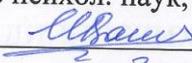


МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«ТЮМЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ИНСТИТУТ ПСИХОЛОГИИ И ПЕДАГОГИКИ
Кафедра общей и социальной психологии

РЕКОМЕНДОВАНО К ЗАЩИТЕ В ГЭК
Заведующей кафедрой общей и
социальной психологии
д-р психол. наук, доцент

 И.В.Васильева
30 января 2023 г.

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
магистерская диссертация

**СВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И СТРАТЕГИЙ
РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ У ВРАЧЕЙ**

37.04.01 Психология:

Магистерская программа «Психология: личностное и организационное
консультирование»

Выполнила работу
Студентка 3 курса
заочной формы обучения



Бизянова
Наталья
Александровна

Научный руководитель
канд. психол. наук



Булатова
Ольга
Владимировна

Рецензент
Канд. пед. наук, доцент кафедры
психологии и педагогики детства,
куратор по науке ИПиП ТюмГУ



Федина
Людмила
Викторовна

Тюмень
2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОБЛЕМЫ СТРАТЕГИЙ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧЕЙ.....	9
1.1.1. ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ ВРАЧЕЙ С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ ВЫГОРАНИЕМ ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С ПАЦИЕНТАМИ.....	9
1.1.2. СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ ВЫБОРА СТРАТЕГИИ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ.....	11
1.1.3. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧЕЙ.....	13
1.2 ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР ИЗУЧЕНИЯ СТРАТЕГИИ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧЕЙ.....	16
1.2.1. ОСНОВНЫЕ КОНЦЕПЦИИ ЗАРУБЕЖНЫХ И ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ ИЗУЧЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ И СТРАТЕГИИ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ.	16
1.2.2. СОВРЕМЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СТРАТЕГИЙ ПОВЕДЕНИЯ В КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЯХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЕ.....	20
1.2.3. ИССЛЕДОВАНИЯ СВЯЗИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И СТРАТЕГИЙ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ У ВРАЧЕЙ..	23
1.3.1 МЕТОДОЛОГИЯ ИЗУЧЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧЕЙ В КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЯХ.....	26
1.3.2. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СТРАТЕГИЙ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧЕЙ.....	29

ВЫВОДЫ ПО 1 ГЛАВЕ	32
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СВЯЗИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И СТРАТЕГИЙ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ У ВРАЧЕЙ	34
2.1.1. ПЛАНИРОВАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	34
2.1.2. МЕТОДЫ И МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ	38
2.1.3. ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ	41
2.2. РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ	42
2.3. ВЫВОДЫ ПО 2 ГЛАВЕ	58
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	61
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	65
ПРИЛОЖЕНИЯ	72
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ТЕСТ ТОМАСА-КИЛМАННА	72
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ	77
ПРИЛОЖЕНИЕ 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПЫТУЕМЫХ ПО ФАЗАМ ЭВ	84
ПРИЛОЖЕНИЕ 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПЫТУЕМЫХ ПО ВЫРАЖЕННОСТИ 12 СИМПТОМОВ ЭВ	86
ПРИЛОЖЕНИЕ 5. ПЕРВИЧНЫЕ ДАННЫЕ ПО СТРАТЕГИЯМ ПОВЕДЕНИЯ В КОНФЛИКТНОЙ СИТУАЦИИ	88

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. В настоящее время, в связи с повышением требований, уровня ответственности за результаты труда, профессиональной загруженностью из-за нехватки медицинских специалистов, увеличивается число врачей, у которых наблюдается развитие эмоционального выгорания. Снижение работоспособности, быстрая утомляемость, повышенная раздражительность приводят к появлению и увеличению числа конфликтных ситуаций в профессиональной деятельности врачей. Так, например, в ГБУ «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского» проведено исследование 383 врачей. При подведении итогов у 67,6% врачей выявлен синдром эмоционального выгорания. Еще 10,5 % врачей находятся на стадии формирования синдрома эмоционального выгорания. Также были выявлены следующие социально-психологические потребности: недовольство отношениями с администрацией высказали 23 врача, содержание работы не нравилось 30 % врачей, 9 % недовольны отношениями с коллегами. О желании сменить место работы сообщили 35% врачей, а 16 % планируют сменить профессию [Говорин, 2012].

Поэтому особенно актуален вопрос разрешения конфликтных ситуаций, которые возникают в медицинских учреждениях между врачами и пациентами.

Эффективность коммуникации, которая тесно вплетена в контекст профессиональной деятельности врача, не может не сказываться на результатах этой деятельности. Изучение взаимоотношений между врачом и пациентом, что позволяет использовать в лечебном процессе не только лекарственные средства лечения, но и психологические методы воздействия. Оптимизация взаимоотношений между врачом и пациентом позволит повысить качество медицинской помощи.

В связи с этим важно знать, почему происходит «сбой» в отношениях пациента с врачом и как на этот процесс можно повлиять. Чтобы создать оптимальные условия для межличностных отношений, врачу необходимо иметь представление о том, какие факторы способствуют улучшению взаимопонимания, а какие препятствуют. Проблема особенностей эмоционального выгорания врачей актуальна и требует дальнейшего рассмотрения.

Актуален вопрос о создании эффективной технологии управления конфликтными ситуациями в медицинских учреждениях, включающих их прогнозирование, выявление и урегулирование путем выбора конструктивных стратегий поведения врачей с эмоциональным выгоранием. Таким образом, решением этого вопроса является необходимость обучения медицинских работников навыкам конструктивного разрешения конфликтных ситуаций, с целью повышения психологической культуры специалистов очень важно для успешного осуществления профессиональной деятельности и самосовершенствования медицинских работников.

Проблема: профессиональная деятельность врачей вызывает эмоциональное выгорание; и какие стратегии разрешения конфликтных ситуаций выбирают врачи с повышенным уровнем эмоционального выгорания.

В контексте нее отмечается недостаток эмпирических исследований, раскрывающих специфику поведения врачей в конфликтных ситуациях с разным уровнем эмоционального выгорания.

Объективной необходимостью становится изучение стратегий поведения в конфликтных ситуациях.

Объект исследования – эмоциональное выгорание у врачей.

Предмет исследования – связь стратегий разрешения конфликтных ситуаций и эмоционального выгорания и у врачей.

Цель исследования – выявить связь эмоционального выгорания и стратегий разрешения конфликтных ситуаций у врачей.

Задачи:

1. На основе теоретического анализа рассмотреть основные понятия эмоционального выгорания и стратегии разрешения конфликтных ситуаций
2. Рассмотреть зарубежные и отечественные подходы к проблеме эмоционального выгорания у врачей и стратегиями разрешения конфликтных ситуаций
3. Обосновать связь эмоционального выгорания у врачей и стратегиями разрешения конфликтных ситуаций
4. Подобрать диагностический инструментарий для выявления связи эмоционального выгорания и стратегиями разрешения конфликтных ситуаций у врачей.
5. Эмпирически изучить связь эмоционального выгорания и стратегиями разрешения конфликтных ситуаций у врачей.
6. Провести анализ полученных данных по результатам практического исследования.

Гипотеза исследования мы предполагаем:

1. У врачей эмоциональное выгорание и стратегии разрешения конфликтных ситуаций связаны;
2. Врачи с повышенным уровнем эмоционального выгорания выбирают неконструктивные стратегии разрешения в конфликтных ситуациях.

Теоретическая платформа – исследование базируется на научных положениях в публикациях отечественных и зарубежных специалистов по конфликтологии, психологии, педагогике.

Весомый вклад в психологию конфликта добавили следующие ученые: Н.С. Кравчун, А.Д. Глоточкин, Н.Ф. Феденко, М.И. Дьяченко, М.Л. Гомелаури, А.И. Ушатиков, А. И. Китов и др.

Изучением взаимоотношений личностей в группе и выявлением причин возникновения конфликтных ситуаций занимались: В.А. Лабунская, А.И. Донцов, В.Б. Ольманский, А.А. Крылов, А.А. Бодалев и др.

Выявлением позитивной стороны конфликта и описанием характеристик конфликтных личностей занимались авторы: Л.С. Выготский, Н.И. Леонов, К. Томас, Н.В. Гришина, Л.А. Петровская.

Источниками нашего исследования послужили работы по эмоциональному выгоранию: В.В. Бойко; работы по стратегии разрешения в конфликтных ситуациях К.В. Томаса и Р. Килменна.

Методы исследования для решения поставленных задач в диссертации был использован общенаучный поисковый метод: анализ научной, методической литературы и электронных информационных средств по ключевым для данной работы вопросам.

В эмпирической части работы использованы: методика «Диагностика эмоционального выгорания личности» В. В. Бойко, позволяющая выявить наличие выгорания и фазу развития эмоционального выгорания, а также применялся тест – опросник К. Томаса и Р. Килменна «Поведение в конфликтной ситуации», в адаптации Н.В. Гришиной.

С применением методов математической статистики: метод ранговой корреляции Спирмена, критерия значимости различий U-тест Манна-Уитни, однофакторным дисперсионным анализом (ANOVA). Расчет производился в программе «Statistica 8.0».

Эмпирическая база включает 45 врачей общей практики города Тюмени, из них 30 женщин и 15 мужчин, в возрасте 25 – 45 лет.

Практическая значимость исследования данные, которые были получены при исследовании, могут быть использованы психологами в работе с медицинским персоналом для оптимизации межличностных отношений путем нивелирования эмоционального выгорания, способствуя формированию клиентоориентированной позиции. В частности, результаты

исследования могут быть применены при составлении обучающих программ, коррекционной и психолого-педагогической работе с сотрудниками медучреждений.

Структура работы. Работа представлена введением, двумя главами и заключением, библиографическим списком, включающим 64 источника, и 5 Приложений (тексты методик и первичные данные по выборке).

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОБЛЕМЫ СТРАТЕГИЙ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧЕЙ

1.1. ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ

1.1.1. ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ ВРАЧЕЙ С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ ВЫГОРАНИЕМ ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С ПАЦИЕНТАМИ

Деятельность в системе «человек – человек» конфликтогенна по своей природе, система здравоохранения исключением не является [Бойко, 1999]. Работа с людьми сама по себе подразумевает высокие эмоциональные нагрузки, такие как: тревога, чувство безысходности, напряжение, что напрямую приводит к высокой вероятности появления конфликтных ситуаций и развитию эмоционального выгорания специалистов. Последствия эмоциональной перегрузки и стресса влияют как на физическое, так и на психологическое благополучие человека [Степанова, 2015]. Таким образом, возрастает вероятность развития синдрома эмоционального выгорания.

Определим описание типичных случаев конфликтных ситуаций, которые взяты из реальной жизни.

1. Женщина 35 лет просит принять меры руководство клиники, в которую она пришла на прием в назначенное время. В кабинете у пациентки с врачом гинекологом произошел конфликт. Врач грубо и на повышенном тоне разговаривала, нервно задавала вопросы, торопила пациентку скорее одеться, сославшись на то, что в очереди много беременных женщин, и она ничего не успевает.

2. Мужчина, 44 года, обратился с жалобой в администрацию поликлиники. По его словам, длительное ожидание очереди, с которой ушло 5 пациентов, так и не дождавшись приема, а также вялый, уставший, не проявляющий большой инициативы в расспросе жалоб, несколько раз переспрашивающий одну и ту же информацию, пожилой врач-терапевт

просто возмутил пациента. Врач-терапевт монотонно вел прием, порекомендовал сдать пациенту анализы, не кричать, так как у него с утра болит голова и снова прийти на прием для назначения лечения.

3. Женщина, 70 лет, просит принять меры главного врача поликлиники. Со слов пациентки, просидев 4 часа в ожидании приема врача-терапевта, вышла участковая медсестра в коридор и сообщила, что время приема истекло, приходите завтра, врач-терапевт вынужден уйти на дежурство в стационар. Затем вышла врач-терапевт из кабинета и, молча, отправилась в своем направлении.

4. Женщина, 36 лет, на приеме у врача-стоматолога жалуется, что очень сложно записаться на прием к данному врачу, по интонации встревожена, сильно расстроена и нервничает, говорит на повышенных тонах, испытывает страх потерять больной зуб. Врач в ответ успокаивает, просит присесть на стоматологическое кресло, проводит осмотр и лечение. Врач объясняет, что все пациенты находятся в равных условиях, нужно набраться терпения и дозваниваться до регистратуры. Врач пообещала, что поставит пациента в резерв, на случай отказа других пациентов от лечения. Пациентка ушла в хорошем настроении, получив необходимое лечение.

5. Мужчина, 55 лет, просидел в очереди на прием к врачу-неврологу, забежал в кабинет и начал сильно возмущаться о длительности ожидания. Врач улыбнулась, спросила имя отчество пациента, затем обратилась к нему с просьбой набраться терпения, войти в ее положение, успокоится и сообщила, что всех примет.

Формирование коммуникативных навыков разрешения конфликтных ситуаций является одной из важнейших составляющих успешной деятельности врача любого направления, обеспечивая ему эффективное и качественное взаимодействие не только в модели врач – пациент, но и при общении с коллегами, младшим медицинским персоналом и родственниками пациента [Сарапулова, 2016].

Конфликты между врачом и пациентом представляет собой фактор, ухудшающий качество взаимодействия сторон, поскольку общение во многом определяет степень взаимодоверия, влияя на уровень оказываемой медицинской помощи [Шевцова, 2020]. Причиной повышенной конфликтности в межличностных отношениях с пациентами, выбора не конструктивных стратегий разрешения конфликтных ситуаций часто выступает эмоциональное выгорание.

Возрастающая распространенность нервно-психических и психосоматических заболеваний, различных аномалий развития, поведенческих расстройств, проявления психической дезадаптации, различных форм саморазрушающего поведения у врачей, к которым приводит эмоциональное выгорание данных специалистов, требует расширения профессиональной деятельности медицинских психологов и специалистов по социальной работе в системе здравоохранения.

Врачи не всегда осознают свое эмоциональное выгорание, или стараются не обращать на свое состояние внимания, что, в свою очередь, ведет к серьезным последствиям в дальнейшей работе, снижению качества предоставляемых услуг.

Таким образом, **объектом** нашего исследования является эмоциональное выгорание у врачей в процессе межличностного взаимодействия с пациентами в конфликтных ситуациях.

1.1.2. СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ ВЫБОРА СТРАТЕГИИ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Отрасль здравоохранения является одним из основных элементов структуры социальной сферы. Преследуя своей целью сохранение и укрепление здоровья населения посредством профилактической, лечебной и иных видов деятельности медицинских организаций.

В настоящее время в системе здравоохранения увеличивается количество населения, которые обращают свое внимание на негативное отношение, цинизм, отсутствие эмпатии и эмоциональной несдержанности врачей, что прямо влияет на результаты лечения пациентов [Шевелева 2018].

В сфере здравоохранения неспособность врачей к эффективному общению является одним из важных факторов, приводящих к конфликтным ситуациям. Поступает большое количество жалоб от пациентов и их родственников, которые информируют о наличии грубого обращения, нежелания внимательно выслушать и вникнуть в проблему, что приводит к возникновению затруднений во врачебной деятельности [Ерофеев, 2017].

Эмоциональное здоровье и социальное функционирование врачей имеет огромное значение для здравоохранения. Эмоциональное выгорание врача, которое проявляется: недовольством собой, негативным восприятием себя как профессионала и личности, безразличием к работе дает свой отпечаток и в социальном плане. Так, при анализе социального функционирования врачей по уровню удовлетворенности исследователи пришли к выводу, что большой процент медицинских работников не удовлетворены взаимоотношениями с коллегами, пациентами и администрацией лечебных учреждений. Согласно полученным данным, многие участники исследования выразили свое желание сменить профессиональную деятельность [Говорин, 2012].

Наличие конфликтных ситуаций в стенах медицинских организаций является одной из основных проблем современной медицины. Многие исследователи отмечают, что от владения коммуникационными навыками доктора напрямую зависит результативность проводимого лечения. Врачу как профессионалу необходимо предотвращать ситуации, в которых несогласованность мнений может стать причиной открытых конфликтных ситуаций, подрывающих основы взаимного доверия и усложняющих процесс оказания медицинской помощи. Клиент получит тогда удовлетворение от

общения с врачом, когда общение будет качественным и положительным, когда врач создаст комфортные и доверительные отношения, в ином случае отрицательные взаимоотношения будут препятствовать достижению здоровья пациента [Шабанова, 2016].

Проблемы:

- снижается качество предоставляемых медицинских услуг и эффективность проводимого лечения;
- растет количество жалоб на врачей и медицинские учреждения в целом;
- увеличивается отток врачебных кадров из отрасли здравоохранения, что приводит к дефициту качественного квалифицированного оказания медицинской помощи населению;
- влияет на уровень доверия и дисциплины пациентов, их готовность безукоризненно следовать назначениям врача.

Управление конфликтными ситуациями в такой социально-значимой сфере как здравоохранение, позволит повысить качество предоставляемых медицинских услуг, оптимизировать процесс восстановления пациентов, позволит сохранить психофизиологическое здоровье врачей, повысит авторитет медицинских учреждений среди пациентов.

1.1.3. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧЕЙ

Специалисты выделяют следующие причины возникновения сложных межличностных отношений врача и пациента:

- высокий уровень конфликтности у врачей;
- значительная степень эмоционального выгорания врачей;
- использование неконструктивных стратегий выхода из сложившейся конфликтной ситуации [Гуров, 2017].

Изучение научной литературы показало, что практические исследования, проведенные со специалистами в области здравоохранения показывают, что по данным диагностики врачей наблюдается одинаковый повышенный уровень конфликтности и неконструктивный выбора стратегий выхода из конфликтных ситуаций во взаимодействии «врач-пациент».

Диагностика сотрудников на ранней стадии необходима для того, чтобы сформировать мероприятия для понижения и вероятно полной ликвидации признаков, породивших эмоциональное выгорание, что является немаловажной составляющей сохранения психического здоровья сотрудников [Худова, 2021].

В 1990–2000 гг. активно изучалось влияние групповых и индивидуальных психологических тренингов для врачей по профилактике и лечению «выгорания», среди них: техника осознанности, техника уменьшения восприятия стресса, когнитивно-поведенческие упражнения, тренинги по улучшению навыков коммуникации и «жизнестойкости», психодрама. Однако до сих пор отмечают неоднородность исследований и неоднозначный результат мер по лечению эмоционального «выгорания» у медицинских работников на индивидуальном уровне [Кашапов, 2018].

Одновременно стали появляться данные, что очень простые организационные изменения, такие как улучшение работы в команде, вовлечение врачей в принятие решений на уровне отделения, уменьшение административных требований к врачам, приводили к более существенному снижению уровня «выгорания» врачей по сравнению с мерами на индивидуальном уровне [Кашапов, 2018].

В клинике Мейо, одном из наиболее старых и авторитетных медицинских центров США, в 2016 г. разработали программу «Девять стратегий для уменьшения ЭВ врачей и их лучшего вовлечения в работу» (Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout). Руководителям медицинских организаций даны следующие рекомендации:

1. Понять причины «выгорания» и оценить его уровень в организации;
2. Задействовать лидеров для решения данной проблемы;
3. Разработать и применить меры для каждого конкретного отделения;
4. Развивать неформальное общение коллег;
5. Активно использовать поощрения и премии;
6. Уделять большое внимание развитию корпоративной культуры;
7. Стимулировать соблюдение баланса работы и личной жизни работниками;
8. Стимулировать развитие устойчивости врачей к стрессу и навыков психологической самопомощи;
9. Развивать исследования в области организации работы в данном учреждении [Рубцов, 2020].

При этом исследований, направленных на изучение выбираемых стратегий поведения в конфликтных ситуациях в зависимости от ЭВ, не проводилось. Мы исследуем внутренние аспекты проблемы, что позволит психологам, используя наши труды, прорабатывать аспекты сочетания психологической и организационной составляющей в работе врача. Важно изучать механизмы и причинно-следственные связи возникновения проблемы эмоционального выгорания у врачей, что позволит более эффективной оптимизации межличностных отношений между врачом и пациентом с целью сохранения психологического здоровья и профилактики синдрома эмоционального выгорания.

Практическая значимость исследования заключается в том, что полученные данные могут быть использованы в работе с медицинскими сотрудниками, а также применяться и в других сферах деятельности различных организаций.

Выбор стратегии поведения в конфликтной ситуации врача с учетом уровня эмоционального выгорания, а также выявление причинно-следственных закономерностей при нарушении межличностных отношений,

выбор конструктивных стратегий разрешения конфликтных ситуаций – все это является первостепенными задачами в устранении проблемы конфликтных ситуаций с пациентами врачей с эмоциональным выгоранием.

Наше исследование может быть использовано с целью повышения психологического здоровья при проведении психологами психокоррекционной, просветительской работе и тренинговых программ с медицинскими специалистами, а также для реализации, прогнозирования и коррекции межличностных конфликтных ситуаций и повышении квалификации врачей.

1.2 ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР ИЗУЧЕНИЯ СТРАТЕГИИ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧЕЙ

1.2.1. ОСНОВНЫЕ КОНЦЕПЦИИ ЗАРУБЕЖНЫХ И ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ ИЗУЧЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ И СТРАТЕГИИ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ

Впервые термин *burnout* (англ.), или синдром выгорания, для обозначения психически здоровых людей, чья профессия непрерывно связана с общением большого количества людей (клиенты или пациенты) и эмоциональным напряжением был использован Американским психиатром Х. Фрейденбергером в 1974 году. Понятие «выгорание» он характеризовал у медицинских работников признаками истощения, потери мотивации и снижения ответственности [Колузаева, 2020].

Анализ научно-психологических источников показывает, что, несмотря на высокий интерес к проблеме эмоционального выгорания и наличия многочисленных интерпретаций проблемы специалистами, единого подхода к пониманию этой проблемы не выработано. Имеет смысл выделить два варианта интерпретации проблемы эмоционального выгорания, обозначив их в качестве результативного и процессуального подхода.

В контексте *процессуального подхода* эмоциональное выгорание рассматривается как процесс, а не с позиции провоцирующих его факторов. Это позволяет проследить стадии выгорания, исходя из длительности процесса по времени и на определенных этапах его формирования. В динамической модели процессуального подхода, например, Б. Перлман и Е.А. Хартман [цит. по Орел 2001, стр. 98] выделяют стадии: напряженности; переживания стресса; проявление когнитивных и поведенческих реакций на стресс; хроническая форма выгорания. Такой подход имеет практический смысл, поскольку позволяет, с учетом интенсивности процесса оценивать выбор определенных методов предупреждения эмоционального выгорания в соответствии с характером и интенсивностью выгорания на разных этапах.

Результативный подход прослеживается в модели, предложенной авторами А.Пайнс, Э.Аронсон [Водопьянова, Старченкова 2008]. Однофакторная модель главным фактором указывает истощение (эмоциональное, физическое, когнитивное). Остальные факторы имеют второстепенное значение.

Согласно позиции Д. Дирендонк, В. Шауфели, Х. Сиксма, предложивших двухфакторную модель синдрома эмоционального выгорания. Фактор эмоционального истощения рассматривается как «аффективный», проявляется в качестве жалоб на самочувствие, здоровье, хроническую усталость. Второй фактор – деперсонализация проявляется как изменение оценочного отношения к себе/пациентам.

Трёхфакторная модель американских ученых К. Маслач и С. Джексона, выделяет три компонента: эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию персональных достижений. К. Маслач отмечает, что выгорание – это ответ организма на длительный стресс в межличностном общении, который связан с профессиональной деятельностью человека [Маслач, 2021].

У врача, по мнению К. Маслач при эмоциональном выгорании отмечается приглушенность и формальность коммуникаций, состояние

эмоционального истощения, склонность сотрудника развивать отрицательное или циничное отношение к пациентам.

Отрицательные установки могут носить скрытый неподконтрольный сознанию характер и проявлять себя только во внутреннем раздражении, постепенно прорываясь вовне в виде различных конфликтных ситуаций или приступов раздражения, снижение ощущения компетентности, личных достижений и профессионализма в работе, появляется недовольство собой, постепенно занижается ценность результатов деятельности, демонстрируется негативное восприятие себя как профессионала и как человека в целом, снижается личностная и профессиональная самооценка, возникает чувство собственной мало значимости, отсутствие интереса практически ко всему [Водопьянова, Старченкова, 2008].

В отечественной психологии большой вклад в исследование эмоционального выгорания внес В.В. Бойко.

Эмоциональное выгорание, являясь формой профессиональной деформации личности, отрицательно сказывается на психическом здоровье личности, на исполнении профессиональной деятельности и взаимоотношениях с окружающими [Болучевская, 2012]. Если по определению ВОЗ здоровьем принято считать состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов, то правомерно считать, что психологическое здоровье – это состояние индивида, которое оценивается с позиции его социально-психологического комфорта, как личностного, так и профессионального. Сохранение психологического здоровья врача с этой позиции – одна из ключевых задач в вопросах повышения эффективности системы здравоохранения.

Таким образом, различные подходы к феномену эмоционального выгорания в психологии лишь показывают комплексность проблемы и необходимость исследовать его в совокупности факторов. Эмоциональное

выгорание врачей в контексте данного исследования понимается нами одновременно и как процесс, и как результат этого процесса и влечет нарушения психологического здоровья специалиста в его сфере профессиональной деятельности.

Основные концепции разрешения конфликтных ситуаций отражали взгляды известных зарубежных и отечественных ученых Р. Дарендорфа, Э. Гиденса, Л. Козера, Т. Парсонса, А.Г. Здравомыслова, А.Я. Анцупова, В.И. Сперанского, Е.И. Степанова и др. Социология считает конфликт одной из основных форм социального взаимодействия наряду с соперничеством, приспособлением, согласием, кооперацией, сотрудничеством и др. Подтверждение этому - работы таких крупных исследователей, как Л. Козер, Л. Гумплович, Л.Ф. Уорд, Дж. Бернанд, К. Маркс и многих других.

Другие исследователи дают следующее определение социальному конфликту — это попытка достижения вознаграждения путем подчинения, навязывания своей воли, удаления или даже уничтожения противника, стремящегося достичь того же вознаграждения. При этом от конкуренции конфликт отличается четкой направленностью, наличием инцидентов, жестким ведением борьбы, а по Р.Э. Парку — возникающими между субъектами проблемами, которые никакими иными путями неразрешимы.

Концептуальными разработками в социологии конфликта являются различные подходы к типологии конфликта, дифференциация конфликтогенных факторов, разработка способов управления и разрешения конфликтных ситуаций. Важно отметить, что преимущественным интересом в социологии конфликтных ситуаций всегда пользовались проблемы макросоциологические. Изучение конфликтных ситуаций в профессиональных группах чаще проводилось в области социальной психологии [Левин], микросоциологии [Хоманс, Мид]. Но для анализа конфликтных ситуаций в медицине как социальном институте, в

медицинских социопрофессиональных группах, такой подход не предпринимался.

Социология медицины, получившая методологическую прописку в качестве автономного научного направления в середине XX века работами Т. Парсонса, Е. Фрейдсона, М. Джонсона, со временем разработала систему методов, позволяющую комплексно проанализировать вопросы социального (в том числе конфликтного) взаимодействия

В системе здравоохранения комплексно проанализировали вопросы конфликтного взаимодействия, воздействуя на развитие этой отрасли (И.А. Бутенко, В.Г. Гречихин, И.Ф. Девятко, В.В. Деларю, Э. Ноэль, А.В. Решетников, М.А. Татарников, Г.Г. Татарова, В.Т. Цыба, И.Г. Черников). Мониторинг методами социологии медицины дал возможность своевременно выявлять зоны напряженности существующих противоречий, оценивать значимость инноваций для общества, изучать условия и закономерности социальных взаимодействий всех субъектов медицинской практики, их влияние на лечебный процесс и психологический климат в ЛПУ и, в конечном итоге, на состояние общественного здоровья (Е.В. Александрова, А.А. Лебедев, А.А. Модестов, А.В. Решетников, Е.И. Степанов). Теоретико-методологический базис социологии медицины пополнился систематизирующими работами академика РАМН А. В. Решетникова, в которых очерчена не только предметная область современной социологии медицины, но и определено место конфликтных ситуаций в системе взаимодействия субъектов здравоохранения.

1.2.2. СОВРЕМЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СТРАТЕГИЙ ПОВЕДЕНИЯ В КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЯХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЕ

В настоящее время в системе здравоохранения многие эксперты связывают анализ современных исследований эмоционального выгорания с COVID – 19, когда врачи вынуждены работать в условиях крайнего стресса и

повышенной угрозы заражения, распространенность "выгорания" значительно возросла. Например, в 2020 году было проведено исследование, в котором приняли участие 126 врачей из 25 разных городов России. Опрос проводился как посредством письменного анкетирования участников семинаров, проводимых компанией Lighthouse, так и посредством дистанционного опроса на веб-сайте компании. Цель исследования связана с изучением эмоционального выгорания среди врачей в текущей социальной и эпидемиологической ситуации. После опроса врачи специалисты выявили, что участие в лечении больных с COVID-19 увеличивает степень выгорания медицинских специалистов и приводит к эмоциональному истощению, так как врачи столкнулись с дополнительными стрессовыми факторами: нехватка средств индивидуальной защиты (СИЗ), беспокойство за семью и детей, физический стресс от работы в СИЗ, необходимость экономить дефицитные ресурсы. «Выгорание» крайне отрицательно влияет на профессиональную и личную жизнь врачей: возникает больше профессиональных ошибок, снижается удовлетворенность пациентов, у врачей возникают депрессия, страх и тревожность [Худова, 2021].

Следующее исследование показало, что эмоционально выгоревшие специалисты более конфликтны. К этому выводу пришли Н. П. Малеева и Т.Н. Павленко, потому как, у 39 % медицинских работников был обнаружен синдром по «шкале эмоциональное истощение». Что проявляется в неадекватном эмоциональном реагировании на пациентов, отсутствии эмоциональной вовлеченности при разговоре с пациентами, утрате способности к сопереживанию пациентам, усталости, негативному влиянию на профессиональные обязанности, и, как следствие, увеличения конфликтных ситуаций. Что, несомненно, сказывается на профессиональной деятельности врача и тем самым снижает эффективность проводимого лечения. Поэтому в лечебно-профилактических учреждениях вопрос контроля и коррекции ЭВ требует немедленного разрешения [Малеева, 2019].

Также одним из современных исследований, где причинами возникновения конфликтных ситуаций является эмоциональное выгорание врачей, является исследование М.В. Доютовой. На наличие конфликтных ситуаций в системе здравоохранения были исследованы студенты 5 курса медицинского университета. Подведя итоги исследования, она пришла к выводу, что студенты медики не рассматривают стратегий разрешения конфликтных ситуаций и не учитывают всего спектра возможностей и инструментов для благоприятного преодоления конфликтных ситуаций [Доютова, 2018].

Как показывают многие исследования: чем выше стадия эмоционального выгорания, тем чаще врачи выбирают неконструктивные стратегии поведения в конфликтных ситуациях. Например, Р.Р. Халфина в своем исследовании обнаружила наличие деструктивных проявлений у большинства испытуемых, таких как: обида, месть, подозрительность и вспыльчивость, что указывает на необходимость профилактики и конструктивного разрешения конфликтных ситуаций в сфере здравоохранения [Халфина, 2020].

Подводя итог проанализированных исследований, важно отметить, что синдром эмоционального выгорания у медицинских специалистов со временем лишь увеличивается, приводя к негативным последствиям в психо-эмоциональном плане, физическом здоровье, а также приводит к увеличению количества конфликтных ситуаций на рабочих местах. Поэтому требуется психологическая коррекционная работа с медицинским персоналом, по оптимизации межличностных отношений посредством нивелирования эмоционального выгорания.

Таким образом, современные исследования проводятся в основном на тему изучения эмоционального выгорания врачей, но исследований, где прослеживается взаимосвязь эмоционального выгорания врачей и стратегий поведения в конфликтных ситуаций нами не выявлено.

1.2.3. ИССЛЕДОВАНИЯ СВЯЗИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И СТРАТЕГИЙ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ У ВРАЧЕЙ

Анализ научной литературы по проблеме эмоционального выгорания показывает, что профессия – это значимый фактор личностного развития. Однако вследствие профессиональных стрессов, профессиональная деятельность может оказать разрушающее воздействие на личность. Прямая зависимость личностного и профессионального развития отмечается большинством исследователей, поэтому проблема «эмоционального выгорания» на работе является одновременно и проблемой сохранения психического здоровья личности. Эта проблема требует внимания специалистов и, прежде всего, психологов.

Феномен эмоционального выгорания на первых этапах его изучения был представлен специалистами через описательные конструкты, и только впоследствии стали изучаться факторы, вызывающие этот синдром и сам процесс дезадаптации личности в профессиональной сфере, с соответствующей ему симптоматикой.

Отметим, что специалисты, работающие в сфере «человек-человек», формируют особую группу риска по критерию эмоционального выгорания, поэтому заслуживают особого внимания в качестве объекта изучения. Врачи, педагоги, полиция – все эти категории профессиональной деятельности испытывают значительные нервно-психические нагрузки.

Медицина относится к сфере деятельности, которая характеризуется сверхвысокими нагрузками, высокой интенсивностью межличностного общения, высокой ответственностью за результаты профессиональной деятельности, рисками, которые измеряются жизнью и здоровьем пациентов.

Так, исследования К.А. Рябоконе показали особенности конструктивного общения среди медицинских работников с разным опытом работы в городе Красноярске. И она пришла к выводу, что с увеличением продолжительности профессиональной деятельности уровень эмоциональной

реакции среди врачей снижается, наблюдается преобладание манипулятивной направленности в общении, использование пациента и всего общения в своих целях, для получения различного рода льгот, а также авторитарная направленность общения, которая проявляется в виде доминирования медицинского работника в общении над пациентом [Рябоконе, 2020].

В профессиональной деятельности врача важным фактором успеха является коммуникабельность и бесконфликтное общение.

Так, например, с целью выявления преобладающего способа разрешения конфликтных ситуаций с эмоциональным выгоранием у ординаторов было проведено исследование на базе ГБУЗ ЯО «Областная клиническая больница». Исследователи пришли к выводу, что на начальном этапе обучения у ординаторов не наблюдаются симптомы эмоционального выгорания и 100% способом разрешения конфликтных ситуаций является «решение» [Кашапов, 2018].

Еще одно исследование, которое проводилось на базе краевого государственного бюджетного учреждения «Перинатальный центр» Министерства здравоохранения Хабаровского края, посвященное изучению форм конфликтного взаимодействия врачей и пациентов. В нем изучался уровень устойчивости к конфликтам. Результаты показали, что к развитию конфликтных ситуаций между врачом и пациентом приводят такие проблемы:

- состояние психической напряженности;
- повышенные нагрузки в трудовой деятельности.

В исследовании мы наблюдаем выявление среднего уровня конфликтности в 58,7% случаев от общего числа участвующих в экспериментальной группе. Важно, что в конфликт чаще вступают врачи, имеющие высокую профессиональную квалификацию и значительный опыт работы с людьми [Ступак, 2014].

Управление конфликтными ситуациями в такой социально значимой сфере, как здравоохранение, позволит повысить качество оказываемых медицинских услуг, ускорит процесс восстановления здоровья пациентов, позволит сохранить психологическое здоровье врачей.

Мы исследуем связь между симптомами синдрома эмоционального выгорания и стратегиями разрешения конфликтных ситуаций у врачей.

Ценность исследования заключается в том, что выявленные стратегии поведения в конфликтных ситуациях относятся к динамическим характеристикам, что открывает возможность конструктивно выходить из конфликта.

Научная новизна характеризуется выявлением качества умения находить и использовать конструктивные стратегии поведения в конфликтных ситуациях.

Считаем актуальным в своем исследовании:

1. выявление существующих стратегий конструктивного разрешения конфликтных ситуаций, имеющих место между врачом и пациентом;

2. провести анализ связи между стратегиями разрешения конфликтных ситуаций у врачей в зависимости от их уровня эмоционального выгорания.

Таким образом, мы наблюдаем, что в связи с эпидемией COVID-19 проводятся исследования эмоционального выгорания врачей (см.п.1.2.2.) [Худова, 2021], также большинством исследователей активно изучается синдром эмоционального выгорания врачей [Рябоконе, 2020; Малеева, 2019] и стратегии разрешения конфликтных ситуаций врачей с пациентами [Дюютова, 2018; Кашапов, 2018]. Однако в настоящее время нет исследований стратегий разрешения конфликтных ситуаций, где прослеживается связь с уровнем эмоционального выгорания врачей.

1.3.1 МЕТОДОЛОГИЯ ИЗУЧЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧЕЙ В КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЯХ

Стратегия поведения – это определенная последовательность мыслительных и поведенческих актов, направленных на достижение конкретной цели.

Стратегия поведения в конфликтной ситуации – это ориентация личности (группы) по отношению к данной ситуации, их установка на определенные формы поведения и линии поведения личности в конфликтной ситуации.

К. Томас в своем подходе к изучению конфликтных ситуаций отошел от традиционного метода, где конфликт воспринимается только как негативное явление, вызывающее угрозу, и рассматривал негативные и позитивные функции конфликтных ситуаций, исследуя в конфликтных ситуациях какие формы поведения более продуктивные, либо деструктивные и как можно стимулировать продуктивное поведение.

Тест опросник, разработанный Кен Томасом и Ральф Килменом показывает типичную реакцию человека на конфликтную ситуацию, ее эффективность и целесообразность, а также позволяет получить информацию о других возможных способах разрешения конфликтных ситуаций. В России данный тест адаптирован Н.В. Гришиной для изучения личностной предрасположенности к конфликтному поведению, для людей, с целью эффективного выбора стратегий в конфликтных ситуациях.

Согласно позиции К. Томаса, все способы реагирования участников конфликтной ситуации можно выделить по двум признакам. В первом случае это стратегия защиты собственных интересов. Во втором – учет интересов второй стороны. С этой позиции автор выделяет пять основных способов поведения в конфликтной ситуации: конкуренция, урегулирование, уклонение, компромисс и сотрудничество.

В отечественной психологии большой вклад в исследование эмоционального выгорания внес В.В. Бойко. Под термином «эмоциональное выгорание» автор описывает выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижение их энергетики) в ответ на психотравмирующие воздействия, выработанные личностью.

Эмоции защищают нашу личностную неприкосновенность, помогают сдерживать прессинг критики, разрушающей наше представление о себе, например, когда происходит конфликт с руководителем или коллегами. Не умея восстановить значимые для себя отношения, мы переживаем это эмоционально. Эмоции, как реакция, на наши затруднения и бессилие. Если же по каким-либо причинам человек сдерживает свои эмоции, которые возникают при межличностных отношениях, то наблюдается затяжной внутри личностный эмоциональный конфликт – неврастенического, истерического характера – когда необходимо блокировать неэффективные стратегии поведения.

Подобные ситуации возникают, когда личность не в состоянии реагировать адекватно, не способна действовать в создавшихся условиях.

Согласно теории Бойко В.В., ЭВ представляет собой приобретенный стереотип, так как позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. В то же время можно наблюдать дисфункциональные состояния, что сказывается отрицательно на выполнении профессиональной деятельности и взаимоотношениях с партнерами.

По словам В.В. Бойко, реакция разных людей на стрессовые ситуации разнообразная. Многие зависят от индивидуальной реакции симптомы синдрома эмоционального выгорания также строго индивидуальны и проявляются не все одновременно, представляя собой варианты развития. Развитие синдрома зависит от сочетания профессиональных,

организационных и личностных стрессовых факторов. В.В. Бойко, выделяя три фазы развития эмоционального выгорания, отмечает, что каждая из них проявляется в виде определенных симптомов и зависит от доли того или иного компонента процесса, что влечет за собой различия и динамику развития синдрома [Бойко, 1999].

К внешним факторам автор относит постоянное общение с пациентами, в ходе которого врачу приходится внимательно слушать, воспринимать, запоминать пациентов, быстро анализировать и принимать решения в ходе их лечения. Что, в свою очередь, приводит к постоянному психоэмоциональному перенапряжению. Также к внешним факторам относятся: нервная обстановка в коллективе, профессиональная деятельность с психологически сложными пациентами (тяжелые заболевания).

К внутренним факторам эмоционального выгорания специалистов, которые относятся к своим пациентам с соучастием и заботой, или, наоборот, равнодушные врачи, у которых важнее материальные и личные достижения в профессиональной деятельности. С эмоционального уровня "выгорание" со временем переходит в психосоматическое, возникает бессонница, чувство страха, обострение хронических заболеваний и боли в области сердца. Положительные эмоции при выполнении своих профессиональных обязанностей проявляются все реже, а отрицательные - все чаще. Чем выше стадия эмоционального выгорания, тем чаще возникают конфликтные ситуации.

В своем исследовании двухмерной модели стратегий поведения в конфликтной ситуации К. Томас и Р. Киллмен отмечают типы стратегий конфликтного поведения:

- соперничество, предполагающее решение проблемы в своих интересах без учета и даже в ущерб интересам;

- приспособление, предполагающее некритичное принятие позиции других субъектов медицинского процесса;
- компромисс, предполагающий поиск третьих вариантов решения медицинских проблем, максимально удовлетворяющих интересы всех сторон и их согласие;
- избегание, предполагающее уход от проблемы;
- сотрудничество, предполагающее совместное решение проблемы с коллегами и пациентами [Глазкова, 2021].

При эмоциональном выгорании, на наш взгляд, врачи бессознательно выбирают стратегии и часто неконструктивно к имеющимся проблемам. Нас интересует, возможно ли установить зависимость эмоционального выгорания и стратегий поведения в конфликтных ситуациях.

Для проверки нашей теории используются методики:

1. методика «Диагностика эмоционального выгорания личности» В. В. Бойко, позволяющая выявить наличие выгорания и фазу развития,
2. тест-опросник К. Томаса и Р. Килменна «Поведение в конфликтной ситуации» в адаптации Н.В. Гришиной.

За основу в нашем исследовании мы взяли теорию «эмоционального выгорания» В.В. Бойко и исследование двухмерной модели стратегий поведения в конфликтной ситуации К. Томаса и Р. Киллмена [Томас, 1992].

1.3.2. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СТРАТЕГИЙ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧЕЙ

Анализируя концептуальные подходы по проблеме синдрома эмоционального выгорания врачей в настоящее время в системе здравоохранения, мы сформировали собственный подход к пониманию проблемы. Он может быть представлен в следующих основных положениях.

- при эмоциональном выгорании врачи выбирают неконструктивные стратегии поведения: избегание и игнорирование,
- полагаем, что существует зависимость эмоционального выгорания и стратегии поведения в конфликтных ситуациях.

Таким образом, синдром эмоционального выгорания характеризуется выраженным сочетанием симптомов нарушения в психической, соматической и социальной сферах жизни. Следовательно, для понимания его сущности, диагностики и коррекции необходимо комплексное изучение его отдельных аспектов в рамках психологии, социальной работы и медицины. Анализ и решение проблемы эмоционального выгорания позволит разработать концепцию ранней диагностики и комплексной профилактики данного синдрома у медицинских работников, реализация которой позволит сохранить и укрепить психическое и физическое здоровье специалистов и, соответственно, повысить качество оказываемой ими пациентам медицинской помощи.

В качестве гипотетического суждения мы предполагаем:

1. эмоциональное выгорание и стратегия разрешения конфликтных ситуаций у врачей связаны;
2. врачи с повышенным уровнем эмоционального выгорания выбирают неконструктивные стратегии разрешения в конфликтных ситуациях.

В основе профессиональной компетенции врача лежат не только профессиональные знания и умения, а также формирование эффективной коммуникации. В современном мире врач вынужден не только быстро усвоить и проанализировать информацию о здоровье пациента, выставить предварительный диагноз, наметить план обследования и лечения, но и уметь обеспечить успешные и доверительные взаимоотношения [Цветкова, 2018].

В нашем исследовании мы планируем применить тест-опросник К. Томаса и Р. Килменна «Поведение в конфликтной ситуации», в адаптации

Н.В. Гришиной. Тест Томаса-Килменна был разработан для эффективного разрешения конфликтных ситуаций. При разработке теста авторы считали, что люди не должны стремиться избежать конфликта любой ценой, а напротив грамотно управлять им.

Выделяется 5 способов регулирования конфликтных ситуаций:

1. соревнование (конкуренция, агрессия) – стремление добиться своих интересов в ущерб другому;
2. приспособление – принесение в жертву собственных интересов ради другого;
3. компромисс – соглашение на основе взаимных уступок, предложение варианта, снимающее возникшее противоречие;
4. избегание (или уход) – отсутствие стремления к кооперации и отсутствие тенденции к достижению собственных целей;
5. сотрудничество – участники ситуации приходят к альтернативе, полностью удовлетворяющей интересы обеих сторон.

Согласно теории Бойко В. В. синдром эмоционального выгорания включает 3 фазы: напряжения, резистенции и фаза истощения.

Мы предполагаем, что врачи, неотягощенные синдромом эмоционального выгорания и врачи с начальной фазой напряжения, конструктивно решают конфликтные ситуации, выбирая такие стратегии поведения как компромисс и сотрудничество. Таким образом, специалисты отстаивают свой аргумент, учитывая мнение другого человека. А врачи с фазой резистентности и фазой истощения напротив, используют соревнование и избегание, как психологическую защиту, что лишает участников конфликтных ситуаций прийти к взаимопониманию и достижению поставленной цели.

Данная гипотеза, при подтверждении в нашем исследовании, говорит о закономерности другой гипотезы, показывая по результатам исследования,

что эмоциональное выгорание и стратегии разрешения конфликтных ситуаций врачей связаны.

ВЫВОДЫ ПО 1 ГЛАВЕ

Эмоциональное здоровье врачей имеет огромное значение для оптимального функционирования системы здравоохранения. Формирование навыков разрешения конфликтных ситуаций является одной из важнейших составляющих успешной деятельности врача любого направления.

Управление конфликтными ситуациями в системе здравоохранения позволяет повышать качество предоставляемых медицинских услуг и авторитет медицинских учреждений в глазах пациентов.

Тема изучения эмоционального выгорания врачей не нова и во время пандемии Covid-19 стала еще более популярна. Однако до сих пор специалисты в этой области отмечают неоднородность исследований и неоднозначный результат мер по лечению эмоционального выгорания у медицинских работников.

Проведенный анализ научной литературы позволил нам обозначить, что выбор неконструктивных стратегий разрешения конфликтных ситуаций часто является результатом эмоционального выгорания. Как показывают многие исследования: чем выше стадия эмоционального выгорания, тем чаще врачи выбирают неконструктивные стратегии поведения в конфликтных ситуациях.

В первой главе мы так же обосновали методологическую основу работы и описали используемые методики для эмпирического исследования: Методику В.В. Бойко «Диагностика эмоционального выгорания личности» и Тест-опросник, разработанный К. Томасом и Р. Килменом, показывающий типичную реакцию человека на конфликтную ситуацию.

Итак, здравоохранение относится к сфере деятельности человека, которая характеризуется сверхвысокими нагрузками, высокой интенсивностью межличностного общения, высокой ответственностью за

результаты профессиональной деятельности, поэтому так важно изучать и минимизировать психологические риски: уровень эмоционального выгорания врачей и выбор неконструктивных стратегий разрешения конфликтных ситуаций.

ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СВЯЗИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И СТРАТЕГИЙ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ У ВРАЧЕЙ

Цель эмпирического исследования – установить характер связи между стратегиями разрешения конфликтных ситуаций и уровнем эмоционального выгорания у врачей.

Для достижения поставленной цели был определен ряд **задач**:

1. Спланировать исследование разрешения конфликтных ситуаций и эмоционального выгорания у врачей общей практики в поликлиниках г.Тюмени.
2. Разработать онлайн-форму опроса для сбора данных (на платформе Google-form).
3. Опросить не менее 45 врачей поликлиник г.Тюмени с помощью методики В.В. Бойко «Эмоциональное выгорание» и тест-опросника К. Томаса и Р. Килменна «Поведение в конфликтной ситуации».
4. Обработать данные методик согласно ключу, а также провести статистическую обработку данных с помощью критерия корреляции Спирмена в программе Statistica 8.0.
5. Сделать выводы на основе полученных результатов относительно выдвинутых гипотез исследования.

2.1.1. ПЛАНИРОВАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Эмпирические гипотезы:

Н 1. У врачей эмоциональное выгорание и стратегии разрешения конфликтных ситуаций связаны.

Н 2. Врачи с повышенным уровнем эмоционального выгорания выбирают неконструктивные стратегии разрешения в конфликтных ситуациях.

Для проверки выдвинутых гипотез нами был спланирован констатирующий эксперимент, в котором выделены следующие виды **экспериментальных переменных:**

Зависимая переменная: стратегии поведения врачей в конфликтных ситуациях.

Независимые переменные: уровень эмоционального выгорания врачей.

Контролируемыми переменными будут выступать:

1 – пол (66,6% женщин, 33,3 % мужчин),

2 - возраст (от 25 до 45 лет),

3 – образование – высшее (100%),

4 - стаж работы (от 2 до 25 лет),

5 – должность – врач общей практики,

6 – место работы (ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №4» и ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №12», «Городская поликлиника №17»).

Описание выборки по полу, возрасту, стажу работы представлено в Табл.1:

Таблица 1

Характеристика выборки по полу, возрасту, стажу работы врачей

Пол	Женщины		Мужчины	
	Возраст	25-34	35-45	25-34
Стаж	2-12	13-25	2-12	13-25
ВСЕГО , чел.	30		15	

Представим описание выборки по контролируемым переменным:

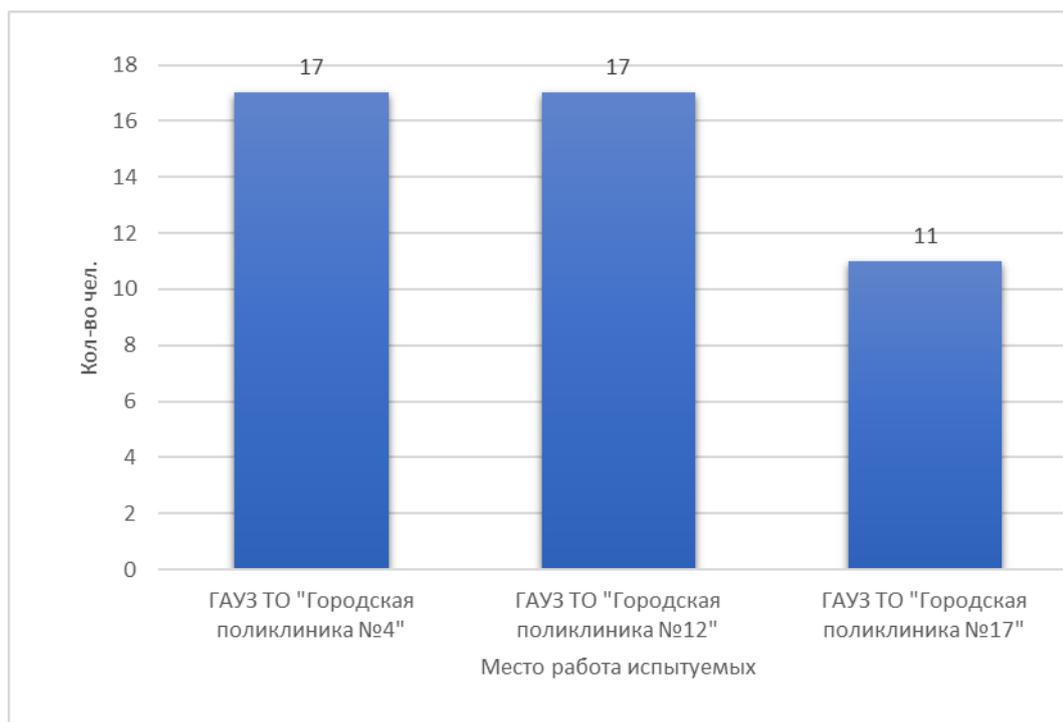


Рис. 1. Описание выборки по месту работы испытуемых, чел.

Согласно Рис.1 мы видим, что количество человек в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №4» и ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №12» совпадает. Немного меньше (на 35,3%) является выборки сотрудников «Городская поликлиника №17». Их численность объясняется тем, что большую активность при сборе данных проявили участники опросов из первых двух медучреждений.

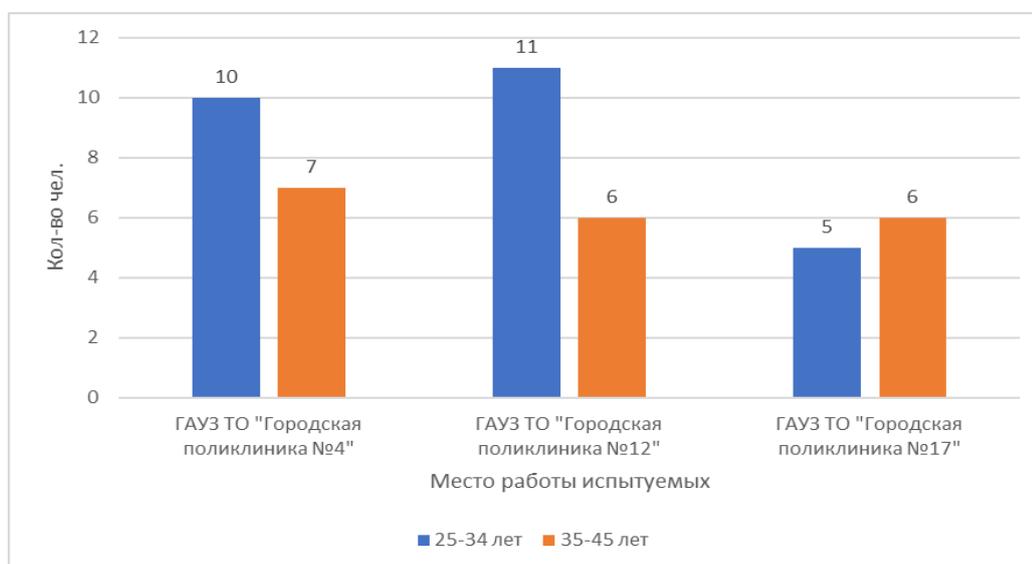


Рис. 2. Описание выборки по возрасту испытуемых, чел.

На Рис.2 мы видим, что численность молодых сотрудников, принявших участие в опросе выше. С одной стороны, это объясняется тем, что молодые сотрудники были более активны и вовлечены в работу с психологами медучреждений, которые помогали в сборе данных. С другой стороны, в период пандемии штатный состав медучреждений действительно помолодел, так как многие возрастные специалисты были вынуждены покинуть рабочие места из-за состояния здоровья и большой нагрузки, которую они с трудом выдерживали в этот период времени.

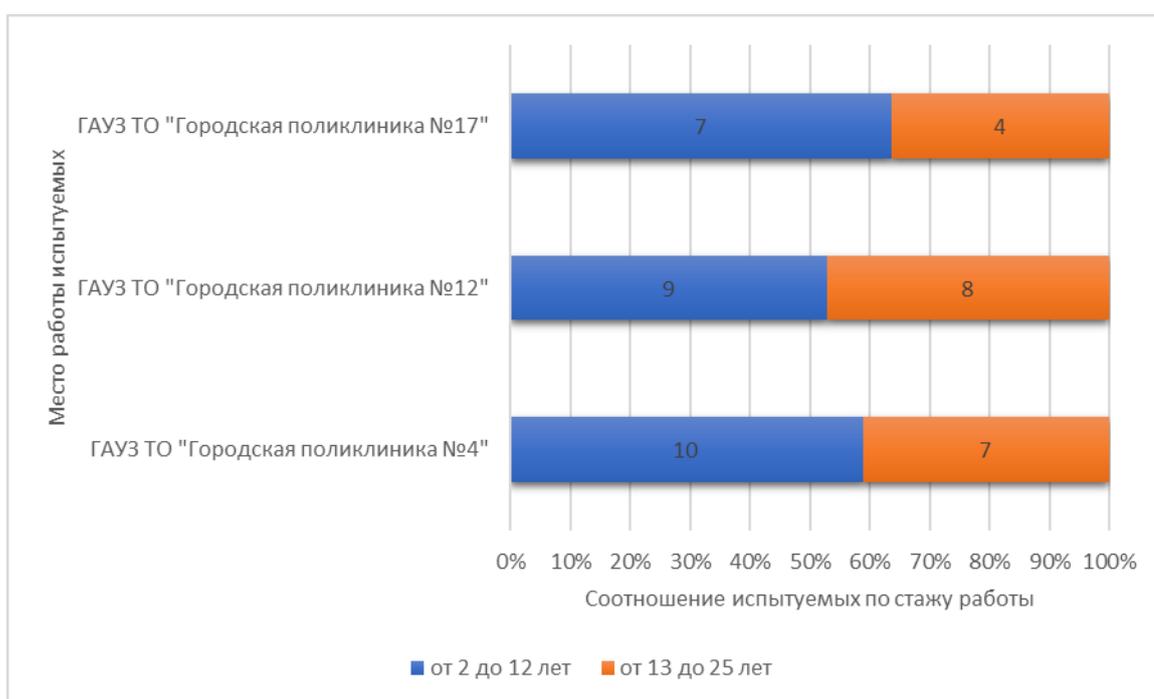


Рис. 3. Описание выборки по стажу работы испытуемых в медицине, чел.

Согласно Рис.3, стаж работы испытуемых также был с уклоном в меньшую сторону и составил 60% – это сотрудники со стажем от 2 до 13 лет. Причиной такой особенности выборки мы также можем назвать последствия пандемии и обновление штатной численности медперсонала.

Сбор данных проходил осенью 2022 года, когда в РФ и регионе уже не было ограничительных мер из-за пандемии по новой коронавирусной инфекции.

Исследование было реализовано в 3 этапа:

Этап 1. Подготовительный (июль 2021 г. - август 2022 г.)

На первом этапе нами был осуществлен теоретический анализ: определена степень изученности проблемы, проанализирована практическая и общественная значимость исследования эмоционального выгорания врачей и способов решения конфликтных ситуаций. После постановки проблемы мы сформулировали цели и задачи нашего исследования, изучили большое количество научной литературы по теме исследования. Теоретический анализ нам позволил сформулировать и обосновать гипотезы.

Этап 2. Основной (сентябрь – октябрь 2022г.)

На втором этапе нами был проведен опрос 45 сотрудников трех медучреждений посредством Google-form. Для психологической диагностики мы использовали методику В.В. Бойко «Эмоциональное выгорание» и тест-опросник К. Томаса и Р. Килменна «Поведение в конфликтной ситуации».

Этап 3. Аналитический (ноябрь-декабрь 2022г.)

На третьем этапе, после выгрузки данных из Google-form в программу Microsoft Office Excel, были рассчитаны согласно ключам методик показатели по шкалам. Все первичные данные находятся в Приложениях № 3, 4, 5. Далее полученные данные обрабатывались методами математической статистики с помощью программного пакета «Statistica 8.0». Для расчета использовался метод ранговой корреляции Спирмена, критерии значимости различий U-тест Манна-Уитни и однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA).

2.1.2. МЕТОДЫ И МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ

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

В. В. Бойко рассматривает профессиональное выгорание с позиций общего адаптационного синдрома Г. Селье. Выделяют 3 стадии развития выгорания, каждая из которых проявляется в виде 4 симптомов:

1. Фаза напряжения.

Наличие напряжения служит предвестником развития и запускающим механизмом формирования синдрома профессионального выгорания. Тревожное напряжение включает следующие симптомы: переживание психотравмирующих обстоятельств, неудовлетворённость собой, чувство безысходности, тревога и депрессия.

2. Фаза резистентности.

Выделение этой фазы в самостоятельную, весьма условно. При осознании наличия тревожного напряжения, человек стремится избегать действия эмоциональных факторов с помощью ограничения эмоционального реагирования: неадекватного избирательного эмоционального реагирования, эмоционально-нравственная дезориентации, расширения сферы экономии эмоций, редукции профессиональных обязанностей.

3. Фаза истощения.

Характеризуется падением общего энергетического тонуса и ослаблением нервной системы: эмоциональный дефицит, эмоциональная отстранённость, личностная отстранённость (деперсонализация), психосоматические и вегетативные проявления.

Личностный опросник представлен нами в Приложении №2. Методика состоит из 84 утверждений, на которые испытуемому предлагается дать ответ «да» или «нет». Обработка результатов производится в соответствии с ключом методики. Оценивание результатов производится по 12 симптомам (по 4 симптома в каждом этапе развития эмоционального выгорания). В ключе методики каждому ответу присваивается определенное количество баллов. После подсчетов баллов по каждому из 12 симптомов, производится подсчет баллов в каждой из трех групп и выявляется этап, в котором сумма баллов по 4 симптомам имеет большее значение. Последним этапом обработки результатов, является суммарный подсчет баллов и определяется общий уровень выраженности эмоционального выгорания респондента.

2) *Тест К. Томаса и Р. Килманна «Стратегии поведения в конфликтной ситуации»*

Методика показывает типичную реакцию на конфликтную ситуацию и объясняет, насколько она эффективна и целесообразна, а также даёт информацию о других способах разрешения конфликтной ситуации.

Для описания типов поведения людей в конфликтных ситуациях К. Томас и Р. Килманн применяли двухмерную модель регулирования конфликтных ситуаций. основополагающими измерениями в ней являются: кооперация, связанная с вниманием человека к интересам других людей, вовлечённых в конфликтную ситуацию; и напористость, для которой характерен акцент на защите собственных интересов.



Рис. 4. Модель К. Томаса и Р. Килманна «Пять способов урегулирования конфликтных ситуаций»

Соответственно этим двум способам измерения К. Томас и Р. Килманн выделяли следующие способы регулирования конфликтных ситуаций (Рис.4):

1. Соперничество (соревнование) – желание доминировать и стремление добиваться удовлетворения своих побуждений, интересов, целей, не взирая на интересы других.

2. Приспособление – полная противоположность соперничеству. Данная стратегия характеризуется тем, что человек готов принести в жертву личные потребности и интересы ради интересов другого.

3. Компромисс – сбалансированная стратегия, в которой предполагается поиск усредненного варианта, так чтобы отчасти были удовлетворены и личные потребности, и потребности второй стороны.

4. Избегание – стратегия ухода, для которой характерно отсутствие стремления к соперничеству, так и кооперации.

5. Сотрудничество – оптимальная стратегия, в которой участники могут в полной мере удовлетворить личные потребности, притом, одновременно.

Количество баллов, набранных испытуемым по каждой шкале, даёт выраженность пяти стратегий и свидетельствует о тенденции к проявлению соответствующих форм поведения в конфликтных ситуациях. Методика представлена в Приложении №1.

2.1.3. ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для проверки **гипотезы 1** мы изучили эмоциональное выгорание у врачей и стратегии разрешения конфликтных ситуаций с использованием методики В.В. Бойко «Эмоциональное выгорание» и теста-опросника К. Томаса и Р. Килменна «Поведение в конфликтной ситуации». Для проверки наличия связи между переменными мы использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Для проверки **гипотезы 2**, предполагающей, что врачи с повышенным уровнем эмоционального выгорания выбирают неконструктивные стратегии поведения в конфликтных ситуациях, мы использовали U-критерий Манна-Уитни для сравнения данных по тесту-опроснику К. Томаса и Р. Килменна между двумя группами врачей (с низким и высоким уровнем эмоционального выгорания).

2.2. РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Для проверки гипотезы 1 мы изучили эмоциональное выгорание у врачей (таблица 2).

Таблица 2

Сумма показателей симптомов формирования Эмоционального выгорания, чел.

Симптомы ЭВ	1. Переживание психотр.обст- тв	2. Неудовлетворенность собой	3. «Загнанность в клетку»	4. Тревога и депрессия	1. Неадекв. Эм.реагирование	2. Эм-нрав. Дезориентация	3. Расшир-ие сф. экономии эмоций	4. Редукция профес. Обязан- тей	1. Эмоциональный дефицит	2. Эмоциональная отстраненность	3. Личная отстраненность	4. Психосом. и психовеетг. наруш-ия
	<i>1 - Напряжение</i>				<i>2 - Резистенция</i>				<i>3 - Истощение</i>			
Не сложился	<u>19</u>	<u>32</u>	<u>35</u>	<u>27</u>	15	<u>25</u>	<u>18</u>	13	<u>23</u>	<u>19</u>	<u>20</u>	<u>21</u>
Формируется	11	11	6	11	15	12	11	14	15	15	14	17
Сформи- ровался	15	2	4	7	15	8	16	18	7	11	11	7
Всего, чел.	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45

Из таблицы 2 видно, что у большинства врачей 42,2% (18 человек) сформировался симптом «Редукция профессиональных обязанностей». Для нас это достаточно тревожный сигнал: снижение внимания к пациентам и упрощение своих функциональных обязанностей, безусловно, приведет к снижению качества медицинских услуг, так как врач, согласно характеристикам данного симптома, не находит нужным строить развернутую беседу с больным, побуждать его к подробному изложению жалоб. В итоге медицинский анамнез становится кратким и мало информативным. Так, врачи, пытаясь сохранить свои физические и психические силы, упрощают свой функционал, желая сохранить силы для работы с увеличенным числом пациентов.

В меньшей степени 35,6% врачей (16 человек) демонстрируют «Симптом расширения сферы экономии эмоций». Этот симптом проявляется в ситуации перенасыщения рабочего общения и метафорично называется «отравление людьми». Согласно ключу, от данного симптома, прежде всего, страдают в общении родные и близкие сотрудников медучреждений. Это проявляется в том, что, врачи закрываются и не желают общаться с близкими, поскольку очень устают на работе.

У 33,3 % (15 человек) выражен «Симптом переживания психотравмирующих обстоятельств». Это говорит о том, что в профессиональной деятельности врачей есть неустранимые организационные факторы, способствующие накоплению раздражения и отчаяния. Неразрешимость подобных организационных ситуаций приводит к развитию ЭВ. Согласно описанию методики, это могут быть такие организационные факторы: переработка, высокий риск собственного заражения, риск стать носителем инфекции и заражения близких, высокая вероятность летальных исходов с пациентами в случае неправильной постановки диагноза.

Кроме этого, у 33,3 % испытуемых (15 человек) проявился «Симптом неадекватного избирательного эмоционального реагирования». Он характеризуется тем, что врач перестает улавливать разницу между невысокой эмоциональностью и неадекватной холодностью, отстраненностью. Другими словами, между спокойной доброжелательностью в общении с пациентами и выборочным реагированием, чаще принимающим форму эмоциональной черствости и равнодушия. Неадекватное ограничение эмоциональных проявлений доктора воспринимается пациентами как неуважение лично к ним, и часто переходит в негативные нравственные оценки доктора.

Подводя итог важно отметить, что для 42,2 % врачей (18 чел.), у которых сформировался симптом «Редукция профессиональных обязанностей» требуется психо-коррекционная работа со штатным

психологом. Иначе, их эмоциональное выгорание спровоцирует новые ошибки в диагнозах и жалобы со стороны пациентов.

Ниже представим анализ сформированности симптомов ЭВ по степени их выраженности. Содержание Табл.3 основано на более детальном анализе данных из Табл.2, в которой доминирующие значения по уровню сформированности выделены подчеркиванием. Симптомы № 1 и № 4 второй фазы ЭВ не были включены в Табл.3, так как симптом №1 «Неадекватное эмоциональное реагирование» имеет по 33,3% на всех уровнях, а симптом № 4 «Редукция профессиональных обязанностей» имеет доминирование по сформированности.

Таблица 3

Оценка 12 симптомов ЭВ по уровню их сформированности

Фазы, уровень формирования симптомов	1. Переживание психотр.обст-ств	Неудовлетворенность собой	3. «Загнанность в клетку»	4. Тревога и депрессия	2. Эм-нрав. Дезориентация	3. Расшир-ие сф. экономики эмоций	1. Эмоциональный дефицит	2. Эмоциональная отстраненность	3. Личная отстраненность	4. Психосом. и психовегет. наруш-ия
ФАЗА ЭВ	<i>1. Напряжение</i>				<i>2. Резистенция</i>		<i>3. Истощение</i>			
Не сложился симптом, чел.	19	32	35	27	25	18	23	19	20	21
%	42,2	71,1	77,8	60,0	55,6	40,0	51,1	42,2	44,4	46,7
Формируется симптом ЭВ, чел.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Из Табл.3 нам становится очевидно, что 78% симптомов находятся у большинства врачей на уровне «несложившихся». Это положительный результат, который показывает хороший адаптационный потенциал работников.

При обработке данных методики важным является расчет к какой фазе ЭВ относятся доминирующие симптомы, и в какой фазе этих симптомов большее количество. Согласно Рис.5, наибольшее количество симптомов во 2-ой фазе «Резистенция».

Сделаем расчет количества врачей, у которых доминирует та или иная фаза ЭВ. На Рис.5 представлено распределение сотрудников по фазам:

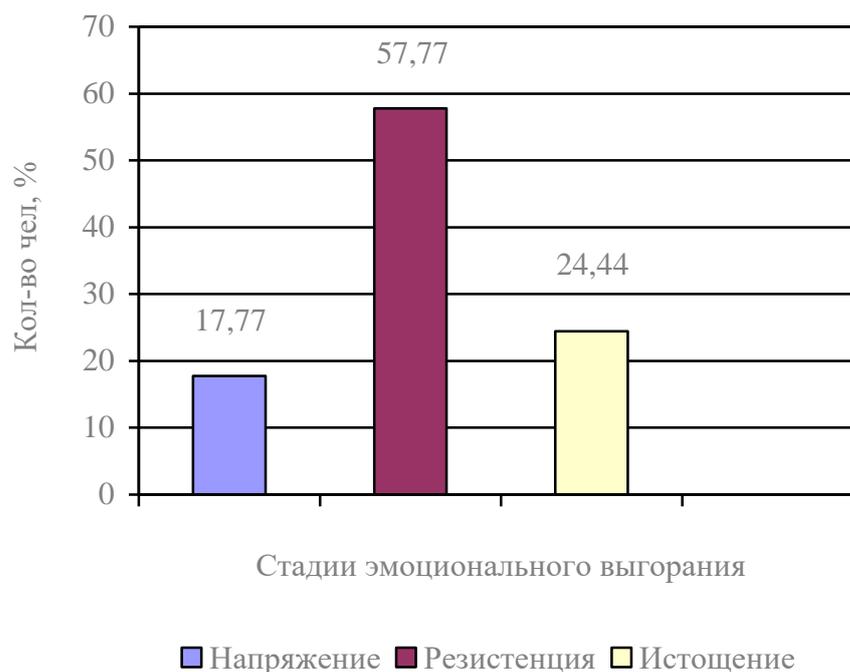


Рис. 5. Доминирование фаз ЭВ, чел.

Итак, на Рис.5 мы видим, 82, 22 % (37 чел.) врачей находятся на 2-ой и 3-ей стадиях ЭВ. Абсолютным лидером по доминированию симптомов является 2 Фаза эмоционального выгорания. В этой фазе находятся 57,77% (26 чел.) испытуемых. Следовательно, большинство врачей чувствуют свое напряжение и будут пытаться уходить от негативных воздействий организационных факторов через ограничение (снижение) своей эмоциональности.

24,44% (11 чел.) сотрудников уже перешли на Фазу истощения. Для этой фазы свойственно снижение энергии, жизненного тонуса и, в целом, ослабление нервной системы. Фаза характеризуется эмоциональным

дефицитом, эмоциональной отстранённостью, личностной отстранённостью (деперсонализацией), психосоматическими и вегетативными проявлениями.

17,77 % (8 чел.) врачей находятся на Фазе напряжения. У этих сотрудников эмоциональное только начинается состояние тревожного напряжения, которое в дальнейшем может запустить механизм формирования синдрома ЭВ. Тревожное напряжение включает такие симптомы: переживание психотравмирующих обстоятельств, неудовлетворённость собой, чувство безысходности, тревога и депрессия.

Вывод: мы зафиксировали, что в нашей выборке у испытуемых доминирует вторая Фаза ЭВ – фаза «Резистенции», для которой характерны следующие симптомы: «Неадекватного избирательного эмоционального реагирования», «Эмоционально-нравственной дезориентации», «Расширения сферы экономии эмоций», «Редукции профессиональных обязанностей». С нашей точки зрения, сотрудники, находящиеся на Фазе истощения, и составляющие четверть от всего размера выборки – это высокая, тревожная для руководства статистика. Руководству медучреждений следует незамедлительно обратить внимание на этих сотрудников, чтобы сохранить их в профессии.

Далее мы изучим доминирующие стратегии поведения в конфликтных ситуациях. Результаты представлены на Рис. 6.



Рис. 6. Доминирование стратегий поведения в конфликтной ситуации, %

На Рис. 6 представлено распределение выраженности стратегий поведения в конфликтной ситуации у врачей. Данные представлены именно в %, а не в людях, так как у 5 человек было обнаружено доминирование сразу двух стратегий. В этой ситуации при расчетах они были отнесены к двум типам стратегий одновременно.

Итак, для большинства врачей 31,11% (14 чел.) характерен стиль Избегание. Согласно интерпретации теста, человек, использующий этот стиль, является нерешительным и неуступчивым. При доминировании этой стратегии человек не преследует ни собственные интересы, ни интересы другого человека. Он не разрешает конфликтную ситуацию. Избегание часто принимает вид корректного, интеллигентного уклонения от решения вопроса, или откладывание вопроса до «лучших времен», или простого «бегства» из ситуации.

28,89% (13 чел.) испытуемых предпочитают стратегию Компромисс. Эта промежуточная стратегия между давлением и сотрудничеством. Целью компромисса является – поиск такого «среднего» решения, которое смогло бы хоть частично удовлетворить обе стороны конфликтной ситуации. Этот стиль способен «сгладить» проблему, но не устранить ее. Компромисс может быть выражен во взаимных уступках (ты – мне, я – тебе), поиске баланса в умеренных ограничениях собственных позиций с отказом от менее принципиальных вопросов.

22,22% (10 чел.) врачей используют в конфликтной ситуации стратегию Сотрудничество. Человек, использующий этот стиль, является напористым и сотрудничающим одновременно. При сотрудничестве человек пытается работать с другим человеком над поиском решений, целиком удовлетворяющих интересы обеих сторон. Этот стиль включает в себя углубление в спорный вопрос для выявления основополагающих проблем двух людей, а также для поиска альтернативы, которая отвечает группам интересов обеих сторон. Сотрудничество между двумя сотрудниками

медучреждения может выражаться в изучении разногласий, которое помогает узнать об идеях друг друга, и нахождении решения в таких ситуациях, которые в остальных случаях могли бы заставить их конкурировать за ресурсы или противостоять, а также попытке найти новаторский подход к решению межличностных проблем.

Четвертым по степени выраженности является стиль Конкуренция. Он характерен для 20% (9 чел.) испытуемых. Человек, использующий этот стиль, напористый и неуступчивый, его стиль ориентирован на влияние. Конкурируя, человек удовлетворяет свои собственные интересы за счет другого человека, используя для этого все влияние, которое представляется целесообразным для завоевания позиций оппонента. Конкуренция может означать борьбу за свои права, при которой человек защищает верную, с его точки зрения, позицию, или просто пытается победить.

Наименее популярным для врачей является стратегия Приспособление – ее выбирают 8,89% (4 чел.) врачей. Те сотрудники, которые предпочитают данный стиль склонны проявлять нерешительность. При использовании данного стиля врачи пренебрегают своими собственными интересами, чтобы удовлетворить интересы другого человека. Согласно нашим данным, врачам менее всего присущ стиль «самопожертвования».

Таким образом, у большинства 60% (27 чел.) испытуемых доминируют неконструктивные стратегии поведения в конфликтных ситуациях: Избегание 31,11% (14 чел.), Конкуренция 20% (9 чел.), Приспособление 8,89% (4 чел.).

Для проверки наличия связи между переменными мы использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Далее представим результаты статистической обработки данных в программе Statistica 8.0.

Корреляционный анализ данных

Стратегии в конфликте	Конкуренция	Сотрудничество	Компромисс	Избегание	Приспособление
Этапы ЭВ					
Напряжение	-0,16	-0,48*	-0,53*	0,65*	0,35*
Резистенция	0,26	-0,72*	-0,52*	0,55*	0,38*
Истощение	-0,06	-0,73*	-0,57**	0,69**	0,51*
ЭВ итог	0,07	-0,74*	-0,64*	0,71*	0,47*

* - связь значима на уровне значимости $p \leq 0,05$

Для лучшего понимания результатов корреляционного анализа сделаем рисунок по данным Табл. 4:

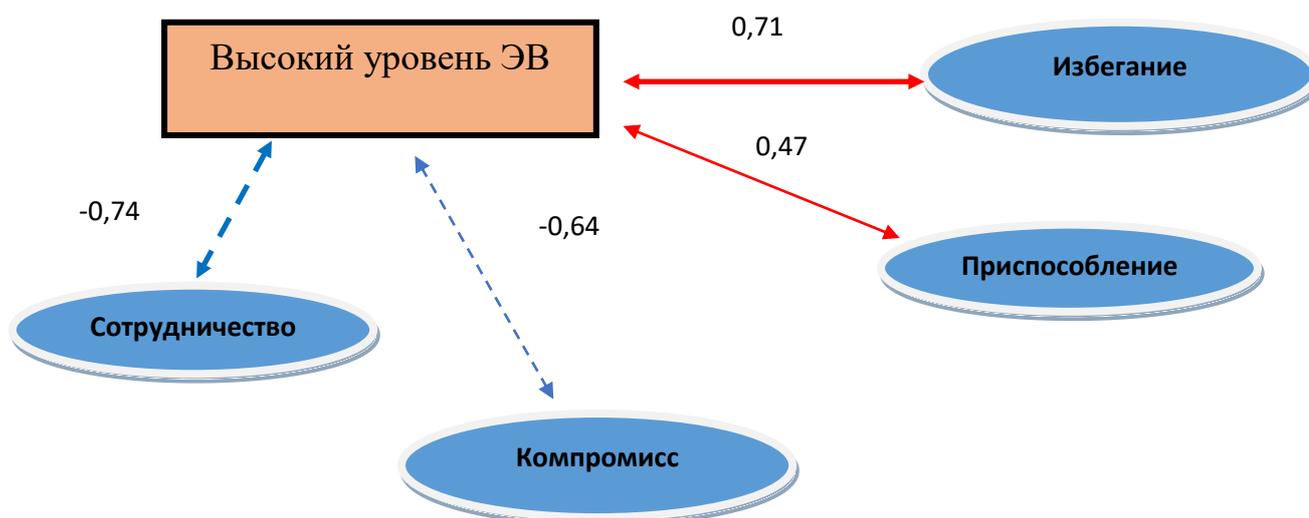


Рис. 7. Визуализация результатов корреляционного анализа для Итогового показателя ЭВ

**Примечание: сплошная линия обозначает положительную связь между переменными, пунктирная линия – отрицательную связь.*

Таким образом, если у врачей наблюдается низкий уровень ЭВ, они склонны выбирать конструктивные стратегии поведения Сотрудничество и Компромисс.

Вывод: Гипотеза 1: У врачей эмоциональное выгорание и стратегии разрешения конфликтных ситуаций связаны, подтвердилась.

Для проверки 2 гипотезы сделаем рисунок 8.

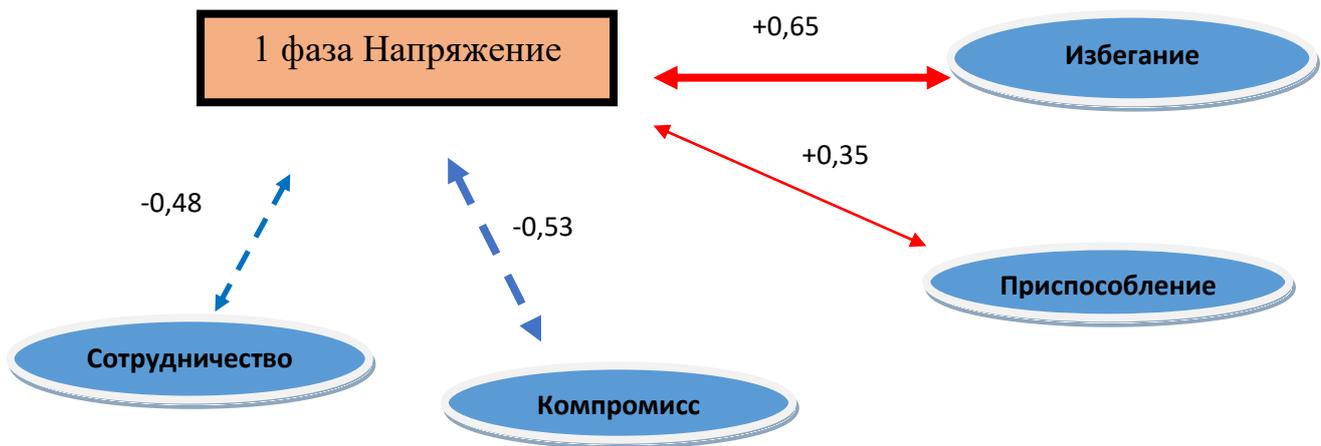


Рис. 8. Визуализация результатов корреляционного анализа стратегий поведения в конфликтной ситуации и 1 фазы ЭВ

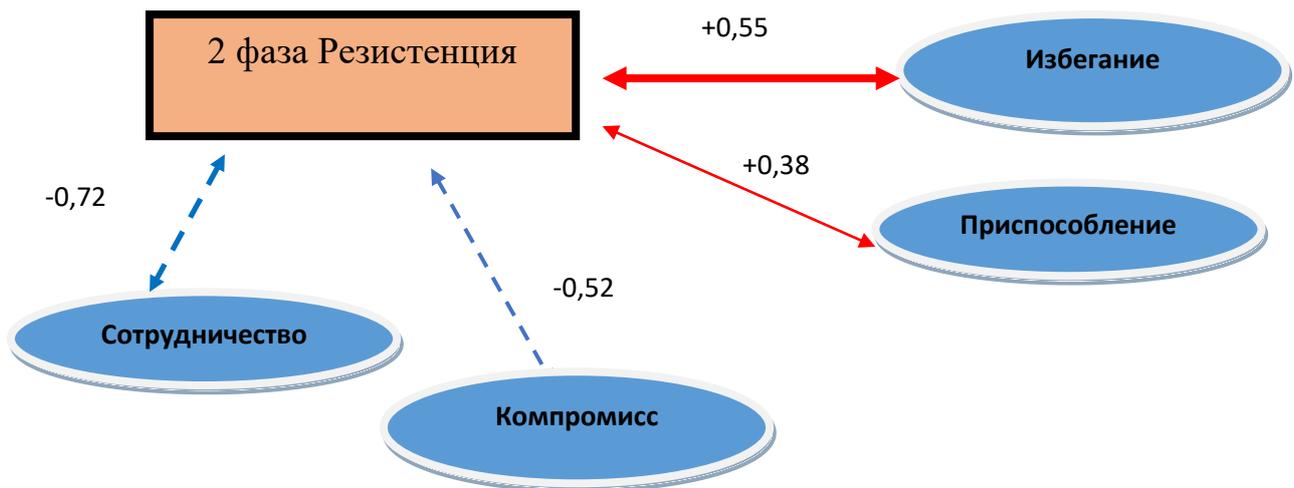


Рис. 9. Визуализация результатов корреляционного анализа стратегий поведения в конфликтной ситуации и 2 фазы ЭВ

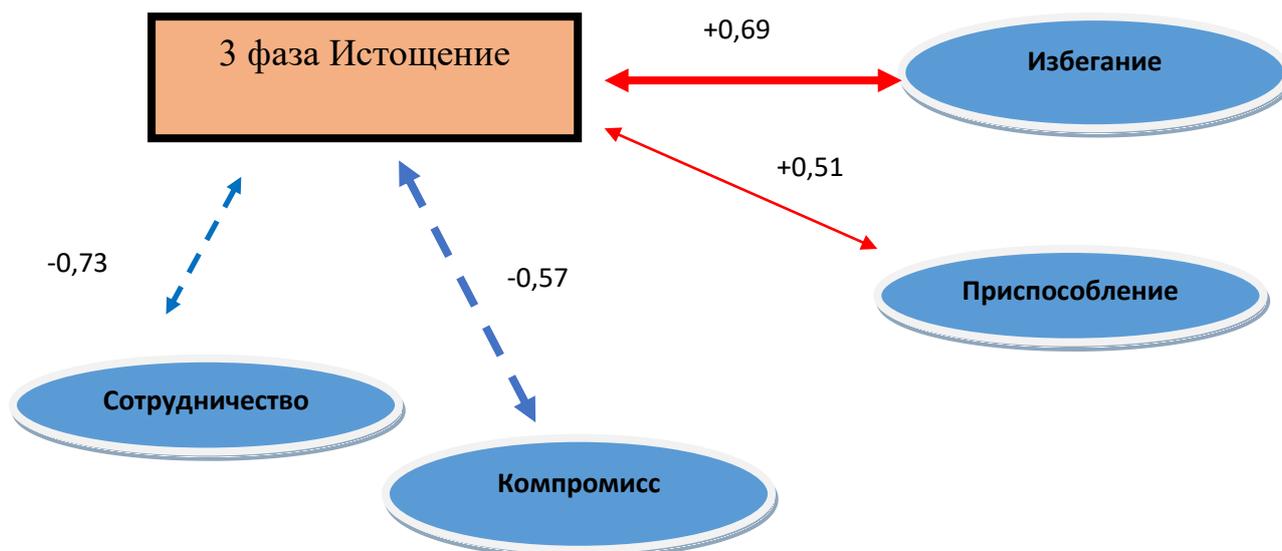


Рис. 10. Визуализация результатов корреляционного анализа стратегий поведения в конфликтной ситуации и 3 фазы ЭВ

Вывод: **гипотеза 2:** Врачи с повышенным уровнем эмоционального выгорания выбирают неконструктивные стратегии разрешения в конфликтных ситуациях подтвердилась.

Таким образом, Рис. 8 – 10 также подтверждают вывод о том, что конструктивные стратегии поведения в конфликтной ситуации (Сотрудничество и Компромисс) отрицательно связаны со всеми фазами ЭВ. Другими словами, чем выше будет представленность 1, 2 или 3 фазы ЭВ, тем менее конструктивны будут стратегии поведения врачей в конфликтной ситуации. Мы видим, что значимая положительная связь обнаруживается с неконструктивными стратегиями поведения в конфликтной ситуации (Избегание и Приспособление).

Сравнительный анализ стратегий поведения в конфликтной ситуации и фаз ЭВ у врачей в зависимости от пола, возраст и стажа работы представлен в Таблицах 6 - 8. Данные были получены методом сравнения однофакторным дисперсионным анализом (ANOVA), где независимой переменной выступали стратегии поведения в конфликтной ситуации/ фазы ЭВ, а группирующей переменной – пол, возраст и стаж (соответственно Таблиц 6, 7 или 8).

Средние значения показателей в зависимости от пола

Переменная	Пол		F
	Женский (n=30)	Мужской (n=15)	
Конкуренция	5,8	4,5	3,8
Сотрудничество	5,9	7,3	2,7
Компромисс	6,3	7,1	0,6
Избегание	6,2	6,2	0,0
Приспособление	5,7	4,9	1,2
1 фаза «Напряжение»	33,4	28,9	0,4
2 фаза «Резистенция»	53,2	42,1	2,5
3 фаза «Истощение»	40,9	38,0	0,2

Вывод: в Сравнительном анализе стратегий поведения в конфликтной ситуации и фаз ЭВ у врачей в зависимости от пола значимых различий не выявлено.

Таблица 7

Средние значения показателей в зависимости от возраста

Переменная	Возраст		F
	25-34 лет (n=26)	35-45 (n=19)	
Конкуренция	5,8	4,7	2,7
Сотрудничество	6,3	6,4	0,0
Компромисс	6,7	6,4	0,1
Избегание	5,8	6,7	0,7
Приспособление	5,3	5,6	0,2
1 фаза «Напряжение»	28,8	36,2	1,3
2 фаза «Резистенция»	28,8	36,2	1,4
3 фаза «Истощение»	37,6	43,2	0,9

Вывод: в Сравнительном анализе стратегий поведения в конфликтной ситуации и фаз ЭВ у врачей в зависимости от возраста значимых различий не выявлено.

Средние значения показателей в зависимости от стажа работы

Переменная	Стаж работы		F
	от 2 до 12 лет (n=26)	от 13 до 25 лет (n=19)	
Конкуренция	5,3	5,5	0,1
Сотрудничество	6,5	6,3	0,1
Компромисс	6,6	6,5	0,0
Избегание	6,6	6,5	0,0
Приспособление	6,1	6,3	0,0
1 фаза «Напряжение»	32,6	31,0	0,1
2 фаза «Резистенция»	51,9	46,1	0,7
3 фаза «Истощение»	40,2	39,7	0,0

Вывод: в Сравнительном анализе стратегий поведения в конфликтной ситуации и фаз ЭВ у врачей в зависимости от стажа работы значимых различий не выявлено.

Таким образом, анализ значений F, при котором уровень значимости $P \geq 0,05$ не позволяет нам говорить о значимости различий стратегий по исчисляемым переменным пол, возраст, стаж.

Вывод: в Сравнительном анализе стратегий поведения в конфликтной ситуации и фаз ЭВ у врачей в зависимости от стажа, пола, возраста значимых различий не выявлено.

Для проверки гипотезы 2 о том, что предпочтения врачей в стратегиях с разным уровнем ЭВ различны, мы применили критерий значимости различий - U-критерий Манна-Уитни между группами с низким и высоким уровнем эмоционального выгорания.

Для выделения двух групп сравнения мы обратимся Итоговому значению уровня эмоционального выгорания, так мы поделили выборку на 2 части: выше среднего и ниже среднего уровня ЭВ (121 балл).

Таким образом, нами были выделена группа: с низким уровнем эмоционального выгорания – 26 чел., и высоким уровнем эмоционального выгорания – 19 чел. Данные были обработаны в программе Statistica 8.0.

Таблица 9.

Оценка значимости различий по стратегиям поведения в конфликтной ситуации врачей с помощью U-критерий Манна-Уитни

Strategy behavior	Rank Sum - Group 1	Rank Sum - Group 2	U	Z	p-level
Конкуренция	600,50	434,50	244,5	0,06	0,95
Сотрудничество	800,00	235,00	45,00	4,64	0,00
Компромисс	756,00	279,00	89,	3,63	0,00
Избегание	411,50	623,50	60,5	-4,29	0,00
Приспособление	469,00	566,00	118,0	-2,96	0,00

Как видно из Табл. 9, существуют значимые различия между группой врачей с низким и высоким уровнем эмоционального выгорания по 4-м из пяти стратегий поведения в конфликтной ситуации. Незначимы различия оказались только для стратегии Конкуренция.

Теперь с помощью графического метода покажем, каковы доминирующие стратегии в 1 и 2 группе.

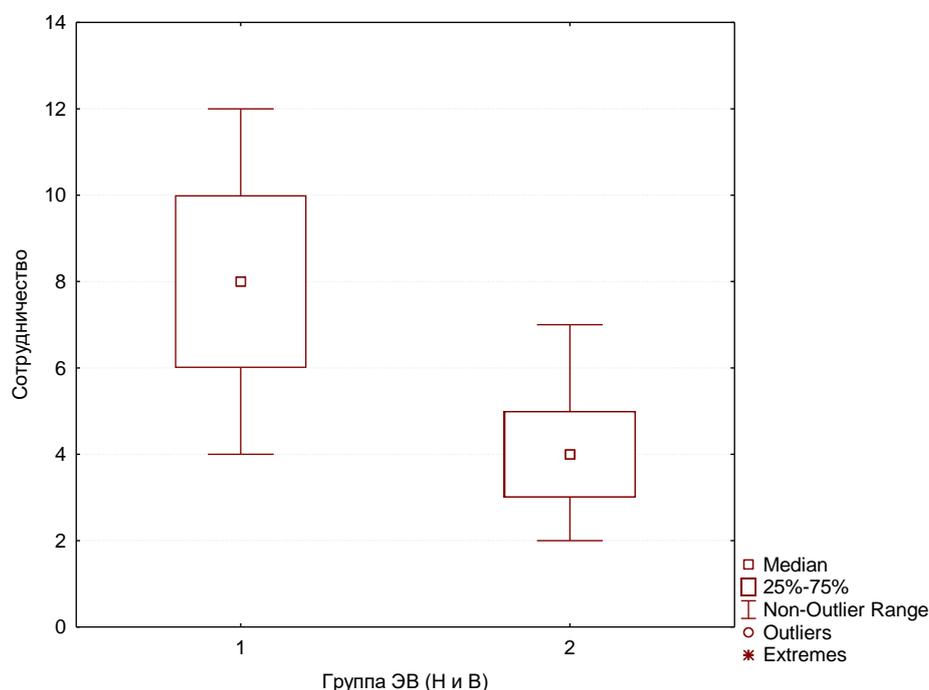


Рис. 11. Сравнительный анализ для стратегии Сотрудничество, где 1 – группа с низким уровнем ЭВ, а 2 – группа с высоким уровнем ЭВ

Анализируя статистические данные Рис. 11 видно, что для врачей с низким уровнем эмоционального выгорания более характерна конструктивная стратегия поведения в конфликтной ситуации Сотрудничество. Медианное значение по этой стратегии у врачей с низким уровнем ЭВ равно 8, тогда как врачей с высоким уровнем это значение – 4 балла.

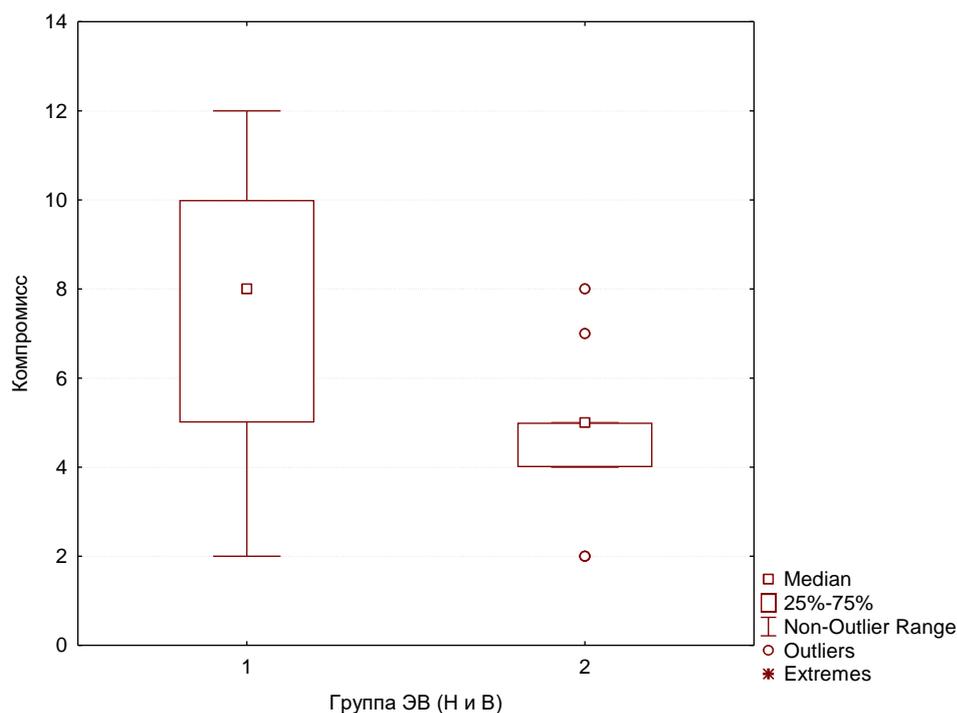


Рис. 12. Сравнительный анализ для стратегии Компромисс, где 1 – группа с низким уровнем ЭВ, а 2 – группа с высоким уровнем ЭВ

Анализируя статистические данные Рис. 12 видно, что для врачей с низким уровнем эмоционального выгорания также характерна конструктивная стратегии поведения в конфликтной ситуации – Компромисс. Медианное значение по этой стратегии у врачей с низким уровнем ЭВ равно 8, тогда как врачей с высоким уровнем это значение – 4,5 балла.

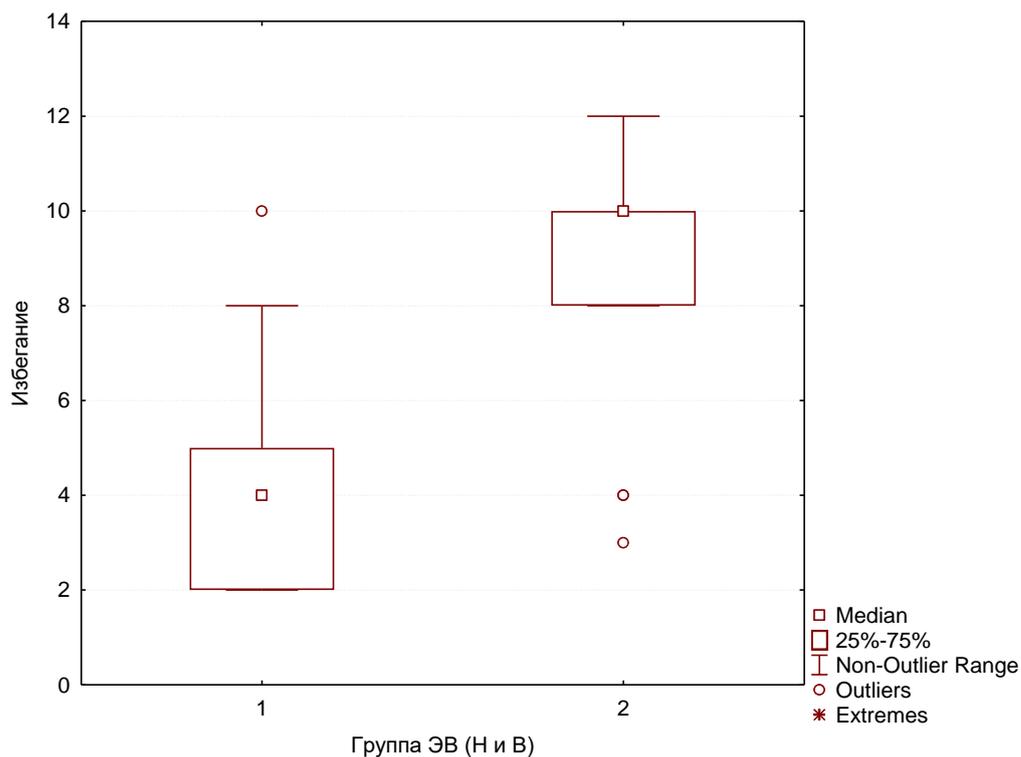


Рис.13. Сравнительный анализ для стратегии Избегание, где 1 – группа с низким уровнем ЭВ, а 2 – группа с высоким уровнем ЭВ

Анализируя статистические данные Рис.13 видно, что для врачей с высоким уровнем эмоционального выгорания характерна неконструктивная стратегия поведения в конфликтной ситуации Избегание. Медианное значение по этой стратегии у врачей с низким уровнем ЭВ равно 4, тогда как врачей с высоким уровнем это значение – 10 баллов.

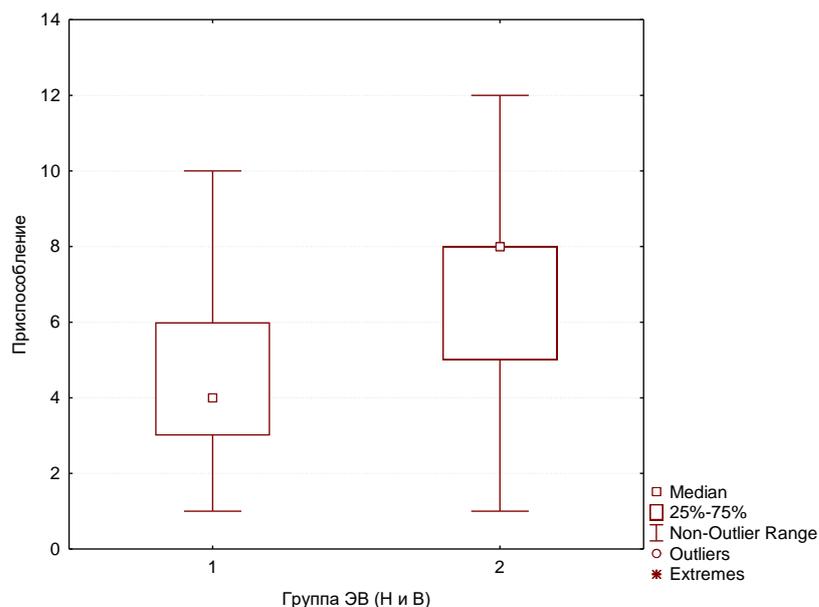


Рис.14. Сравнительный анализ для стратегии Приспособление, где 1 – группа с низким уровнем ЭВ, а 2 – группа с высоким уровнем ЭВ

Анализируя статистические данные Рис. 14 видно, что для врачей с высоким уровнем эмоционального выгорания будет более характерна неконструктивные стратегии Приспособление. Медианное значение по этой стратегии у врачей с низким уровнем ЭВ равно 4, тогда как врачей с высоким уровнем это значение – 8 баллов.

Таким образом, в Рис. 11-14 нами были представлены данные, показывающие, что для врачей с высоким уровнем эмоционального выгорания характерны неконструктивные стратегии поведения в конфликтной ситуации Приспособление и Избегание, а для врачей с низким уровнем эмоционального выгорания характерны конструктивные стратегии поведения в конфликтной ситуации – Компромисс и Сотрудничество.

Вывод: гипотеза 2 доказана: Врачи с повышенным уровнем эмоционального выгорания *выбирают* неконструктивные стратегии разрешения в конфликтных ситуациях.

2.3. ВЫВОДЫ ПО 2 ГЛАВЕ

Анализ полученных эмпирических данных позволил сделать следующие выводы: 82,22 % врачей имеют выраженность ЭВ на разных стадиях (2 или 3). Это негативный факт, который требует организационного вмешательства как руководства, так и специалистов-психологов.

Лидером по сформированности является симптом «Редукция профессиональных обязанностей» (им обладают 42,2% врачей): из-за большой загруженности врачи упрощают выполняемые ими операции, тем самым, пытаясь сэкономить силы и время. У 35,6% врачей был выявлен «Симптом расширения сферы экономии эмоций». Для руководства медучреждений это достаточно тревожный сигнал, так как результатом этого симптома становится снижение внимания к пациентам, «отравление от общения с людьми», упрощение своих функциональных обязанностей. Такая картина выраженности симптомов ЭВ приведет к снижению качества медицинских услуг и жалобам со стороны пациентов.

Лидером по доминированию симптомов является Фаза Резистенции, на которой находятся 57,77% испытуемых. Сотрудники, которые уже перешли на Фазу истощения составляют 24,44%. И меньшую долю выборки (17,77 %) составили доктора с невысоким уровнем напряжения, находящиеся на первой фазе ЭВ. Следовательно, большинство врачей осознают свое напряжение и будут пытаться уходить от негативных воздействий организационных факторов через ограничение (снижение) своей эмоциональности.

Изучение стратегий поведения в конфликтной ситуации показало, что для большинства врачей 31,11% (14 чел.) характерен стиль Избегание; 28,89% (13 чел.) испытуемых предпочитают стратегию Компромисс; 22,22% (10 чел.) врачей используют в конфликтной ситуации стратегию Сотрудничество. Четвертым по степени выраженности является стиль Конкуренция. Он характерен для 20% (9 чел.) испытуемых. Наименее популярным для врачей является стратегия Приспособление – ее выбирают

8,89% (4 чел.) врачей. Таким образом, у большинства 60% (27 чел.) испытуемых доминирует неконструктивные стратегии поведения в конфликтных ситуациях.

Для проверки гипотезы 1 мы использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Анализ коэффициентов показал, что, если у врачей наблюдается низкий уровень эмоционального выгорания, они склонны выбирать конструктивные стратегии поведения Сотрудничество и Компромисс. Следовательно, Гипотеза №1 подтвердилась.

Углубленный анализ коэффициентов корреляции показал, что, если у врачей наблюдается низкий уровень эмоционального выгорания, они склонны выбирать конструктивные стратегии поведения – Сотрудничество и Компромисс.

Для проверки 2 гипотезы мы применили U-критерий Манна-Уитни для сравнения групп с низким и высоким уровнем эмоционального выгорания (для его расчета был использован Итоговый показатель ЭВ, который в нашей выборке была равен 122 баллам). Так, были выделены группы с низким уровнем эмоционального выгорания – 26 чел., и высоким уровнем эмоционального выгорания – 19 чел. Результаты статистического сравнения показали значимые различия между четырьмя стратегиями поведения в конфликтной ситуации ($p \leq 0,05$). Далее с помощью диаграмм мы показали доминирующие стратегии в группах.

Таким образом, 2-я гипотеза была доказана: врачи с повышенным уровнем эмоционального выгорания выбирают неконструктивные стратегии разрешения в конфликтных ситуациях: Приспособление и Избегание.

Помимо проверки основных гипотез, нами были еще осуществлен сравнительный анализ стратегий поведения в конфликтной ситуации и фаз эмоционального выгорания у врачей в зависимости от пола, возраста и стажа работы. Сравнение было выполнено с применением метода однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA). В итоге, значимых различий по полу,

возрасту и стажу работы нам не удалось выявить. Вероятно, результат можно объяснить тем, что в выборке доминировали молодые женщины с небольшим стажем работы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ежегодно в системе здравоохранения происходит повышение требований к качеству предоставляемых услуг и уровню технической обеспеченности медучреждений. Все нововведения осуществляются в рамках Национального проекта «Здравоохранение». Однако уделяя большое внимание материально-технической базе и уровню подготовки кадров, за пределами внимания чиновников системы здравоохранения остается психологическое состояние врачебного состава. Поэтому объектом исследования в нашей работе стало эмоциональное выгорание у врачей, а предметом исследования – связь стратегий разрешения конфликтных ситуаций и эмоционального выгорания у врачей.

Как показал наш теоретический анализ, снижение работоспособности, и повышенная раздражительность врачей приводят к увеличению числа конфликтных ситуаций в профессиональной деятельности. Данные выводы были сделаны в исследовании, проведенном на базе ГБУ «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», где ЭВ были подвержены 67,6% обследуемых врачей. Однако нам не удалось обнаружить научных работ, направленных на изучение взаимосвязи эмоционального выгорания и поведения в конфликтной ситуации. Поэтому целью данной работы стало выявление связи между эмоциональным выгоранием и стратегиями разрешения конфликтных ситуаций у врачей.

В рамках исследования нами были теоретически обоснованы и вынесены на эмпирическую проверку две гипотезы:

Н 1. У врачей эмоциональное выгорание и стратегии разрешения конфликтных ситуаций связаны;

Н 2. Врачи с повышенным уровнем эмоционального выгорания выбирают неконструктивные стратегии разрешения в конфликтных ситуациях.

В первой главе мы подробно изучили отечественных и зарубежных исследования по теме эмоционального выгорания у врачей, где обозначили, что выбор неконструктивных стратегий разрешения конфликтных ситуаций часто является результатом эмоционального выгорания. Как показывают многие исследования: чем выше стадия эмоционального выгорания, тем чаще врачи выбирают неконструктивные стратегии поведения в конфликтных ситуациях. Помимо этого мы обосновали методологическую основу работы и описали используемые методики для эмпирического исследования: Методику В. В. Бойко «Диагностика эмоционального выгорания личности» и Тест-опросник, разработанный К. Томасом и Р. Килменом «Стратегии поведения в конфликтной ситуации».

Итак, проведенный анализ научной литературы позволил нам показать, что система здравоохранения характеризуется сверхвысокими нагрузками, высокой интенсивностью межличностного общения, высокой ответственностью за результаты профессиональной деятельности, поэтому так важно изучать и минимизировать психологические риски: уровень эмоционального выгорания врачей и возможные негативные последствия.

В августе 2022г. нами было спланировано эмпирическое исследование, а в сентябрь – октябрь 2022г. был проведен онлайн опрос 45 сотрудников трех медучреждений: ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №4» и ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №12», «Городская поликлиника №17». После выгрузки данных из Google-form в программу Microsoft Office Excel, мы обработали ответы испытуемых согласно ключам методик и далее с применением методов математической статистики: метод ранговой корреляции Спирмена, критерия значимости различий U-тест Манна-Уитни, однофакторным дисперсионным анализом (ANOVA). Расчет производился в программе «Statistica 8.0».

Анализ полученных эмпирических данных позволил сделать определить, что 82,22 % врачей имеют 2 или 3 стадию ЭВ. Самым

распространенным являются симптомы «Редукция профессиональных обязанностей» (выявлен у 42,2% врачей) и «Симптом расширения сферы экономии эмоций» (выявлен у 35,6% врачей). Полученные данные говорят о том, что из-за большой загруженности врачи пытаются упрощать выполняемые ими обязанности. В то же время из-за чрезмерного эмоционального напряжения врачи вынуждены отказываться от общения с близкими людьми и родственниками. 57,77% врачей находятся на второй фазе Резистенции, на Фазу истощения уже перешли 24,44 % испытуемых.

Изучение стилей поведения в конфликтной ситуации показало, что у 60% испытуемых доминируют неконструктивные стратегии поведения в конфликтных ситуациях: для врачей характерен стиль Избегание (31,11%); Конкуренция (20%) и Приспособление (8,89%).

Для проверки гипотезы 1 мы использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Анализ коэффициентов показал, что, если у врачей наблюдается низкий уровень эмоционального выгорания, они склонны выбирать конструктивные стратегии поведения Сотрудничество и Компромисс. Следовательно, Гипотеза №1 подтвердилась. Для проверки второй гипотезы мы применили U-критерий Манна-Уитни для сравнения групп с низким и высоким уровнем ЭВ. Результаты статистического сравнения показали значимые различия между четырьмя стратегиями поведения в конфликтной ситуации. Таким образом, 2-я гипотеза была доказана: врачи с повышенным уровнем эмоционального выгорания выбирают неконструктивные стратегии разрешения в конфликтных ситуациях Приспособление и Избегание.

В целом, проделанную работу можно оценить положительно. Поставленная цель достигнута, задачи решены. Сформулированная проблема была решена – мы спланировали и организовали эмпирическое исследование, раскрывающее специфику поведения врачей в конфликтных ситуациях с разным уровнем эмоционального выгорания.

Таким образом, эмоциональное выгорание и стратегии разрешения конфликтных ситуаций у врачей связаны. Результаты работы имеют практическую значимость для психологов, в том числе работающих в организациях, поскольку позволяют оптимизировать межличностные отношения путем нивелирования эмоционального выгорания, способствуя формированию клиентоориентированной позиции. Также результаты исследования могут быть применены при составлении обучающих программ, коррекционной и психолого-педагогической работе с сотрудниками медучреждений.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Александрова Е.В. Социально-трудовые конфликты: пути разрешения. Москва: Сфера, 1993. 137 с.
2. Анцупов А.Я., Шипилов А.И. Конфликтология: Учебник для вузов. Москва: ЮНИТИ, 2000. 551 с.
3. Багаева В.В. Стратегии поведения в конфликте // СТЭЖ. 2015. №1 (20). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/strategii-povedeniya-v-konflikte> (дата обращения: 14.09.2022).
4. Бажович Е.Д. Вероятностный характер связи между внутри и межличностной конфликтностью подростков // Московский городской психолого-педагогический университет, 2017. 5–15 с.
5. Богданов Е.Н., Зазыкин В.Г. Психология личности в конфликте: Учебное пособие для вузов. 2-е изд. Санкт-Петербург: Питер, 2004. 221 с.
6. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других. Москва: Филин, 1996. 256 с.
7. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. Москва: Филин, 1999. 196 с.
8. Бойко В.В. Энергия эмоций. Санкт-Петербург: Питер, 2004. 474 с.
9. Бойко В.В. Правила эмоционального поведения. Санкт-Петербург: Речь, 1997. 286 с.
10. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. Санкт-Петербург, 1999. 105 с.
11. Болучевская В.В. Эмоциональное выгорание врачей как актуальная психологическая и медицинская проблема // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета, 2012. Вып. 2 (42). 5-13 с.
12. Бородкин Ф.М. Внимание: конфликт. 2-е изд. Новосибирск: Наука, 1989. 154 с.

13. Братченко С.Л., Миронова М.Р. Личностный рост и его критерии. // Психологические проблемы самореализации личности / Под ред. А.А. Крылова, Л.А. Коростылевой. Санкт-Петербург, 1997. 160 с.
14. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. Санкт-Петербург: Питер, 2008. 338 с.
15. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. Санкт-Петербург: Питер, 2009. 336 с.
16. Воронин Б.А., Фатеева Н.Б., Шарипова Н.Ф. Конфликты: стили и способы их разрешения // АОН. 2018. 226 с.
17. Глазкова Т.В. Взаимосвязь эмоционального выгорания и стратегий поведения в конфликте у педагогов учреждений дополнительного образования детей // Современное педагогическое образование. № 8, 2021. 17-21 с.
18. Говорин Н.В, Богданова Е.А. Психическое здоровье и социальное функционирование врачей // Сибирский медицинский журнал. № 8, 2012. 107-110 с.
19. Гришина Н.В. Социально-психологические конфликты и совершенствование взаимоотношений в коллективе.// Социально-психологические проблемы производственного коллектива / Под ред. Шороховой Е.В. Москва, 1983. 188-191 с.
20. Донцов А.И., Полозова Т.А. Проблема объективных детерминант межличностного конфликта в группе // Вестник МГУ. № 4, 1982. 23-32 с.
21. Доютова М.В. Профилактика конфликтов в профессиональной деятельности врачей поликлиники в представлении студентов медицинского университета // ФГАОУ ВПО «Балтийский федеральный университет им. И. Канта». Калининград: Медицинский Альманах. № 5, 2018. 21-24 с.

22. Ермакова Е.В. Изучение синдрома эмоционального выгорания как нарушения ценностно-смысловой сферы личности (теоретический аспект) // Культурно-историческая психология, 2010. 27–39 с.
23. Жуйкова Т.Н. Социальный конфликт как предмет научного исследования // Вестник Воронежского института МВД России. № 4, 2007. 3-7 с.
24. Ильина Т.И. Кризис идентичности как фактор проявления синдрома эмоционального выгорания у женщин–матерей // Человек и образование. Санкт-Петербург, 2019. 84-88 с.
25. Абульханова-Славская К.А., Богданов В.А., Семенов В.Е. и др.; Отв. ред. Шорохова Е.В. Социально-психологические проблемы производственного коллектива. Москва: Наука, 1983. 239 с.
26. Кашапов М.М. Влияние синдрома эмоционального выгорания на типы разрешения конфликтной ситуации молодыми врачами // Вестник Удмуртского университета. Вып.2, 2018. 198-204 с.
27. Китаев—Смык Л.А. Психология стресса / Китаев—Смык Л.А. Москва, 1988. 943 с.
28. Китаев—Смык Л.А. Сознание и стресс. Творчество. Выгорание. Невроз / Китаев—Смык Л.А. Москва: Смысл, 2015. 768 с.
29. Князев В.Н. Современное состояние проблемы эмоционального выгорания в психологической науке // Психологические науки. № 5, 2017. 180-186 с.
30. Колузаева Т.В. Эмоциональное выгорание: причины, последствия, способы профилактики // Академия управления МВД Москва: Психологические науки, 2020. 122-127 с.
31. Малеева Н.П., Павленко Т.Н., Дмитриева М.К. Формирование синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер различного профиля // Журнал научных статей. Здоровье и образование миллениум. №5, 2019. 52-56 с.

32. Малкина-Пых И.Г. Возрастные кризисы: Справочник практического психолога. Москва: Эксмо, 2005. 549 с.
33. Мурзина Ю.С., Мехтиханова Н.Н., Русакова Ю.Е. Мудрость как фактор предотвращения эмоционального выгорания медицинских работников // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. Т. 17. № 4, 2020. 685–704 с.
34. Неустроева О.В. Модели и стратегии разрешения конфликтов // Психологические науки, 2015. 8-11 с.
35. Николаева Т.А. Конфликты и стрессы как причины формирования синдрома эмоционального выгорания у средних медицинских работников / Николаева Т.А. // Год здравоохранения: перспективы развития отрасли. Материалы 51—й межрегиональной научно—практической конференции. №1, 2016. 343—344 с.
36. Обознов А.А., Доценко О.Н. Эмоциональная направленность учителей как личностный ресурс их устойчивости к выгоранию // Текст научной статьи по специальности «Психологические науки». Педагогический журнал Башкортостана, 2011. 227—237 с.
37. Огнерубов Н.А. Синдром эмоционального выгорания у врачей // Вестник ТГУ. Т. 18. № 4, 2013. 13-39 с.
38. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования // Психологический журнал. Т.22, №1, 2001. 90—101 с.
39. Пашенко М.В. К проблеме эмоционального выгорания у врачей // Молодой ученый. № 23 (103), 2015. 368-370 с.
40. Пищелко А.В. Личность в конфликте (влияние установки на тип конфликтного поведения). Домодедово: Всероссийский институт повышения квалификации работников МВД России, 1999. 36 с.
41. Подшивалова Д.В. Методы решения конфликтов // Вопросы студенческой науки. Вып. 12 (40), 2019. 101-113с.

42. Полякова О.Б. Категория и структура профессиональных деформаций // Национальный психологический журнал. №1(13), 2014. 55-62 с.
43. Решетова Т.В., Лобзунов А.Ю. Высокая зарплата - риск депрессии? Клинико-психологические взаимоотношения финансового благополучия, счастья и депрессии / Решетова Т.В, Лобзунов А.Ю. // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. №2, 2008. 55 – 59 с.
44. Рубцов В.В. Вызовы пандемии COVID -19; психическое здоровье, дистанционное образование, интернет – безопасность // Московский государственный психолого – педагогический университет, 2020. 9-13 с.
45. Рыбина О.В. Психологические характеристики врачей в состоянии профессионального стресса. Автореферат к диссертации на соискание научной степени кандидата психологических наук. // Санкт-Петербург, 2005.
46. Рябоконт К.А. Конструктивная коммуникативность медицинских работников // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. №1-1, 2020. 117-120 с.
47. Сайно О.В. Психология общения врача и пациента // Лечебное дело, 2021. 52-57 с.
48. Сарапулова А.В. Коммуникативные навыки студентов медицинского вуза: опыт наблюдения на кафедре поликлинической терапии // Медицинское образование и профессиональное развитие. №1 (23), 2016. 61-65 с.
49. Семенова Н.В., Вяльцин А.С., Авдеев Д.Б. Эмоциональное выгорание у медицинских работников // Современные проблемы науки и образования. №2, 2017. 43-49 с.
50. Семина Т.В. Социальный конфликт «врач – пациент» в современном российском обществе: объективные причины и субъективные факторы // Вестник Московского университета. Сер. 18. №1, 2016. 86-91 с.

51. Сирота Н.А. Эмоциональное выгорание врачей // Вестник. №4, 2017. 20-25 с.
52. Степанова Н.В. Особенности становления профессионально важных качеств врача на этапе начальной профессиональной подготовки // Вестник Самарской гуманитарной академии. Серия «Психология». № 1 (17), 2015. 84-90 с.
53. Ступак В.С., Колесникова С.М., Подворная Е.В. Организационные технологии динамического наблюдения за детьми раннего возраста с перинатальными заболеваниями // ТМЖ. №4 (38), 2009. 89-91 с.
54. Троицкая Н.А. Конфликтогены как триггер конфликтов выгорания в учреждениях первичного звена детского здравоохранения / Троицкая Н.А. // Медицина: вызовы сегодняшнего дня: материалы III Междунар. науч. конф. (г. Москва, январь 2016 г.). Москва: Буки—Веди, 2016. 73—77 с.
55. Трухан Е.А. Конфликт ролей, ролевая неопределенность и профессиональное выгорание / Трухан Е.А. // Психологическое сопровождение образовательного процесса. №3-1, 2013. 317-324 с.
56. Улумбекова Г.Э., Худова И.Ю. Технологии организации медицинской помощи вовремя и после эпидемии COVID-19 // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. Т.6, №4, 2020. 4–22 с.
57. Фельдштейн Д.И. Психология развивающейся личности / Фельдштейн Д.И. Москва, 1996. 192 с.
58. Халфина Р.Р. Формирование навыков бесконфликтного общения у работников Медико – генетического центра // Вестник Московского государственного областного университета. Сер. Психологические науки. № 4, 2020. 99-108 с.
59. Худова И.Ю. «Выгорание» у медицинских работников: диагностика, лечение, особенности в эпоху COVID -19// ОРГЗДРАВ: новости, мнение, обучение. Вестник ВШОУЗ, 2021. 42-47 с.

60. Чердымова Е.И., Чернышева Е.Л., Мачнев В.Я. Синдром эмоционального выгорания специалиста. Самара, 2019. 92 с.
61. Шевцова Ю.В. К вопросу о конфликтах между врачами и пациентами и психологической готовности врачей к работе // Медицинский альманах. № 5, 2011. 34-39 с.
62. Шевцова Ю.В. Роль коммуникативной компетенции врача в организации эффективного взаимодействия с пациентом и в разрешении и предотвращении конфликтных ситуаций // Азимут научных исследований: педагогика и психология. Т. 9. № 1 (30), 2020. 399-406 с.
63. Яковлева Н.В. Конфликтный потенциал профессиональной медицинской деятельности: организационный и личностный аспекты // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: сетевой журн. Т.7, 2019 53-60 с.
64. Ярошенко Е.И. Социально – психологическая модель эмоционального выгорания личности // Электронный научный журнал Курского государственного университета. № 1 (49), 2019. 1 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ТЕСТ ТОМАСА-КИЛМАННА

Инструкция: В каждой паре выберите то суждение, которое наиболее точно описывает ваше типичное поведение в конфликтной ситуации. Рассмотрим ситуацию, когда вы обнаруживаете, что ваши желания отличаются от желаний другого человека, Как вы обычно реагируете? Здесь вы найдете несколько пар утверждений, описывающих возможное ответное поведение. В каждой паре обведите утверждение «А» или «Б», которое наиболее характерно для вашего поведения. Во многих случаях ни поведение «А», ни поведение «Б» не являются для вас типичным. В таком случае выберите тот ответ, который в наибольшем приближении соответствует вашим возможным действиям.

СТИМУЛЬНЫЙ МАТЕРИАЛ (ВОПРОСЫ).

1. А) Иногда я предоставляю другим возможность взять на себя ответственность за решение спорного вопроса.
Б) Чем обсуждать то, в чём мы расходимся, я стараюсь обратить внимание на то, в чем согласны мы оба.
2. А) Я стараюсь найти компромиссное решение.
Б) Я пытаюсь уладить дело с учетом всех интересов другого и моих собственных.
3. А) Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего.
Б) Я стараюсь успокоить другого и стремлюсь, главным образом, сохранить наши отношения.
4. А) Я стараюсь найти компромиссное решение.
Б) Иногда я жертвую своими собственными интересами ради интересов другого человека.

5. А) Улаживая спорную ситуацию, я всё время стараюсь найти поддержку у другого.
Б) Я стараюсь сделать всё, чтобы избежать бесполезной напряжённости.
6. А) Я стараюсь избежать возникновения неприятностей для себя.
Б) Я стараюсь добиться своего.
7. А) Я стараюсь отложить решение сложного вопроса с тем, чтобы со временем решить его окончательно.
Б) Я считаю возможным в чём-то уступить, чтобы добиться чего-то другого.
8. А) Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего.
Б) Первым делом я стараюсь ясно определить то, в чём состоят все затронутые интересы и спорные вопросы.
9. А) Думаю, что не всегда стоит волноваться из-за каких-то возникающих разногласий.
Б) Я предпринимаю усилия, чтобы добиться своего.
10. А) Я твердо стремлюсь достичь своего.
Б) Я пытаюсь найти компромиссное решение.
11. А) Первым делом я стараюсь ясно определить то, в чем состоят все затронутые интересы и спорные вопросы.
Б) Я стараюсь успокоить другого и стремлюсь, главным образом, сохранить наши отношения.
12. А) Зачастую я избегаю занимать позицию, которая может вызвать споры.
Б) Я даю возможность другому в чём-то остаться при своем мнении, если он также идет навстречу мне.
13. А) Я предлагаю среднюю позицию.
Б) Я пытаюсь убедить другого в преимуществах своей позиции.
14. А) Я сообщаю другому свою точку зрения и спрашиваю о его взглядах.
Б) Я пытаюсь показать другому логику и преимущество своих взглядов.

- 15.А) Я мог бы постараться удовлетворить чувства другого человека и сохранить наши отношения.
- Б) Я стараюсь сделать всё необходимое, чтобы избежать напряженности.
- 16.А) Я стараюсь не задеть чувства другого.
- Б) Я пытаюсь убедить другого в преимуществах моей позиции.
- 17.А) Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего.
- Б) Я стараюсь сделать всё, чтобы избежать бесполезной напряжённости.
- 18.А) Если это сделает другого счастливым, я дам ему возможность настоять на своём.
- Б) Я дам возможность другому в чём-то оставаться при своём мнении, если он также идет мне навстречу.
- 19.А) Первым делом я стараюсь ясно определить то, в чем состоят все затронутые интересы и спорные вопросы.
- Б) Я стараюсь отложить решение сложного вопроса с тем, чтобы со временем решить его окончательно.
- 20.А) Я пытаюсь немедленно разрешить наши разногласия.
- Б) Я стараюсь найти наилучшее сочетание выгод и потерь для нас обоих.
- 21.А) Ведя переговоры, я стараюсь быть внимательным к желаниям другого.
- Б) Я всегда склоняюсь к прямому обсуждению проблемы.
- 22.А) Я пытаюсь найти позицию, которая находится посередине между моей и той, которая отстаивается другим.
- Б) Я отстаиваю свои желания.
- 23.А) Как правило, я озабочен тем, чтобы удовлетворить желания каждого из нас.
- Б) Иногда я предоставляю другим возможность взять на себя ответственность за решение спорного вопроса.
- 24.А) Если позиция другого кажется ему очень важной, я постараюсь пойти навстречу его желаниям.
- Б) Я стараюсь убедить другого в необходимости прийти к компромиссу.

- 25.А) Я пытаюсь показать другому логику и преимущество своих взглядов.
Б) Ведя переговоры, я стараюсь быть внимательным к желаниям другого.
- 26.А) Я предлагаю среднюю позицию.
Б) Я почти всегда озабочен тем, чтобы удовлетворить желания каждого.
- 27.А) Зачастую я избегаю занимать позицию, которая может вызвать споры.
Б) Если это сделает другого счастливым, я дам ему возможность настоять на своём.
- 28.А) Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего.
Б) Улаживая спорную ситуацию, я обычно стараюсь найти поддержку у другого.
- 29.А) Я предлагаю среднюю позицию.
Б) Думаю, что не всегда стоит волноваться из-за каких-то возникающих разногласий.
- 30.А) Я стараюсь не задеть чувств другого.
Б) Я всегда занимаю такую позицию в спорном вопросе, чтобы мы могли совместно с другим заинтересованным человеком добиться успеха.

КЛЮЧ К ТЕСТУ

В таблице подсчитывается число совпадений с Ключом. По каждой стратегии за одно совпадение - прибавляется 1 балл. Максимальное число – 12 баллов по каждой стратегии.

№	Конкуренци я	Сотрудничеств о	Компромис с	Избегани е	Приспособлени е
1				А	Б
2		Б	А		
3	А				Б
4			А		Б
5		А		Б	
6	Б			А	
7			Б	А	
8	А	Б			
9	Б			А	
10	А		Б		
11		А			Б
12			Б	А	
13	Б		А		
14	Б	А			
15				Б	А
16	Б				А
17	А			Б	
18			Б		А
19		А		Б	
20		А	Б		
21		Б			А
22	Б		А		
23		А		Б	
24			Б		А
25	А				Б
26		Б	А		
27				А	Б
28	А	Б			
29			А	Б	
30		Б			А
СУММА совпадени й с ключом (1-12 баллов)					

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Инструкция: Читайте суждения и отвечайте «да» или «нет». Примите во внимание, что, если в формулировках опросника идет речь о партнерах, то имеются в виду субъекты вашей профессиональной деятельности — пациенты, с которыми вы ежедневно работаете.

ТЕСТ

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

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

32. Бывают дни, когда мое эмоциональное состояние плохо сказывается на результатах работы (меньше делаю, снижается качество, случаются конфликты).
33. Порой я чувствую, что надо проявить к партнеру эмоциональную отзывчивость, но не могу.
34. Я очень переживаю за свою работу.
35. Партнерам по работе отдаешь внимания и заботы больше, чем получаешь от них признательности.
36. При мысли о работе мне обычно становится не по себе: начинает колоть в области сердца, повышается давление, появляется головная боль.
37. У меня хорошие (вполне удовлетворительные) отношения с непосредственным руководителем. 38. Я часто радуюсь, видя, что моя работа приносит пользу людям.
39. Последнее время (или как всегда) меня преследуют неудачи в работе.
40. Некоторые стороны (факты) моей работы вызывают глубокое разочарование, повергают в уныние.
41. Бывают дни, когда контакты с партнерами складываются хуже, чем обычно.
42. Я разделяю деловых партнеров (субъектов деятельности) хуже, чем обычно.
43. Усталость от работы приводит к тому, что я стараюсь сократить общение с друзьями и знакомыми.
44. Я обычно проявляю интерес к личности партнера помимо того, что касается дела.
45. Обычно я прихожу на работу отдохнувшим, со свежими силами, в хорошем настроении.
46. Я иногда ловлю себя на том, что работаю с партнерами автоматически, без души.

47. По работе встречаются настолько неприятные люди, что невольно желаешь им чего-нибудь плохого.
48. После общения с неприятными партнерами у меня бывает ухудшение физического или психического самочувствия.
49. На работе я испытываю постоянные физические или психологические перегрузки. 50. Успехи в работе вдохновляют меня.
51. Ситуация на работе, в которой я оказался, кажется безысходной (почти безысходной).
52. Я потерял покой из-за работы.
53. На протяжении последнего года была жалоба (были жалобы) в мой адрес со стороны партнера(ов).
54. Мне удастся беречь нервы благодаря тому, что многое из происходящего с партнерами я не принимаю близко к сердцу.
55. Я часто с работы приношу домой отрицательные эмоции.
56. Я часто работаю через силу.
57. Прежде я был более отзывчивым и внимательным к партнерам, чем теперь.
58. В работе с людьми руководствуюсь принципом: не трать нервы, береги здоровье.
59. Иногда иду на работу с тяжелым чувством: как все надоело, никого бы не видеть и не слышать. 60. После напряженного рабочего дня я чувствую недомогание.
61. Контингент партнеров, с которым я работаю, очень трудный.
62. Иногда мне кажется, что результаты моей работы не стоят тех усилий, которые я затрачиваю. 63. Если бы мне повезло с работой, я был бы более счастлив.
64. Я в отчаянии из-за того, что на работе у меня серьезные проблемы.
65. Иногда я поступаю со своими партнерами так, как не хотел бы, чтобы поступали со мной.

66. Я осуждаю партнеров, которые рассчитывают на особое снисхождение, внимание.
67. Чаще всего после рабочего дня у меня нет сил заниматься домашними делами.
68. Обычно я тороплю время: скорей бы рабочий день кончился.
69. Состояния, просьбы, потребности партнеров обычно меня искренне волнуют.
70. Работая с людьми, я обычно как бы ставлю экран, защищающий от чужих страданий и отрицательных эмоций.
71. Работа с людьми (партнерами) очень разочаровала меня.
72. Чтобы восстановить силы, я часто принимаю лекарства.
73. Как правило, мой рабочий день проходит спокойно и легко.
74. Мои требования к выполняемой работе выше, чем то, чего я достигаю в силу обстоятельств. 75. Моя карьера сложилась удачно.
76. Я очень нервничаю из-за всего, что связано с работой.
77. Некоторых из своих постоянных партнеров я не хотел бы видеть и слышать.
78. Я одобряю коллег, которые полностью посвящают себя людям (партнерам), забывая о собственных интересах.
79. Моя усталость на работе обычно мало сказывается (никак не сказывается) в общении с домашними и друзьями.
80. Если предоставляется случай, я уделяю партнеру меньше внимания, но так, чтобы он этого не заметил.
81. Меня часто подводят нервы в общении с людьми на работе.
82. Ко всему (почти ко всему), что происходит на работе я утратил интерес, живое чувство.
83. Работа с людьми плохо повлияла на меня как профессионала - обозлила, сделала нервным, притупила эмоции.
84. Работа с людьми явно подрывает мое здоровье.

ОБРАБОТКА ДАННЫХ

Каждый вариант ответа предварительно оценен компетентными судьями тем или иным числом баллов — указывается в «ключе» рядом с номером суждения в скобках. Это сделано потому, что признаки, включенные в симптом, имеют разное значение в определении его тяжести. Максимальную оценку - 10 баллов получил от судей признак, наиболее показательный для симптома.

В соответствии с «ключом» осуществляются следующие подсчеты: 1) определяется сумма баллов отдельно для каждого из 12 симптомов «выгорания», 2) подсчитывается сумма показателей симптомов для каждой из 3-х фаз формирования «выгорания», 3) находится итоговый показатель синдрома «эмоционального выгорания» — сумма показателей всех 12-ти симптомов.

«НАПРЯЖЕНИЕ»

1. Переживание психотравмирующих обстоятельств: +1(2), +13(3), +25(2), -37(3), +49(10), +61(5), -73(5)
2. Неудовлетворенность собой: -2(3), +14(2), +26(2), -38(10), -50(5), +62(5), +74(3)
3. "Загнанность в клетку": +3(10), +15(5), +27(2), +39(2), +51(5), +63(1), -75(5)
4. Тревога и депрессия: +4(2), +16(3), +28(5), +40(5), +52(10), +64(2), +76(3)

«РЕЗИСТЕНЦИЯ»

1. Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование: +5(5), -17(3), +29(10), +41(2), +53(2), +65(3), +77(5)
2. Эмоционально-нравственная дезориентация: +6(10), -18(3), +30(3), +42(5), +54(2), +66(2), -78(5)
3. Расширение сферы экономии эмоций: +7(2), +19(10), -31(2), +43(5), +55(3), +67(3), -79(5)
4. Редукция профессиональных обязанностей: +8(5), +20(5), +32(2), -44(2), +56(3), +68(3), +80(10)

«ИСТОЩЕНИЕ»

1. Эмоциональный дефицит: +9(3), +21(2), +33(5), -45(5), +57(3), -69(10), +81(2)
2. Эмоциональная отстраненность: +10(2), +22(3), -34(2), +46(3), +58(5), +70(5), +82(10)
3. Личностная отстраненность (деперсонализация): +11(5), +23(3), +35(3), +47(5), +59(5), +72(2), +83(10)
4. Психосоматические и психовегетативные нарушения: +12(3), +24(2), +36(5), +48(3), +60(2), +72(10), +84(5)

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ

Предложенная методика дает подробную картину синдрома «эмоционального выгорания». Прежде всего, надо обратить внимание на отдельно взятые симптомы. Показатель выраженности каждого симптома колеблется в пределах от 0 до 30 баллов: 9 и менее баллов — не сложившийся симптом, 10-15 баллов — складывающийся симптом, 16 и более — сложившийся. Симптомы с показателями 20 и более баллов относятся к доминирующим в фазе или во всем синдроме «эмоционального выгорания».

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПЫТУЕМЫХ ПО ФАЗАМ ЭВ

№ п/п	«Напряжение»	«Резистенция»	«Истощение»	ЭВ итог
1	31	20	17	68
2	30	36	23	89
3	75	51	63	189
4	5	22	18	45
5	22	94	41	157
6	18	23	47	88
7	20	33	38	91
8	42	36	11	89
9	41	74	63	178
10	34	24	26	84
11	80	93	80	253
12	4	28	30	62
13	16	39	43	98
14	13	47	16	76
15	22	52	26	100
16	0	34	23	57
17	58	85	54	197
18	53	44	36	133
19	5	16	23	44
20	9	45	33	87
21	18	52	26	96
22	57	84	58	199
23	86	68	51	205
24	34	93	45	172
25	14	30	44	88
26	3	47	18	68
27	31	37	56	124
28	25	48	36	109
29	23	30	21	74
30	42	83	70	195
31	24	13	8	45
32	68	64	60	192
33	8	20	18	46
34	46	38	68	152
35	18	52	51	121
36	71	68	90	229
37	37	64	50	151
38	18	52	31	101
39	60	42	57	159
40	19	42	18	79

41	22	69	48	139
42	29	46	36	111
43	46	92	64	202
44	36	44	30	110
45	23	52	33	108
среднее	31,911	49,467	39,956	121,33

**ПРИЛОЖЕНИЕ 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПЫТУЕМЫХ ПО ВЫРАЖЕННОСТИ
12 СИМПТОМОВ ЭВ**

Примечание: 0 - не сложился симптом, 1 - складывается, 2 - сложился

№№ испытуемых	«Напряжение»				«Резистенция»				«Истощение»			
	1. Переживание психотравмирующих обстоятельств	2. Неудовлетворенность собой:	3. «Загнанность в клетку»:	4. Тревога и депрессия:	1. Неадекватное эмоциональное реагирование	2. Эмоционально-нравственная дезориентация:	3. Расширение сферы экономии эмоций:	4. Редукция профессиональных обязанностей:	1. Эмоциональный дефицит:	2. Эмоциональная отстраненность:	3. Личная отстраненность (деперсонализация):	4. Психосоматические и психовегетативные нарушения:
1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
2	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0
3	2	1	1	2	2	0	1	2	2	0	2	1
4	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
5	2	0	0	0	2	2	2	2	0	0	2	1
6	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	1
7	1	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	2
8	2	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
9	1	1	0	1	2	1	2	2	2	2	1	1
10	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1
11	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2
12	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0
13	0	0	0	0	2	1	0	1	2	2	0	0
14	0	0	1	0	2	0	0	1	0	0	0	0
15	0	0	0	2	2	0	0	2	0	1	0	1
16	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0
17	2	0	0	2	1	2	2	2	0	1	2	2
18	1	0	0	2	0	1	1	1	1	0	1	0
19	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
20	0	0	0	0	2	1	0	2	0	2	0	0
21	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	1	0
22	2	1	0	1	2	2	1	2	2	2	2	0
23	2	2	2	2	1	0	2	2	1	2	1	1
24	1	0	0	1	2	2	2	2	0	2	2	0
25	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	1
26	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0
27	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1
28	1	0	0	0	2	0	1	1	0	1	1	0
29	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
30	2	0	0	1	2	0	2	2	2	1	1	2

31	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
32	2	1	2	1	1	0	2	2	0	0	2	1
33	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
34	2	0	0	2	1	0	0	1	2	1	2	2
35	0	0	0	0	1	0	1	2	0	2	1	1
36	2	1	2	1	1	2	2	1	2	2	2	1
37	2	0	0	0	1	1	2	0	1	2	1	1
38	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0
39	2	1	1	1	1	0	2	0	1	0	2	2
40	1	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	1
41	1	0	0	0	2	0	2	1	0	1	1	2
42	0	0	1	1	1	1	0	2	1	1	0	0
43	2	0	0	0	2	2	2	2	1	2	2	1
44	1	1	0	1	0	1	2	1	0	0	1	1
45	2	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	1
ИТОГ	41	15	14	25	45	28	43	50	29	37	36	31

**ПРИЛОЖЕНИЕ 5. ПЕРВИЧНЫЕ ДАННЫЕ ПО СТРАТЕГИЯМ
ПОВЕДЕНИЯ В КОНФЛИКТНОЙ СИТУАЦИИ**

№№ ИСПЫТУЕМЫХ	Конкуренция	Сотрудничество	Компромисс	Избегание	Приспособление
1	3	12	6	5	4
2	4	11	5	5	5
3	6	4	4	8	8
4	3	10	10	4	3
5	8	3	2	8	9
6	4	9	10	5	2
7	7	10	8	2	3
8	5	10	9	5	1
9	5	3	2	12	8
10	5	9	10	4	2
11	2	3	5	12	8
12	4	10	8	5	3
13	10	5	5	5	5
14	6	10	8	4	2
15	6	5	12	3	4
16	7	5	12	2	4
17	8	6	5	10	1
18	10	5	8	4	3
19	1	8	10	6	5
20	5	8	10	6	1
21	5	8	9	5	3
22	4	2	2	12	10
23	5	6	5	10	4
24	8	5	7	8	2
25	5	8	8	2	7
26	8	6	5	4	7
27	9	7	5	4	5
28	6	4	2	8	10
29	8	5	4	6	7
30	3	2	5	10	8
31	3	8	12	2	5
32	3	4	5	10	8
33	4	12	8	2	4
34	1	4	5	12	8
35	5	3	8	8	6
36	4	2	5	10	9
37	4	4	2	8	12
38	9	8	5	2	6
39	2	7	4	10	7

40	5	8	10	2	5
41	8	5	7	3	7
42	5	4	4	10	7
43	8	4	4	8	6
44	5	8	6	4	7
45	6	7	10	4	3
Среднее	5,377778	6,377778	6,577778	6,2	5,422222