

Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Сибирский институт бизнеса, управления и психологии»

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИИ

КАФЕДРА ПСИХОЛОГИИ

БАРИНОВА МАРГАРИТА АЛЕКСАНДРОВНА

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

САМОСОСТРАДАНИЕ КАК ФАКТОР ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Направление подготовки 37.03.01 Психология

Направленность (профиль) образовательной программы

Психологическое консультирование

Обучающийся


(подпись)

М.А. Барина
(инициалы, фамилия)

Руководитель

доцент каф. психологии, канд. психол. наук, доцент
(должность, ученая степень, ученое звание)


(подпись)

Е.В. Наконечная
(инициалы, фамилия)

Нормоконтролер


(подпись)

Т.В. Колпакова
(инициалы, фамилия)

Допускается к защите:

И.о. зав. кафедрой психологии.

канд. психол. наук
(ученая степень, ученое звание, инициалы, фамилия)
Т.Т. Думинская
(подпись)

« 21 » марта 20 25 г.

Красноярск 2025

Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Сибирский институт бизнеса, управления и психологии»

Факультет психологии

Направление подготовки 37.03.01 Психология

Направленность (профиль) образовательной программы Психологическое консультирование

Выпускающая кафедра психологии

ЗАДАНИЕ

на выпускную квалификационную работу

Студенту(ке) Бариновой Маргарите Александровне группы у 351-пк
(Ф.И.О. полностью)

1. Тема выпускной квалификационной работы «Самосострадание как фактор эмоционального выгорания медицинских работников»

(полное наименование темы согласно приказу)

утверждена приказом по институту от « 10 » декабря 2024 г. № 159-40
на основании решения заседания выпускающей кафедры психологии

Протокол от « 5 » декабря 2025 г., № 4

2. Срок сдачи выпускной квалификационной работы « 21 » марта
2025 г.

3. Содержание выпускной квалификационной работы: Введение; I Теоретические аспекты изучения самосострадания, как фактора эмоционального выгорания медицинских работников; II Эмпирическое исследование самосострадания, как фактора эмоционального выгорания у медицинских работников; Заключение.

4. Консультанты по разделам выпускной квалификационной работы: нет.

5. График выполнения выпускной квалификационной работы: подбор и изучение литературных источников, разработка структуры содержания ВКР, уточнение цели и задач, объекта и предмета исследования (16.12.24-18.12.24); уточнение и систематизация списка литературы, написание раздела ВКР, раскрывающего теоретические основы изучаемой проблемы (19.12.24-24.12.24); формирование плана эмпирического исследования, составление диагностического комплекса (27.12.24-09.01.25); сбор и анализ эмпирического материала (10.01.25-18.01.25); написание практической части ВКР, формирование выводов, практических рекомендаций (20.01.25-31.01.25); доработка текста ВКР, оформление ВКР (02.02.25-07.02.25); подготовка сообщения, иллюстративных материалов для защиты (10.02.25-14.02.25).

Дата выдачи задания « 13 » декабря 2025 г.

Руководитель

выпускной квалификационной работы



(подпись)

Е.В. Наконечная

(инициалы, фамилия)

РЕФЕРАТ

Выпускная квалификационная работа 86 с., таблиц 4, рисунков 9, источников 53, приложений 5.

САМОСОСТРАДАНИЕ, ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ, МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ, ВРАЧИ, ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС, ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Целью данной выпускной квалификационной работы является изучение взаимосвязи самосострадания и эмоционального выгорания у врачей. При этом объектом исследования является сострадание как психологический феномен.

В рамках исследования были решены следующие задачи: проведен систематический анализ теоретических источников по проблеме самосострадания и его взаимосвязи с эмоциональным выгоранием у медицинских работников; подобран и адаптирован диагностический инструментарий для оценки уровня самосострадания и степени эмоционального выгорания; эмпирически исследована взаимосвязь между самосостраданием и эмоциональным выгоранием в выборке врачей; на основе полученных результатов сформулированы практические рекомендации по профилактике эмоционального выгорания и развитию самосострадания у медицинских работников.

Достоверность полученных в исследовании данных оценена с помощью критерия Пирсона.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
I ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ САМОСОСТРАДАНИЯ КАК ФАКТОРА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	9
1.1 Самосострадание в контексте современных исследований личности	9
1.2 Специфика профессиональной деятельности медицинских работников	19
1.3 Эмоциональное выгорание в профессиональной деятельности медицинских работников	32
II ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ САМОСОСТРАДАНИЯ, КАК ФАКТОРА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	46
2.1 Организация и методы эмпирического исследования	46
2.2 Анализ первичных результатов исследования	50
2.3 Разработка рекомендаций по профилактике возникновения эмоционального выгорания у медицинских работников	75
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	77
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	80
Приложение	

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования вытекает из специфики труда медицинских работников, который является важным элементом не только для здоровья общества, но и для самих специалистов. Профессия врача сопряжена с высокой эмоциональной нагрузкой, что может приводить к серьезным последствиям, включая эмоциональное выгорание.

Эмоциональное выгорание – это состояние, характеризующееся эмоциональным истощением, снижением активности и ухудшением профессиональной эффективности, которое возникает из-за постоянного стресса и чрезмерных требований [2].

Важно понимать, что труд врачей не только необходим для поддержания здоровья и жизни людей, но и влияет на их собственное психологическое состояние и благополучие. Врач, находясь под постоянным давлением, рискует столкнуться с депрессией, апатией и истощением, что, в свою очередь, значительно снижает качество предоставляемых медицинских услуг и ухудшает результаты лечения [17].

Результаты эмоционального выгорания могут быть разными – от перехода к формальному исполнению своих должностных обязанностей до ухода из профессии в другие сферы деятельности [6]. При этом последствия эмоционального выгорания специалистов помогающих профессий очень значимы не только для них самих, но и для тех, кому они помогают. Так, например, если эмоционально выгоревший врач продолжает работать по профессии, то его работа становится механической, и это может негативно отразиться на качестве оказываемой пациентам помощи, на состоянии их здоровья. В таких обстоятельствах, недостаток самосострадания может усугублять эти негативные переживания, повышая риск развития эмоционального выгорания.

Самосострадание, уходящее корнями в эмпатическое сострадание к

другим, как способность чувствовать и переживать чужую боль, было выделено в качестве самостоятельного понятия в психологии благодаря Кристин Нефф. В 2003 году она ввела в научный оборот конструкт «сострадание к себе» и разработала инструмент для его измерения. Концепция К. Нефф формировалась на стыке буддийской философии, с акцентом на сострадании и милосердии, личного опыта травмирующих отношений, а также исследований и терапевтической практики [26]. В результате этого синтеза сформировалось убеждение в важности осознанного и позитивного отношения к себе, которое помогает смягчить удары самокритики и вернуть человеку радость жизни.

В контексте профессиональной деятельности, где стресс и эмоциональные нагрузки являются неотъемлемой частью работы, самосострадание может выступать важным ресурсом для поддержания психологического благополучия [39].

Особенно актуальна эта проблема для медицинских работников, чья работа сопряжена с высокой эмоциональной нагрузкой, ответственностью за жизнь и здоровье других людей, а также с постоянным контактом со страданиями и горем. Вместе с тем, взаимосвязь между самосостраданием и эмоциональным выгоранием у медицинских работников является малоизученной.

Таким образом, можно говорить о том, что медицинские работники постоянно подвергаются стрессу, поэтому крайне важно найти способы помочь им справляться с эмоциональными перегрузками, а самосострадание может быть одним из ключевых факторов в этом.

Новизна настоящего исследования заключается в поиске перспективного практико-ориентированного подхода к исследованию эмоционального выгорания у медицинских работников через феномен самосострадания.

Практическая значимость исследования заключается в возможности использования эмпирических данных для разработки практических рекомендаций по профилактике и коррекции эмоционального выгорания у медицинских работников.

Цель исследования – изучить взаимосвязь самосострадания и эмоционального выгорания у медицинских работников.

Объект исследования: сострадание как психологический феномен.

Предмет исследования: самосострадание как фактор эмоционального выгорания медицинских работников.

Достижение поставленной цели предполагает решение следующих задач:

1. Изучить сущность самосострадания в контексте современных исследований личности.

2. Описать специфику профессиональной деятельности медицинских работников.

3. Рассмотреть содержание и особенности эмоционального выгорания в профессиональной деятельности медицинских работников.

4. Организовать и провести исследование взаимосвязи между самосостраданием и эмоциональным выгоранием у медицинских работников.

5. Проанализировать результаты исследования.

6. Разработать рекомендации по профилактике возникновения эмоционального выгорания у медицинских работников.

В качестве рабочей гипотезы выступает предположение: что чем выше уровень самосострадания у медицинских работников, тем ниже уровень эмоционального выгорания, и наоборот.

База исследования: Центр эстетической медицины ООО «Реновацио» г. Красноярск.

В качестве респондентов выступили 30 медицинских работников, из них: 22 врача различных специализаций и 8 медицинских сестёр, преимущественно женщин, в возрасте 30-62 лет, с разнообразным стажем работы от 5 до 40 лет.

Для исследования были использованы следующие методики:

1. Диагностика уровня эмоционального выгорания по В.В. Бойко: направлен на выявление и оценку степени выраженности симптомов эмоционального выгорания через три фазы: «напряжение», «резистенция» и «истощение». Позволяет оценить наличие выгорания, выявить конкретные

факторы и проявления.

2. Методика «Сочувствие к себе» (SCS) Кристин Нефф (Адаптация: Чистопольская К. А., Осин Е. Н., Ениколопов С. Н., 2020 г.): измеряет уровень самосострадания через три компонента: доброта к себе, общая человечность и осознанность, оценивая позитивное (доброта, общность, внимательность) и требовательное (самокритика, изоляция, чрезмерная идентификация) самоотношение.

3. Методика «Самоотношение (МИС)» Пантилеева С.Р.: многомерный опросник МИС исследует аспекты отношения личности к себе, такие как самоуважение, самопринятие, самоинтерес, самообвинение, самопонимание и ожидание отношения к себе со стороны других. Позволяет выявить уровень и качественные особенности самоотношения.

4. «Опросник профессионального самоотношения» Карпинского К. В. и Кольшко А.М.: оценивает субъективное восприятие человеком своей профессиональной деятельности и себя как профессионала, включая удовлетворенность работой, профессиональную компетентность, ценность профессии и восприятие профессиональных достижений/неудач. Позволяет оценить сильные и слабые стороны профессионального самоотношения и уровень удовлетворенности.

I ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ САМОСОСТРАДАНИЯ КАК ФАКТОРА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

1.1 Самосострадание в контексте современных исследований личности

Ключевой терминологической единицей настоящего исследования является понятие «самосострадание», этимологическая сущность которого восходит к целому ряду слов, обозначающих эмоциональные переживания и поведенческие реакции человека: «сочувствие», «сопереживание», «эмпатия», «сострадание», «жалость», «помощь». Все эти эмоциональные и поведенческие проявления имеют давнюю историю теоретического обоснования и эмпирического исследования в психологической науке – с введения в 1909 году классиком зарубежной психологии Эдвардом Титченером понятия «эмпатия» [13].

На сегодняшний день содержание понятия «эмпатия» определено достаточно точно и конкретно, разработан диагностический инструментарий для исследования способности человека к проявлению эмпатии, накоплен солидный опыт изучения особенностей проявления эмпатии людьми помогающих профессий. Однако о способности человека к проявлению сочувствия, сопереживания к самому себе в научной психологии стали говорить совсем недавно.

Словосочетание «сострадание к себе» было введено в научный обиход представительницей современной американской психологии Кристин Нефф, которой принадлежит авторство первой академической концепции, обосновывающей значимость сочувствующего отношения к себе для психологического здоровья и личностного развития, и первой диагностической шкалы «Сочувствие к себе» (Self-compassion Scale) [47].

Другой американский исследователь П. Гилберг, который принимал участие в работе исследовательских групп под руководством К. Нефф, в затем самостоятельно продолжил разрабатывать теорию самосострадания, предлагал определять самосострадание как осознанное обращение к страданию и принятие мер для его облегчения. Суть самосострадания, по П. Гилберту, заключается в том, чтобы не искать способы облегчить тяжёлые переживания любыми доступными способами, а в том, чтобы вступить в контакт со своими болезненными переживаниями, осознать своё право на переживание негативных эмоций, без обесценивания таких эмоций и самого себя и проявить доброту к себе без сравнения себя с другими людьми [10].

Известный специалист в области психологии семейных отношений С. Поллак разрабатывала теорию самосострадания в контексте родительско-детских отношений, поиска способов регуляции психоэмоционального состояния родителей, столкнувшихся с проблемами конструктивного взаимодействия с детьми. Многолетняя практика консультирования родителей, находящихся на грани нервного срыва из-за конфликтов с детьми и обращавшихся за помощью к психологу с целью вернуть в семью мир, покой и стабильность, привела С. Поллак к выводу о том, что родители слишком много внимания уделяют контролю над ситуацией, вместо того, чтобы сконцентрироваться на собственных эмоциональных переживаниях в той или иной сложной ситуации. По мнению С. Поллак, самосострадание – это безоценочное принятие себя и собственного несовершенства, осознание человеком того, в чём лично он нуждается, и желание помочь самому себе [29].

Несмотря на широкий контекст применения конструкта «самосострадание» в зарубежных и отечественных исследованиях, попыток существенно видоизменить саму трактовку термина «самосострадание», сформулированную К. Нефф, до настоящего времени не предпринималось.

Под самосостраданием, согласно автору понятия, следует понимать «проявление сочувствия к самому себе, пониманием и состраданием в контексте собственного страдания, неудач и недостатков» [26, с. 41].

Именно это определение будет использоваться в настоящем исследовании в качестве рабочего.

Отечественные исследователи до недавнего времени лишь изредка ссылались на работы К. Нефф, используя отдельные положения её теории для обоснования необходимости развития эмпатийных способностей. В качестве примера можно привести статью Е.Г. Логуновой, посвящённую феномену милосердия [18].

Интенсивное исследование феномена самосотрадания в отечественной психологии наблюдается лишь в последние пять лет, что, по мнению Невструевой Т.Х. [25], объясняется выходом в свет первого переводного издания трудов К. Нефф – монографии «Самосотрадание. Шаг за шагом», написанной ею в соавторстве с К. Гермером [27].

Важнейшим результатом деятельности отечественных исследователей, без преувеличения, можно назвать адаптацию шкалы «Сочувствие к себе» (Чистопольская К.А., Осин Е.Н., Ениколопов С.Н.) [38] и шкалы «Страх сострадания» Гилберта П. (Fear of Compassion Scale; Янченко А.А. и Нартова-Бочавер С.К.) [40].

Отличительной чертой зарубежных исследований феномена самосотрадания является очень широкий контекст применения этого понятия для объяснения психических, психофизиологических и социальных факторов жизнедеятельности человека и развития личности. Эмпирические исследования проводятся на выборках людей разного возраста, этнической принадлежности, социально-демографических характеристик, состояния соматического и психического здоровья.

Так, например, специалистами Тегеранского университета медицинских наук проведено исследование взаимосвязи между воспринимаемой социальной поддержкой и эмоциональной саморегуляцией в психологическом благополучии женщин, переживших рак молочной железы. В исследовании приняли участие 300 пациенток онкологических отделений Иранских клиник. Главный вопрос, который интересовал авторов исследования состоял в том,

каким путём социальная поддержка оказывает положительное воздействие на психологическое благополучие онкобольных, и за счёт чего у людей, страдающих онкозаболеваниями, развивается способность к эмоциональной саморегуляции. Такая постановка вопроса очень важна, так как до настоящего времени был доказан лишь сам факт наличия прямой зависимости между поддержкой извне и внутренним психологическим состоянием больных раком. В результате проведённого исследования было доказано, что посредником между воспринимаемой социальной поддержкой и эмоциональной саморегуляцией в психологическом благополучии женщин, страдающих раком молочной железы, является самосострадание. В прикладном аспекте результаты этого исследования имеют особую значимость в качестве наглядной демонстрации ключевых мишеней потенциально эффективной психокоррекционной и психотерапевтической работы с онкобольными [52].

Коллективом учёных Государственного университета имени Сэма Хьюстона (США) проведено исследование взаимосвязи между психопатологическими расстройствами личности и самосостраданием. В отличие от предыдущих исследований в этой области, в исследовании фигурировали не отдельные конкретные расстройства личности, а альтернативная модель расстройств личности (AMPD), представленная в последней версии руководства по психическим расстройствам (DSM-5).

Результаты исследования продемонстрировали существование прочных связей между идентичностью и самосостраданием, а также умеренно отрицательную связь между самосостраданием и большинством личностных черт AMPD. Полученные данные представляют ценность в качестве обоснования для разработки новых эффективных моделей психотерапии расстройств личности, психологического инструментария практической поддержки лиц, имеющих склонность к патологическим расстройствам личности [53].

Значительный интерес представляет исследование, проведённое совместно иранскими и американскими учёными, с целью изучения особенностей

проявления сострадания иранскими мусульманами во взаимосвязи с интегративным самопознанием, психическим здоровьем и религиозной ориентацией. Н. Горбани, П.Дж. Уотсон, Ч.И. Чен и Ф. Нурбала делают акцент на кросс-культурную значимость конструкта «сострадание», а результаты проведённого ими исследования убедительно доказывают существование прямой положительной взаимосвязи между состраданием и самопознанием, самооценкой, удовлетворением базовых потребностей, а так же отрицательной взаимосвязи сострадания с тревожностью и депрессией.

Обобщив все эмпирические данные, учёные сформулировали вывод о том, что религиозная ориентация мусульман, предполагающая глубокое самопознание в целях достижения ментального единения с Богом, проявление сострадания и милосердия, принятие собственного несовершенства как данности, обеспечивает им психологическое благополучие, прежде всего, за счёт благожелательного, сострадательного отношения к самим себе, и, тем самым, предупреждает искажения самооценки, психологическую дезадаптацию и депрессивные расстройства [43].

Феномен самосострадания оказался и в поле зрения учёных, научные интересы которых концентрируются в области исследования факторов эмоционального выгорания.

Наглядным примером возможности применения конструкта «самосострадание» для объяснения феномена выгорания может служить статья индонезийских учёных, посвящённая обзору результатов исследования эмоционального выгорания студентов бакалавриата на фоне высоких требований к уровню их академической успешности.

В ходе исследования выявлено значительное негативное влияние самосострадания на академическое выгорание студентов всех курсов. Другими словами, чем бережнее, сострадательнее студенты относятся к самим себе, тем меньше они подвержены эмоциональному выгоранию, спровоцированному давлением постоянно усложняющихся академических задач [42].

Вьетнамские учёные обратили внимание на противоречие между

объективной значимостью самосострадания для психологического благополучия личности и очевидный дефицит исследований, посвящённых взаимосвязи между самосостраданием и психологическим самочувствием подростков.

По мнению исследователей, роль сострадания к себе в улучшении самочувствия взрослых на сегодняшний день уже достаточно хорошо обоснована и убедительно доказана, в то время как взаимосвязь между состраданием к себе и различными аспектами благополучия в подростковой среде до сих пор остаётся неизученной. Соответствующее исследование было проведено на выборке подростков, проживающих в специфической географической и этнокультурной среде Юго-Восточной Азии. Результаты множественного регрессионного анализа показали, что высокий уровень сострадательного, безоценочно-принимаящего отношения к себе положительно сказывается на психологическом благополучии вьетнамских подростков, а также значительно уменьшает негативные последствия переживания ими стрессов [51].

Среди зарубежных научных публикаций, освещающих проблематику проявления и развития самосострадания, имеются статьи, посвящённые самосостраданию в контексте профессиональной деятельности. Систематический обзор таких исследований представлен в статье коллектива учёных Папского университета Саламанки (Испания). А. Крего и его коллегами отобраны 24 исследования рисков профессионального неблагополучия специалистов в области психического здоровья и 17 исследований, посвящённых влиянию на их профессиональную деятельность вмешательств, основанных на самосострадании (в первую очередь, техник осознанности). Обобщение и систематизация данных позволили сформулировать следующие выводы [41]:

– во-первых, специалистам, чья профессиональная деятельность направлена на оказание помощи людям в сохранении, укреплении и возвращении психического здоровья, часто свойственно игнорировать риски

собственного психологического неблагополучия, которые объективно очень высоки, что обусловлено спецификой их работы в целом и контингента пациентов (клиентов), в частности;

– во-вторых, способность к самосостраданию является значимым инструментом предупреждения профессиональной усталости от проявления сочувствия и сострадания к другим, эмоционального выгорания и вторичной травматизации;

– в-третьих, тренинги развития самосострадания должны стать неотъемлемой частью профессиональной подготовки психологов, психотерапевтов и других специалистов в области психического здоровья.

Отдельного внимания заслуживает замечание А. Кrego относительно психологических барьеров на пути активного использования практик осознанности. Главным барьером являются опасения активации сложных эмоций, актуализации вытесненных страхов и пережитых ранее психологических травм. Очевидно, что наличие такого барьера следует учитывать при разработке программ развития самосострадания для специалистов помогающих профессий.

В отношении зарубежной литературы, посвящённой феномену самосострадания, следует подчеркнуть одну очень важную деталь – большинство переведённых на русский язык изданий относятся к категории научно-популярной литературы, рассчитанной на широкий круг читателей, интересующихся проблемами личностного роста, саморазвития, психологического просвещения.

Ввиду того, что отечественная теория и практика исследования самосострадания базируется на опыте зарубежных исследователей, выделим ряд общих, фундаментальных положений, составляющих основу понимания сущности самосострадания [44]:

– концепция самосострадания сочетает в себе идеи гуманистической психологии, позитивной психологии, эволюционной теории, психологии развития и буддийских практик милосердия и сострадания;

– понятие «самосострадание» относится к эмоциональной сфере личности и тесно связано с такими понятиями, как «эмпатия», «личностная идентичность», «личностная целостность», «самооценка» и многими другими;

– конструкт «самосострадание» находится в оппозиции к самооценке, так как самооценка с её доминирующими ценностями социальной желательности, благополучия и успешности зачастую оказывает на личность травмирующее воздействие;

– психологическая природа самосострадания безоценочна, за счёт чего развитие способности к самосостраданию позволяет снизить уровень самокритичности и травматичности болезненной самооценки;

– психологическое содержание самосострадания включает непредвзятое отношение к своим недостаткам и неудачам, открытость и движение к собственным страданиям, переживание чувства доброты к себе и стремление к заботе о себе, признание того, что собственный опыт жизненных неудач отнюдь не уникален, он является частью человеческого опыта;

– структура самосострадания состоит из трёх компонентов: доброта к себе (self-kindness), как способность понимать себя и не быть самокритичным; общность с человечеством (common humanity), как понимание своих ошибок и как часть глобального человеческого состояния и опыта; осознанность (consciousness), как умение держать свои болезненные мысли и чувства в сознательном осознании, а не избегать их или чрезмерно идентифицировать их.

В отечественной психологии, как говорилось выше, проблематика самосострадания начала активно обсуждаться всего несколько лет назад, однако уже сейчас можно констатировать наличие эмпирических исследований, различающихся по своей тематике.

Первыми масштабными исследованиями феномена самосострадания стали уже упоминавшиеся выше научные работы по адаптации зарубежного диагностического инструментария.

Коллективом российских учёных под руководством К.А. Чистопольской осуществлялась адаптация опросника К. Нефф использованием шкал

временной перспективы личности Ф. Зимбардо, «Многомерной шкалы восприятия социальной поддержки» (методика MSPSS Г. Зимета, в последней редакции К.А. Чистопольской и соавторов), модифицированной методики «Опыт близких отношений» (опросник К. Бреннан и Р. К. Фрейли, в адаптации Т.В. Казанцевой) и «Почти совершенной шкалы» (методика Р. Слейни, в адаптации Т.М. Пермяковой и М.С. Шевелевой) [25].

Эмпирические данные показали значимые корреляционные связи шкал самосострадания с параметрами этих опросников. Например, высокий при высоком уровне сочувствия к себе испытуемому не свойственны чрезмерный, препятствующий благополучным взаимоотношениям с другими людьми и средой перфекционизм, тревожный и избегающий стили привязанности [38].

В статье А.А. Янченко и С.К. Нартовой-Бочавер представлены результаты адаптации опросника П. Гилберта «Страх сострадания». В исследовании выявлена отрицательная связь страха сострадания к себе с аутентичностью и психологическим благополучием, положительная связь с подверженностью внешним влияниям, самоотчуждением и депрессивными симптомами [40].

Выявленные корреляции означают следующее: способность сочувствовать самому себе относится к числу важнейших адаптивных свойств личности; человек, умеющий проявлять сострадание у себе, проявляет не только слабость, но и умение радоваться жизни, позитивно оценивать собственный жизненный опыт, не впадая в состояние хандры и не предаваясь самобичеванию, что, в целом, способствует продуктивному функционированию.

В статье И.И. Храмцовой и Т.С. Чуйковой представлен сравнительный анализ особенностей проявления разных стилей юмора у американцев и россиян. Авторы приходят к выводу о том, что самосострадание в целом и осознанность (внимание), как элемент самосострадания оказывают влияние на формирование адаптивных и неадаптивных стилей юмора, притом выявленные закономерности имеют свою культурную специфику [37].

Выявление взаимосвязи между способностью к самосостраданию и отношением к неудачам являлось целью эмпирического исследования

А. С. Баранчуковой и Е.А. Кузнецовой. В ходе исследования обнаружилось, что негативное отношение к неудачам, их чрезмерно тревожное восприятие и преувеличенное негативное значение свойственны людям с низким уровнем самосострадания. Более того, достоверно установлено, что чрезмерная идентификация и самоизоляция усиливают негативное отношение к собственным неудачам и препятствуют их восприятию как нормального жизненного опыта, свойственного всем людям [5].

Невструевой Т.Х. и Суслиной А.А. было проведено исследование взаимосвязи самосострадания с эмоциональной и когнитивной сферами личности, а именно: с эмоциональными схемами (Р. Лихи) и когнитивной регуляцией эмоций (Н. Гарнефски). Результаты исследования свидетельствуют о том, что более половины молодых людей (студентов университета) склонны к негативным проявлениям самосострадания (самокритике, самоизоляции и чрезмерной идентификации), что влечёт за собой выбор неэффективных стратегий когнитивной регуляции эмоций [24].

В статье И.Н. Абросимова представлены эмпирические данные, характеризующие особенности и результаты психологического сопровождения пациентов с хроническими заболеваниями. В процессе исследования измерялись показатели осознанности (майндфулнесс) и самосострадания. Результаты лонгитюдного исследования показали, что использование в практике работы с людьми, страдающими хронической обструктивной болезнью лёгких, техник осознанности и практик развития позитивных составляющих самосострадания оказывает положительное влияние на лечебный процесс и последующую реабилитацию – терапия соматического заболевания при одинаковых медикаментозных назначениях для разных больных оказывается более эффективной, а периоды ремиссии более продолжительными [1].

Первой и пока единственной монографией, написанной отечественными исследователями в контексте проблематики самосострадания, является работа Гуткевич Е.В. и Колпаковой Е.В. В монографии дано теоретико-

методологическое обоснование изучения особенностей психоэмоционального состояния созависимых женщин и феномена самосострадания, приводятся результаты эмпирического исследования психоэмоционального состояния женщин в семьях с зависимым поведением у близких, предлагается комплексная психокоррекционная программа для развития навыка самосострадания у этой категории женщин [12].

Подводя итог всему вышеизложенному, можно сформулировать вывод о том, что феномен самосострадания является интересным и перспективным предметом теоретических и прикладных исследований в современной психологии. В частности, актуальным представляется изучение самосострадания в контексте трудовой деятельности специалистов помогающих профессий, разработка психокоррекционных и психопрофилактических программ развития самосострадания как основного или вспомогательного механизма предупреждения профессионального выгорания.

1.2 Специфика профессиональной деятельности медицинских работников

Рассмотрение вопроса о специфике профессиональной деятельности медицинских работников следует начать с замечания о том, что в психологии труда медицинские профессии традиционно относились и продолжают относиться к сфере «человек-человек». В то же время, в век информационных технологий одной из ведущих тенденций в развитии здравоохранения и медицинской помощи является широкое применение современной аппаратуры, прежде всего, высокотехнологичного оборудования, применяемого для диагностики заболеваний, для лечения, для ухода за больными и их реабилитации, а также для профилактики различных заболеваний. Следовательно, можно говорить о том, что профессиональная деятельность

медицинских работников в настоящее время всё больше проникает в сферу «человек-техника», что не может не оказывать определённого влияния и на выполнение медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей, и на их отношение к собственному труду.

В этой связи, при выполнении практической части исследования, анализируя эмпирические данные, мы будем учитывать характер труда медицинских работников, а именно: интенсивность их непосредственного общения с пациентами, соотношение объёма времени на «живое» общение с пациентами и на выполнение манипуляций, процедур с применением технических средств.

В нормативно-правовом аспекте специфика профессиональной деятельности медицинских работников определяется Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.05.2023 г. № 205-н, согласно которому вся совокупность работников здравоохранения и медицины подразделяется на пять категорий [30]:

- руководители: главный врач медицинской организации и его заместители, директор хосписа, главная медсестра или акушерка, заведующие структурными подразделениями лечебного учреждения;

- врачи (специалисты с высшим медицинским образованием): врачи-специалисты и врачи-стажёры разных направлений;

- специалисты с высшим профессиональным немедицинским образованием: биологи, энтомологи и зоологи, инструкторы-методисты по лечебной физкультуре, медицинские физики и психологи, химики-эксперты и эмбриологи, эксперты (химики, биохимики, генетики), судебные эксперты;

- средний медицинский персонал: гигиенисты и фельдшеры разной специализации, зубные врачи и зубные техники, инструкторы по лечебной физкультуре и гигиеническому воспитанию, лаборанты и рентгенлаборанты, медицинские сёстры и братья (участковые и операционные), медицинские дезинфекторы, помощники врачей;

- младший медицинский персонал: санитар и санитар-водитель, сестра-

хозяйка, младшая медицинская сестра по уходу за больными.

Содержание профессиональной деятельности медицинских работников каждой категории определяется профессиональными стандартами, в которых описаны их трудовые функции, требования к уровню образования и квалификации [31].

Ещё один момент, на который следует обратить внимание, прежде чем рассматривать специфику профессиональной деятельности медицинских работников, – это современное представление о лечебном процессе и процессе взаимодействия медицинских работников с пациентами как о процессе оказания медицинской услуги, которое так же определяется в нормативно-правовом поле.

Согласно действующему законодательству, медицинская услуга – это «медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение» [35].

Таким образом, взаимодействие медицинских работников с людьми, обращающимися в медицинскую организацию, выполнение медицинскими работниками своих должностных обязанностей, все действия, совершаемые медицинскими работниками для оказания помощи обратившимся, вне зависимости от запроса, есть не что иное, как предоставление медицинской услуги, поэтому в дальнейшем мы будем использовать формулировки «медицинская услуга» и «медицинская помощь», «оказание медицинской услуги» и «взаимодействие врача/медсестры с пациентом» как тождественные и взаимозаменяемые.

Ключевыми фигурами в процессе предоставления медицинских услуг являются врачи и медицинские сёстры. Эти же две категории медицинских работников являются самыми многочисленными и составляют наибольшую долю в общей численности всех медицинских работников. Поэтому в настоящем параграфе будет рассмотрена специфика профессиональной

деятельности врачей и медицинских сестёр, которая в психологии труда описывается в форме профессиограммы.

Профессия врача относится к типу «человек-человек», ведь она связана с общением и взаимодействием с людьми. Профессиональная деятельность врача – это непрерывное установление и поддержание деловых контактов, которое требует непосредственного общения, обмена информацией, анализа поступающей информации и принятия в режиме реального времени оперативных решений, направленных на оказание медицинской помощи другим людям. Именно поэтому профессия врача относится к категории так называемых помогающих профессий [15].

В качестве дополнительного типа профессиональной деятельности выступает тип «человек-природа», поскольку работа врача связана с изучением, наблюдением за объектами живой природы, с профилактикой и лечением заболеваний человека и животных [15]. В настоящее время, как отмечалось выше, есть все основания считать, что профессия врача относится не только к типам «человек-человек» и «человек-природа», но и к типу «человек-техника».

Профессия врача относится к классу эвристических. Она предполагает профессиональную деятельность, которая связана с анализом, исследованиями и испытаниями, контролем и планированием, управлением другими людьми. Всё это требует высокой эрудиции, оригинальности мышления, стремления к развитию и постоянному обучению [3].

Содержание профессиональной деятельности врача в общем виде, вне зависимости от его специализации, заключается в следующем [4]:

- выявление причин различных заболеваний;
- оказание плановой и экстренной медицинской помощи в стационарных и/или амбулаторных условиях;
- проведение санитарно-гигиенической просветительской работы среди населения, мероприятий по профилактике различных заболеваний, пропаганде здорового образа жизни;

– оказание содействия больным в период их восстановления после лечения (наблюдение за состоянием больного, назначение реабилитационных мероприятий).

Базовый перечень требований к знаниям врача включает [3]:

– знание анатомии человека в норме и патологии;

– анатомические и физиологические характеристики здорового и больного человека, с учётом его пола и возраста, отличительные признаки здорового и больного человека;

– происхождение и клиническую картину множества различных заболеваний, а также отличительные признаки, имеющие решающее значение в дифференциальной диагностике (в ситуациях, когда основные симптомы одинаковы для разных заболеваний);

– правила ведения медицинской документации.

Базовый перечень требований к умениям врача таков [19]:

– умение проводить осмотр пациентов, исследовать состояние их организмов, консультировать по теме обращения;

– умение пользоваться специальными инструментами и аппаратурой;

– умение расшифровывать и качественно интерпретировать результаты анализов, других лабораторных исследований;

– умение ставить точные диагнозы, разрабатывать адекватные схемы лечения и прогнозировать выздоровление, с учётом ведущего вида деятельности пациента.

Применительно к базовым перечням знаний и умений врача следует заметить, что современная медицина отличается постоянными изменениями в методах и методиках лечения давно известных и новых, пока ещё малоизученных заболеваний, регулярным появлением новых лекарственных препаратов и всё более совершенного, высокоточного оборудования. Преобразования в медицинской науке и технике обуславливают необходимость непрерывного образования врачей [4].

Противопоказаниями к профессиональной деятельности в качестве врача и

дерматологические заболевания, вирусоносительство, некорректируемые нарушения зрения и/или слуха, выраженные дефекты речи, слабость вестибулярного аппарата, непереносимость вида крови [33].

Для успешной деятельности в качестве врача недостаточно наличия специальных знаний и умений, а также отсутствия противопоказания. Не менее важным и необходимым является наличие таких деловых и личностных качеств, как наблюдательность, организованность, эмпатичность, склонность к работе с людьми, гибкость мышления, развитые логические способности, высокий уровень развития внимания и памяти, эмоциональная устойчивость. Проявления врачом невнимательности к людям, эгоистичности, циничности, эмоциональной несдержанности, грубости, тревожности, неуверенности в себе, рассеянности, безответственности могут расцениваться как профессиональная непригодность, которая может проявляться не сразу, а после нескольких лет работы как результат профессионального истощения, пресыщения своей трудовой деятельностью, эмоционального выгорания [16].

Главный помощник любого врача – это медицинская сестра, которая может иметь различные специализации и направления деятельности: палатная, процедурная, перевязочного кабинета, операционная, кабинета профилактики, участковая и многие другие. Палатная медицинская сестра осуществляет специализированный сестринский уход за пациентом в палате стационара, проводит подготовку больного к различным методам обследования, обучающую работу с пациентом и/или его родными по уходу, питанию, приему лекарственных препаратов, профилактике осложнений заболевания. Медицинская сестра перевязочного кабинета осуществляет перевязку пациентов после проведенных хирургических операций, проводит подготовку перевязочного материала, медицинского инструментария к работе. Участковая медицинская сестра осуществляет учёт населения разных возрастных групп, планирует и проводит профилактику инфекционных и неинфекционных заболеваний, помогает врачу во время приема пациентов, ведет медицинскую документацию [3].

Основной тип профессии так же, как у врача, «человек-человек», а дополнительный – «человек-техника». Заметим, что склонность к работе с техникой для медицинской сестры приобрела в последние годы особую значимость в связи с переходом медицинских организаций на электронные делопроизводство и документооборот, в том числе, электронные карты пациентов [15].

Содержание профессиональной деятельности медицинской сестры заключается, прежде всего, в участии в диагностическом, лечебном и реабилитационном процессах в качестве помощника врача. Кроме того, медицинская сестра призвана оказывать доврачебную медицинскую помощь в неотложных ситуациях, проводить профилактические мероприятия. Значительный объём работы медицинской сестры составляет ведение документации [3].

Квалифицированная медицинская сестра должна знать анатомию и физиологию человека, с учётом его пола и возраста, симптоматику самых распространённых заболеваний, правила проведения профилактических осмотров и профилактических прививок, технологию оказания доврачебной помощи, схемы подготовки пациентов к проведению диагностических обследований [19].

Медицинская сестра должна уметь [3]:

- подготовить пациента к лечебно-диагностическим мероприятиям и помогать врачу при их проведении;
- осуществлять лекарственную терапию по назначению врача;
- выполнять сестринские манипуляции, обеспечивать инфекционную безопасность, безопасную среду для пациента и персонала;
- оказывать первую медицинскую помощь, проводить сердечно-лёгочную реанимацию, оказывать паллиативную помощь;
- обучать пациента и семью правилам ухода и самоухода в период заболевания и на этапе выздоровления, консультировать пациента и семью по вопросам профилактики обострений заболеваний, осложнений, травматизма;

- проводить реабилитационные и профилактические мероприятия;
- конструктивно общаться с пациентами и коллегами, вне зависимости от их социально-демографических характеристик, индивидуально-типологических и личностных особенностей.

Противопоказаниями к работе в качестве медицинской сестры являются неврологические и психиатрические заболевания, выраженные дефекты речи и слуха, хронические инфекционные заболевания, нарушения опорно-двигательного аппарата, ряд дерматологических заболеваний [33].

Профессионально значимыми деловыми и личностными качествами для медицинской сестры являются эмоциональная устойчивость, отсутствие брезгливости, выносливость, организованность, развитые коммуникативные способности, высокая концентрация внимания, большой объём памяти и внимания, доброжелательность [16].

На основании вышеизложенного можно сформулировать вывод о том, что профессиональная деятельность медицинских работников имеет ряд особенностей:

- содержание профессиональной деятельности врачей и медицинских сестёр концентрируется вокруг оказания людям медицинской помощи, что требует отличного владения специальными знаниями и умениями, ведь от правильности постановки диагноза, назначения лечения и выполнения медицинских манипуляций напрямую зависят здоровье и даже жизнь пациентов, следовательно, профессиональная и личная ответственность у медицинских работников неразделимы;

- медицинские работники должны быть очень внимательными и наблюдательными, уметь быстро принимать решения и реагировать в соответствии с обстановкой, что сопряжено с постоянным сенсорным и умственным напряжением;

- врачи, и медицинские сёстры находятся в постоянном контакте с пациентами и их родственниками, что обуславливает высокую степень их коммуникативной активности, практически непрерывное пребывание в среде

людей и необходимость всегда быть готовыми к установлению и поддержанию конструктивного диалога с самыми разными людьми, проявлять понимание, сочувствие и тактичность.

Помимо общих особенностей, присущих профессиональной деятельности всех медицинских работников, существуют и частные характеристики, свойственные профессиональной деятельности специалистов разного профиля и разных типов медицинских организаций. С учётом базы для проведения исследования, которой в нашем случае является частный медицинский центр, следует рассмотреть и ту специфику, которая присуща трудовой деятельности сотрудников коммерческих медицинских организаций. Эта специфика выявлялась путём проведения беседы с врачами и медицинскими сёстрами Центра эстетической медицины ООО «Реновацио», г. Красноярск, который заявлен в качестве базы для проведения эмпирического исследования по теме выпускной квалификационной работы.

Заметим, что в беседе принимали участие те сотрудники, у которых имеется опыт работы и в государственных (муниципальных) медицинских учреждениях, и в частных медицинских организациях, что позволяет им говорить об особенностях работы в частной медицинской организации в сравнении с государственной.

В качестве первой особенности профессиональной деятельности медицинских работников в частной медицинской организации была названа система мотивации труда. И в частном медицинском центре, и в государственном лечебно-профилактическом учреждении принята смешанная система оплаты труда специалистов, состоящая из окладной и премиальной частей, притом в обоих случаях окладная часть невелика, а основная часть заработной платы – это поощрительные выплаты за результаты работы.

Однако критерии результативности разные: в государственных лечебно-профилактических учреждениях (далее по тексту ЛПУ) основным критерием результативности является частота посещаемости врачей (чем больше пациентов принял врач, тем выше результат его работы), а в частной

медицинской организации – фактический результат лечения конкретного пациента, то есть достижение им состояния полного выздоровления или продолжительной ремиссии (в случае хронического заболевания).

Эффективность работы врачей, в свою очередь, привлекает новых пациентов, поэтому и задача увеличения клиент-опотока перед сотрудниками частных медицинских организаций не стоит, ведь рост частоты обращаемости в медицинскую организацию зависит только от фактических результатов работы медицинского персонала. Следовательно, медицинские работники заинтересованы не в количестве пациентов, а в положительной динамике, и это заставляет врачей максимально ответственно относиться к разработке схемы лечения, к отслеживанию промежуточных результатов, а также постоянно повышать свою квалификацию, осваивая новые методы и технологии диагностики и лечения заболеваний в рамках своей специализации.

Вторая особенность – это техническое оснащение медицинских организаций. В последние годы материально-техническая база многих государственных и муниципальных ЛПУ значительно модернизировалась, в особенности, крупных медицинских организаций федерального и регионального уровней. Соответственно, улучшились условия работы врачей и среднего медицинского персонала, которые получили возможность пользоваться современным оборудованием, аппаратурой, расходными материалами. В то же время, оснащение передовым оборудованием всегда было и остаётся отличительной чертой коммерческих медицинских организаций, и это объясняется рядом обстоятельств:

- во-первых, частные медицинские организации, как правило, являются узко профильными, поэтому у них нет необходимости в приобретении обширного перечня дорогостоящего оборудования;

- во-вторых, открытию частной медицинской организации предшествует разработка бизнес-плана, в который закладываются расходы на приобретение оборудования, и учредители организации изначально видят, насколько потребности соответствуют их возможностям;

– в-третьих, пропускная способность частных медицинских организаций намного меньше, чем государственных ЛПУ, поэтому оборудование меньше изнашивается и реже подлежит замене.

Работа с современным оборудованием оказывает влияние и на медицинских работников частной медицинской организации. Для применения оборудования в своей практике необходимо пройти соответствующее обучение, которое обычно не оплачивается работодателем. Однако расходы на повышение квалификации оправдывают себя, и необходимость в них сотрудниками медицинского центра рассматривается не как неприятная обязанность, а как инвестирование в собственное профессиональное настоящее и будущее.

Говоря о повышении квалификации медицинских работников, нельзя не отметить, что в государственных медицинских учреждениях этот процесс осуществляется в плановом режиме и за счёт организации-работодателя, что является несомненным достоинством. В то же время имеются и некоторые нюансы, уменьшающие степень значимости этого преимущества работы в государственных и муниципальных медицинских учреждениях. Кроме того, курсы повышения квалификации обычно проходят либо индивидуально, либо малыми группами, скомплектованными случайным образом, что значительно ограничивает возможности применения новых знаний и умений в тех случаях, когда выполнение трудовых функций предполагает командную работу нескольких специалистов.

Например, врач-хирург может пройти обучение на курсах малоинвазивных методов хирургического вмешательства, освоить лапароскопический метод проведения операций, но использовать имеющиеся знания и оборудование в повседневной врачебной практике не может, потому что его помощники – медицинские сёстры и врач-анестезиолог – не обучались на таких же курсах, а потому не могут ассистировать хирургу при проведении операций.

Немаловажной особенностью профессиональной деятельности медицинских работников в частных медицинских организациях является

организация рабочего времени специалистов. Эта особенность тесно связана с мотивацией труда, о которой говорилось выше, точнее, с ориентацией на достижение фактического результата – выздоровления пациента.

Время приёма пациента врачом-терапевтом в частной медицинской организации занимает от 30 минут до одного часа. За это время можно собрать подробный анамнез, детально расспросить пациента о его жалобах, определиться с необходимыми диагностическими и лечебными мероприятиями, заполнить надлежащим образом документацию. В государственных ЛПУ время приёма пациента врачом-терапевтом составляет 12 минут, за которые уделить достаточное внимание пациенту невозможно, а беглый осмотр и краткая беседа позволяют собрать информацию только лишь для постановки предварительного диагноза.

Организация рабочего времени специалистов в частных медицинских организациях отличается не только продуктивностью, но и рациональностью. В данном случае речь идёт о том, что врачи и медицинские сёстры не участвуют в бюрократической работе (составлении отчётности) и регулярных совещаниях, не имеющих прямого и непосредственного отношения к их работе. Периодическая отчётность составляется администраторами на основании текущей документации, которую ведут врачи и медицинские сёстры, рабочие вопросы чаще всего решаются в частном порядке, за исключением тех, которые касаются планируемых существенных изменений в работе медицинской организации, затрагивающих интересы всех специалистов.

И, наконец, ещё одна особенность профессиональной деятельности медицинских работников коммерческих медицинских организаций – это контингент получателей медицинских услуг. В государственных ЛПУ медицинские услуги оказываются всем обратившимся, но перечень и объёмы таких услуг ограничены федеральным перечнем медицинского обслуживания по полису обязательного медицинского страхования. Пациенты государственных ЛПУ, как правило, не имеют возможности выбрать врача и удобное для них время приёма. Существуют проблемы долгого ожидания

очереди на приём к специалистам узкого профиля, проведения дополнительной диагностики и другие.

Контингент частных медицинских организаций представлен пациентами двух типов: первые – это люди с высоким социальным и/или материальным статусом, ценящие своё время и комфорт, готовые инвестировать в своё здоровье; вторые – это люди с разными социально-демографическими характеристиками, без выдающихся социального статуса и материального положения, но нуждающиеся в услугах частной медицины.

Типичные причины нуждаемости обычных людей в платных услугах частных клиник: в государственном ЛПУ нет специалистов узкого профиля или конкретных диагностических процедур, необходимых для постановки диагноза и лечения заболевания; пациент государственного ЛПУ не получил ожидаемого результата и в качестве единственно возможного выхода из ситуации видит обращение к услугам врачей частных медицинских организаций. В зависимости от причины обращения в частную клинику, пациенты второго типа приходят с разным эмоциональным настроем: в первом случае пациент обычно воодушевлён сверх меры, он изначально уверен в том, что здесь ему непременно помогут, вплоть до убеждённости в том, что для врачей частных клиник нет ничего невозможного; во втором случае пациент настроен скептически, склонен к проявлению недоверия, критичен в своих суждениях и оценках. Установить и поддерживать конструктивный диалог с такими пациентами сложно, это требует значительных эмоциональных затрат.

У первого и второго типов пациентов частных медицинских организаций имеется общая черта – высокая требовательность к медицинскому персоналу, которая распространяется на все аспекты их межличностного взаимодействия. Большинство пациентов обращается к частной медицине в поисках хорошего отношения и требует индивидуального подхода к себе. Соответственно, врачи и медицинские сёстры должны быть не только высококвалифицированными специалистами, но вести себя предельно корректно, вежливо и предупредительно, всегда быть готовым не просто поставить диагноз,

но и уделить достаточно времени для того, чтобы поговорить с пациентом о том, что, кроме состояния здоровья, его беспокоит. Кроме того, в перечень ожиданий пациентов входит получение как можно скорого и отличного результата, что чаще всего оказывается объективно невозможным и требует дополнительных усилий для разъяснения всех деталей заболевания и его лечения.

Таким образом, специфика профессиональной деятельности медицинских работников частных медицинских организаций заключается не только в рассмотренных выше общих особенностях профессиональной деятельности врачей и медицинских сестёр, но и в особенностях, обусловленных юридическим статусом медицинской организации, в связи с чем важнейшим деловым и личностным качеством медицинских работников становится стрессоустойчивость, а условия работы, несмотря на обилие достоинств, содержат и немало рисков для психоэмоционального перенапряжения.

1.3 Эмоциональное выгорание в профессиональной деятельности медицинских работников

Всемирная организация здравоохранения определяет «синдром выгорания» как физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся нарушением продуктивности в работе, усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью к соматическим заболеваниям, употреблению алкоголя или других психоактивных веществ и суицидальному поведению [11].

В научный оборот этот термин был введен американским психиатром Фрейденбергером Х. В настоящее время в отечественных научных публикациях используется несколько вариантов его перевода на русский язык: «эмоциональное выгорание»; «эмоциональное перегорание»; «эмоциональное

сгорание»; «эмоциональное истощение»; «психическое выгорание»; «синдром профессиональной деформации»; «синдром эмоциональной (профессиональной) деформации»; «профессиональное выгорание».

Терминологическое многообразие объясняется различными теоретическими воззрениями на проблему «выгорания», в связи с чем, представляется необходимым представить основные теоретические концепции феномена эмоционального (профессионального) выгорания.

Наиболее широкое распространение получила трехфакторная модель эмоционального выгорания, сформулированная психологом из г. Пало-Альто (Калифорния, США) Кристиной Маслач. Она и её коллеги рассматривают эмоциональное выгорание в совокупности выраженности эмоционального истощения, деперсонализации, редукции профессиональных обязанностей [21].

В контексте этого подхода эмоциональное истощение характеризуется психическим утомлением, усталостью, эмоциональной опустошенностью, симптомами депрессии. Вначале наблюдается эмоциональное перенасыщение, сопровождающееся эмоциональными срывами, агрессивными реакциями, вспышками гнева, впоследствии оно сменяется снижением эмоциональных ресурсов, утратой эмоционального интереса к окружающей действительности.

Под деперсонализацией обычно понимается дегуманизация (обесценивание) межличностных отношений, негативизм, циничность по отношению к чувствам и переживаниям других людей. У индивида появляются скрытые или явные негативные установки, возрастают обезличенность и формальность контактов, отмечаются частые вспышки раздражения и конфликтные ситуации. Для всех характеристик деперсонализации важна утрата эмоционального компонента психических процессов (потеря чувств к близким людям, снижение эмпатии – отзывчивости, соучастия).

Редукция личностных достижений характеризует снижение профессиональной эффективности работника, которое может проявляться в негативизме к служебным достоинствам и возможностям, в ограничении обязанностей по отношению к социальному окружению, в уменьшении

значимости выполняемой деятельности. Ярко выражено чувство собственной несостоятельности и некомпетентности.

В научной литературе феномен эмоционального выгорания рассматривается как состояние и процесс. Исследователи либо акцентируют внимание на его результативной стороне, либо подчеркивают его процессуальный характер. В рамках первого подхода эмоциональное выгорание понимается как некий комплекс относительно независимых друг от друга симптомов, которые объединяются в более крупные блоки, и который можно реально оценить. С точки зрения принципа единства результирующей и процессуальной стороны любого психического явления, эмоциональное выгорание можно рассматривать как состояние, которое имеет некую меру выраженности входящих в его состав структурных компонентов, являясь, таким образом, результатом происходящих с личностью изменений.

Так, например, В.В. Бойко рассматривает эмоциональное выгорание по фазам напряжения, резистенции и истощения, созвучными с фазами общего адаптационного синдрома (стресса). Под синдромом эмоционального выгорания (далее – СЭВ) автором понимается выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетики) в ответ на определенные психотравмирующие воздействия [6].

Факторы, провоцирующие формирование СЭВ, подразделяются на внешние и внутренние.

К внешним факторам относятся: хроническая напряженная психоэмоциональная деятельность; дестабилизирующаяся организация деятельности; повышенная ответственность за исполнение функций и операций; неблагоприятная психологическая атмосфера профессиональной деятельности; психологически трудный контингент, с которым имеет дело профессионал в сфере общения.

К внутренним факторам относятся: склонность к эмоциональной ригидности; интенсивная интериоризация (восприятие и переживание)

обстоятельств профессиональной деятельности; слабая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности; нравственные дефекты и дезорганизация личности.

Также можно представить СЭВ в виде эмоциональной компетентной составляющей общего адаптационного синдрома [28].

При дальнейших хронических воздействиях экстремальной среды, продолжающихся после возникновения психотравмирующей ситуации, формируется резистентность (сопротивляемость) к ним, и происходит перераспределение функциональных резервов: «по уровню и ширине» и «минимизация» [20]. В целях сохранения гомеостаза внутренней среды в функциональных резервах осуществляется расширение сферы экономии эмоций для наиболее оптимального выполнения деятельности.

Продолжающееся экстремальное воздействие вызывает срыв гомеостаза, истощение (перенапряжение) функциональных резервов. Эмоциональный фон в это время состоит в основном из отрицательных эмоций, возникает эмоционально-волевой антигуманный настрой (черствость, цинизм), возможны психосоматические расстройства.

Таким образом, можно заключить, что феноменология СЭВ обуславливается искаженным механизмом психологической защиты в форме неадекватного эмоционального реагирования в ответ на психотравмирующие воздействия в профессиональной деятельности. Снижение избыточных эмоциональных реакций, их оптимизация, будут способствовать предупреждению эмоционального выгорания.

Среди исследователей не существует единства мнений относительно того, на какие группы и по какому основанию следует выделять и группировать симптоматику эмоционального выгорания.

Кузьмина Ю.М. предлагает выделять пять групп симптомов синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) [17]:

– физические симптомы (усталость и физическое утомление на протяжении всего рабочего дня; изменение веса; недостаточный сон,

бессонница; снижение самочувствия; повышенная восприимчивость к инфекционным заболеваниям; психосоматические проявления (головокружение, тошнота, повышенная потливость, дрожь в теле, затрудненное дыхание, одышка, повышение артериального давления, дерматозы);

– эмоциональные симптомы («эмоциональная тупость»; черствость в профессиональных и личных отношениях, семейной жизни; безразличие, усталость, пессимизм, ощущение беспомощности и безнадежности; агрессивность, подозрительность, недоверчивость; усиление иррационального беспокойства; депрессия, чувство неудачи, вины, самообвинения; повышенная раздражительность, проявляемая в семье и на работе; потеря идеалов и надежд; преобладание чувства одиночества, апатия, падение интереса к жизни);

– интеллектуальные симптомы (ригидное мышление; уменьшение концентрации внимания; снижение интереса к внедрению в практику результатов инновационной деятельности, к альтернативным подходам в решении проблем; малое участие или отказ от развивающих тренингов, экспериментов, повышения квалификации; продолжительность и интенсивность работы могут увеличиваться, а результаты уменьшаются);

– поведенческие симптомы (усиливается сопротивление выходу на работу; учащаются опоздания на работу или поздний приход и поздний уход с работы; во время работы быстро развиваются усталость и желание отдохнуть; отмечается малая физическая активность; откладываются встречи; отмечается негуманность и циничность по отношению к субъектам и объектам деятельности; уединение и избегание коллег; безразличие к еде или, наоборот, булимия; оправдание курения, приема алкоголя или психоактивных веществ; выражены озабоченность собственными потребностями и личным выживанием, рассеянность, невнимательность, подверженность несчастным случаям);

– социальные симптомы (низкая социальная активность; ограничение социальных контактов; скудные отношения на работе и дома; утрачиваются способности удовлетворять свои потребности в развлечениях, хобби и

восстановлении здоровья; возникают непонимание других и другими, ощущение недостатка поддержки со стороны семьи, друзей, коллег, скука, апатия).

Исходя из факторов риска формирования СЭВ и биопсихосоциальной парадигмы психического здоровья, П.И. Сидоров разделяет симптомы проявления СЭВ на три группы: психофизиологические, социально-психологические и поведенческие [32].

К психофизиологическим симптомам проявления СЭВ относятся:

– чувство постоянной, непроходящей усталости не только по вечерам, но и по утрам, сразу после сна (симптом хронической усталости); ощущение эмоционального и физического истощения; снижение восприимчивости и реактивности на изменения внешней среды (отсутствие реакции любопытства на факт новизны или реакции страха на опасную ситуацию);

– общая астенизация (слабость, снижение активности и энергии, ухудшение биохимических показателей крови и гормональных показателей); частые беспричинные головные боли, постоянные расстройства желудочно-кишечного тракта;

– резкая потеря или увеличение веса; полная или частичная бессонница (быстрое засыпание и отсутствие сна ранним утром, начиная с 4 часов утра, или, наоборот, неспособность заснуть до 2-3 часов ночи и тяжелое пробуждение утром, когда нужно вставать на работу);

– постоянное заторможенное, сонливое состояние и желание спать в течение всего дня; одышка или нарушение дыхания при физической или эмоциональной нагрузке;

– заметное снижение внешней и внутренней сенсорной чувствительности (ухудшение зрения, слуха, обоняния и осязания, потеря внутренних телесных ощущений).

К социально-психологическим симптомам проявления СЭВ относятся:

– безразличие, скука, пассивность и депрессия (пониженный эмоциональный тонус, чувство подавленности); повышенная

раздражительность на незначительные мелкие события; частые нервные срывы (вспышки немотивированного гнева или отказа от общения, уход в себя);

– постоянное переживание негативных эмоций, для которых во внешней ситуации причин нет (чувство вины, обиды, подозрительности, стыда, скованности);

– чувство неосознанного беспокойства и повышенной тревожности (ощущение, что «что-то не так, как надо»);

– чувство гиперответственности и постоянное чувство страха, что «не получится» или человек «не справится»; общая негативная установка на жизненные и профессиональные перспективы (по типу «как ни старайся, все равно ничего не получится»).

К поведенческим симптомам проявления СЭВ относятся:

– ощущение, что работа становится все тяжелее и тяжелее, а выполнять ее все труднее и труднее; человек заметно меняет свой режим дня (рано приходит на работу и поздно уходит, либо, наоборот, поздно приходит и рано уходит); вне зависимости от объективной необходимости работник постоянно берет работу домой, но дома ее не делает;

– руководитель отказывается от принятия решений, формулируя различные причины для объяснений себе и другим;

– чувство бесполезности, неверие в улучшение, снижение энтузиазма по отношению к работе, безразличие к результатам; дистанцированность от сотрудников и клиентов, повышение неадекватной критичности;

– злоупотребление алкоголем, резкое возрастание выкуренных в день сигарет, применение психоактивных веществ.

Несмотря на различия в авторских подходах к группировке симптомов СЭВ, в целом, они очень сходны и по наименованиям групп симптомов, и по содержанию.

Результаты многих исследований показывают, что в развитии СЭВ большое значение имеют личностные, ситуативные и профессиональные факторы. Систематизировав обширный опыт зарубежных и отечественных

исследователей, З.А. Аксютин, А.В. Ченская и Ю.Е. Шабышева сформировали обобщённую классификацию факторов риска формирования СЭВ, которая представлена в таблице 1.1 [2].

Интегрирование в единое целое всех подструктур выгорания и специфическая комбинация их проявлений и составляют сущность СЭВ, являясь своеобразным системным качеством данного феномена. Его влияние на физическое и психическое здоровье изучают медицинская психология и неврология, на профессиональные отношения субъекта – психология труда, на межличностные отношения – социальная психология.

Таблица 1.1

Факторы риска формирования синдрома эмоционального выгорания

Личностные факторы	Ситуативные требования	Профессиональные требования
1	2	3
Личностные факторы	Ситуативные требования	Профессиональные требования
Хроническое переживание одиночества	Несправедливость, неравенство взаимоотношений	Эмоционально насыщенное деловое общение
Переживание социальной незащищенности	Негативные или «холодные», бесчувственные взаимоотношения с коллегами и подчиненными	Необходимость постоянного саморазвития и повышения профессиональной компетентности

1	2	3
Переживание социально-экономической нестабильности	«Трудные» ученики, пациенты, партнеры	Адаптация к новым людям, меняющимся профессиональным ситуациям
Переживание социальной и межличностной изоляции	Отсутствие корпоративной сплоченности, низкая организационная культура	Поиск новых решений
Неконструктивные модели стресс преодолеляющего поведения	Внутрифирменные и межличностные конфликты	Высокая ответственность за дело и за «других»
Высокая мотивация власти, высокая аффиляция	Ролевые конфликты, ролевая неопределенность	Самоконтроль и волевые решения
Трудоголизм, поведение типа «А»	Дефицит административной, дружеской, социальной, профессиональной и других видов поддержки	Неинтересная или нелюбимая работа
Слабая «Я-концепция», низкая самооценка	Перегрузки	Бюрократизм и «бумажная» работа
Низкая эмпатия и социальный интеллект	Недогрузки	Отсутствие готовых решений, необходимость творческого поиска

Окончание таблицы 1.1

1	2	3
Низкая профессиональная мотивация, мотивация избегания неудач	-	-
Эмоциональная неустойчивость, нереалистичные ожидания	-	-

В контексте темы настоящего исследования необходимо обратиться к научным исследованиям, посвящённым содержанию и особенностям СЭВ у медицинских работников. Активный научно-исследовательский интерес к СЭВ у медицинских работников начал проявляться чуть более полутора десятков лет назад, с момента опубликования материалов многолетних исследований коллектива учёных под руководством Н.Е. Водопьяновой, в которых убедительно доказаны три положения [8]:

1. Любая профессиональная деятельность уже на стадии её освоения, а в дальнейшем и при осуществлении профессиональных обязанностей, деформирует личность.

2. Сильнее всего подвержены профессиональным деформациям специалисты так называемых социономических профессий (медицинские работники, педагоги), чья деятельность направлена на оказание помощи людям и проявление эмпатии.

3. Существует взаимосвязь между выгоранием и неконструктивными моделями поведения в проблемных производственных ситуациях людей с определёнными личностными симптомокомплексами. Данное патологическое состояние проявляется факторами, относящимися к проблемам, связанным с

трудностями поддержания нормального образа жизни (код 273 МКБ-10), и существенно влияет на качество и продуктивность работы врача.

Целый ряд исследований отечественных учёных подтверждает эти положения. Так, в исследовании Ю.В. Струк, О.А. Якушевой и Е.Ю. Высоцкого показано, что у сотрудников отделений реанимации и интенсивной терапии СЭВ является следствием психологической защиты личности в ответ на психотравмирующие ситуации, и формируется он постепенно на протяжении определённого периода работы [34].

Исследование коллектива учёных под руководством О. С. Булгаковой показало, что у медицинских работников скорой медицинской помощи СЭВ проявляется чаще и ярче, чем у работников стационара. Высокие показатели профессионального выгорания выявлены у тех медицинских работников, чья специализация требует высокого профессионализма, большой ответственности и работы с немотивированными пациентами и/или их родственниками. Большинство медработников на момент исследования находились в состоянии эмоционального перенасыщения, испытывали дефицит положительных эмоций, равнодушие и негативное отношение к больным, отмечали беспокойство по поводу своей профессиональной пригодности, в целом характеризовались выраженным негативизмом по отношению к окружающим и к самим себе [7].

В исследовании Л.А. Мурашовой приняли участие врачи-онкологи. Получены следующие данные: у 45 % врачей-онкологов выражены такие симптомы, как «неудовлетворённость собой» и «загнанность в клетку»; у 36 % ярко проявляются редукция профессиональных обязанностей и эмоциональная отстранённость, а у 40 % эти симптомы находятся в стадии активного развития; у 39 % врачей-онкологов полностью сформировался симптом деперсонализации, и ещё у 24 % личностная отстранённость проявляется как складывающийся симптом [23]. Таким образом, у большинства обследованных врачей-онкологов, так или иначе, проявляется симптоматика СЭВ, и частота встречаемости стадии сложившегося симптома довольно высока.

Исследование Л. И. Москвичёвой продемонстрировало сходные

результаты, в которых показано, что большинство врачей-онкологов осуществляют свою профессиональную деятельность, находясь на разных стадиях СЭВ, притом проявления отдельных симптомов практически не зависят от пола врача, за исключением эмоционального истощения.

Сформировавшееся эмоциональное истощение свойственно 53 % врачей-онкологов женского пола и 32 % врачей-онкологов мужского пола.

Редукция профессиональных обязанностей и деперсонализация, в качестве сложившихся симптомов, проявляются примерно одинаково: у 22 % женщин и 20 % мужчин и у 67 % женщин и 68 % мужчин, соответственно. В качестве основной причины развития СЭВ у врачей-онкологов называется высокая чувствительность к организационному стрессу [22].

Одно из самых показательных исследований последних лет проведено коллективом учёных, под руководством С. П. Шумилова, в котором приняли участие не только врачи, но и медицинские сёстры, со стажем работы менее 10 лет и более 10 лет. В результате проведённого исследования было установлено следующее [39]:

- влияние стажа трудовой деятельности медицинского работника на наличие эмоционального истощения является лишь частичным. Только в некоторых случаях отмечался высокий уровень проявления данного фактора;
- наличие деперсонализации в разной степени наблюдается у всех медицинских работников, независимо от стажа трудовой деятельности;
- стаж работы лишь частично влияет на наличие редукции личностных достижений у медицинских работников;
- редукция профессиональных достижений в большей степени свойственна врачам, не имеющим учёных степеней, т.е. менее амбициозным и мало стремящимся к внедрению новейших достижений в свою врачебную практику. На редукцию профессиональных достижений у врачей этой категории существенно влияет чрезмерная загруженность бумажной работой, которая не оставляет времени и сил на совершенствование собственной практики и самообразование. Рядом с такими врачами находятся медицинские

сёстры с выраженной склонностью негативно оценивать себя, занижать свои профессиональные успехи и достижения, что объясняется ими самими очень высокими нагрузками в рабочие смены, из-за которых они не всегда успевают выполнять весь объём работы. Медицинские сёстры, работающие с врачами, имеющими учёные степени, занимающимися научно-исследовательской деятельностью, не склонны к редукции личных достижений;

– у врачей эмоциональное истощение в стадии сформировавшегося симптома встречается гораздо чаще, чем у медицинских сестёр, что расценивается как показатель достаточно высокой эмоциональной устойчивости среднего медицинского персонала;

– деперсонализация иногда может проявляться в процессе профессиональной деятельности и у врачей, и у медицинских сестер;

– только врачи (27 % респондентов) имеют показатель высокого уровня профессионального выгорания. Среди опрошенных медицинских сестёр уровень данного показателя равен нулю. Однако у медицинских сестер средний уровень профессионального выгорания в 1,4 раза выше, чем у врачей. Показатели высокого уровня выгорания у врачей и среднего уровня выгорания у медицинских сестёр объясняется одной причиной – высокими нагрузками. У врачей этой высокие умственные и физические нагрузки, обусловленные количеством выполняемых ими задач и степенью ответственности за принимаемые решения. У медицинских сестёр это физические и эмоциональные нагрузки, обусловленные необходимостью в течение всего дня в процессе выполнения своих профессиональных обязанностей непрерывно общаться с пациентами, выслушивать их жалобы и жизненные истории.

Таким образом, под эмоциональным выгоранием понимается состояние физического, эмоционального и умственного истощения, проявляющееся в профессиях социальной сферы.

Структура СЭВ включает в себя три составляющие: эмоциональную истощённость, деперсонализацию (цинизм) и редукцию профессиональных достижений.

Под эмоциональным истощением понимается чувство эмоциональной опустошённости и усталости, вызванное профессиональной деятельностью. Деперсонализация предполагает циничное отношение к труду и объектам своего труда.

Редукция профессиональных достижений – это возникновение у работников чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере, осознание неуспеха, связанное со стагнацией профессионального (теоретического и/или практического) совершенствования.

Исследования последних лет позволили существенно расширить сферу понимания СЭВ и его проявлений в профессиональной деятельности медицинских работников, прояснили зависимость формирования СЭВ от одних факторов и отсутствие взаимосвязи с другими факторами. Достоверно установлено и неоднократно доказано, что постепенно формирующийся СЭВ неуклонно меняет отношение медицинских работников не только к пациентам, но и к собственному труду.

Однако до настоящего времени нет ответа на вопрос, может ли внимательное, понимающее и сочувствующее отношение медицинского работника к самому себе изменить ситуацию – положительно повлиять на оценку собственных профессиональных успехов и отказаться от проявления цинизма как психологической защиты от влияния непрерывных психоэмоциональных нагрузок.

II ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ САМОСОСТРАДАНИЯ, КАК ФАКТОРА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

2.1 Организация и методы эмпирического исследования

Проблема эмоционального выгорания среди медицинских работников приобрела характер критической социальной и профессиональной проблемы в современном обществе. Высокие психоэмоциональные нагрузки, хронический стресс, работа в условиях дефицита времени и ресурсов, а также постоянный контакт со страданием и смертью — все это создает крайне неблагоприятную рабочую среду, которая существенно повышает риск развития синдрома эмоционального выгорания. Это явление не только негативно сказывается на качестве оказываемой медицинской помощи, приводя к снижению профессиональной эффективности, ошибкам и формализму, но и серьезно подрывает личное благополучие медицинских работников.

В связи с растущим осознанием масштабов проблемы, все больше внимания исследователей и практиков направлено на изучение факторов, способствующих возникновению и развитию эмоционального выгорания, а также на разработку эффективных мер профилактики и коррекции.

Одним из перспективных и малоизученных направлений в этой области является исследование роли самосострадания — способности быть понимающим и сочувствующим к самому себе в ситуациях профессиональных трудностей и личных неудач. Предполагается, что развитие самосострадания может служить защитным фактором, потенциально смягчающим негативные последствия хронического профессионального стресса, повышая устойчивость медицинских работников к эмоциональному выгоранию и способствуя их личностному и профессиональному росту.

Таким образом, целью исследования является изучение взаимосвязи самосострадания и эмоционального выгоранием у врачей.

База исследования: Центр эстетической медицины ООО «Реновацио» г. Красноярск.

Было исследовано 30 медицинских работников, из них: 22 врача различных отделений МЦ «Реновацио», имеющих специализацию по: неврологии - 3 человека; отоларингологии - 2 человека; хирургии - 3 человека; урологии - 2 человека; травматологии и ортопедии - 3 человека; стоматологии - 3 человека; косметологии - 2 человека; дерматовенерологии - 3 человека; физиотерапии - 3 человека; акушерства - гинекологии - 4 человека; проктологии - 2 человека.

Выборка была представлена следующим образом: женщин - 24 человека и мужчин - 6 человек, в возрасте от 30 до 62 лет.

Стаж работы распределился следующим образом: 10 человек - имели стаж от 5 до 10 лет; 15 человек - от 11 до 30 лет; 5 человек - от 31 до 40 лет, что обеспечивает гетерогенность выборки для анализа изучаемых переменных. Исследование проводилось в индивидуальном порядке и на добровольной основе.

Критерии включения в исследование:

1. Участники должны быть действующими медицинскими работниками, непосредственно занятыми в оказании медицинской помощи.
2. Участники должны иметь стаж работы в сфере медицины от 3-х лет.
3. Участники должны добровольно согласиться на участие в исследовании и предоставить информированное согласие.
4. Участники должны иметь постоянное место работы в медицинском учреждении.

Критерии исключения из исследования:

1. Лица, не являющиеся медицинскими работниками или работающие на должностях, не связанных с оказанием медицинской помощи.
2. Общий стаж работы в медицине менее 3-х лет.

3. Отказ от участия в исследовании.

Методики исследования:

1. Диагностика уровня эмоционального выгорания по В. В.Бойко [6].
2. Методика диагностика «Сочувствия к себе, SCS» К. Нефф [26].
3. Методика «Самоотношение (МИС)» С.Р. Пантеев [28].
4. «Опросник профессионального самоотношения» Карпинский К. В., Кольшко А. М. (2010) [15].

Диагностика уровня эмоционального выгорания по В.В.Бойко.

Методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко представляет собой опросник, направленный на выявление и оценку степени выраженности симптомов эмоционального выгорания.

Опросник состоит из 84 утверждений, сгруппированных в 12 шкал, которые объединены в три фазы развития выгорания: «напряжение», «резистенция» и «истощение».

Фаза напряжения включает шкалы переживания психотравмирующих обстоятельств, неудовлетворенности собой и загнанности в клетку.

Фаза резистенции включает шкалы неадекватного эмоционального реагирования, эмоционально-нравственной дезориентации и редукции профессиональных обязанностей.

Фаза истощения включает шкалы эмоционального дефицита, эмоциональной отстраненности и психосоматических нарушений. Испытуемым предлагается оценить каждое утверждение по шкале, отражающей степень согласия с ним.

Методика позволяет не только оценить наличие выгорания, но и выявить конкретные факторы и проявления, что может быть использовано для разработки мер профилактики и коррекции.

Методика диагностика «Сочувствия к себе, SCS».

Методика «Сочувствие к себе» (SCS) Кристин Нефф — это опросник из 26 утверждений, измеряющий уровень самосострадания через три компонента: доброта к себе (способность быть понимающим и добрым к себе), общая

человечность (признание общности страданий) и осознанность (наблюдение за переживаниями без поглощения ими).

Опросник включает 6 подшкал: доброта к себе, самокритика, общая человечность, изоляция, осознанность и чрезмерная идентификация, где некоторые пункты являются обратными. также методика включает в себя субшкалы, позитивное самоотношение, которое включает в себя шкалы: доброта к себе, общность с человечеством и внимательность. И субшкала требовательное самоотношение, которая включает в себя: самокритику, самоизоляцию и чрезмерную идентификацию.

Участники отвечают по 5-балльной шкале Лайкерта. Высокий общий балл говорит о выраженном самосострадании, а низкий – о его недостатке.

SCS – это валидный и надежный инструмент для изучения влияния самосострадания на психологическое благополучие.

Методика «Самоотношение (МИС)».

Методика «Самоотношение» (МИС), разработанная С.Р. Пантилеевым, представляет собой многомерный опросник, предназначенный для исследования различных аспектов отношения личности к себе. Опросник состоит из ряда утверждений, которые охватывают различные грани самоотношения, такие как: самоуважение, самопринятие, самоинтерес, самообвинение, самопонимание, и ожидание отношения к себе со стороны других.

Методика позволяет не только выявить уровень самоотношения, но и определить его качественные особенности, выявить дисгармонию или противоречия в восприятии собственной личности, что может быть полезно для диагностики личностных особенностей, разработки программ психологической коррекции и саморазвития.

«Опросник профессионального самоотношения» представляет собой психодиагностическую методику, К. В. Карпинского и А. М. Колышко, предназначенную для оценки субъективного восприятия человеком своей профессиональной деятельности и себя как профессионала. Опросник включает

в себя ряд утверждений, касающихся различных аспектов профессионального самоотношения, таких как: удовлетворенность работой, профессиональная компетентность, ценность выбранной профессии, и восприятие своих профессиональных достижений и неудач.

Испытуемым предлагается оценить степень согласия с каждым утверждением по шкале, обычно 5- или 7-балльной. Обработка результатов заключается в подсчёте баллов по отдельным шкалам или по интегральным показателям, отражающим общее отношение к себе как к профессионалу. Интерпретация результатов позволяет выявить сильные и слабые стороны профессионального самоотношения, оценить уровень профессиональной самооценки и степень удовлетворенности профессиональной деятельностью, что может быть полезно для профессионального самоопределения, планирования карьеры и коррекции профессионального поведения.

2.2 Анализ результатов исследования

Последовательно рассмотрим полученные данные по каждой методике.

Первоначально охарактеризуем эмоциональное выгорание у врачей. Первичные данные представлены в Приложении 1.

На рисунке 2.1 представлены сводные данные по уровню эмоционального выгорания в каждой фазе.

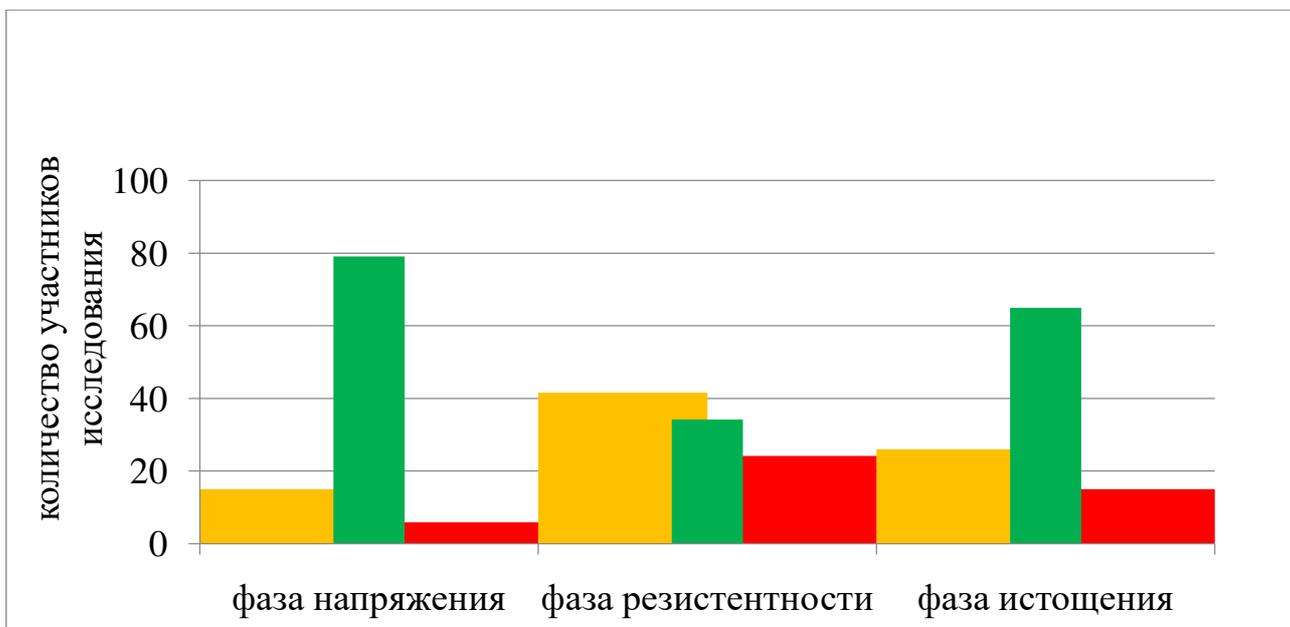


Рис. 2.1 Распределение оценок эмоционального выгорания по фазам у врачей, (в %)

Представленные данные позволяют оценить распространенность различных фаз эмоционального выгорания среди врачей, синдрома, возникающего в результате хронического стресса на рабочем месте, характеризующегося фазами напряжения, резистенции и истощения.

Фаза напряжения, являясь начальной стадией, характеризуется осознанием несоответствия между требованиями работы и возможностями их выполнения, проявляясь повышенным беспокойством, раздражительностью и снижением концентрации.

Результаты исследования показывают, что 15% врачей находятся на стадии формирования этой фазы, а 5,9% - уже имеют сформированную фазу напряжения, что требует своевременной поддержки и снижения уровня стресса.

Когда напряжение становится хроническим, запускается фаза резистенции, где врачи пытаются адаптироваться к стрессу, используя стратегии совладания, часто деструктивного характера, такие как цинизм и отстраненность. Исследование выявило, что у 41,60% испытуемых фаза резистенции находится в стадии формирования, а у 24,2% она уже сформирована, что говорит о

необходимости обучения здоровым способам справляться со стрессом и поддерживать эмоциональную вовлеченность.

Фаза истощения, финальная стадия выгорания, характеризуется полным исчерпанием ресурсов, проявляясь хронической усталостью, апатией и депрессией. Результаты показывают, что 26% испытуемых находятся на стадии формирования этой фазы, а 15% уже имеют сформированную фазу истощения, что требует немедленной профессиональной помощи.

На рисунке 2.2 представлены сводные данные по уровню эмоционального выгорания в фазе напряжения.

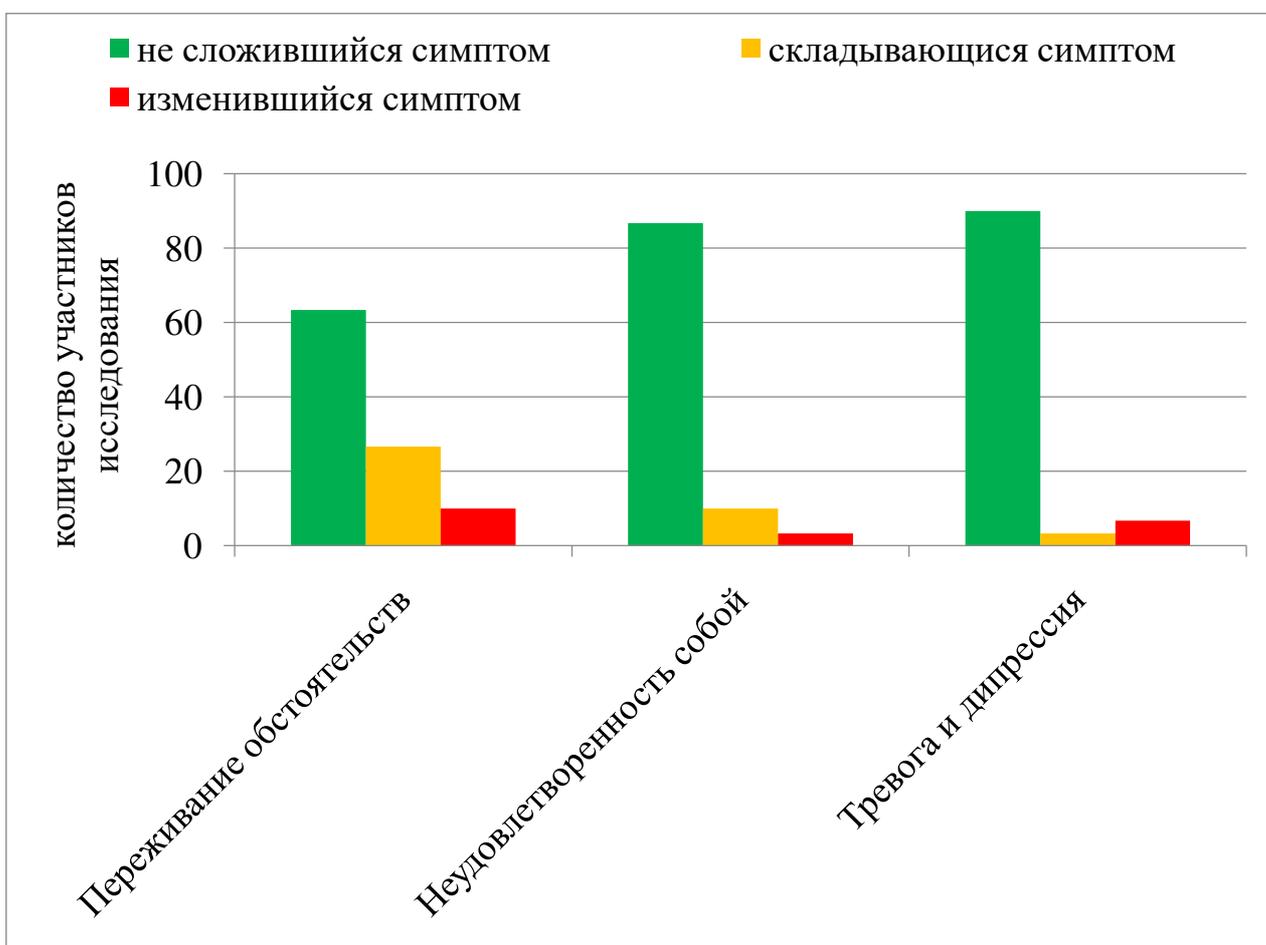


Рис. 2.2 Распределение оценок эмоционального выгорания по симптомам в фазе напряжения, (в %)

Представленные на графике данные свидетельствуют о том, что в исследуемой группе врачей преобладают «не сложившиеся симптомы» по всем трем показателям: «Переживание обстоятельств», «Неудовлетворенность собой» и «Тревога и депрессия».

В частности, «Переживание обстоятельств» как не сложившийся симптом выявлен у 63,40% врачей, складывающийся симптом – у 26,60%, а сложившийся симптом – у 10%. «Неудовлетворенность собой» как не сложившийся симптом зафиксирована у 86,70%, складывающийся – у 10%, и сложившийся – лишь у 3,30%.

Аналогичная тенденция наблюдается и в отношении «Тревоги и депрессии», где не сложившийся симптом отмечается у 90% врачей, складывающийся – у 3,30%, и сложившийся – у 6,70%.

Таким образом, можно констатировать, что для большинства врачей исследуемой группы указанные симптомы не являются устойчивыми и ярко выраженными, что свидетельствует о достаточном уровне психологической устойчивости и адаптивности.

Однако, наличие определенной доли врачей, у которых данные симптомы находятся в стадии формирования или уже сложились, требует внимания и, возможно, проведения дополнительных исследований для выявления факторов, способствующих развитию этих негативных состояний.

Анализируя представленные данные, на рисунке 2.3, можно отметить, что в исследуемой группе врачей по всем трем показателям – «Неадекватное реагирование», «Эмоциональная дезориентация» и «Редукция профобязанности» – преобладают складывающиеся или уже сложившиеся симптомы, что свидетельствует о наличии признаков эмоционального выгорания у значительной части специалистов.

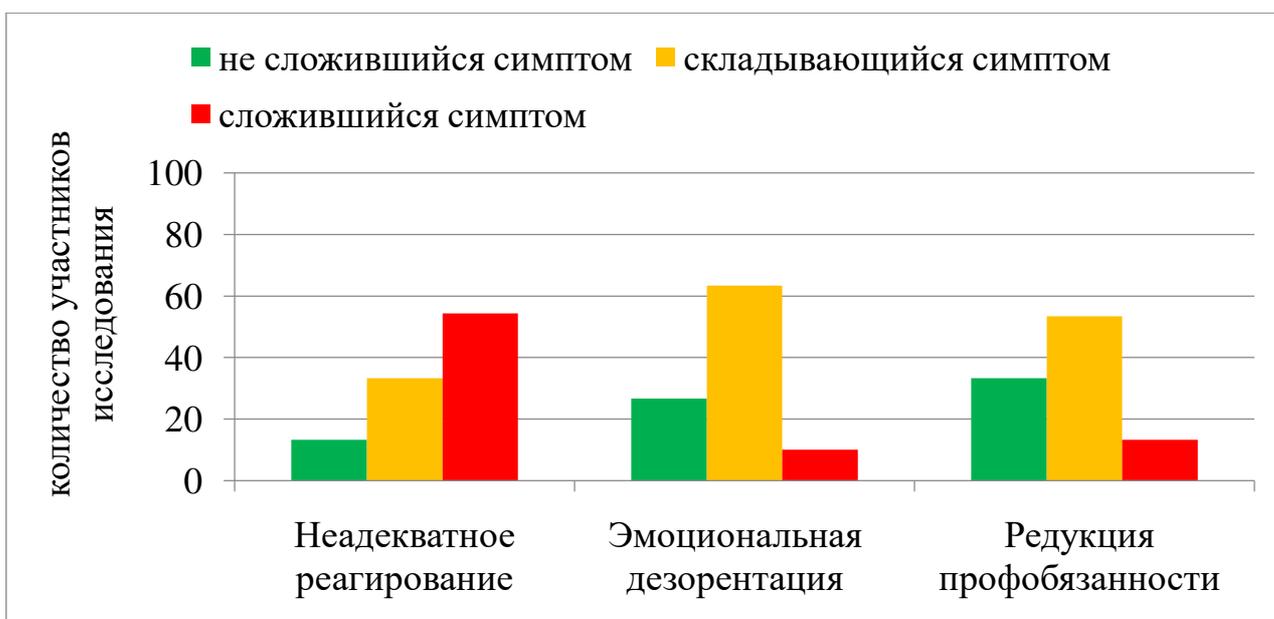


Рис. 2.3 Распределение оценок эмоционального выгорания по симптомам в фазе резистенции, (в %)

В частности, по показателю «Неадекватное реагирование» сложившийся симптом наблюдается у 54,40% врачей, складывающийся – у 33,30%, и лишь у 13,30% симптом не сложился.

В отношении «Эмоциональной дезориентации» лидирует складывающийся симптом, зафиксированный у 63,40% врачей, в то время как не сложившийся симптом отмечается лишь у 26,60%, а сложившийся – у 10%.

По показателю «Редукция профобязанности» также доминирует складывающийся симптом (53,40%), сложившийся симптом наблюдается у 13,30% врачей, а не сложившийся – у 33,30%.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что для большинства врачей исследуемой группы характерны признаки эмоциональной дезориентации и редукции профессиональных обязанностей, а также склонность к неадекватному реагированию в различных ситуациях, что указывает на необходимость разработки и внедрения мер по профилактике и коррекции эмоционального выгорания у медицинских работников.

На рисунке 2.4 представлены сводные данные по уровню эмоционального выгорания в фазе истощения.

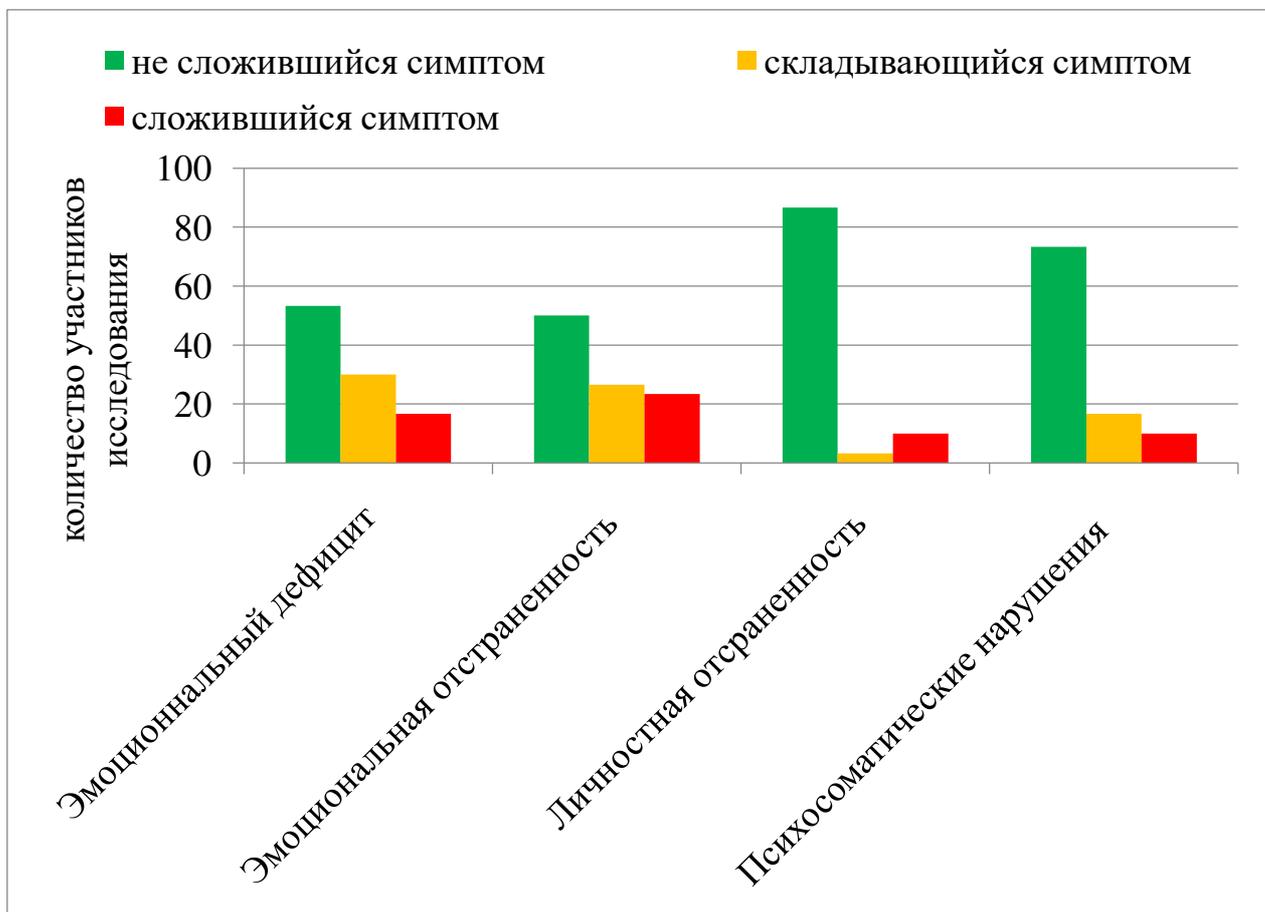


Рис. 2.4 Распределение оценок эмоционального выгорания по симптомам в фазе истощения, (в %)

Эмоциональный дефицит, в большинстве случаев (53,30%), не является сложившимся симптомом, однако значительная часть группы демонстрирует признаки формирования (30%) или уже испытывает выраженный дефицит (16,70%). Эмоциональная отстраненность также у половины врачей (50%) не сформирована, но значительная доля (26,60%) находится на пути к её развитию, а почти четверть (23,40%) её уже испытывают.

В фазе истощения симптом «эмоциональный дефицит» не сложившийся, что говорит в уверенности врачей и способности помогать в сфере своей

деятельности и в частом проявлении положительных эмоций. Оценка эмоциональной отстраненности также указывает на не сложившийся симптом. Это значит, что врачи, часто проявляют эмоции, чувства и не наносят ущерб субъекту общения.

Личностная отстраненность, напротив, в большинстве случаев отсутствует (86,70%), в то время как на стадиях формирования и выраженности находятся лишь 3,30% и 10% соответственно. Это говорит о том, что большая часть группы не утратила интерес к общению с людьми; работа с людьми, а в данном случае, с пациентами, врачам интересна.

Что касается психосоматических нарушений, то у значительной части (73,30%) они не сложились, однако у 16,70% находятся в процессе формирования, а у 10% - уже выражены. Оценивая сформированность симптома «психосоматические нарушения», мы так же видим, что группа в своем большинстве не имеет соматических или психических нарушений и справляются с нагрузками на рабочем месте.

Таким образом, результаты указывают на необходимость профилактики и поддержки врачей для предотвращения развития эмоционального выгорания, особенно в отношении эмоционального дефицита и отстраненности, а также контроля за психосоматическим состоянием.

Далее рассмотрим результаты по методике «Сочувствия к себе, SCS». Охарактеризуем уровни компонентов сочувствия к себе у врачей.

На рисунке 2.5 представлены сводные данные по уровню компонентов сочувствия у врачей.

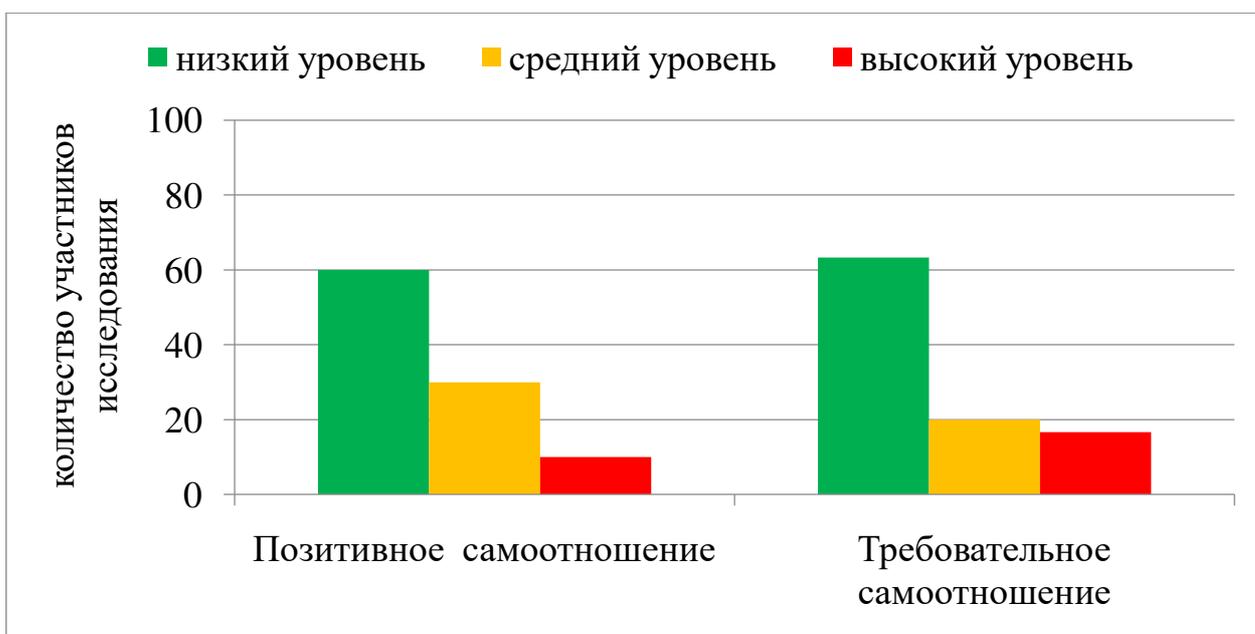


Рис. 2.5 Распределение оценок по компонентам сочувствия к себе у врачей, (в %)

График показывает нам, что у врачей выражен низкий уровень позитивного отношения и требовательного отношения к себе, что позволяет говорить о позитивном отношении к себе в случае неудачи, доброму отношению к себе и низкой требовательности к себе, что указывает на то, что врачи не склонны осуждать свои недостатки и поступки. Высокие показатели говорят об обратном.

Наличие низкого позитивного самоотношения может быть негативным фактором, поскольку оно может приводить к снижению самооценки, усилению переживаний стресса и повышению риска эмоционального выгорания. Врачи, склонные к самокритике, могут более остро переживать рабочие стрессы и неудачи, что может отрицательно сказываться на их психологическом благополучии.

В то же время, низкое требовательное самоотношение может служить защитным фактором от чрезмерного стресса и самобичевания, помогая врачам снизить напряжение и давление, которое они могут испытывать на работе.

Перейдём к распределению оценок по уровням профессионального

самоотношения у врачей. Данные представлены на рисунке 2.6.

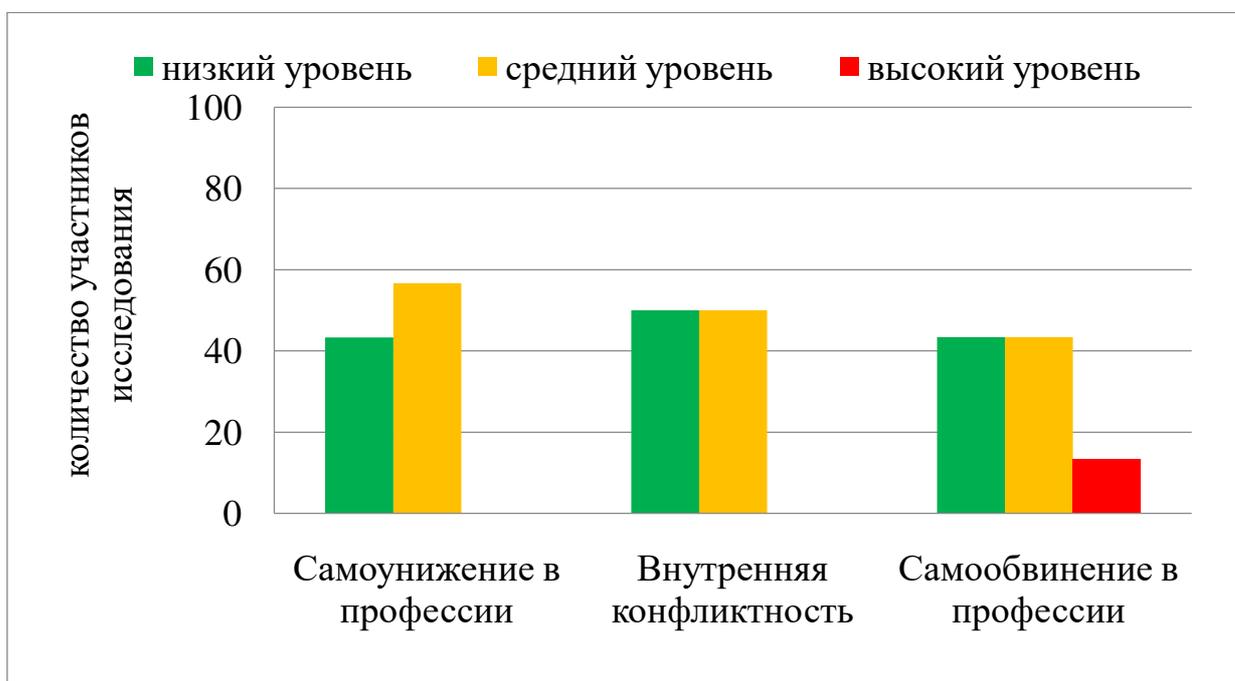


Рис. 2.6 Распределение оценок по компонентам профессионального самоотношения у врачей, (в %)

Данные интересующих нас шкал в методике «Опросник профессионального самоотношения» показывают, что компонент самоунижение в профессии выявляет средние показатели, что может говорить нам о том, что некоторые врачи склонны фиксироваться на негативном оценивании или обесмысливать свои индивидуальные качества в контексте трудовой деятельности и профессиональной карьере.

По компоненту внутренней конфликтности мы видим равную степень выраженности средних и низки показателей, что может говорить, что у врачей присутствует внутренняя противоречивость в профессиональном отношении. Возможно, некоторые врачи не редко испытывают чувство ненужности и бесполезности в трудовом коллективе. Компонент самообвинения в профессии мы так же имеем равные низкие и средние показатели, что говорит о том, что в

группе присутствуют врачи не редко склонные испытывать чувство вины, гнев и раздражение, склонны обвинять себя за допущенные на работе ошибки.

Перейдём к оценке по уровням самооотношения у врачей. Результаты по методике «Самоотношение» представлены на рисунке 2,7.

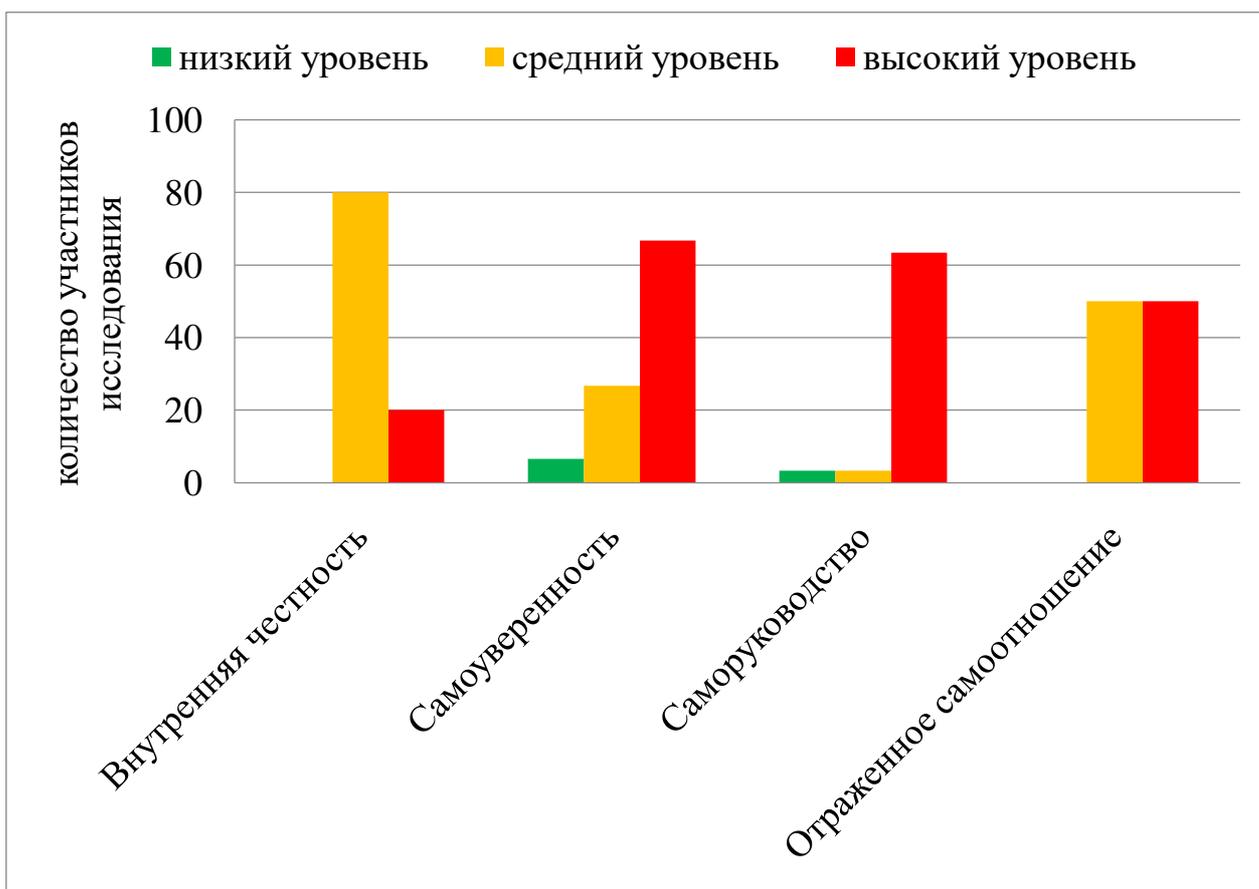


Рис. 2.7 Распределение оценок по компонентам самооотношения у врачей (в %)

Компонент внутренняя честность имеет выраженные средние значения, что говорит о том, что врачи в некоторых ситуациях имеют критичность, и способность не скрывать от себя и от других значимую неприятную информацию.

Компонент самоуверенность выражает высокие показатели, что указывает о преобладании высокого самомнения в данной группе врачей и наличия внутреннего напряжения в спорных ситуациях. Компонент саморуководство с

выраженными высокими показателями может говорить о том, что врачи преобладают чувством обоснованности и последовательности своих внутренних убеждений и целей. Так же высокие показания компонента Отраженное самоотношение говорят о том, что врачи имеют четкое представление о своей личности и о том, что их характер и деятельность, способны вызывать у других уважение, симпатии, одобрение и понимание.

Перейдём к оценке по уровням самоотношения у врачей. Результаты по методике «Самоотношение» представлены на рисунке 2.8.

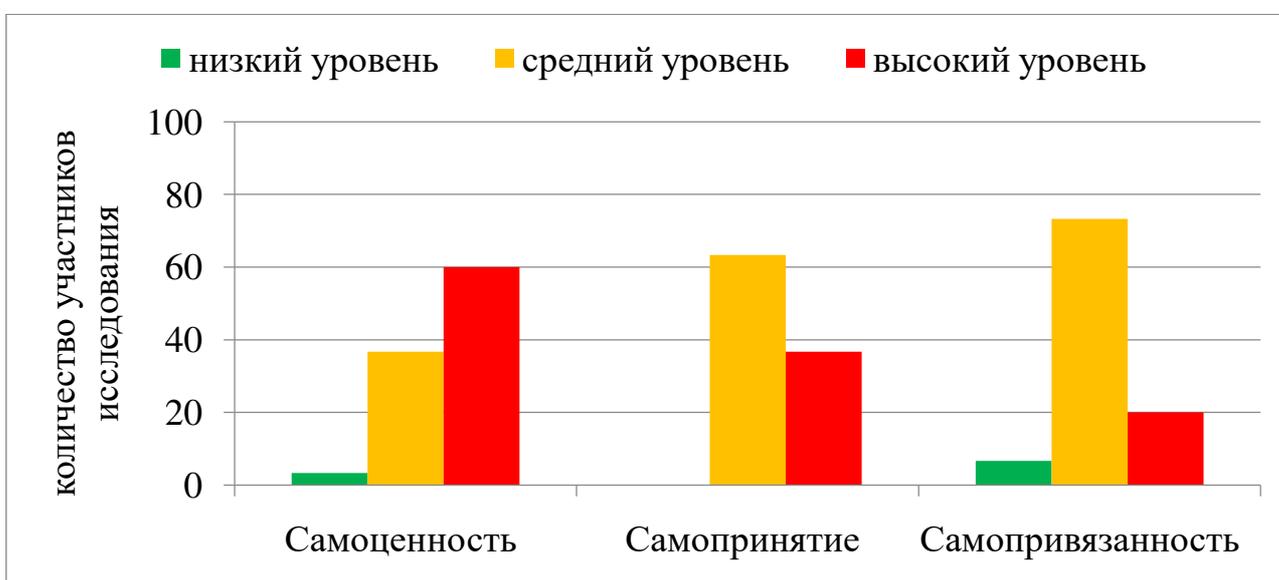


Рис. 2.8 Распределение оценок по компонентам самоотношения у врачей, (в %)

Анализ компонентов самоотношения в исследуемой группе врачей выявил, что по компоненту самоценность доминирует высокий уровень (60%), указывающий на сильное ощущение собственной значимости, в то время как средний уровень демонстрируют 36,70% врачей, а низкий - лишь 3,30%. Что свидетельствует о выраженной любви к себе и ощущении внутренней ценности для окружающих, являясь позитивным индикатором устойчивой самооценки у большинства врачей.

В отношении самопринятия наблюдались преимущественно средние

показатели(63,30%), свидетельствующий об осознании недостатков, в то время как высокий уровень наблюдается у 36,70%, а низкий уровень самопринятия отсутствует, указывая на позитивное отношение к себе в целом, но с эпизодическим непринятием отдельных планов, желаний и недостатков.

Компонент самопривязанность характеризуется доминированием среднего уровня (73,30%), указывающего на желание изменить что-то в себе, высокий уровень наблюдается у 20%, а низкий у незначительной части - 6,70%. В целом, данные свидетельствуют о достаточном уровне самооценности, самопринятия и самопривязанности у большинства врачей, хотя некоторым специалистам может потребоваться поддержка для развития более позитивного самоотношения.

Данные процентного соотношения по каждому уровню выраженности компонентов самоотношения позволят точно оценить распространенность каждого уровня и обосновать выводы о самоотношении врачей.

Перейдём к оценке по уровням самоотношения у врачей. Результаты по методике «Самоотношение» представлены на рисунке 2,9.

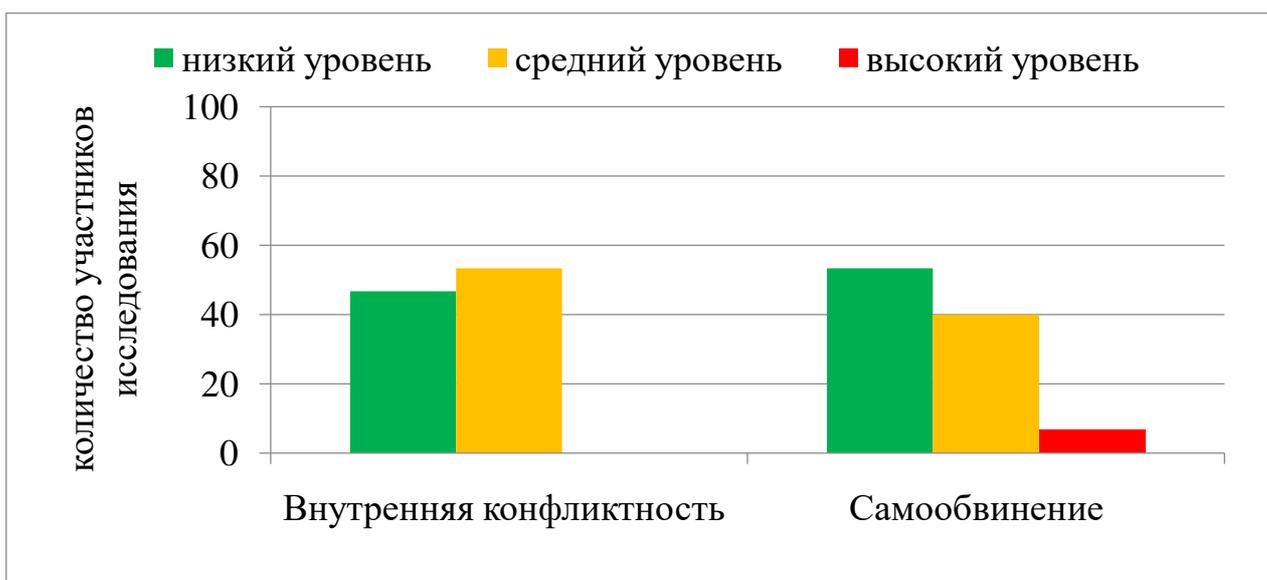


Рис. 2.9 Распределение оценок по компонентам самоотношения у врачей, (в %)

На графике мы можем наблюдать выраженные средние значения компонента внутренней конфликтности, большинство врачей (53,30%) характеризуются средним уровнем, свидетельствующим об осознании внутренних противоречий и рефлексии, в то время как значительная часть выборки (46,70%) демонстрирует низкий уровень, что может указывать на более гармоничное восприятие себя, а высокий уровень внутренней конфликтности отсутствует.

По компоненту самообвинения выражены низкие значения, что указывает об отсутствии самообвинения в ситуациях промахов и неудачи. Более половины врачей (53,30%) проявляют низкий уровень, говорящий об отсутствии склонности к самобичеванию, значительная часть (40%) имеет средний уровень, указывающий на критическую оценку действий, но без выраженного чувства вины, и лишь небольшая доля (6,70%) демонстрирует высокий уровень самообвинения, что требует внимания и возможной психологической поддержки.

Обобщая результаты проведенного исследования, мы можем констатировать, что у исследуемой группы врачей наблюдается сложная и многогранная картина эмоционального выгорания, характеризующаяся выраженными проявлениями на определенных этапах, в то время как на других этапах наблюдаются признаки устойчивости.

В частности, наиболее заметные признаки эмоционального выгорания проявляются на фазе резистенции, что является критическим моментом для диагностики и профилактики. Именно на этой стадии у врачей отмечаются неадекватные эмоциональные реакции, когда обычные ситуации могут вызывать чрезмерное раздражение, гнев или эмоциональную избирательность, что свидетельствует о снижении способности адекватно реагировать на эмоциональные стимулы. Также на этой фазе врачи могут проявлять попытки сократить профессиональные обязанности, формально выполняя их, но без энтузиазма и заинтересованности, что указывает на начало профессионального истощения и снижения мотивации. Эти проявления говорят о том, что ресурсы

для справления со стрессом уже не так эффективны, как на предыдущих этапах, и защитные механизмы начинают приводить к неадекватным реакциям.

В отличие от фазы резистенции, на фазе напряжения врачи демонстрируют относительно низкую выраженность негативных эмоций, таких как раздражение, отчаяние, недовольство собой, тревога и депрессия. Это говорит о том, что на начальном этапе выгорания врачи могут еще не осознавать всей тяжести ситуации и справляются с трудностями, возможно, мобилизуя внутренние ресурсы. Однако, важно понимать, что это может быть обманчивым признаком устойчивости, и ситуация может ухудшиться, если не будут приняты профилактические меры. Необходимо тщательно отслеживать любые изменения, чтобы не пропустить начало деструктивных процессов.

Интересным является то, что на фазе истощения, которая является наиболее тяжелой стадией эмоционального выгорания, врачи в большинстве своем сохраняют уверенность в своих профессиональных способностях, не проявляют явной эмоциональной отстраненности и сохраняют интерес к работе с людьми. Это, безусловно, положительный момент, который указывает на то, что профессиональная идентичность врачей не нарушена и они не полностью утратили связь с пациентами, что отличает их от классической картины эмоционального выгорания на этой стадии. Это также может говорить о наличии внутренних ресурсов, которые можно использовать для восстановления и обучения адаптивным копинг-стратегиям.

Особую роль в психологической устойчивости врачей играет развитое самосочувствие, которое может служить защитным фактором от более глубокого эмоционального истощения. Низкий уровень требовательного и негативного отношения к себе, который является признаком самосочувствия, позволяет врачам более мягко относиться к себе, своим ошибкам и промахам, снижая внутреннее напряжение. Это помогает им не погружаться в самобичевание и тем самым поддерживать свое психологическое благополучие.

Несмотря на эти положительные моменты, необходимо помнить, что эмоциональное выгорание является динамическим процессом, который

развивается и трансформируется в зависимости от множества факторов, включая рабочую среду, личные ресурсы и социальную поддержку. Это означает, что даже при наличии признаков устойчивости, необходимо постоянное внимание к психическому здоровью врачей и проведение профилактических мероприятий, направленных на раннее выявление симптомов выгорания и обучение адаптивным стратегиям совладания со стрессом.

В рамках данного исследования проведен статистический анализ с целью выявления взаимосвязи между уровнем эмоционального выгорания и степенью выраженности самосострадания.

Для изучения взаимосвязи между данными феноменами был использован корреляционный анализ Пирсона. Расчеты производились в автоматизированной программе SPSS [27].

Целью статистического анализа является выявление значимых корреляционных связей между показателями эмоционального выгорания (фазы напряжения, резистенции, истощения и их отдельные субшкалы) и компонентами самосострадания.

Данные представлены в таблицах ниже.

Таблица 2.1

Результаты корреляционного анализа между уровнем эмоционального выгорания и сочувствием к себе

		Сочувствие к себе	Доброта к себе	Самокритика	Общность с человечеством	Самоизоляция	Внимательность	Чрезмерная идентификация	Позитивное самоотношение	Требовательное самоотношение
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Фаза напряжения	Переживание обстоятельств	-0,07	-0,12	0,06	0,08	-0,08	-0,10	-0,05	0,06	0,02
	Неудовлетворенность собой	-0,36	-0,20	-0,23	-0,03	-0,34	-0,42	-0,27	0,28	0,32
	Загнанность в клетку	-0,27	-0,13	-0,13	0,04	-0,21	-0,38	-0,36	0,16	0,28
	Тревога и депрессия	-0,13	-0,12	-0,01	0,19	-0,22	-0,11	-0,25	0,02	0,18
Фаза резистенции	Неадекватное реагирование	-0,24	-0,05	-0,23	-0,24	-0,07	-0,30	-0,12	0,21	0,17
	Эмоциональная дезориентация	-0,08	0,14	0,03	0,15	-0,25	-0,12	-0,31	-0,09	0,20

Окончание страницы 2.1

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Расширение сферы экономии	-0,41	-0,09	-0,28	-0,003	-0,42	-0,45	-0,47	0,18	0,46
	Редукция проф обязанности	-0,46	-0,16	-0,47	0,19	-0,55	-0,19	-0,58	0,06	0,62
	Эмоциональный дефицит	-0,46	-0,20	-0,42	-0,09	-0,28	-0,51	-0,40	0,29	0,43
Фаза истощения	Эмоциональная отстраненность	-0,30	-0,06	-0,43	0,01	-0,25	-0,23	-0,23	0,10	0,36
	Личностная отстраненность	-0,38	-0,17	-0,27	0,05	-0,48	-0,33	-0,40	0,16	0,43
	Психосоматические нарушения	-0,32	-0,15	0,03	-0,08	-0,36	-0,47	-0,40	0,25	0,27

Статистически значимые положительные корреляционные взаимосвязи выявлены только в фазе резистенции между компонентами: расширение сферы

экономии и требовательное самоотношение (0,46); редукция профессиональной обязанности и требовательное самоотношение (0,62).

Статистически значимые отрицательные корреляционные взаимосвязи выявлены в фазе резистенции между компонентами:

- редукция профессиональных обязанностей и сочувствие к себе (-0,46);
- редукция профессиональных обязанностей и самокритика (-0,47);
- редукция профессиональных обязанностей и самоизоляция (-0,55);
- редукция профессиональных обязанностей и чрезмерная идентификация (-0,58);
- расширение сферы экономии и чрезмерная идентификация (-0,47).

Статистически значимые отрицательные корреляционные взаимосвязи выявлены в фазе истощения между компонентами: эмоциональный дефицит и сочувствие к себе (-0,46); эмоциональный дефицит и внимательность (-0,51); личная отстранённость и самоизоляция (-0,48); психосоматические нарушения и внимательность (-0,47).

В фазе напряжения значимых корреляций выше порогового значения 0,46 выявлено не было.

Это свидетельствует о том, что снижение сочувствия, невнимательность к своим эмоциям, чрезмерная вовлеченность в негативные переживания и требовательное отношение к себе тесно связаны с тенденцией к ограничению эмоциональных затрат на работе. Таким образом, снижение сочувствия к себе, усиление самоизоляции и вовлеченности в негативные эмоции, а также чрезмерно требовательное отношение к себе существенно связаны с уменьшением вовлеченности в профессиональную деятельность.

Самоизоляция и чрезмерная идентификация с негативными эмоциями также связаны с редукцией профессиональных обязанностей, подчеркивая роль социальной отстраненности и эмоциональной захваченности в снижении профессиональной активности.

Таким образом, психологическое состояние медицинских работников с выраженными признаками выгорания характеризуется сочетанием недостатка

самосострадания и осознанности, избыточной самокритичности, социальной отстраненности и эмоциональной захваченности негативными переживаниями, что в совокупности приводит к снижению эмоциональных ресурсов, ухудшению физического здоровья и снижению профессиональной активности.

Перейдём к опроснику самоотношения.

Таблица 2.2

Результаты корреляционного анализа между уровнем эмоционального выгорания и самоотношением

		Внутренняя честность	Самоуверенность	Саморукводство	Отраженное самоотношение	Самоценность	Самопринятие	Самопривязанность	Внутренняя конфликтность	Самообвинение
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Фаза напряжения	Переживание обстоятельств	-0,08	0,15	0,18	-0,04	0,18	0,03	0,21	-0,02	-0,14
	Неудовлетворенность собой	-0,27	-0,42	-0,28	-0,33	-0,45	-0,21	-0,26	0,49	0,50
	Загнанность в клетку	-0,33	-0,33	-0,57	-0,26	-0,38	-0,18	-0,27	0,42	0,32
	Тревога и депрессия	-0,38	0,00	-0,12	-0,14	-0,08	-0,05	-0,01	0,42	0,23

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Фаза резистенции	Неадекватное реагирование	-0,19	0,10	0,08	-0,52	-0,05	-0,30	-0,25	0,05	0,24
	Эмоциональная дезориентация	-0,23	-0,31	-0,04	-0,38	0,05	0,04	-0,08	0,20	0,09
	Расширение сферы экономики	-0,40	-0,35	-0,32	-0,42	-0,37	-0,23	-0,50	0,52	0,53
	Редукция профобязанности	-0,36	-0,34	-0,05	-0,49	-0,33	-0,18	-0,22	0,44	0,48
Фаза истощения	Эмоциональный дефицит	-0,38	-0,36	-0,23	-0,31	-0,47	-0,17	-0,31	0,42	0,51
	Эмоциональная отстраненность	-0,32	-0,37	-0,02	-0,32	-0,31	-0,07	-0,38	0,46	0,55
	Личностная отстраненность	-0,43	-0,39	-0,18	-0,17	-0,28	-0,18	-0,30	0,63	0,45
	Психосоматические нарушения	-0,42	-0,26	-0,53	-0,35	-0,31	-0,15	-0,43	0,48	0,35

Статистически значимые положительные корреляционные взаимосвязи выявлены во всех фазах между компонентами: неудовлетворенность собой и

внутренняя конфликтность (0,49); неудовлетворенность собой и самообвинение (0,50); расширение сферы экономии и внутренняя конфликтность (0,52); расширение сферы экономии и самообвинение (0,53); редукция профессиональной обязанности и самообвинение (0,48); эмоциональный дефицит и самообвинение (0,51); эмоциональная отстранённость и внутренняя конфликтность (0,46); эмоциональная отстранённость и самообвинение (0,55); личностная отстранённость и внутренняя конфликтность (0,63); психосоматические нарушения и внутренняя конфликтность (0,48):

– статистически значимые отрицательные корреляционные взаимосвязи выявлены аналогично во всех фазах между компонентами:

- загнанность в клетку и саморуководство (-0,57);
- неадекватное реагирование и отраженное самоотношение (-0,52);
- расширение сферы экономии и самопривязанность (-0,50);
- редукция профессиональной обязанности и отраженное самоотношение (-0,49);
- эмоциональный дефицит и самооценку (-0,47);
- психосоматические нарушения и саморуководство (-0,53).

Анализ корреляций между фазами эмоционального выгорания и компонентами самоотношения выявил ряд значимых взаимосвязей.

В фазе резистенции выявлена значимая взаимосвязь между редукцией профессиональных обязанностей и профессиональным самоотношением.

У врачей, склонных к ограничению своей профессиональной деятельности (уменьшение рабочей нагрузки, избегание сложных задач, формальное выполнение обязанностей), наблюдается снижение показателей по шкалам, отражающим позитивное самоотношение: уменьшается вера в свои профессиональные навыки и компетентность, снижается ценность профессии и удовлетворенность ею, ослабевает общее положительное восприятие себя как специалиста.

Одновременно с этим усиливаются негативные аспекты самоотношения: возрастают самообвинения, внутренняя конфликтность и чувство

профессиональной несостоятельности.

Аналогичная тенденция прослеживается и в фазе истощения, когда нарастающий эмоциональный дефицит, эмоциональная и личностная отстраненность, а также развитие психосоматических нарушений сопровождаются снижением позитивного самоотношения и усилением негативных его компонентов. Медицинские работники, испытывающие эмоциональное истощение, отстраненность от пациентов и коллег, а также физические недомогания, склонны к более негативному восприятию себя как профессионалов, снижению уверенности в своих силах и возрастанию чувства вины и самокритики.

Это подчеркивает, что эмоциональное выгорание не только истощает ресурсы, но и подрывает самооценку и профессиональную идентичность, создавая замкнутый круг негативных переживаний.

В частности, связь психосоматических нарушений с саморуководством (умеренная отрицательная корреляция) подчеркивает, что при психосоматических расстройствах люди испытывают потерю контроля и понимания над собственным телом, что негативно сказывается на их самовосприятии. Результаты подтверждают тесную связь между эмоциональным выгоранием и самоотношением: с увеличением уровня выгорания наблюдается снижение позитивного самоотношения и рост негативных аспектов, таких как внутренняя конфликтность и самообвинение.

В дополнение к анализу взаимосвязи эмоционального выгорания и самоотношения, было проведено исследование корреляции уровня эмоционального выгорания с показателями профессионального самоотношения, полученными с помощью методики «Опросник профессионального самоотношения».

Результаты корреляционного анализа между уровнем эмоционального выгорания и профессиональным самоотношением представлены в таблице 2.3.

Таблица 2.3

Результаты корреляционного анализа между уровнем эмоционального выгорания и профессиональным самоотношением

		позитивного профессионального	Самоуважение в профессии	Самоуверенность в профессии	Самопривязанность в профессии	Самоеффективность в профессии	Саморуководство в профессии	Самооценка личностного роста	Самоунижение в профессии	Внутренняя конфликтность
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Фаза напряжения	Переживание обстоятельств	-0,06	0,16	0,20	0,02	0,06	-0,05	0,05	0,33	0,30
	Неудовлетворенность собой	-0,41	-0,13	-0,13	-0,09	-0,20	-0,20	-0,23	0,54	0,49
	Загнанность в клетку	-0,42	-0,19	-0,30	-0,11	-0,45	-0,36	-0,50	0,43	0,41
	Тревога и депрессия	-0,19	0,04	0,09	-0,07	-0,05	-0,05	-0,21	0,44	0,43
Фаза резистенции	Неадекватное реагирование	-0,15	0,02	0,10	-0,11	-0,05	-0,07	-0,06	0,43	0,40
	Эмоциональная дезорентация	-0,27	-0,11	-0,05	-0,23	-0,12	-0,22	-0,04	0,37	0,35
	Расширение сферы экономики	-0,34	-0,20	-0,25	-0,08	-0,14	-0,12	-0,31	0,44	0,47

Окончание таблицы 2,3

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Редукция профобязанности		-0,48	-0,35	-0,31	-0,34	-0,27	-0,30	-0,32	0,51	0,34
Фаза истощения	Эмоциональный дефицит	-0,45	-0,21	-0,22	-0,12	-0,20	-0,17	-0,22	0,52	0,46
	Эмоциональная отстраненность	-0,31	-0,14	-0,05	-0,19	-0,11	-0,13	-0,14	0,43	0,42
	Личностная отстраненность	-0,42	-0,27	-0,23	-0,25	-0,18	-0,19	-0,23	0,48	0,43
	Психосоматические нарушения	-0,44	-0,30	-0,25	-0,27	-0,19	-0,19	-0,24	0,49	0,43

Статистически значимые положительные корреляционные взаимосвязи выявлены во всех фазах между компонентами:

- неудовлетворенность собой и самоунижение в профессии (0,54);
- неудовлетворенность собой и внутренняя конфликтность (0,49);
- расширение сферы экономики и внутренняя конфликтность (0,47);
- редукция профессиональной обязанности и самоунижение в профессии (0,51);
- эмоциональный дефицит и самоунижение в профессии (0,52);
- эмоциональный дефицит и внутренняя конфликтность (0,46);
- личностная отстранённость и самоунижение в профессии (0,48);
- психосоматические нарушения и самоунижение в профессии (0,49).

Статистически значимые отрицательные корреляционные взаимосвязи

выявлены в фазах напряжения и резистенции между компонентами: загнанность в клетку и самооценка личностного роста (- 0,50); редукция профессиональной обязанности и общий показатель позитивного самоотношения (-0,48).

В контексте взаимосвязи эмоционального выгорания и профессионального самоотношения, корреляционный анализ выявил несколько значимых закономерностей.

В частности, редукция профессиональных обязанностей (фаза резистенции) демонстрирует умеренную отрицательную корреляцию со всеми позитивными компонентами самоотношения, а также умеренную положительную корреляцию с негативными компонентами. Это подчеркивает, что снижение интереса к работе и избегание ответственности закономерно связаны с падением самооценки и самоуважения в профессиональной сфере.

Аналогичные тенденции прослеживаются в фазе истощения, где эмоциональный дефицит, личностная отстраненность и психосоматические нарушения демонстрируют умеренную отрицательную корреляцию со всеми позитивными компонентами самоотношения и умеренную положительную корреляцию с негативными компонентами.

При этом, связь психосоматических нарушений с выгоранием и самоотношением представляется особенно значимой, поскольку ухудшение физического здоровья оказывает негативное влияние на самооценку и уверенность в себе, в то время как низкое самоотношение, в свою очередь, может способствовать развитию психосоматических симптомов.

Полученные результаты подтверждают взаимосвязь между эмоциональным выгоранием и профессиональным самоотношением. Высокий уровень выгорания сопровождается снижением позитивного самоотношения и увеличением негативных аспектов. Эти данные подчеркивают важность профилактики эмоционального выгорания и поддержки позитивного профессионального самоотношения у врачей.

2.3 Разработка рекомендаций по профилактике возникновения эмоционального выгорания у медицинских работников

В современной системе здравоохранения врачи сталкиваются с непрерывным потоком стрессовых факторов, что делает их особенно уязвимыми к развитию эмоционального выгорания – синдрома, характеризующегося эмоциональным истощением, деперсонализацией и снижением чувства профессиональных достижений. Последствия выгорания не только негативно влияют на качество жизни самих врачей, но и сказываются на эффективности оказываемой ими медицинской помощи. В связи с этим, разработка эффективных профилактических мер является приоритетной задачей.

Настоящие профилактические рекомендации базируются на результатах исследования, выявившего статистически значимые взаимосвязи между фазами эмоционального выгорания, компонентами самосострадания, самоотношения и профессионального самоотношения у врачей. Анализ показал, что динамика выгорания тесно переплетена с внутренними ресурсами, такими как самосострадание (внимательность, сочувствие к себе) и негативными паттернами самоотношения (требовательность, самоизоляция, самообвинение). Важно отметить, что профессиональное самоотношение, определяющее удовлетворенность собой в профессии и чувство профессиональной эффективности, также подвержено негативному влиянию выгорания и самокритики.

Учитывая выявленные взаимосвязи, данные рекомендации фокусируются на развитии самосознания, навыков самосострадания и формировании позитивного самоотношения как ключевых элементов профилактики эмоционального выгорания у врачей. Особое внимание будет уделено следующим аспектам:

Осознание признаков выгорания на ранних стадиях: обучение врачей

распознаванию признаков выгорания на стадиях резистенции и истощения, что позволит своевременно предпринять корректирующие меры.

Развитие навыков самосострадания: предоставление практических инструментов для культивирования самосострадания, включая упражнения на осознанность, практики принятия себя и развитие сочувствия к собственным трудностям и ошибкам.

Коррекция негативных паттернов самоотношения: выявление и проработка негативных установок и убеждений о себе, связанных с профессиональной деятельностью, таких как перфекционизм, самокритика и стремление к чрезмерному контролю.

Улучшение профессионального самоотношения: поддержка врачей в развитии чувства профессиональной эффективности и удовлетворенности своей работой путем предоставления возможностей для профессионального роста, признания достижений и укрепления командного духа.

Создание поддерживающей рабочей среды: формирование в медицинских учреждениях атмосферы, способствующей открытому обсуждению проблем, связанных с выгоранием, и предоставляющей доступ к психологической помощи и поддержке.

Представленные рекомендации направлены на создание комплексного подхода к профилактике эмоционального выгорания у врачей, основанного на развитии внутренних ресурсов и создании благоприятной рабочей среды.

Профилактика эмоционального выгорания – это непрерывный процесс, требующий осознанных усилий, как со стороны самих врачей, так и со стороны руководства медицинских учреждений. Важно внедрять комплексные стратегии, направленные на снижение стресса, укрепление психологической устойчивости и создание поддерживающей рабочей среды.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование было посвящено актуальной проблеме эмоционального выгорания среди медицинских работников и изучению роли самосострадания как потенциального фактора, смягчающего негативное воздействие профессионального стресса.

В результате теоретического анализа были систематизированы и обобщены существующие представления об эмоциональном выгорании, его причинах и последствиях, а также рассмотрена концепция самосострадания и его связь с психологическим благополучием.

Было установлено, что эмоциональное выгорание – это состояние физического, эмоционального и умственного истощения, характерное для профессий социальной сферы и включающее эмоциональную истощённость, деперсонализацию и редукцию профессиональных достижений. Современные исследования расширили понимание механизмов развития эмоционального выгорания у медицинских работников. Однако остается открытым вопрос о влиянии самосострадания на оценку собственных профессиональных успехов и отказ от цинизма как защиты от психоэмоциональных нагрузок.

Эмпирическое исследование позволило установить взаимосвязь между уровнем самосострадания и выраженностью эмоционального выгорания у медицинских работников.

Исследование демонстрирует сложную и неоднозначную картину эмоционального выгорания у врачей, где признаки истощения чередуются с периодами относительной устойчивости. Наиболее критичной фазой, требующей особого внимания, является резистенция, характеризующаяся неадекватными эмоциональными реакциями и снижением мотивации. Примечательно, что на фазе истощения врачи сохраняют профессиональную идентичность и интерес к работе, что указывает на наличие внутренних ресурсов для восстановления. Развитое самосочувствие играет важную роль в

поддержании психологического благополучия, смягчая воздействие стрессовых факторов.

Было выявлено, что низкий уровень самосострадания статистически значимо связан с более высоким уровнем эмоционального выгорания, а компоненты самосострадания (доброта к себе, общая человечность, осознанность) обратно пропорциональны фазам выгорания. Эти результаты подтверждают гипотезу о том, что самосострадание может выступать в качестве защитного фактора, снижающего риск развития эмоционального выгорания.

Психологическое благополучие врачей тесно связано со сложной динамикой эмоционального выгорания, самосострадания, самоотношения и профессионального самоотношения, образуя взаимоусиливающие или компенсирующие петли. Эмоциональное выгорание, особенно в фазах резистенции и истощения, модулируется внутренними ресурсами, такими как самосострадание, и негативными паттернами самоотношения, такими как требовательность к себе, самоизоляция и самообвинение.

Профессиональное самоотношение, а именно удовлетворенность собой и чувство профессиональной эффективности, подвергается деформации под влиянием выгорания и негативного самоотношения, что может приводить к снижению вовлеченности в работу и появлению психосоматических симптомов. В целом, для поддержания психического здоровья и профилактики выгорания врачам необходимо развивать навыки самосострадания, позитивного самоотношения, а также осознавать и прорабатывать негативные паттерны самовосприятия в контексте профессиональной деятельности.

Учитывая выявленные взаимосвязи, были разработаны рекомендации по профилактике возникновения эмоционального выгорания у врачей.

Представленные рекомендации направлены на создание комплексного подхода к профилактике эмоционального выгорания у врачей, основанного на развитии внутренних ресурсов и создании благоприятной рабочей среды. Реализация этих рекомендаций позволит повысить устойчивость врачей к

стрессовым факторам, улучшить их психическое здоровье и, в конечном итоге, повысить качество оказываемой ими медицинской помощи.

В заключение, проведенное исследование вносит вклад в понимание роли самосострадания как важного фактора, влияющего на эмоциональное благополучие медицинских работников. Результаты работы могут быть использованы для разработки и внедрения практических мер по профилактике и коррекции эмоционального выгорания, что, в свою очередь, будет способствовать повышению качества оказываемой медицинской помощи и улучшению условий труда специалистов здравоохранения.

Таким образом, завершая исследование, направленное на изучение роли самосострадания как фактора эмоционального выгорания у медицинских работников, можно констатировать, что поставленные цели и задачи были успешно выполнены.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Российская Федерация. Законы. Об основах охраны здоровья граждан в РФ : федеральный закон № 323-ФЗ : [принят Госдумой 01.11.2011 : одобрен Советом Федерации 09.11.2011 : в ред. федеральных законов 28.12.2024 № 554-ФЗ] // Правовая навигационная система «Кодексы и законы». – URL: <https://www.zakonrf.info/zakon-o-zdorovye-grazhdan/> (дата обращения : 2.02.2025).
2. Российская Федерация. Минздрава РФ. Об утверждении номенклатуры медицинских работников и фармацевтических работников от 02.05.2023 г. № 205-н // Правовой портал «Контур.Норматив». – URL : <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=464264> (дата обращения 12.02.2025).
3. Абросимов, И. Н. Осознанность (майндфулнесс) и самосострадание в психологическом сопровождении пациентов с хроническими заболеваниями / И. Н. Абросимов // Клиническая психология лечебного процесса. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. – С. 297-306.
4. Аксютин, З. А. Проблема эмоционального выгорания в отечественной и зарубежной психологии / З. А. Аксютин, А. В. Ченская, Ю. Е. Шабышева // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2022. – № 4(91). – С. 429-435.
5. Арон, И. С. Психология готовности к профессиональному самоопределению / И. С. Арон. – Йошкар-Ола: ПГТУ, 2016. – 284 с.
6. Арон, И.С. Психология развития профессионала / И. С. Арон. – Йошкар-Ола, 2017. – 164 с.
7. Баранчукова, А. С. Проявления самосострадания у молодых людей с разным типом отношения к неудаче / А. С. Баранчукова, Е. А. Кузнецова // Петербургский психологический журнал. – 2023. – № 43. – С. 44-60.

8. Бойко, В. В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении / В. В. Бойко. – Санкт-Петербург : Сударыня, 2009. – 105 с.

9. Булгакова, О. С. Синдром эмоционального выгорания у медиков как признак профессии / О. С. Булгакова, Д. С. Пархомчук, Т. А. Ульянова // Вестник психофизиологии. – 2020. – № 1. – С. 9-20.

10. Водопьянова, Н. Е. Синдром выгорания. Диагностика и профилактика : практическое пособие / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. – 3-е изд., испр. и доп. – Москва : Издательство Юрайт, 2025. – 299 с. – URL: <https://urait.ru/bcode/563121> (дата обращения: 12.03.2025).

11. Гермер К. Трудные чувства. Понять себя, простить других / К. Гермер. – Санкт-Петербург : Питер, 2021. – 370 с.

12. Гилберт, П. Осознанное сострадание. Как умение сострадать поможет понять свои эмоции. – Санкт-Петербург : Диалектика, 2021. – 400 с.

13. Глауберман, Д. Радость сгорания: как конец света может стать новым началом / Д. Глауберман. – Москва : Хорошая книга, 2008. – 366 с.

14. Гуткевич, Е. В. Созависимость и самосострадание у женщин в аддиктивных семьях / Е.В. Гуткевич, Е.В. Колпакова. – Томск: ООО «Интегральный переплет», 2021. – 120 с.

15. Замалиева С. А. Майндфулнесс-подход в современных организациях / С.А. Замалиева // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 12(ч. 2). – С. 356-360.

16. Зильберштейн-Терч, Л. Как быть добрым к себе: привести в гармонию чувства, мысли и поступки / Л. Зильберштейн-Терч. – Москва : БОМБОРА : ЭКСМО, 2021. – 192 с.

17. Капустина, В. А. Психология профессионально-трудовой деятельности / В. А. Капустина, М. А. Матюшина. – Новосибирск : НГТУ, 2020. – 64 с.

18. Концепт «Сочувствие к себе»: российская адаптация опросника Кристин Нефф / К. А. Чистопольская, Е. Н. Осин, С. Н. Ениколопов, Е. Л. Николаев, Г. А. Мысина, С. Э. Дровосек // Культурно-историческая

психология. – 2020. – Т.16. – № 4. – С. 35-48.

19. Корнеенков, С. С. Психологическое обеспечение профессиональной деятельности : учебник для вузов / С. С. Корнеенков. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : Издательство Юрайт, 2025. – 304 с. – URL: <https://urait.ru/bcode/565397> (дата обращения: 12.02.2025).

20. Кузьмина, Ю. М. Эмоциональное выгорание в профессиональной деятельности специалистов социальной работы: проявление и профилактика: монография / Ю. М. Кузьмина. – Казань: КГТУ, 2017. – 209 с.

21. Логунова, Е. Г. К вопросу о необходимости развития феномена милосердия / Е. Г. Логунова // Теория и практика общественного развития. – 2012. – № 1. – С. 30-33.

22. Макеев, В. А. Психология профессиональной деятельности: учебное пособие для вузов / В. А. Макеев. – Москва : Лань, 2024. – 280 с.

23. Марищук, В. Л. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса / В. Л. Марищук. – Санкт-Петербург: Сентябрь, 2010. – 368с.

24. Маслач, К. Оценка профессионального выгорания у медицинских работников: метод. рекомендации / К. Маслач. – Санкт-Петербург : Политехника-сервис, 2009. – 82с.

25. Москвичёва, Л. И. Синдром профессионального эмоционального выгорания у врачей онкологической службы: распространенность и выраженность синдрома, факторы, влияющие на его развитие / Л. И. Москвичёва // Менеджер здравоохранения. – 2020 – № 6. – С. 28-36.

26. Мурашова, Л. А. Исследование сформированности симптомов эмоционального выгорания у врачей - онкологов // Вестн. Твер. гос. ун-та. Серия Педагогика и психология. – 2020. – № 4(53) – С. 41-48.

27. Невструева, Т. Х. Взаимосвязь самосострадания и особенностей эмоциональной сферы личности / Т. Х. Невструева, А. А. Суслина // Baikal Research Journal. – 2022. – Т. 13, № 2. – URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48664526> (дата обращения : 12.02.2025).

28. Невструева, Т. Х. Самосострадание в контексте современных

эмпирических исследований и психологических практик / Т. Х. Невструева // Мир науки. Педагогика и психология. – 2023. – Т. 11, № 4. – URL: <https://mir-nauki.com/PDF/33PSMN423.pdf> (дата обращения : 12.02.2025).

29. Нефф, К. Самосострадание. О силе сочувствия и доброты к себе / К. Нефф. – Москва : Изд-во «МИФ», 2021. – 272 с.

30. Нефф, К. Самосострадание. Шаг за шагом / К. Нефф, К. Гермер. – Санкт-Петербург : Питер, 2019. – 620 с.

31. Подсадный, С. А. Развитие научных представлений о синдроме выгорания / С. А. Подсадный // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий: [монография] / под ред. В.В. Лукьянова, Н.Е. Водопьяновой, В.Е. Орла [и др.]; Курск. гос. ун-т. – Курск : Курск. гос. ун-т, 2008. – С. 13-34.

32. Поллак, С. Самосострадание для родителей. Как воспитать счастливого ребенка, заботясь о себе / С. Поллак. – Москва : МИФ, 2021. – 272 с.

33. Профессиональные стандарты медицинских работников // Министерство здравоохранения Российской Федерации : официальный сайт. – URL: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/19/stranitsa-840/professionalnye-standarty> (дата обращения : 12.02.2025).

34. Сидоров, П. И. Синдром профессионального выгорания / П. И. Сидоров. – Архангельск : Изд. центр СГМУ, 2017. – 176 с.

35. Синдром эмоционального выгорания у медицинских работников / С. П. Шумилов, Е. А. Шумилова, В. Б. Студницкий [и др.] // Северный регион: наука, образование, культура. – 2023. – № 1. – С. 61-77.

36. Собольников, В. В. Психология профессиональной деятельности в особых и экстремальных условиях: учебное пособие для вузов / В. В. Собольников. – Москва : Юрайт, 2024. – 192 с.

37. Струк, Ю. В. Синдром эмоционального выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов / Ю. В. Струк, О. А. Якушева, Е. Ю. Высоцкий // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2015. – № 60. – С. 70-74.

38. Хершвилд, Д. Практика осознанности в терапии ОКР. Советы, приёмы и навыки ведения полноценной жизни» / Д. Хершвилд, Ш. Найсли. – Москва : Диалектика, 2021. – 160 с.

39. Храмцова, И. И. Осознанное внимание и сочувствие к себе как предикторы стилей юмора в США и России / И. И. Храмцова, Т. С. Чуйкова // Социальная психология и общество: международное научное издание. – 2016. – № 2. – С. 93-108.

40. Янченко, А. А. Сострадание к себе как адаптивное свойство личности / А. А. Янченко, С. К. Нартова-Бочавер // Психологические исследования. – 2020. – Т. 13. – № 71. – С. 7-23.

41. Crego, A. et.al. The Benefits of Self-Compassion in Mental Health Professionals: A Systematic Review of Empirical Research // Psychology Research and Behavior Management. – 2022. – Vol. 15. – Pp. 2599-2620. – URL :

https://www.researchgate.net/publication/363519480_The_Benefits_of_Self-Compassion_in_Mental_Health_Professionals_A_Systematic_Review_of_Empirical_Research (дата обращения 12.02.2025).

42. The effect of self-compassion on academic burnout in undergraduate students / E. D. Farisandy, A. Yulianto, A. D. Kinanti, B. A. Ayu // International Journal of Science Annals. – 2023. – Vol. 6 (1). – Pp. 12-20. – URL : <https://archive.org/details/ijsa.2023.1.2> (дата обращения 12.02.2025).

43. Self-compassion in Iranian Muslims: Relationships with integrative self-knowledge, mental health, and religious orientation / N. Ghorbani, P. J. Watson, Z. Chen, F. Norballa // Int. J. Psychol. Relig. – 2012. – Vol. 22 (2). – Pp. 106-118. – URL : https://www.researchgate.net/publication/239795161_Self-Compassion_in_Iranian_Muslims_Relationships_With_Integrative_Self-Knowledge_Mental_Health_and_Religious_Orientation (дата обращения 12.02.2025).

44. Gilbert, P. Compassion focused therapy: The CBT distinctive features series / P. Gilbert. – London, UK: Routledge, 2010. – 237 p. – URL : https://www.researchgate.net/publication/263331186_Compassion_Focused_Therapy_The_CBT_distinctive_features_series (дата обращения 12.02.2025).

45. Gilbert, P. Introducing compassion-focused therapy // *Advances in Psychiatric Treatment*. – 2009. – Vol. 15. – pp. 199-208. – URL : https://www.researchgate.net/publication/247801781_Introducing_compassion-focused_therapy (дата обращения 12.02.2025).

Gilbert, P. The origins and nature of compassion focused therapy / P. Gilbert // *British Journal of Clinical Psychology*. – 2014. – Vol. 53. – pp. 6-41. – URL :

46. https://www.researchgate.net/publication/260483350_The_origins_and_nature_of_compassion_focused_therapy (дата обращения 12.02.2025).

47. Neff, K. Self-compassion, self-esteem, and well-being / K. Neff // *Social and Personality Psychology Compass*. – 2011. – Vol. 5, no. 1. – pp. 1-12. – URL :

<https://www.semanticscholar.org/paper/Self-Compassion%2C-Self-Esteem%2C-and-Well-Being-Neff/f859ec6fe09526873d3945fa688840b49c850205> (дата обращения 12.02.2025).

48. Neff, K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself / K. Neff // *Self and Identity*. – 2003. – Vol. 2, no. 2. – pp. 85-101. – URL : https://www.researchgate.net/publication/247516673_Self-Compassion_An_Alternative_Conceptualization_of_a_Healthy_Attitude_Toward_Oneself (дата обращения 12.02.2025).

49. Neff K. The development and validation of a scale to measure self-compassion / K. Neff // *Self and Identity*, 2003. Vol. 2, no. 2, pp. 223-250. – URL :

<https://www.semanticscholar.org/paper/The-Development-and-Validation-of-a-Scale-to-Neff/18de7301a5f3c42ba3e27aa06b2cbd0e667fa5cc> (дата обращения 12.02.2025).

50. Neff, K. D. Examining the factor structure of the Self-Compassion Scale in 20 diverse samples: Support for use of a total score and six subscale score / K. Neff // *Psychological Assessment*. – 2019. – Vol. 31. – № 1. P. 27-45. – URL :

https://www.researchgate.net/publication/327121641_Examining_the_Factor_Structure_of_the_Self-Compassion_Scale_in_20_Diverse_Samples_Support_for_Use_of_a_Total_Score_and_Six_Subscale_Scores (дата обращения 12.02.2025).

51. Nguyen Phuoc, C. T. Selfcompassion and well-

benganongvietnameseadolescents / C. T. Nguyen Phuoc, Q.-A. Ngoc Nguyen // International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2020. Vol. 20, no. 3. Pp. 327-341. – URL : <https://www.ijpsy.com/volumen20/num3/555.html> (дата обращения 12.02.2025).

52. Masoumi, Samin Afrashteh Self-Compassion: The Factor That Explains a Relationship between Perceived Social Support and Emotional / S. Masoumi, A. Mohsen, Yo Majid // Self-Regulation in Psychological Well-Being of Breast Cancer Survivors Iran J Psychiatry. – 2022. – Vol.17, no. 3. – Pp. 341-349. – URL :

<https://www.researchgate.net/scientific-contributions/Samin-Masoumi-2216879761> (дата обращения 12.02.2025).

53. Sorem, E.B. Personality psychopathology and the role of selfcompassion / E. B. Sorem, K. Priebe, J. L. Anderson // Clinical Psychology and Special Education.– 2022. – Vol. 11, no. 2. – Pp. 43-62. – URL : https://www.researchgate.net/publication/362186363_Personality_Psychopathology_and_the_Role_of_Self-Compassion

(дата обращения 12.02.2025).

Результаты диагностики «Сочувствия к себе, SCS», К. Нефф (2003 г.)

№ п/п	Сочувствие к себе	Доброта к себе	Самокритика	Общность с человечеством	Самоизоляция	Внимательность	Чрезмерная идентификация	Позитивное самоотношение	Требовательное самоотношение
1	4,0	4,0	3,2	3,5	4,5	4,3	4,8	27	25
2	3,7	3,0	3,6	3,5	4,5	4,0	3,8	33	27
3	3,6	3,6	3,4	3,8	3,5	3,8	3,5	30	33
4	3,7	2,4	5,0	2,5	5,0	2,5	5,0	46	13
5	3,3	3,8	3,0	5,0	2,0	3,8	2,0	24	47
6	3,5	3,8	3,8	3,8	3,0	3,5	3,3	30	34
7	3,9	4,0	4,4	2,5	5,0	3,5	3,8	34	21
8	3,8	4,0	3,6	2,8	4,0	4,0	4,5	31	26
9	4,2	4,6	4,8	2,8	5,0	4,0	3,5	28	20
10	3,5	2,8	3,4	3,0	4,0	3,8	4,5	37	27
11	4,3	5,0	4,0	4,0	4,5	4,0	4,0	21	24
12	3,0	3,4	1,6	4,5	3,0	3,8	2,3	28	49
13	3,5	3,6	4,4	2,8	3,3	3,8	3,0	34	31
14	3,3	2,2	4,0	2,5	4,3	3,5	3,3	43	28
15	3,3	4,2	3,2	3,5	3,0	3,3	2,3	30	41
16	2,8	3,0	2,8	2,8	3,3	3,0	2,0	40	43
17	4,1	4,6	3,8	4,0	4,5	4,3	3,5	22	27
18	2,8	2,0	3,6	2,0	3,5	2,8	3,0	49	34
19	3,4	3,0	1,8	3,5	4,0	4,8	4,0	30	37
20	3,0	3,0	3,8	2,0	3,8	2,8	2,8	44	33
21	2,7	2,4	3,0	3,3	2,8	3,3	1,8	40	45
22	4,1	4,2	4,6	4,8	4,0	3,8	3,0	23	27
23	3,1	3,0	2,6	1,8	4,5	3,3	3,5	43	33
24	2,0	2,6	2,4	1,8	1,5	2,0	1,8	50	53
25	2,8	3,6	2,8	3,3	1,8	3,0	2,0	35	49
26	4,7	5,0	4,6	4,5	4,5	5,0	4,5	15	19
27	2,9	3,0	2,6	3,3	3,3	3,0	2,5	38	42
28	3,5	4,0	3,6	4,0	4,3	2,8	2,5	31	33
29	3,7	3,8	3,6	4,3	3,0	4,8	3,0	23	36
30	4,5	5,0	4,2	3,8	4,8	4,0	5,0	22	18

Результаты диагностики уровня эмоционального выгорания по В.В.Бойко

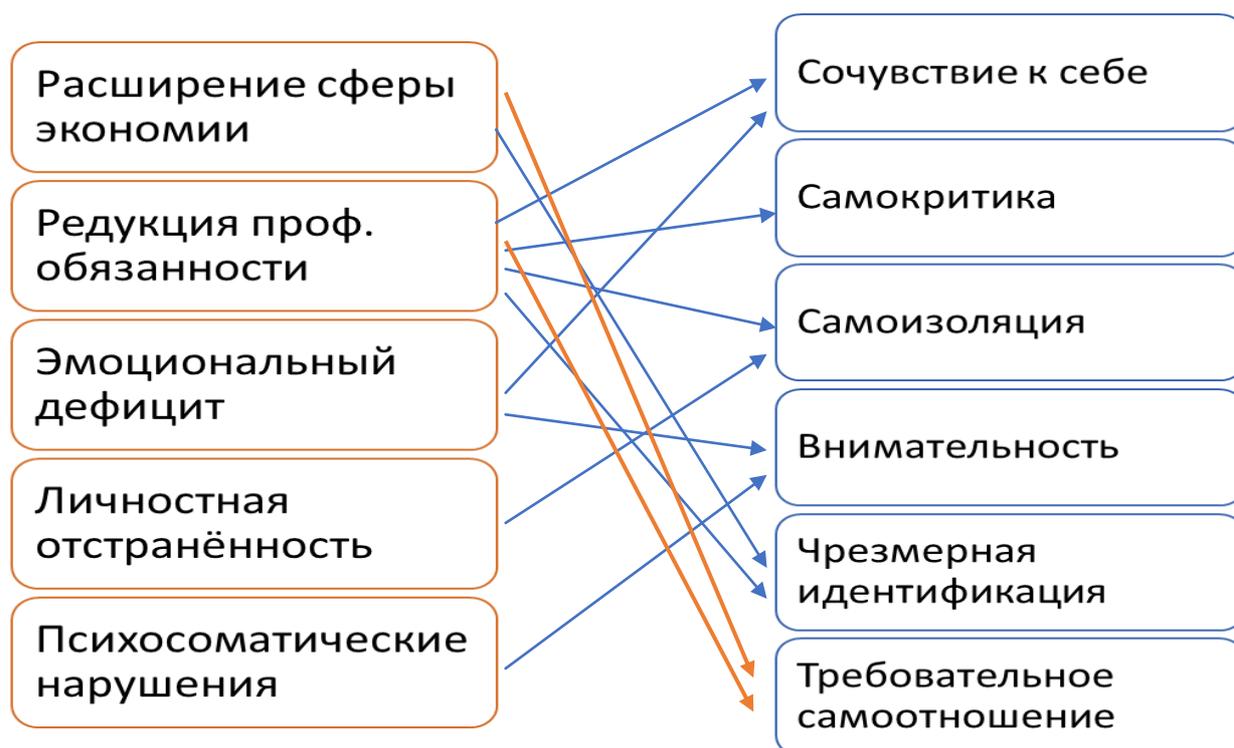
№ п/п	Фаза напряжения				Фаза резистенции				Фаза истощения			
	Переживание обстоятельств	Неудовлетворенность собой	Загнанность в клетку	Тревога и депрессия	Неадекватное реагирование	Эмоциональная дезорентация	Расширение сферы экономики	Редукция профбязности	Эмоциональный деффецит	Эмоциональная отстраненность	Личностная отстраненность	Психосоматические нарушения
1	0	0	0	0	12	0	0	0	0	8	0	3
2	0	0	0	0	17	12	2	10	0	17	2	0
3	7	5	1	0	17	14	0	0	0	5	0	8
4	5	8	10	0	10	5	8	3	13	3	0	10
5	0	0	2	3	0	10	7	10	2	0	5	0
6	15	0	0	0	12	12	15	10	7	7	0	15
7	0	3	0	0	18	7	27	2	8	8	3	7
8	15	5	0	0	12	10	0	0	0	3	0	0
9	3	0	0	0	10	15	0	0	0	3	0	5
10	27	10	0	17	17	10	4	12	5	11	12	10
11	10	2	0	0	24	20	0	15	3	15	0	3
12	14	7	11	2	17	14	20	30	28	16	5	6
13	4	3	0	0	10	5	0	10	0	3	0	3
14	7	3	5	3	0	12	0	10	15	8	2	5
15	4	6	13	7	22	9	22	10	13	11	2	23
16	10	3	7	8	20	10	3	15	9	2	5	7
17	0	0	16	0	0	10	0	10	10	3	0	2
18	9	0	11	5	20	13	7	8	9	7	5	10
19	2	7	0	0	12	9	10	8	9	25	7	0
20	19	0	1	0	20	15	13	10	2	10	0	13
21	4	3	0	3	7	12	5	11	0	5	0	8
22	22	12	10	25	12	17	18	10	12	17	25	20
23	0	0	1	0	18	7	2	7	18	15	0	5
24	2	20	6	7	17	25	17	30	25	30	22	8
25	5	8	10	2	17	13	30	13	25	30	20	20
26	0	2	0	0	10	15	0	15	0	5	0	0
27	2	5	5	7	17	2	17	15	12	14	8	5
28	15	15	5	5	18	20	13	19	27	30	7	7
29	14	3	0	10	17	17	3	23	5	13	3	7
30	0	0	0	0	10	12	2	2	10	15	0	0

Результаты диагностики «Опросник профессионального самоотношения»

№ п/ п	Общий показатель позитивного профессионального самоотношения		Самоуважение в профессии	Самоуверенность в профессии	Самопривязанность в профессии	Самоеффективность в профессии	Саморегулирование в профессии	Самооценка личностного роста	Самоунижение в профессии	Внутренняя конфликтность	Самобвинение в профессии
	1	8	6	6	7	7	10	4	1	1	1
2	10	10	10	10	9	10	10	10	4	1	5
3	8	8	8	8	7	7	7	8	4	4	3
4	8	7	6	6	8	8	9	8	3	1	4
5	6	3	3	3	4	7	7	6	3	3	5
6	7	6	6	6	6	8	7	10	4	3	6
7	9	7	5	5	10	9	10	7	2	3	3
8	6	7	7	7	6	6	6	7	5	6	4
9	10	10	10	10	10	10	10	10	1	1	1
10	8	7	7	7	7	7	7	6	3	3	4
11	6	2	3	3	2	6	6	7	4	4	3
12	7	7	6	6	8	9	9	7	5	4	6
13	10	9	8	8	9	9	8	10	2	1	4
14	7	4	4	4	5	7	7	7	3	1	6
15	5	4	4	4	4	5	6	3	6	6	7
16	5	5	4	4	6	5	6	5	6	6	7
17	6	5	3	3	7	3	5	2	3	4	2
18	7	7	7	7	6	5	4	6	4	4	3
19	7	5	5	5	6	7	6	7	3	4	4
20	8	7	7	7	6	8	8	6	4	3	6
21	6	4	4	4	5	6	6	7	5	4	7
22	8	10	10	10	8	10	10	8	6	6	5
23	7	7	8	8	6	9	9	10	5	4	6
24	2	1	1	1	3	3	4	2	7	6	8
25	4	3	3	3	4	3	4	2	5	6	5
26	10	9	9	9	7	9	9	8	1	1	2
27	7	6	7	7	5	7	7	6	5	4	6
28	8	10	10	10	9	9	9	10	5	5	4
29	6	5	6	6	5	6	7	4	4	4	6
30	10	9	9	9	7	10	10	10	2	3	2

Результаты диагностики «Самоотношение (МИС)»

№ п/п	Внутренняя честность	Самоуверенность	Саморукводство	Отраженное самоотношение	Самоценность	Самопринятие	Самопривязанность	Внутренняя конфликтность	Самообвинение
1	8	10	9	9	7	8	8	2	2
2	6	10	9	7	10	6	7	3	4
3	7	10	7	6	10	10	5	3	2
4	7	9	5	9	7	5	8	2	1
5	5	9	8	8	10	7	8	4	3
6	7	8	8	8	7	8	7	3	3
7	6	9	8	7	9	7	7	3	3
8	9	7	8	9	10	6	7	2	2
9	8	9	9	9	10	7	9	2	1
10	6	9	9	8	7	7	10	3	4
11	7	9	8	7	10	6	9	2	1
12	7	9	9	6	7	5	7	3	5
13	9	9	8	10	9	6	7	4	2
14	5	7	7	10	8	8	8	3	2
15	5	5	3	4	4	5	3	6	10
16	5	8	7	9	10	6	5	4	3
17	7	5	6	8	7	10	8	5	4
18	4	9	7	6	8	5	6	3	2
19	6	5	8	10	7	6	5	5	7
20	6	7	9	7	10	8	7	4	2
21	4	5	4	6	6	6	3	6	6
22	6	9	7	9	10	7	7	6	3
23	6	9	9	8	7	6	7	4	6
24	4	1	6	4	2	5	5	7	10
25	5	4	5	8	8	7	1	6	6
26	10	8	8	9	10	8	6	2	1
27	6	9	8	6	7	8	5	5	6
28	6	9	8	6	9	9	6	4	4
29	5	9	8	6	10	9	6	4	4
30	8	9	8	9	10	9	7	2	1



Примечание:



- отрицательная корреляция



- положительная корреляция

Рис. 1, п. 2 Корреляционная плеяда взаимосвязей уровня эмоционального выгорания и сочувствия к себе у медицинских работников



Рис. 1, п. 3 Корреляционная плеяда взаимосвязей уровня эмоционального выгорания и самоотношения у медицинских работников

Примечание:



- отрицательная корреляция



- положительная корреляция



Рис. 1, п. 4 Корреляционная плеяда взаимосвязей уровня эмоционального выгорания и профессионального самоотношения у медицинских работников

Примечание:



- отрицательная корреляция



- положительная корреляция

ТРЕНИНГ «САМОСОСТРАДАНИЕ КАК РЕСУРС: ПРОФИЛАКТИКА ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ»

Этот тренинг разработан специально для медицинских работников, чей труд требует невероятной самоотдачи и эмпатии, но зачастую приводит к выгоранию и эмоциональному истощению.

В основе тренинга лежит новаторский подход к психическому благополучию, разработанный доктором Кристин Нефф, ведущим исследователем в области самосострадания. Мы предлагаем вам не просто теоретические знания, а практические инструменты, которые помогут вам научиться относиться к себе с большей добротой, пониманием и принятием, особенно в моменты профессиональных трудностей и личных переживаний.

Самосострадание, согласно Кристин Нефф, это не эгоизм или жалость к себе, а осознанный выбор относиться к себе так же, как к другу, переживающему трудности. Оно включает в себя три ключевых компонента:

Доброту к себе: Замена самокритики на сочувствие и понимание в моменты неудач и несовершенств.

Общее человечество (Common humanity): Признание того, что страдания, ошибки и несовершенства являются частью человеческого опыта, и что мы не одиноки в своих переживаниях.

Осознанность (Mindfulness): Способность замечать и принимать свои болезненные мысли и чувства без осуждения и избегания.

Цель: Снижение уровня эмоционального выгорания у медицинских работников путем развития навыков самосострадания, основанных на принципах и практиках Кристин Нефф.

Задачи тренинга:

Познакомить участников с концепцией самосострадания и ее компонентами.

Продолжение приложения 5

Научить участников практическим техникам и упражнениям для развития самосострадания.

Помочь участникам осознать и преодолеть самокритику и перфекционизм.

Развить навыки эмоциональной регуляции и осознанности.

Создать поддерживающую атмосферу для обмена опытом и взаимной поддержки.

Предоставить инструменты для внедрения самосострадания в повседневную жизнь и профессиональную деятельность.

Целевая аудитория: Медицинские работники (врачи, медсестры, фельдшеры и т.д.).

Продолжительность: 8 часов (в один или 2 дня по 4 часа).

Материалы: Раздаточные материалы с упражнениями, теоретической информацией, ручки, бумага, удобное помещение, проектор.

Работа медицинского персонала сопряжена с уникальными стрессорами:

Эмоциональная нагрузка: Ежедневное столкновение с болью, страданиями и смертью пациентов.

Высокие требования: Необходимость постоянного профессионального развития, принятие сложных решений и работа в условиях дефицита времени и ресурсов.

Риск профессионального выгорания: Хронический стресс, истощение эмоциональных и физических ресурсов, цинизм и снижение личных достижений.

Высокий уровень самокритики: Стремление к совершенству и чувство вины за допущенные ошибки.

Развитое самосострадание позволяет:

Снизить уровень стресса и выгорания: Относиться к себе с пониманием и сочувствием, легче переносить трудности и восстанавливаться после сложных смен.

Улучшить эмоциональную регуляцию: справляться с негативными

эмоциями, такими как тревога, страх, гнев и печаль, без подавления и избегания.

Повысить устойчивость к стрессу: развивать психологическую гибкость и адаптироваться к изменяющимся условиям работы.

Улучшить отношения с пациентами и коллегами: проявлять больше эмпатии и сострадания к другим, когда вы заботитесь о себе.

Улучшить качество жизни: чувствовать себя более счастливым, удовлетворенным и уравновешенным

Структура тренинга:

Модуль 1: Введение в самосострадание (1 час)

Приветствие и знакомство (15 минут)

Представление тренера и участников.

Краткое обсуждение опыта участников в сфере здравоохранения и их ожиданий от тренинга.

Определение эмоционального выгорания (15 минут)

Обсуждение симптомов, причин и последствий эмоционального выгорания в контексте медицинской профессии.

Интерактивная лекция о влиянии стресса и эмпатии на развитие выгорания.

Что такое самосострадание (30 минут)

Введение в концепцию самосострадания по Кристин Нефф:

Доброта к себе (Self-kindness): Замена самокритики на понимание и поддержку.

Общая человечность (Common humanity): Признание, что страдания и трудности – это часть общечеловеческого опыта.

Осознанность (Mindfulness): Наблюдение за своими мыслями и чувствами без осуждения.

Мифы о самосострадании (саможалость, эгоизм, слабость).

Модуль 2: Практики самосострадания (2 часа)

Упражнение «Сострадательное письмо к себе» (30 минут)

Инструкция: Напишите письмо себе, как бы вы написали другу, который переживает трудности. Сосредоточьтесь на проявлении понимания, поддержки и заботы.

Обсуждение опыта написания и чтения писем в группе.

Упражнение «Сострадательное дыхание» (30 минут)

Инструкция: Сядьте удобно, закройте глаза и сосредоточьтесь на дыхании. Представляйте, что с каждым вдохом вы вдыхаете любовь и сострадание, а с каждым выдохом – отпускаете напряжение и боль.

Обсуждение ощущений и переживаний во время упражнения.

Упражнение «Представить себя ребенком» (30 минут)

Инструкция: Закройте глаза и представьте себя в детстве, когда вы были уязвимы и нуждались в заботе. Что бы вы сказали этому ребенку, чтобы поддержать его и утешить.

Обсуждение чувств, возникших при визуализации.

Упражнение «Пауза самосострадания» (30 минут)

Инструкция: когда вы испытываете стресс или негативные эмоции, остановитесь и сделайте несколько глубоких вдохов. Положите руку на сердце и скажите себе: «Это трудный момент. Стрдание – часть жизни. Да буду я добра/добр к себе в этот момент».

Ролевая игра: применение техники в смоделированных стрессовых ситуациях.

Модуль 3: Самосострадание и работа с эмоциями (2 часа)

Идентификация и признание эмоций (30 минут)

Упражнение: Обсуждение списка типичных эмоций, испытываемых медицинскими работниками (гнев, страх, печаль, вина и т.д.).

Практика осознанного наблюдения за своими эмоциями без осуждения.

Преодоление самокритики и негативных мыслей (30 минут)

Техника «Сострадательный наблюдатель»: отделить себя от своих мыслей и наблюдать за ними как за облаками на небе.

Перефразирование самокритичных мыслей в сострадательные утверждения.

Управление стрессом с помощью самосострадания (30 минут)

Определение личных источников стресса на рабочем месте.

Применение техник самосострадания для снижения уровня стресса и тревоги (например, во время напряженных смен).

Практика «Дневник самосострадания» (30 минут)

Инструкция: Ведите дневник, в котором каждый день записывайте три вещи, которые вы сделали хорошо, и три вещи, за которые вы можете поблагодарить себя.

Модуль 4: Самосострадание и межличностные отношения (1,5 часа)

Сострадание к другим и установление границ (30 минут)

Обсуждение разницы между состраданием, эмпатией и сочувствием.

Практика установления здоровых границ в отношениях с пациентами и коллегами.

Упражнение: Разработка стратегий для предотвращения эмоционального истощения при работе с трудными пациентами.

Развитие сострадательной коммуникации (30 минут)

Техники активного слушания и эмпатического общения.

Ролевая игра: Практика сострадательной коммуникации в смоделированных конфликтных ситуациях.

Самосострадание и профессиональная поддержка (30 минут)

Обсуждение важности поиска поддержки у коллег, друзей и семьи.

Создание плана действий для поддержания благополучия после тренинга.

Модуль 5: Заключение и план действий (1,5 часа)

Подведение итогов тренинга (30 минут)

Повторение ключевых концепций и практик самосострадания.

Ответы на вопросы участников.

Разработка индивидуальных планов действий (30 минут)

Каждый участник составляет личный план внедрения практик самосострадания в свою повседневную жизнь и профессиональную деятельность.

Обратная связь и завершение тренинга (30 минут)

Анкетирование участников для оценки эффективности тренинга.

Пожелания и благодарности.

Практики Кристин Нефф, на которые была опора:

Self-CompassionBreak: (Пауза самосострадания) - простая, но эффективная техника, описанная выше.

Loving-KindnessMeditation: (Медитация любящей доброты) - тренировка в направлении доброты, сострадания и любви к себе и другим.

Common HumanityMeditation: (Медитация общей человечности) - признание того, что мы все связаны общими переживаниями и страданиями.

Mindful Self-Compassion (MSC): (Осознанное самосострадание) - 8-недельная программа, разработанная Кристин Нефф и Кристофером Гермером, которая обучает навыкам самосострадания.

Этот тренинг поможет медицинским работникам развить навыки самосострадания, снизить уровень стресса и эмоционального выгорания, улучшить качество своей работы и повысить уровень благополучия. Внедрение представленных рекомендаций позволит создать более здоровую и поддерживающую рабочую среду для врачей, снизить уровень стресса и предотвратить возникновение эмоционального выгорания, что в конечном итоге приведет к улучшению качества медицинской помощи, оказываемой пациентам.

Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Сибирский институт бизнеса, управления и психологии»

Факультет психологии

Направление подготовки 37.03.01 Психология

Направленность (профиль) образовательной программы Психологическое консультирование

Выпускающая кафедра психологии

РЕЦЕНЗИЯ

на выпускную квалификационную работу

Студентки Бариновой Маргариты Александровны группы у 351-пк

(Ф.И.О. полностью)

на тему «Самосострадание как фактор эмоционального выгорания
медицинских работников»

(полное наименование темы согласно приказу)

Выпускная квалификационная работа бакалавра выполнена на 86 страницах, содержит приложения на 5 страницах.

1. Актуальность, новизна и практическая значимость темы: Тема исследования, посвященная изучению взаимосвязи самосострадания и эмоционального выгорания у медицинских работников, представляется весьма актуальной. Высокий уровень стресса и эмоциональной нагрузки в профессиональной деятельности медицинского персонала обуславливает необходимость поиска факторов, способных смягчить негативные последствия. Изучение роли самосострадания в профилактике выгорания обладает несомненной новизной, поскольку традиционно акцент делается на факторах внешней среды. Практическая значимость работы заключается в возможности разработки и внедрения программ, направленных на развитие самосострадания у медицинских работников, что может повысить их психологическое благополучие и качество оказываемой помощи.

2. Логическая последовательность: Структура работы соответствует логике научного исследования. Во введении обоснована актуальность темы, сформулированы цель, задачи, гипотезы и объект исследования. Теоретический обзор литературы логично подводит к эмпирической части, где описаны методология, результаты исследования и их интерпретация. Заключение обобщает основные результаты и содержит выводы.

3. Аргументированность и конкретность выводов и предложений: Выводы, представленные в работе, достаточно аргументированы и подкреплены результатами эмпирического исследования. Предложения, сформулированные автором, имеют практическую направленность и могут быть использованы

для разработки программ поддержки медицинских работников. Однако, в некоторых местах, было бы полезно больше конкретики: например, детально описать, какие именно программы или техники можно использовать для развития самосострадания.

4. Полнота проработки литературных источников: Автор демонстрирует хорошее знание научной литературы по теме исследования. Использованные источники отражают современное состояние изученности проблемы и включают работы отечественных и зарубежных исследователей

5. Качество общего оформления работы, таблиц, иллюстраций, приложений, графиков: Работа оформлена в соответствии с требованиями. Таблицы и графики представлены аккуратно и наглядно иллюстрируют результаты исследования. Приложения содержат необходимые материалы (анкеты, статистические данные).

6. Положительные стороны работы: Представленная работа, посвященная исследованию самосострадания как фактора эмоционального выгорания медицинских работников, отличается высокой актуальностью и значительной практической ценностью, поскольку направлена на поиск способов улучшения психологического благополучия медицинского персонала.

Исследование характеризуется логичной структурой и последовательным изложением материала, что облегчает понимание хода работы и полученных результатов. Выводы, представленные в работе, достаточно аргументированы и подкреплены эмпирическими данными, полученными с использованием валидных методов. Кроме того, автор демонстрирует хорошее знание научной литературы по теме исследования, используя как отечественные, так и зарубежные источники.

7. Недостатки работы: Несмотря на отмеченные положительные стороны, работа имеет некоторые недостатки. В частности, предложения по внедрению результатов в практику могли бы быть более конкретными и детальными. Также следует отметить некоторую ограниченность списка литературных источников, который мог бы быть расширен за счет более поздних публикаций. Кроме того, небольшой объем выборки может ограничивать обобщаемость результатов.

8. Оценка сформированности компетенций УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, УК-7, УК-10, УК-11, ОПК-2, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, отработанных обучающимся при работе над темой выпускной квалификационной работы: Компетенции сформированы в достаточной степени.

9. Какие предложения целесообразно внедрить в практику: Результаты исследования указывают на целесообразность внедрения в практику ряда мер, направленных на повышение самосострадания у медицинских работников. В первую очередь, представляется важным включить программы развития самосострадания в систему профессионального развития медицинского персонала, что позволит систематически формировать и поддерживать этот важный ресурс.

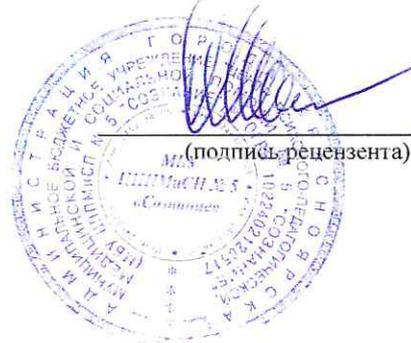
Кроме того, необходимо разработать методические рекомендации для психологов и врачей, содержащие конкретные техники и инструменты, которые можно использовать для развития самосострадания у медицинских работников в рамках индивидуального консультирования и групповой работы.

10. Выпускная квалификационная работа соответствует (не соответствует) всем установленным требованиям к выпускным квалификационным работам и может быть (не может быть) рекомендована к защите на заседании Государственной экзаменационной комиссии.

Работа заслуживает оценки «отлично», а ее автор заслуживает присвоения
(оценка прописью)
квалификации бакалавр.

Рецензент выпускной квалификационной работы Скакун Людмила Владимировна, педагог-психолог высшей квалификационной категории, директор муниципального бюджетного учреждения Центр психолого-педагогической и медицинской и социальной помощи №5 «Сознание»
(Ф.И.О (полностью), должность, ученая степень, ученое звание, место работы)

«18» 03 2025г.



С рецензией ознакомлена
Фаршова М.А.

21.03.2025

Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Сибирский институт бизнеса, управления и психологии»

Факультет психологии

Направление подготовки 37.03.01 Психология

Направленность (профиль) образовательной программы

Психологическое консультирование

Выпускающая кафедра психологии

ОТЗЫВ

на выпускную квалификационную работу

Студента(ки) Бариновой Маргариты Александровны группы у 351-пк

(Ф.И.О. полностью)

на тему «Самосострадание как фактор эмоционального выгорания медицинских работников»

(наименование темы согласно приказу)

Выпускная квалификационная работа бакалавра выполнена на 85 страницах, содержит приложение(ия) на 13 страницах.

1. Актуальность и значимость темы: в выпускной квалификационной работе М.А. Бариновой изучен актуальный вопрос по проблеме самосострадания как фактора эмоционального выгорания медицинских работников. Определена взаимосвязь самосострадания с симптомами эмоционального выгорания.
2. Логическая последовательность: изложение теоретического материала в параграфах выстроено в логической последовательности. В первой части работы представлен обзор основных понятий, в полном объеме проведён теоретический анализ проблемы. Во второй главе представлено описание этапов исследования, методик, проведён анализ данных с использованием статистических критериев.
3. Аргументированность и конкретность выводов и предложений: выводы и рекомендации проработаны, сформулированы корректно, согласуются полученными данными.
4. Полнота проработки литературных источников: проработано 53 литературных источника, что позволило автору раскрыть изучаемый вопрос в полной мере.
5. Качество общего оформления работы, таблиц, иллюстраций, приложений, графиков: оформление выпускной квалификационной работы соответствует требованиям, представленные в работе графики и таблицы информативны, иллюстрируют результаты исследования, приложение содержит сводные таблицы с первичными данными и результатами корреляционного анализа, оформлены корреляционные плеяды.
6. Положительные стороны работы: было организовано и проведено эмпирическое исследование, на основании его результатов были разработаны рекомендации и тренинг, направленный на профилактику эмоционального выгорания медицинских работников.

7. Уровень самостоятельности при работе над темой выпускной квалификационной работы: М.А. Барина основательно проработала материал, подошла к работе целеустремлённо и ответственно.

8. Недостатки работы: требует дополнительного освещения вопрос о психологических средствах, способствующих формированию самосотрадания.

9. Оценка сформированности компетенций ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-6, ОК-7, ОК-8, ОК-9, ОПК-1, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, отработанных обучающимся при работе над темой выпускной квалификационной работы: компетенции освоены в полном объёме на высоком уровне. М.А. Барина продемонстрировала способность к самоорганизации и самообразованию, способность решать стандартные задачи профессиональной деятельности на основе информационной и библиографической культуры, способность к постановке профессиональных задач в области научно-исследовательской деятельности, способность к проведению стандартного прикладного исследования на основе применения общепрофессиональных знаний и умений, способность к реализации базовых процедур анализа проблем человека в профессиональной деятельности.

10. Выпускная квалификационная работа соответствует установленным требованиям к выпускным квалификационным работам и может быть рекомендована к защите на заседании Государственной экзаменационной комиссии. Работа заслуживает оценки «отлично».

Руководитель выпускной квалификационной работы Наконечная Екатерина Владимировна, доцент кафедры психологии АНО ВО СИБУП, кандидат психологических наук

(Ф.И.О. должность, ученая степень, ученое звание)

«17» марта 2025 г.

(подпись руководителя)

С отзывом ознакомлена
Барина М.А. 21.03.2025

Обработан файл: **Баринава _ВКР 09.03.docx**.

Год публикации: 2025.

Оценка оригинальности документа - 90.06%

Просмотр заимствований в документе

Время выполнения: 80 секунд

Баринава М. А.
21.03.2025 

Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Сибирский институт бизнеса, управления и психологии»

Согласие

выпускника на размещение выпускной квалификационной работы в электронно-библиотечной системе АНО ВО СИБУП

1. Я, Фариното Маргарита Александровна

(фамилия, имя, отчество полностью)

студент (ка) группы У-35171К факультета психологии Автономной некоммерческой организации высшего образования «Сибирский институт бизнеса, управления и психологии» (далее – АНО ВО СИБУП), разрешаю АНО ВО СИБУП воспроизводить и размещать (доводить до всеобщего сведения) в полном объеме написанную мною в рамках выполнения образовательной программы выпускную квалификационную работу бакалавра на тему

Самосострадание как фактор функционального благополучия менеджеров работников.

(наименование работы)

в открытом доступе в электронно-библиотечной системе, таким образом, чтобы любой пользователь данного портала мог получить доступ к выпускной квалификационной работе из любого места и в любое время по собственному выбору, в течение всего срока действия исключительного права на выпускную квалификационную работу.

2. Я подтверждаю, что выпускная квалификационная работа написана мною лично, в соответствии с правилами академической этики и не нарушает авторских прав иных лиц.

21 марта 2025г.


(подпись)

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ



Реновацио
центр эстетической
медицины

660077

г. Красноярск, ул. Весны, 7 д

Тел.: (391) 277-78-28

(391) 277-78-18

Факс (391) 277-78-28

E-mail: mail@renovacio-med.ru

Акт внедрения

Результаты выпускной квалифицированной работы Бариновой Маргариты Александровны, студентки группы у351-пк по теме «Самосострадание как фактор эмоционального выгорания медицинских работников» внедрены в деятельность ООО «Реновацио». Разработанные методические рекомендации планируются применить в отношении всех медицинских работников имеющих общий стаж не менее 3-х лет.

«28» февраля 2025 года

Главный врач д.м.н. Париллов В.В.



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ



Реновацио
центр эстетической
медицины

660077

г. Красноярск, ул. Весны, 7 д

Тел.: (391) 277-78-28

(391) 277-78-18

Факс (391) 277-78-28

E-mail: mail@renovacio-med.ru

**Ректору АНО ВО
«Сибирского института бизнеса , управления и психологии»
В.Ф.Забуге**

Заявка

Центр эстетической медицины «Реновацио» просит направить студентку Баринову Маргариту Александровну, группы у 351-пк, для проведения исследования в нашем медицинском центре, на тему «Самосострадание как фактор эмоционального выгорания медицинских работников»

«9» января 2025 года



Главный врач Д.М.Н. Парилов В.В.