другим людям, высокой ответственности за их здоровье и жизнь.

По роду своей деятельности медицинские работники подвергаются воздействию различных неблагоприятных факторов рабочей среды и самого трудового процесса, к которым относятся: вредные химические вещества и биологические агенты, ионизирующие излучения, шум, вибрация, канцерогены, высокое нервно-психическое напряжение, вынужденное положение тела во время работы, перенапряжение анализаторных систем и др.

Существует общая обеспокоенность относительно того, что сама по себе специальность медицинского работника способствует развитию болезненных состояний. Это проявляется как разочарование в профессии и деморализация, нарастающая склонность к размышлению о том, чтобы оставить эту профессию, а также в ухудшении состояния психического здоровья практикующих врачей, снижении устойчивости браков среди медиков, развитии склонности к употреблению психоактивных веществ и алкоголя.

Причины выгорания медиков западные исследователи видят в социальной сфере и культуре. Фрагментарность и расслоение общества, снижение доступа к общественным и семейным ресурсам предъявляют все более высокие требования к работе специалистов, диктуя вместе с тем необходимость помощи и изменений.

Известно что, принятие непосредственных решений о методах медицинского воздействия и ответственность за них большей степени

принадлежит врачу, в то время как средний медперсонал выполняет назначения врача. Однако и медицинские сестры ежедневно имеют дело с болью, страданием, страхом больных их родственников и также как и врачи испытывают эмоциональное напряжение.

Исходя из того, что специфичность профессиональной деятельности оказывает влияние на сформированность СЭВ у медработников разной категории, мы изучили сформированность фаз и синдромов СЭВ у работников с различным стажем работы. Исследование показало, что у большинства медицинских работников сформирована фаза резистенции, симптомы которой отражают сформированность защитных механизмов, механизмов сопротивления психотравмирующим воздействиям, при этом сформированность данных симптомов деформирует личность профессионала. Характерными является "эмоциональная тупость", неадекватность эмоциональных реакций, формальное отношение к своим обязанностям, медработник как бы принимает позицию "ничего личного".

Исследование не выявило преобладание среди медперсонала работников со сформированной фазой истощения, что говорит о высокой сопротивляемости стрессу.

В ходе исследования нами были выявлены достоверные различия в сформированности фазы резистенции и таких симптомов фазы истощения как эмоциональная и личностная отстраненность у медицинских работников с разным стажем работы. Таким образом, гипотеза о наличии различий между медицинскими работниками с различным стажем в выраженности СЭВ подтвердилась.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Арестова О.Н., Калинина Н.В.* Индивидуальные особенности функционирования защитных механизмов // Вестник Моск. Ун-та. Сер. 14. [Текст]/О.Н.Арестова, Н.В.Калинина// Психология – №1 – 2000, с.20-29.
2. *Белан Е. А.* «Закономерности организации совладающего поведения в сочетании с типом образа трудной ситуации./ Под редакцией Козлова В.В. [Текст]/Е.А.Белан// – Ярославль,2005. – С. 316.
3. *Березин Ф.Б.* «Психологическая и психофизиологическая адаптация человека». [Текст]/Ф.Б.Березин// Л., 1988г.С. 265.
4. *Бодров В.А.* «Психологический стресс»: развитие и преодоление». [Текст]/В.А.Бодров// – М., ПЕР СЭ, 2006. – С.528.
5. *Варданян Б.Х.* «Стресс и его значение для организма». [Текст]/Б.Х.Варданян// М.,2001. – С. 238.
6. *Гладких А.В.* «Влияние эмоционального стресса на состояние здоровья медицинских работников». [Текст] /А.В.Гладких// М.,2001. – С.56.
7. *Грандо А.А.* «Врачебная этика и медицинская деонтология». [Текст] /А.А.Грандо// К., 2002. – С.168.
8. *Добряк С.Ю.* Динамика психологической адаптации курсантов на первом и втором году обучения в медицинском вузе: Автореферат. дис....канд. психол. наук. [Текст] /С.Ю.Добряк// Спб., 2004.
9. *Додонов Б.И.* «Эмоциональная концепция личности». [Текст]/Б.И.Додонов// М., 2002. – С. 46.
10. *Дементий Л.И.* «К проблеме диагностики социального контекста и стратегий копинг-поведения» // Журнал прикладной психологии, 2004. [Текст]/Л.И.Дементий// №3. С. 20-25.

11. *Зильберман П.Б.* «Комплексная диагностика индивидуальной устойчивости к стрессу». [Текст] /П.Б.Зильберман// М.,2006. – С.148.
12. *Коновалова Н.Л.* «Предупреждение нарушений в развитии личности при психологическом сопровождении школьников». [Текст] /Н.Л.Коновалова// СПб., 2000.
13. *Китаев-Смык Л.А.* «Психология стресса. Психологическая антропология стресса». [Текст]/Л.А.Китаев-Смык// – М., 2009. – С.443.
14. *Климов Е.А.* «Введение в психологию труда». [Текст] /Е.А.Климов// – М., Изд-во «Академия», 2004. – С.336.
15. *Кулганов В.А., Маклаков А.Г.* Исследование адаптационного потенциала личности // Материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения – 2005» / Под ред. Л.А. Цветковой, Л.М. Шипицыной. [Текст]/В.А.Кулганов, А.Г.Маклаков// СПб.,2005.
16. *Крюкова Т.Л.* «Психология совладающего поведения: три копинг шкалы». [Текст] /Е.Л.Крюкова// – Кострома: Авантитул, 2007. – С. 60.
17. *Коростылева Л.А.* «Психология самореализации личности. Затруднения в профессиональной сфере». [Текст]/Л.А.Коростылева// – СПб.: Речь, 2005. – С.222.
18. *Камынина И.В.* «Копинг-стратегии личности в экстремальных условиях жизнедеятельности». [Текст] /И.В.Камынина// – Хабаровск, 2008. – С. 16.
19. *Лазарус Р.* Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс. [Текст] /Р.Лазарус// Л., 1970.
20. *Маклаков А.Г.* Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях // Психологический журнал. [Текст]/А.Г.Маклаков// Т.22.2001. №1.
21. *Мальцева А.П., Малютина Н.Н.* «Профессиональный стресс, как фактор риска врачебной деятельности» //Бюллетень

научного совета. Медико-экологические проблемы работающих. [Текст]/А.П.Мальцева, Н.Н.Малютина// – М., 2006. №2. С. 56-59.

22. *Мальцева А.П.* «Актуальность проблемы эмоционально стресса у медицинских работников // Материалы 9 Съезда неврологов Пермского края. [Текст]/А.П.Мальцева// – Пермь, 2006. С. 79-83.

23. *Налчаджян А.А.* Социально-психическая адаптация личности (формы, механизмы и стратегии) [Текст]/А.А.Налчаджян// – Ереван: Изд-во «АН Армянской ССР», 1988, с.125 - 126.

24. *Никольская И. М.* «Совладающее поведение в защитной системе человека» // Психология совладающего поведения: материалы Международной научно-практической конференции /отв.ред.: Е.А.Сергиенко. [Текст]/И.М.Никольская// – Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2007. – С. 426.

25. *Посохова С.Т.* Психология адаптирующейся личности: монография. [Текст] /С.Т.Посохова// Спб., 2001.

26. *Прохоров А.О.* «Саморегуляция психических состояний: феноменология, механизмы, закономерности». [Текст] /А.О.Прохоров// М.,2005. – С. 352.

27. *Судаков К.В.* «Системные механизмы эмоционального стресса». [Текст] /К.В.Судаков//М., 2001. – С.156.

28. *Стецишин Р.И.* «Жизнестойкость как акмеологический ресурс личности врача» // Психологические проблемы смысла жизни: Материалы XIII симпозиума / Под ред. Г.А. Вайзер. [Текст]/Р.И.Стецишин// –М.: ПИ РАО, 2008. С. 63-65.

29. *Стецишин Р.И.* «Стрессогенный характер труда в профессиональной деятельности врача руководителя» // Психологическое здоровье нации: региональный аспект (Материалы Международной научной конференции). [Текст]/Р.И.Стецишин// – Краснодар: Институт экономики и управления в медицине и социальной сфере, 2006. – С. 231-232.

30. Селье Г. Стресс без болезней. / Стресс жизни. [Текст]/Г.Селье// – СПб., 1994, 231с.

31. Томас У., Знанецкий Ф., «Методологические замечания» // Психология социальных ситуаций. Хрестоматия / Сост. Н.В. Гришина. – СПб.: Изд-во «Питер», 2001. [Текст]/У.Томас, Ф.Знанецкий// – С. 29-34.



## Приложение 1

### Тест жизнестойкости С. Мадди

	Вопросы	ет	С корее нет, чем да	С корее да, чем нет
	Я часто неуверен в собственных решениях			
	Иногда мне кажется, что никому нет до меня дела			
	Даже хорошо выспавшись, я с трудом встаю с постели			
	Я постоянно занят и мне это нравится			
	Я часто предпочитаю «плыть по течению»			
	Я меняю планы в зависимости от обстоятельств			
	Меня раздражают события из-за которых приходится менять распорядок дня			
	Непредвиденные трудности сильно утомляют меня			
	Я всегда контролирую ситуацию			
	Порой я сильно устаю,			

0	что ничто не интересует меня			
1	Порой все, что я делаю, кажется мне бесполезным			
2	Я стараюсь быть в курсе всего происходящего вокруг меня			
3	Лучше синица в руках, чем журавль в небе			
4	Вечером я чувствую себя совершенно разбитым			
5	Я люблю ставить трудные цели и добиваться их			
6	Меня иногда пугают мысли о будущем			
7	Я уверен, что могу воплотить в жизнь задуманное			
8	Мне кажется, что я живу неполной жизнью			
9	Если бы в прошлом было меньше бед, сейчас было бы все хорошо			
0	Возникающие проблемы кажутся мне неразрешимыми			
1	Испытав поражение, я буду пытаться брать реванш			
2	Я люблю знакомиться с новыми людьми			

3	Если говорят, что жизнь скучна, значит люди, не видят в ней хорошего			
4	Мне всегда есть чем заняться			
5	Я всегда могу влиять на результат того, что происходит вокруг			
6	Я часто сожалею о том, что уже сделано			
7	Если проблема трудная, я предпочитаю отложить её			
8	Мне трудно сближаться с другими людьми			
9	Окружающие всегда слушают меня внимательно			
0	Если бы я мог, то многое бы изменил в своем прошлом			
1	Я часто откладываю то, что трудно осуществимо			
2	Мне кажется, что жизнь проходит мимо меня			
3	Мои мечты редко сбываются			
4	Неожиданности дарят мне интерес к жизни			
5	Порой мне кажется, что все мои усилия тщетны			

6	Порой я мечтаю о спокойной и размеренной жизни			
7	Мне не хватает упорства закончить начатое			
8	Бывает, жизнь кажется мне скучной и бесцветной			
9	У меня нет возможности влиять на неожиданные проблемы			
0	Окружающие меня недооценивают			
1	Как правило, я работаю с удовольствием			
2	Иногда, я чувствую себя лишним, даже в кругу друзей			
3	Бывает, что из-за избытка проблем, у меня опускаются руки			
4	Друзья уважают меня за упорство и непреклонность			
5	Я охотно берусь воплощать новые идеи			

## Приложение2

### ТЕКСТ ОПРОСНИКА В.В.Бойко

Если вы являетесь профессионалом в какой-либо сфере взаимодействия с людьми, вам будет интересно увидеть, в какой степени у вас сформировалась психологическая защита в форме эмоционального

выгорания. Читайте по-одному суждения и ставьте в бланке ответов «+», если Вы согласны с данным утверждением и «-», если нет. Примите во внимание, что, если в формулировках опросника идет речь о партнерах, то имеются в виду субъекты Вашей профессиональной деятельности - пациенты, клиенты, потребители, заказчики, учащиеся и другие люди, с которыми вы ежедневно работаете.

1. Организационные недостатки на работе постоянно заставляют нервничать, \_\_\_\_\_ переживать, \_\_\_\_\_ напрягаться.
2. Сегодня я доволен своей профессией не меньше, чем в начале карьеры.
3. Я ошибся в выборе профессии или профиля деятельности (занимаю не свое место).
4. Меня беспокоит то, что я стал хуже работать (менее продуктивно, \_\_\_\_\_ качественно, \_\_\_\_\_ медленнее).
5. Теплота взаимодействия с партнерами очень зависит от моего настроения - хорошего \_\_\_\_\_ или \_\_\_\_\_ плохого.
6. От меня как профессионала мало зависит благополучие партнеров.
7. Когда я прихожу с работы домой, то некоторое время (часа 2-3) мне хочется побыть наедине, чтобы со мной никто не общался.
8. Когда я чувствую усталость или напряжение, то стараюсь поскорее решить проблемы \_\_\_\_\_ партнера \_\_\_\_\_ (свернуть \_\_\_\_\_ взаимодействие).
9. Мне кажется, что эмоционально я не могу дать партнерам того, что требует \_\_\_\_\_ профессиональный \_\_\_\_\_ долг.
10. \_\_\_\_\_ Моя \_\_\_\_\_ работа \_\_\_\_\_ притупляет \_\_\_\_\_ эмоции.
11. Я откровенно устал от человеческих проблем, с которыми приходится иметь \_\_\_\_\_ дело \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ работе.
12. Бывает, я плохо засыпаю (сплю) из-за переживаний, связанных с работой.
13. Взаимодействие с партнерами требует от меня большого напряжения.
14. Работа с людьми приносит все меньше удовлетворения.

15. Я бы сменил место работы, если бы представилась возможность.
16. Меня часто расстраивает то, что я не могу должным образом оказать партнеру профессиональную поддержку, услугу, помощь.
17. Мне всегда удается предотвратить влияние плохого настроения на деловые контакты.
18. Меня очень огорчает, если что-то не ладится в отношениях с деловым партнером.
19. Я настолько устаю на работе, что дома стараюсь общаться как можно меньше.
20. Из-за нехватки времени, усталости или напряжения часто уделяю внимание партнеру меньше, чем положено.
21. Иногда самые обычные ситуации общения на работе вызывают раздражение.
22. Я спокойно воспринимаю обоснованные претензии партнеров.
23. Общение с партнерами побудило меня сторониться людей.
24. При воспоминании о некоторых коллегах по работе или партнерах у меня портится настроение.
25. Конфликты или разногласия с коллегами отнимают много сил и эмоций.
26. Мне все труднее устанавливать или поддерживать контакты с деловыми партнерами.
27. Обстановка на работе мне кажется очень трудной, сложной.
28. У меня часто возникают тревожные ожидания, связанные с работой: что-то должно случиться, как бы не допустить ошибки, смогу ли сделать все, как надо, не сократят ли и т. п.
29. Если партнер мне неприятен, я стараюсь ограничить время общения с ним или меньше уделять ему внимания.
30. В общении на работе я придерживаюсь принципа: "не делай людям добра, не получишь зла".
31. Я охотно рассказываю домашним о своей работе.
32. Бывают дни, когда мое эмоциональное состояние плохо сказывается на

результатах работы (меньше делаю, снижается качество, случаются конфликты).

33. Порой я чувствую, что надо проявить к партнеру эмоциональную отзывчивость, но не могу.

34. Я очень переживаю за свою работу.

35. Партнерам по работе отдаешь внимания и заботы больше, чем получаешь от них признательности.

36. При мысли о работе мне обычно становится не по себе: начинает колоть в области сердца, повышается давление, появляется головная боль.

37. У меня хорошие (вполне удовлетворительные) отношения с непосредственным руководителем.

38. Я часто радуюсь, видя, что моя работа приносит пользу людям.

39. Последнее время (или как всегда) меня преследуют неудачи в работе.

40. Некоторые стороны (факты) моей работы вызывают глубокое разочарование, повергают в уныние.

41. Бывают дни, когда контакты с партнерами складываются хуже, чем обычно.

42. Я разделяю деловых партнеров (субъектов деятельности) хуже, чем обычно.

43. Усталость от работы приводит к тому, что я стараюсь сократить общение с друзьями и знакомыми.

44. Я обычно проявляю интерес к личности партнера помимо того, что касается дела.

45. Обычно я прихожу на работу отдохнувшим, со свежими силами, в хорошем настроении.

46. Я иногда ловлю себя на том, что работаю с партнерами автоматически, без души.

47. По работе встречаются настолько неприятные люди, что невольно желаешь им чего-нибудь плохого.

48. После общения с неприятными партнерами у меня бывает ухудшение

физического или психического самочувствия.

49. На работе я испытываю постоянные физические или психологические перегрузки.

50. Успехи в работе вдохновляют меня.

51. Ситуация на работе, в которой я оказался, кажется безысходной (почти безысходной).

52. Я потерял покой из-за работы.

53. На протяжении последнего года была жалоба (были жалобы) в мой адрес со стороны партнера (ов).

54. Мне удастся беречь нервы благодаря тому, что многое из происходящего с партнерами я не принимаю близко к сердцу.

55. Я часто с работы приношу домой отрицательные эмоции.

56. Я часто работаю через силу.

57. Прежде я был более отзывчивым и внимательным к партнерам, чем теперь.

58. В работе с людьми руководствуюсь принципом: не трать нервы, береги здоровье.

59. Иногда иду на работу с тяжелым чувством: как все надоело, никого бы не видеть и не слышать.

60. После напряженного рабочего дня я чувствую недомогание.

61. Контингент партнеров, с которым я работаю, очень трудный.

62. Иногда мне кажется, что результаты моей работы не стоят тех усилий, которые я затрачиваю.

63. Если бы мне повезло с работой, я был бы более счастлив.

64. Я в отчаянии из-за того, что на работе у меня серьезные проблемы.

65. Иногда я поступаю со своими партнерами так, как не хотел бы, чтобы поступали со мной.

66. Я осуждаю партнеров, которые рассчитывают на особое снисхождение, внимание.

67. Чаще всего после рабочего дня у меня нет сил заниматься домашними



делами.

68. Обычно я тороплю время: скорей бы рабочий день кончился.

69. Состояния, просьбы, потребности партнеров обычно меня искренне волнуют.

70. Работая с людьми, я обычно как бы ставлю экран, защищающий от чужих страданий и отрицательных эмоций.

71. Работа с людьми (партнерами) очень разочаровала меня.

72. Чтобы восстановить силы, я часто принимаю лекарства.

73. Как правило, мой рабочий день проходит спокойно и легко.

74. Мои требования к выполняемой работе выше, чем то, чего я достигаю в силу обстоятельств.

75. Моя карьера сложилась удачно.

76. Я очень нервничаю из-за всего, что связано с работой.

77. Некоторых из своих постоянных партнеров я не хотел бы видеть и слышать.

78. Я одобряю коллег, которые полностью посвящают себя людям (партнерам), забывая о собственных интересах.

79. Моя усталость на работе обычно мало сказывается (никак не сказывается) в общении с домашними и друзьями.

80. Если предоставляется случай, я уделяю партнеру меньше внимания, но так, чтобы он этого не заметил.

81. Меня часто подводят нервы в общении с людьми на работе.

82. Ко всему (почти ко всему), что происходит на работе я утратил интерес, живое чувство.

83. Работа с людьми плохо повлияла на меня как профессионала - обозлила, сделала нервным, притупила эмоции.

84. Работа с людьми явно подрывает мое здоровье.