

Исследования в области психологии направлены на изучение предпосылок развития эмоционального выгорания, профессионального стресса, которые лишь косвенно могут быть диагностированы с помощью существующих методик (Методика определения типа личности и вероятностных расстройств Дж. Олдхэма и Л. Морриса, опросник Басса-Дарки для определения степени и особенностей агрессивности, опросник К. Замфир в адаптации А. А. Реана для определения мотивации трудовой деятельности и т.д.). Отсутствует комплексный диагностический инструмент, позволяющий диагностировать степень риска профессиональной деформации сотрудника, как более широкого понятия, включающего в себя проявления симптоматики эмоционального выгорания и профессионального стресса.

В результате проведенного теоретического анализа современных исследований в области психологии труда, инженерной и организационной психологии можно говорить о том, что на сегодняшний день нет комплексного общепринятого подхода к трактовке данного феномена, отсутствует четкое научное определение, поэтому возникает сложность в проведении психодиагностических исследований, прогнозирования и профилактики появления данного феномена у специалистов различных служб и ведомств, а также позволяет нам говорить о существовании практической необходимости в создании диагностирующего инструментария, направленного на выявление риска профессиональных деформации.

Таким образом, развитие профессионализма сопровождается не только совершенствованием, но и разрушением. При неблагоприятных условиях трудовая деятельность оказывает негативное влияние на здоровье человека.

Следствием профессиональной деформации являются разного рода риски (индивидуальные, социальные). Своевременное изучение профессиональной деформации сотрудников на предприятиях и в организациях должно иметь в основе профилактические цели, направленные на обеспечение психологической безопасности в коллективе и сохранение психологического и соматического здоровья каждого конкретного субъекта профессиональной деятельности.

#### Список использованных источников

- 1 Дружилов, С. А. Индивидуальный ресурс человека как основа становления профессионализма / С. А. Дружилов. – Воронеж : Научная книга, 2010. – 260 с.
- 2 Носкова, О. Г. Психология труда: учеб. пособие / О. Г. Носкова; под ред. Е. А. Климова. – М. : Академия, 2004. – 384 с.
- 3 Зеер, Э. Ф. Психология профессионального развития / Э. Ф. Зеер. – М. : Акад. Проект, 2004. – 240 с.
- 4 Maslach, C. History and conceptual specificity of burnout. In Recent Developments in Theory and Research / C. Maslach, W. Schaufeli. - New York: Hemisphere; 1993. – P. 44-52.
- 5 Sharit, J. Occupational stress : Review and reappraisal / J. Sharit, G. Salvendi // Human Factors, V. 24. – № 2. – P. 129-162.

**Н. И. Колтышева**, канд. пед. наук, доцент, **Л. М. Цубатова**  
Гомельский государственный университет имени Ф. Скорины  
г. Гомель, Республика Беларусь

#### **ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ**

*В статье рассматриваются проблемы психологического здоровья медицинских работников системы здравоохранения Республики Беларусь в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции. Авторы приводят результаты эмпирического исследования жизнестойкости медицинских работников с разным уровнем эмоционального выгорания.*

*Ключевые слова: жизнестойкость, медицинский работник, эмоциональное выгорание, деперсонализация, цинизм.*

В современном мире значительно возрос интерес к проблеме психологического здоровья медицинских работников. В условиях пандемии новой коронавирусной инфекции системы здравоохранения всех стран, в том числе, и Республики Беларусь, испытывают значительные сложности. Рост заболеваемости спровоцировал необходимость глобальной реструктуризации медицинских учреждений с целью обеспечения помощи больным COVID-19, при этом медицинские работники вынуждены работать в условиях экстремальной нагрузки и повышенной угрозы заражения. Согласно отечественным и международным данным, высокий уровень нагрузки и угрозы заражения значительно повышают риск эмоциональной дезадаптации, развития депрессии, тревоги, эмоционального дистресса, и как следствие, эмоционально выгорания [1], [2], [3]. По мнению Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой, И.В. Островской, синдром эмоционального выгорания наиболее характерен для представителей коммуникативных профессий (типа «человек – человек»), то есть профессий, которые связаны с оказанием помощи другому человеку, испытывающему негативные переживания и оказавшемуся в критической ситуации [4]. Это говорит о том, что медицинские работники находились в группе риска по развитию эмоционально выгорания и до пандемии, пандемия лишь усугубила проблему.

Уязвимость к эмоциональному выгоранию обусловлена особенностями профессиональной деятельности медицинских работников. Они являются представителями такой профессии, в которой от специалистов требуется интенсивное и содержательно насыщенное взаимодействие с людьми (с больными, родственниками пациентов, коллегами). Согласно данным исследования М.М. Скугаревской, проведенного среди медицинских работников Республики Беларусь, почти 80 % медицинских работников имеют признаки синдрома эмоционального выгорания различной степени выраженности, 7,8 % имеют резко выраженный синдром эмоционального выгорания, ведущий к психосоматическим и психовегетативным нарушениям [5, с. 3].

Проблема эмоционального выгорания медицинских работников, обусловленная его сложным характером, а также разнообразием факторов его провоцирующих, требует поиска новых исследовательских путей по выявлению причин, обуславливающих эмоциональное выгорание медицинских работников с целью их ликвидации. Существует предположение, что больший вклад в развитие эмоционального выгорания вносят психологические работники, нежели их демографические характеристики, а также факторы рабочей среды. Личностные ресурсы могут стать фактором, сдерживающим формирование эмоционального выгорания.

Следует выделить жизнестойкость как базовый ресурс преодоления трудных жизненных ситуаций, ресурс противодействия возникновению профессиональных деструкций. Одним из первых исследователей, отметивших жизнестойкость как наиболее универсальный фактор сопротивления невзгодам, стала С. Кобейса. В проведенных ею экспериментах было установлено, что именно эта черта является опорной в противостоянии стрессовым событиям. Наиболее полное изучение это понятие «жизнестойкость» получило в работах С. Мадди, который рассматривает жизнестойкость как личностную диспозицию, опосредующую влияние стрессогенных факторов (в том числе хронических) на соматическое и душевное здоровье, а также на успешность деятельности. Эта диспозиция выступает как катализатор в поведении и позволяет трансформировать какие-либо негативные влияния на поведение в новые возможности.

С целью изучения жизнестойкости медицинских работников с разным уровнем эмоционального выгорания было проведено эмпирическое исследование на базе учреждения здравоохранения «Гомельская областная детская клиническая больница», в котором приняли участие 100 медицинских работников со стажем работы 5 – 10 лет.

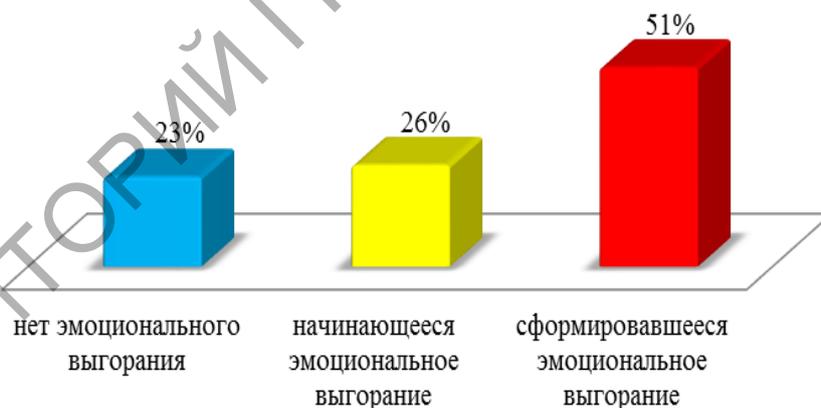
Для выявления особенностей жизнестойкости использовался тест жизнестойкости С. Мадди (адаптация Е.Н. Осина, Е.И. Рассказовой), который позволяет оценить способность личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность и не снижая успешность деятельности. Для выявления особенностей эмоционального выгорания использовалась методика В.В.Бойко, которая позволяет дать подробную картину синдрома эмоционального выгорания, а также наметить индивидуальные меры профилактики и психокоррекции. Для статистического анализа результатов исследования применялся критерий  $\chi^2$ -углового преобразования Фишера.

По результатам исследования было установлено, что у большинства медицинских работников (51 %) выявлено сформировавшееся эмоциональное выгорание. Для данной части медицинских работников характерна полная потеря интереса к работе и жизни вообще, эмоциональное безразличие, оупение, ощущение постоянного отсутствия сил.

У 26 % медицинских работников выявлено начинающееся «эмоциональное выгорание», которое сопровождается снижением интереса к работе, снижением потребности в общении (включая родственников и друзей): «им не хочется видеть» тех, с кем они общаются в процессе выполнения профессиональной деятельности, а именно учащихся, воспитанников и их родителей, коллег; нарастанием апатии к концу рабочей недели, а также появлением устойчивых соматических симптомов (нет сил, энергии, особенно к концу недели, головные боли по вечерам; «мертвый сон, без сновидений»), увеличение числа простудных заболеваний); повышенной раздражительностью.

У 23 % медицинских работников эмоциональное выгорание отсутствует. Данная часть медицинских работников отличается эффективным выполнением своей профессиональной деятельности. У них присутствует интерес к выполняемой профессиональной деятельности и желание работать, также для них характерна эмоциональная устойчивость.

На основании данных, представим наглядно результаты исследования уровня эмоционального выгорания у медицинских работников, полученные с помощью методики «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко), на рисунке 1.



**Рисунок 1 – Результаты исследования уровня эмоционального выгорания медицинских работников, полученные с помощью методики «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В. В. Бойко), в %**

Следующий этап нашего исследования направлен на изучении жизнестойкости медицинских работников с разным уровнем эмоционального выгорания. Результаты исследования жизнестойкости медицинских работников с разным уровнем эмоционального выгорания, полученные с помощью теста жизнестойкости С. Мадди (адаптация Е.Н. Осина, Е.И. Рассказовой), представлены в таблице 2.

**Таблица 2 – Результаты исследования жизнестойкости медицинских работников с разным уровнем эмоционального выгорания, полученные с помощью теста жизнестойкости С. Мадди**

Компонент	Уровень	Количество		
		медицинские работники, у которых эмоциональное выгорание отсутствует (n = 23)	медицинские работники с начинающимся эмоциональным выгоранием (n = 26)	медицинские работники со сформировавшимся эмоциональным выгоранием (n = 51)
Вовлеченность	низкий	1	3	31
	средний	14	21	15
	высокий	8	2	5
Контроль	низкий	3	4	33
	средний	11	19	15
	высокий	9	3	3
Принятие риска	низкий	4	5	7
	средний	15	17	41
	высокий	4	4	3
Жизнестойкость	низкий	3	4	30
	средний	10	19	16
	высокий	10	3	5

При анализе показателей по шкале «вовлеченность» у большинства медицинских работников, у которых отсутствует эмоциональное выгорание (61 %), с начинающимся эмоциональным выгоранием (81 %) и 29 % медицинских работников со сформировавшимся эмоциональным выгоранием выявлен средний уровень вовлеченности.

Согласно показателям, полученным по шкале «контроль» у большинства медицинских работников с начинающимся эмоциональным выгоранием (73 %), у 48 % медицинских работников, у которых отсутствует эмоциональное выгорание, и у 29 % медицинских работников со сформировавшимся эмоциональным выгоранием выявлен средний уровень контроля.

По компоненту «принятие риска» статистически значимых различий не выявлено.

При оценке показателя «жизнестойкость» у большинства медицинских работников с начинающимся эмоциональным выгоранием (73 %), у 44 % медицинских работников, у которых отсутствует эмоциональное выгорание, и у 31 % медицинских работников со сформировавшимся эмоциональным выгоранием выявлен средний уровень жизнестойкости.

Согласно статистически полученным данным, с помощью  $\phi^*$ -углового преобразования Фишера были выявлены статистически значимые различия в следующих уровнях жизнестойкости между медицинскими работниками с разным уровнем эмоционального выгорания.

*Низкий уровень:*

– между медицинскими работниками, у которых нет ЭВ и медицинскими работниками со сформировавшимся ЭВ ( $\phi^*_{эмл} = 4,021 > \phi^*_{кр} = 1,64$  при  $p \leq 0,05$  и  $\phi^*_{эмл} = 4,021 > \phi^*_{кр} = 2,31$  при  $p \leq 0,01$ ), т.е. доля медицинских работников со сформировавшимся эмоциональным выгоранием с низким уровнем жизнестойкости, статистически значимо выше, чем доля медицинских работников, у которых нет эмоционального выгорания (при  $p \leq 0,01$ );

– между медицинскими работниками с начинающимся ЭВ и медицинскими работниками со сформировавшимся ЭВ ( $\phi^*_{эмл} = 3,905 > \phi^*_{кр} = 1,64$  при  $p \leq 0,05$  и  $\phi^*_{эмл} = 3,905 > \phi^*_{кр} = 2,31$  при  $p \leq 0,01$ ), т.е. доля медицинских работников со сформировавшимся эмоциональным выгоранием

с низким уровнем жизнестойкости, статистически значимо выше, чем доля медицинских работников с начинающимся эмоциональным выгоранием (при  $p \leq 0,01$ );

*Средний уровень:*

– между медицинскими работниками, у которых нет ЭВ и медицинскими работниками с начинающимся ЭВ ( $\varphi^*_{\text{эмп}} = 2,134 > \varphi^*_{\text{кр}} = 1,64$  при  $p \leq 0,05$  и  $\varphi^*_{\text{эмп}} = 2,134 < \varphi^*_{\text{кр}} = 2,31$  при  $p \leq 0,01$ ), т.е. доля медицинских работников с начинающимся эмоциональным выгоранием со средним уровнем контроля, статистически значимо выше, чем доля медицинских работников, у которых нет эмоционального выгорания (при  $p \leq 0,05$ );

– между медицинскими работниками с начинающимся ЭВ и медицинскими работниками со сформировавшимся ЭВ ( $\varphi^*_{\text{эмп}} = 3,573 > \varphi^*_{\text{кр}} = 1,64$  при  $p \leq 0,05$  и  $\varphi^*_{\text{эмп}} = 3,573 > \varphi^*_{\text{кр}} = 2,31$  при  $p \leq 0,01$ ), т.е. доля медицинских работников с начинающимся эмоциональным выгоранием со средним уровнем жизнестойкости, статистически значимо выше, чем доля медицинских работников со сформировавшимся эмоциональным выгоранием (при  $p \leq 0,01$ );

*Высокий уровень:*

– между медицинскими работниками, у которых нет ЭВ и медицинскими работниками со сформировавшимся ЭВ ( $\varphi^*_{\text{эмп}} = 3,197 > \varphi^*_{\text{кр}} = 1,64$  при  $p \leq 0,05$  и  $\varphi^*_{\text{эмп}} = 3,197 > \varphi^*_{\text{кр}} = 2,31$  при  $p \leq 0,01$ ), т.е. доля медицинских работников, у которых нет эмоционального выгорания, с высоким уровнем жизнестойкости, статистически значимо выше, чем доля медицинских работников со сформировавшимся эмоциональным выгоранием (при  $p \leq 0,01$ );

– между медицинскими работниками, у которых нет ЭВ, и медицинскими работниками с начинающимся ЭВ ( $\varphi^*_{\text{эмп}} = 2,613 > \varphi^*_{\text{кр}} = 1,64$  при  $p \leq 0,05$  и  $\varphi^*_{\text{эмп}} = 2,613 > \varphi^*_{\text{кр}} = 2,31$  при  $p \leq 0,01$ ), т.е. доля медицинских работников, у которых нет эмоционального выгорания, с высоким уровнем жизнестойкости, статистически значимо выше, чем доля медицинских работников с начинающимся эмоциональным выгоранием (при  $p \leq 0,01$ ).

Проведенное эмпирическое исследование показало, что медицинские работники со сформировавшимся эмоциональным выгоранием отличаются низким уровнем жизнестойкости, а также низким уровнем вовлеченности и контроля. Они испытывают трудности в противостоянии жизненным трудностям, неблагоприятное давление обстоятельствам, собственная жизнь воспринимается как неосмысленная, скучная, отсутствуют как таковые жизненные цели. Испытывает чувство одиночества, отвергнутости, не востребованности, ощущают себя «вне жизни». Ощущают себя беспомощными, неспособными самостоятельно справиться с возникшими трудностями, неспособными повлиять на происходящие события, что говорит о внутренней пассивности и апатии.

Медицинские работники с начинающимся эмоциональным выгоранием отличаются средним уровнем жизнестойкости, средним уровнем развития вовлеченности и контроля.

Медицинские работники, у которых отсутствует эмоциональное выгорание, отличаются либо средним, либо высоким уровнем жизнестойкости, вовлеченности, контроля. Медицинские работники с развитой жизнестойкостью воспринимают собственную жизнь как способ приобретения опыта, способны активному противостоянию трудным жизненным ситуациям, сохраняя при этом психологическое здоровье. Они отличаются активностью, хорошим настроением, наличием целей в жизни, целеустремленностью, способностью управлять своим эмоциональным состоянием. Получают максимальное удовлетворение от жизни и собственной деятельности, в том числе - профессиональной.

Таким образом, медицинские работники со сформировавшимся эмоциональным выгоранием отличаются низким уровнем жизнестойкости, а также низким уровнем вовлеченности и контроля. Они испытывают трудности в противостоянии жизненным трудностям, неблагоприятное давление обстоятельствам, собственная жизнь воспринимается как неосмысленная, скучная, отсутствуют как таковые жизненные цели. Испытывает чувство одиночества, не востребованности, ощущают себя «вне жизни», беспомощность, неспособность самостоятельно совладать с возникшими трудностями, неспособность повлиять на происходящие события, вследствие этого пассивны, апатичны.

Полученные результаты эмпирического исследования свидетельствуют о необходимости развития жизнестойкости медицинских работников с целью снижения уровня эмоционального выгорания, его коррекции и профилактики.

## Список использованных источников

1 Кисели, С. Возникновение, предотвращение и управление психологическими эффектами новых вирусных вспышек среди медицинских работников: быстрое рассмотрение и метаанализ / С. Кисели [и др.] // ВМЖ. – 2020. – № 369. – С. 16–42.

2 Петриков, С.С. Профессиональное выгорание, симптомы эмоционального неблагополучия и дистресса у медицинских работников во время эпидемии COVID-19 / С.С. Петриков [и др.] // Консультативная психология и психотерапия. – 2020. – № 28. – С. 8–45.

3 Холмогорова, А.Б. Профессиональное выгорание и его факторы у медицинских работников, участвующих в оказании помощи больным Covid-19 на разных этапах пандемии / А. Б. Холмогорова [и др.] / Russian Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care. – 2020. – № 3. – С. 321 – 337.

4 Водопьянова, Н. Е. Синдром выгорания. / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. – 2-е изд. – СПб. : Питер, 2008. – 358 с.

5 Скугаревская, М. М. Синдром эмоционального выгорания / М. М. Скугаревская // Медицинские новости. – 2002. – № 7. – С. 3–9.

**Е. Н. Лысенко**

Брянский государственный университет имени академика И. Г. Петровского  
г. Брянск, Российская Федерация

## САМООТНОШЕНИЕ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЖИЗНЬЮ КАК ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ ЛИЧНОСТНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПЕДАГОГОВ

*В статье рассматриваются особенности самоотношения и удовлетворенности жизнью как критерии личностной безопасности педагогов общеобразовательных организаций. Приводятся результаты исследования показателей самоотношения и удовлетворенности жизнью педагогов, демонстрирующие, что самоотношение в основном носит позитивный характер, педагоги удовлетворены жизнью. Представлены статистически значимые различия в показателях самоотношения в зависимости от уровня удовлетворенности жизнью, а также корреляционные связи между самоотношением и удовлетворенностью жизнью педагогов.*

*Ключевые слова:* самоотношение, удовлетворенность жизнью, личностная безопасность, педагоги.

Проблема безопасности личности в современной мире является одной из самых обсуждаемых и актуальных в психологической науке. Согласно теории А.Г. Маслоу потребность в безопасности является базовой потребностью и основой для развития и самореализации человека во всех сферах жизнедеятельности, особенно в профессиональной деятельности. Проблема безопасности личности многоаспектна, но во всех рассматриваемых аспектах предполагает баланс отношений личности к миру, к себе, к другим, удовлетворенность от влияния внешнего и внутреннего мира [3, с.86]. Исследование феномена безопасности подтверждает, что личность является первичным элементом отношений безопасности, а безопасность базируется на оценке и осознанности личностью собственной защищенности. Следовательно, личностная безопасность есть осознанная психологическая защищенность, связанная с переживаемой удовлетворенности от характера отношений с окружающей средой [1, с.29].

Анализ структуры личностной безопасности показал, что к критериям личностной безопасности относят: психологическое благополучие, жизнестойкость, эмоциональная