

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ВЗАИМОСВЯЗИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У РАБОТНИКОВ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ	
1.1. Феномен профессионального выгорания в современной психологии.....	7
1.2. Феномен жизнестойкости в современной психологии	16
1.3. Особенности синдрома профессионального выгорания и жизнестойкости медицинских работников.....	21
Выводы по первой главе.....	27
ГЛАВА 2 ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У РАБОТНИКОВ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ	29
2.1 Организация и методы исследования	29
2.2 Количественный и качественный анализ полученных данных.	32
2.3 Анализ и интерпретация результатов исследования.....	39
Выводы по второй главе.....	45
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	47
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	49
ПРИЛОЖЕНИЕ	52

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования.

На данном этапе развития отечественного общества в условиях социально-экономической нестабильности, конкурентной борьбы в рынке работы, общественных стрессов, повышаются запросы, предъявляемые к профессионализму личности. Вместе с тем далеко не каждый имеет возможность приспособиться, продуктивно исполнять свою профессиональную деятельность и социальную роль, и благодаря этому увеличивается вероятность формирования негативных психических состояний.

Общеизвестно, что специальности медицинского профиля как никакие другие связаны с межличностным взаимодействием, следовательно, для врачей и медицинских сестёр, а в частности для работников поликлинических отделений, своевременная диагностика и коррекция подобных нарушений является весьма актуальной. Профессиональная деятельность врача предполагает эмоциональную насыщенность, психофизическое напряжение и высокий процент факторов, вызывающих стресс. Неся на себе «груз общения» доктор вынужден постоянно находиться в гнетущей атмосфере чужих отрицательных эмоций — служить то утешением для пациента, то мишенью для раздражения и агрессии. Исходя из этого, медицинские работники вынуждены воздвигать своеобразный барьер психологической защиты от пациента, становиться менее эмпатичными, чтобы избежать эмоционального выгорания.

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) — феномен довольно новый в российской психологии и психиатрии. Актуальность его для медицинского общества России была продемонстрирована в научных исследованиях. А именно, было выявлено, что распространённость СЭВ среди врачей психиатров, психиатров-наркологов, психотерапевтов составляет почти 80%. Признаки синдрома эмоционального выгорания

различной степени выраженности имели 58% специалистов, а у 16% данные нарушения имели развёрнутый характер с проявлениями всех стадий СЭВ.

На сегодняшний день важна проблема профилактики и предупреждения синдрома эмоционального выгорания среди работников медицинской сферы. Помимо выполнения «тестов на пригодность» перед обучением профессии, проведением специальных программ среди групп риска и регулярного психологического мониторинга одним из направлений работы по профилактике синдрома эмоционального выгорания может быть развитие жизнестойкости как системной способности к зрелым и сложным формам саморегуляции. Именно жизнестойкость - это тот фактор, внутренний ресурс, который находится во власти самого человека, то, что он может поменять и пересмотреть, то, что содействует поддержанию физического, психического и социального здоровья, установка, которая придает значимость существованию и смысл в любых обстоятельствах.

Степень разработанности темы исследования.

Теоретические положения нашего исследования базируются на современных подходах к изучению синдрома выгорания Н.Е. Водопьяновой, В.Е. Орла, Е.С. Старченковой, концепции стрессоустойчивости А.Б. Леонова, В.В. Лукьянова, О.В. Рыбиной.

Объект исследования – синдром эмоционального выгорания и личности.

Предмет исследования – взаимосвязь синдрома эмоционального выгорания и жизнестойкости работников поликлинического отделения.

Гипотеза исследования – существует отрицательная взаимосвязь между характеристиками жизнестойкости и эмоционального выгорания у работников поликлинического отделения: чем выше показатели жизнестойкости, тем ниже проявления СЭВ.

Цель исследования – выявить взаимосвязь синдрома эмоционального выгорания и жизнестойкости у работников поликлинического отделения.

Задачи:

1. Провести анализ теоретической литературы по проблематике синдрома эмоционального выгорания и жизнестойкости работников поликлинического отделения.

2. Подобрать адекватный психодиагностический инструментарий для эмпирического исследования синдрома эмоционального выгорания и жизнестойкости у работников поликлинического отделения.

3. Организовать эмпирическое исследование синдрома эмоционального выгорания и жизнестойкости у работников поликлинического отделения.

4. Проанализировать и проинтерпретировать результаты эмпирического исследования, сформулировать выводы о взаимосвязи синдрома эмоционального выгорания и жизнестойкости у работников поликлинического отделения.

Теоретико-методологические основы: теоретико-методологическим основанием работы являются концепции о закономерностях развития субъекта профессионализации (Л.М. Митина, Е. П. Ильин, Дж. Гринберг); теоретические подходы к формированию профессиональных деструкций (Рогов, Казанская); современные подходы к изучению синдрома выгорания (Н.Е. Водопьянова, В.Е. Орел, Е.С. Старченкова и др.), концепция жизнестойкости (С. Кобейна, С. Мадди)

Методы исследования. Для решения поставленных задач в работе были использованы теоретические, эмпирические методы, а также методы количественной обработки данных:

- Теоретические методы (анализ, сравнение, систематизация психологических сведений по теме исследования).

- Эмпирические методы: «Тест жизнестойкости» (С. Мадди в модификации Е.Н. Осина и Е.И. Рассказовой), методика диагностики эмоционального выгорания (В.В. Бойко), тест смысложизненных ориентаций (Д.А. Леонтьев);

- Методы математической статистики (методы описательной статистики, коэффициент корреляции Спирмена).

Теоретическая значимость работы заключается в операционализации ранее изученных фактов и систематизации их по жизнестойкости и профессиональному выгоранию медицинских работников поликлинического отделения.

Практическая значимость исследования: результаты данного исследования можно использовать в работе психолога для профилактики и коррекции синдрома эмоционального выгорания у сотрудников поликлинического отделения, посредством формирования жизнестойкости.

ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ВЗАИМОСВЯЗИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У РАБОТНИКОВ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

1.1 Феномен профессионального выгорания в современной психологии

Проблемой профессионального выгорания личности психологи занимаются вот уже больше 30 лет, «местом рождения» и становления данного психологического феномена является США. Западные специалисты по психологии отмечают, что история исследования выгорания в североамериканской науке прошла две фазы, и за минувшие 10 лет изучения данного психического состояния выходят на качественно новый уровень познания в науке.

Первый период - период «поисков» (70 гг. XX столетия, США). Задача, поставленная перед психологами, состояла в том, чтобы изучить природу и операционализировать понятие «выгорание личности». Объектом изучения были представители «помогающих профессий» (доктора, психологи, психиатры) [16].

В данный период феномен выгорания исследовался двумя параллельными направлениями - психиатрическим и социально-психологическим. Именно представитель психиатрического (или клинического) направления Х. Дж. Фрайденберг в 1974 г. предложил понятие «burn-out». Х. Дж. Фрайденберг исследовал свойства психологического состояния здоровых людей, пребывающих в активном и близком взаимодействии с больными, клиентами и пациентами в эмоционально загруженной обстановке при оказании профессиональной помощи. Таким образом, признаки выгорания и сущность психического здоровья были предметами изучения психиатрического направления [13, с. 76].

Следует заметить, что в английской психологической литературе необходимо различать термин «burnout» от психиатрического термина «burn

out». «Burn out» связан с остаточными явлениями шизофрении, симптоматика чего выражается по-другому [7, с. 147].

Второй аспект, с которым связаны изучения выгорания в период «поисков», был социально-психологический. Идею «выгорания» как трехсимптомного комплекса сформулировали К. Маслач и ее коллеги [13, с. 78]. Первая публикация, о данном вопросе, появилась в 1978 г. К. Маслач в качестве социального психолога изучала взаимодействие людей в ситуационном контексте работы. К ситуативным условиям выгорания были определены: а) большое количество клиентов; б) преимущественно отрицательная обратная связь от клиента; в) дефицит ресурсов личности для совладания со стрессом [17].

Таким образом, в 70-х годах XX столетия исследовалась сущность и условия выгорания, то есть качественная сторона явления. Способами изучения были интервью, анализ определенных ситуаций и мониторинг. Практико-ориентированная направленность в изучении выгорания обуславливалась социальными, экономическими, историческими и культурными факторами 70-х годов XX столетия. Эти факторы связаны с развитием сферы услуг в США.

В 80-х годах XX столетия началась методологическая фаза в исследовании синдрома выгорания. Все силы были ориентированы на оценку этого психического явления. Были придуманы опросники и разрабатывалась методология исследования в рамках индустриально-организационной психологии. В 1981 г. К. Маслач опубликовал МВІ - инструмент для измерения выгорания [13, с. 79].

При этом выгорание стало пониматься как форма трудового стресса, связанная с понятиями удовлетворенности работой, организационной культуры и текучести кадров [14, с. 146]. Индустриально-организационный подход совместил клиническое и психологическое направления исследования выгорания.

Со второй половины 90-х годов исследование синдрома выгорания в североамериканской психологии поднялось на качественно новый уровень - кроме условий предметом изучения выдвигались и иные нюансы этого психологического явления:

1. Выгорание стало исследоваться не только в широком круге общественных специальностей, но и у «конторских» сотрудников, военных, управляющих специальностей. Кроме того, объектом исследования рассматриваются рабочие профессии из «несоциальной сферы» (разработчики программного обеспечения, пилоты и т.д.).

2. Работы по изучению выгорания строятся на разработанную методологию. К. Маслач сформулировала выгорание не только как форму, но и как результат длительного стресса в труде. Это психическое явление формируется под влиянием 6-ти «областей» организационных факторов. К. Маслач считает, что в профессиональной деятельности существует 6 групп стрессовых воздействий: «рабочие нагрузки», «контроль и автономность сотрудника», «восприятие вознаграждения», «психологическая совместимость сотрудника с деятельностью и коллегами», «восприятие справедливости» и «конгруэнтность ценностей работника с декларируемыми/скрытыми ценностями организации» [5, с. 43].

3. Диагностические инструменты стали разнообразнее. На данном этапе иностранные специалисты измеряют выгорание при помощи нескольких диагностических инструментов: MBI, SBS и The Tedium Scale [5, с. 46]. Наиболее популярной методикой по измерению выгорания считается MBI, все остальные конструируются на его подобии. Тем не менее тест MBI критикуется многочисленными экспертами из-за того, что данная методика преимущественно измеряет черты личности и установки, чем ситуационные факторы выгорания.

4. Предметом изучения зарубежных ученых стал противоположность явления выгорания. В качестве такового К. Маслач было предложено понятие «вовлеченность», что характеризует направленностью

на работу, эмоциональный подъем, позитивное взгляд на собственный труд. К. Маслач полагает, что увеличение вовлеченности в работу наиболее продуктивно, нежели обучение работников действенным копинг- стратегиям [13, с. 92].

5. Наблюдается «выход» синдрома выгорания из узкого толкования его в рамках трудовой деятельности и получение им статуса экзистенциального явления. «Выгорающий» или «выгоревший» индивид чувствует тяжелую симптоматику душевных потерь из-за продолжительного психического напряжения в эмоционально или когнитивно сложных ситуациях профессионального взаимодействия с другими людьми. В следствие чего появляется психическое (субъективное) и физиологическое неблагополучие, уменьшается либо теряется трудовая активность и трудоспособность, пропадает удовлетворенность качеством жизни и исполнением смысла жизни. В.Е. Орел отмечает: «Западные специалисты выходят за рамки интерперсонального подхода и оценивают выгорание как проявление эрозии человеческой души в целом, независимо от типа профессиональной деятельности» [13, с. 101].

В английской литературе было опубликовано больше тысячи заметок по «эмоциональному сгоранию». Впрочем, проведенные исследования носили главным образом описательный и эпизодический характер. Проблемы изучения явления до 80-х годов связаны с неопределенностью и многокомпонентностью его описательных характеристик, а кроме того с неимением подходящего диагностического инструментария. В наше время психологи выделяют около ста симптомов, так или иначе связанных с психическим «выгоранием» [15]. В основном они носят описательный характер, никак не доказанный эмпирическими исследованиями.

В МВІ синдром психического выгорания показан как трехмерная структура, состоящая из: эмоционального истощения, деперсонализации и редуцировании личных достижений.

В модели немецких исследователей Энзмана и Клейбера выделяются три вида истощения: деморализация, истощение и потеря мотивации.

Взаимовлияние факторов определяет динамику формирования процесса «выгорания». Авторы динамической фазовой модели «burn-out» - Р.Т. Голембиевский и Р.Ф. Голембиевский - описывают три степени и восемь фаз «выгорания», имеющие отличия взаимоотношением показателей по всем трем факторам (под значениями показателей понимается оценка баллов, набранных по субшкалам опросника «МВІ», относительно среднестатистических величин). Данная модель дает возможность выделить среднюю степень «выгорания», при которой наблюдаются высокие показатели эмоционального истощения, и представляет собой переходный уровень. До этой стадии «выгорания» эмоционально-энергетический «запас» противодействует возрастающей деперсонализации и редукции личных достижений.

Ученые из Японии полагают, что для определения выгорания к трехфакторной модели Маслач следует добавить четвертый фактор «Involvement» (зависимость, вовлеченность), характеризующийся головными болями, нарушением сна, раздражительностью и др., а кроме того присутствием аддиктивного поведения (пристрастием к алкоголю, курению). Множество психологов допускает потребность учета именно трех составляющих для определения наличия и степени «выгорания». При этом вклад каждого из факторов различен (к примеру, исключение фактора «персональные достижения» сближает синдром выгорания с депрессией). Существует также двухфакторный подход - Д.В. Дайрендонк, У.Б. Шефли - согласно которому в синдром «выгорания» [24, с. 96]:

- эмоциональное истощение - «аффективный» фактор, относится к сфере жалоб на плохое физическое самочувствие, нервное напряжение;
- деперсонализация - «установочный» фактор, проявляется в изменении отношений к пациентам или к себе.

При анализе синдрома «выгорания» как одномерной конструкции, Пинес и Аронсон — данный феномен оценивают, как состояние физического и психологического истощения, вызванного долговременным присутствием в ситуациях, которые эмоционально насыщены и даже сверхнасыщены. Широм считает «выгорание» комбинацией физического, эмоционального и когнитивного истощения или утомления, при этом главным фактором является эмоциональное истощение. Дополнительные компоненты «burn-out» представлены результатом поведения (купирования стресса), приводящего к деперсонализации или собственно когнитивно-эмоционального выгорания, которое выражается в редуцировании персональных достижений. В противовес двум предыдущим подходам, авторы одномерного подхода не ограничивают «выгорание» определенными группами специалистов [5, с. 115].

Итак, на данный период развития науки изучения выгорания ведутся как в психологии стрессовых состояний, так и в рамках психологии профессиональной деятельности и экзистенциальной психологии. Синдром психического «выгорания» широко изучается иностранными психологами уже больше 25 лет. В российской психологии внимание к данному явлению появился сравнительно не так давно [4].

У людей, с синдромом профессионального выгорания, обычно, обнаруживается сочетание психопатологических, психосоматических, соматических симптомов и признаков социальной дисфункции. Прослеживается затяжная усталость, когнитивная дисфункция (патологии памяти, внимания), патологии сна, изменения личности. Также вероятно формирование беспокойного, подавленного состояния, аддиктивного поведения, самоубийство. Общими соматическими симптомами являются: головные боли, гастроэнтерологические проблемы и кардиологические (тахикардия, аритмия, гипертония) патологии [27, с. 29].

Выделяют 5 ключевых групп симптомов, характерных для синдрома профессионального выгорания:

- физиологические симптомы (утомленность, физическая усталость; изменение веса; нарушения сна; плохое общее самочувствие, в т.ч. по ощущениям; проблемы с дыханием, астма; рвота, гипергидроз, дрожь; увеличение артериального давления; язвы и воспалительные заболевания кожи; болезни сердечнососудистой системы) [7, с. 56];

- эмоциональные симптомы (дефицит чувств и эмоций; пессимизм, циничность и холодность в работе и личной жизни; равнодушие, утомленность; беспомощность и чувство слабости; враждебность, нервозность; взволнованность, беспокойство, неумение сконцентрироваться; подавленность; истерики, душевные страдания; утрата идеалов, веры или профессионального будущего; увеличение деперсонализации своей или других - люди обезличиваются, как куклы; преобладает чувство одиночества);

- поведенческие симптомы (рабочий график более 45 часов в неделю; во время профессиональной деятельности признаки усталости и стремления отдохнуть; равнодушие к пище; небольшая физическая нагрузка; оправдание в злоупотреблении табачный средств, спиртного, медицинских препаратов; несчастные случаи - падения, травмы, аварии и пр.; импульсивное эмоциональное поведение) [7, с. 56];

- интеллектуальное состояние (снижение заинтересованности к новым теориям и идеям в работе, к альтернативным подходам в решении проблем; уныние, тоска, апатия, снижение интереса к жизни; преобладание стандартных шаблонов в работе, рутины, нежели творческого подхода; циничность либо равнодушие к новому; малое участие или отказ от участия в развивающих экспериментах - тренингах, образовании; формальное выполнение работы);

- социальные симптомы (невысокая общественная активность; отсутствие заинтересованности в досуге, интересах; социальные контакты ограничиваются рабочими отношениями; скромные взаимоотношения на работе и дома; чувство обособленности, недопонимания других и другими;

чувство недостатка поддержки со стороны родственников, коллег и товарищей) [7, с. 56].

Итак, синдром профессионального выгорания характеризуется выраженным сочетанием симптомов нарушения в психической, соматической и социальной сферах жизни.

На данный момент есть несколько теорий, выделяющих стадии профессионального выгорания.

Дж. Гринберг предлагает рассматривать профессионального выгорание как пятиступенчатый прогрессирующий процесс [13, с. 119].

- Первый этап эмоционального выгорания («медовый месяц») сотрудник как правило доволен профессиональной деятельностью и поручениями, относится к ним с воодушевлением. Вместе с тем по мере продолжения стресса на работе трудовая деятельность начинает приносить все меньше удовольствия и работник становится менее заинтересованным.

- Второй этап эмоционального выгорания («недостаток топлива»). Возникает чувство утомленности, равнодушие, имеют все шансы появиться проблемы со сном. Без вспомогательной мотивации и поощрения у сотрудника исчезает заинтересованность в собственной трудовой деятельности или пропадает престижность работы в данном учреждении и эффективность его работы. Вероятны нарушения трудовой дисциплины и отчуждённость от прямых обязанностей. В случае высокой заинтересованности сотрудник может продолжать гореть, подпитываясь внутренними ресурсами, однако во вред собственному здоровью.

- Третий этап профессионального выгорания (хронические симптомы). Излишняя профессиональная деятельность без остановки, в особенности у «трудооголиков», приводит к таким физическим явлениям, как изнурение и склонность к болезням, а также психологическим переживаниям - затяжной нервозностью, повышенной озлобленности, либо ощущению угнетенности, безвыходности. Неизменное чувство недостатка времени.

- Четвертый этап профессионального выгорания (кризис). Обычно формируются постоянные и продолжительные болезни, в следствие чего индивид отчасти, либо целиком утрачивает функциональность. Обостряются чувства недовольства собственной деятельностью и качеством жизни.

- Пятый этап профессионального выгорания («пробивание стены»). Физиологические и психологические проблемы переходят в острую форму и могут вызвать формирование серьезных болезней, угрожающих жизни индивида. У сотрудника возникает такое количество проблем, что его профессиональная деятельность в организации находится под угрозой.

Таким образом, на нынешнем этапе развития науки изучение выгорания ведутся как в психологии стрессовых состояний, так и в рамках психологии профессиональной деятельности и экзистенциальной психологии. Синдром психического «выгорания» широко исследуется в зарубежной психологии уже более 25 лет. В российской психологической науке интерес к данному явлению появился сравнительно недавно.

На данный момент отсутствует общее мнение на структуру профессионального выгорания, невзирая на отличия в подходах к изучению данного феномена, можно заключить, что он представляет собой личностную деформацию из-за эмоционально трудных или стрессовых взаимоотношений в системе «человек-человек». Последствия «выгорания» имеют все шансы отражаться как в психосоматических расстройствах, так и в сугубо психологических личностных изменениях, все это имеет непосредственное значение для социального и психосоматического здоровья личности [31].

1.2 Феномен жизнестойкости в современной психологии

Психологическая устойчивость личности является сложным и емким качеством личности. В нем объединен целый комплекс способностей, широкий круг разноуровневых явлений. Бытие личности разнопланово, что находит отражение в разных аспектах ее психологической устойчивости. Л.В.Куликов, описывая психологическую устойчивость личности, на передний план выводит три аспекта психологической устойчивости:

- стойкость, стабильность;
- уравновешенность, соразмерность;
- сопротивляемость (резистентность).

Согласно Л.В. Куликову [7], стойкость проявляется в преодолении сложностей как умение быть решительным, быть уверенным в себе и собственных возможностях, как умение к эффективной психической саморегуляции. Стабильность проявляется в умении сохранить возможности личности функционировать, реализовывать самостоятельность, совершенствоваться, приспособляться. Пониженная стойкость побуждает к тому, что, оказавшись в рискованной ситуации (ситуация испытания, ситуация потери, ситуация социальной деривации) индивид преодолевает ее с отрицательными результатами для психического и соматического здоровья, для развития личности, для сформировавшихся межличностных взаимоотношений.

Согласно Л.В. Куликову, уравновешенность это — способность соразмерять уровень напряжения с ресурсами своей психики и организма. Уровень напряжения всегда обусловлен не только стрессорами и внешними факторами, но и их субъективной интерпретацией, оценкой. Уравновешенность, как составная часть психологической устойчивости, проявляется в способности уменьшить отрицательное воздействие субъективной составляющей в возникновении напряжения, в способности удерживать напряжение в приемлемых пределах. Уравновешенность — это

также способность избегать крайностей в силе отклика на происходящие события [7].

Сопrotивляемость — это способность к сопротивлению факторам и явлениям, ограничивающим свободу выбора и поведения в некоторых ситуациях и в выборе образа жизни в целом. Основной стороной сопротивляемости является индивидуальная и личностная самодостаточность в аспекте свободы от зависимости [7].

Итак, психологическая устойчивость — это качество личности, отдельными аспектами которого являются стойкость, уравновешенность, сопротивляемость. Оно предоставляет возможность личности противодействовать трудностям в жизни, негативному давлению обстоятельств, беречь состояние здоровья и функциональность в различных обстоятельствах.

Более подробно и четко, согласно взгляду Д.А. Леонтьева, представление о жизнестойкости описал С. Мадди. Жизнестойкость предполагает собой систему убеждений человека о самом себе, об окружающем мире и о взаимоотношениях с ним, которая состоит из 3 компонентов (вовлеченность, контроль, принятия риска) и содействует оценке событий как менее травматических и успешному совладению со стрессом [23].

Компонент вовлеченность (commitment) определяется как «убежденность в том, что вовлеченность в происходящее дает максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для личности». Индивид с сформированным компонентом вовлеченности приобретает удовольствие от собственной деятельности. В противовес этому, недостаток такой убежденности формирует чувство отчужденности, ощущение будто жизнь проходит мимо [13].

Контроль (control) предполагает собой уверенность в том, что сопротивление оказывает воздействие на результат происходящего, пусть даже это влияние не абсолютно и успех не гарантирован.

Противоположность этому — ощущение полного бессилия. Индивид с хорошо сформированным элементом контроля понимает, что самостоятельно выбирает собственную деятельность, собственный путь [13].

Принятие риска (challenge) — вера индивида в то, что все случившееся, способствует его развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта — положительного или отрицательного. Индивид, который рассматривает свое существование как средство приобретения опыта, готовый действовать без надежных гарантий успеха, на свой страх и риск, веря, что желание к обычному комфорту и безопасности обедняет существование индивида. В основе принятия риска лежит концепция развития при помощи активного усвоения знаний из опыта и дальнейшее их применение [13].

В отечественной психологии понятие жизнестойкости различается с понятием С. Мадди. Вместо этого существует плеяда определений различных авторов:

- Субъектность по С. Л. Рубинштейн – самостоятельная активность, осознанная саморегуляция;
- «Смысл жизни» – В. Э. Чудновский – основная направленность и осмысленность жизни человека;
- «Личностный адаптационный потенциал» А. Г. Маклаков – сложная переменная, обуславливающая эффективность социально-психической адаптации;
- «Жизнетворчество» Д. А. Леонтьев – личностно-ориентированная практика развития и коррекции отношений с миром [2].

Л. А. Александрова говорит о том, что жизнестойкость является на самом деле психологической живучестью, позволяющая обладающей ей индивиду вовлекаться в происходящее, принимать риск, в известной степени влиять на себя, т.е. данная характеристика отображает психическое здоровье человека.

Е. В. Медведева рассматривает понятие жизнестойкости как уровень способности человека выдерживать и преодолевать стрессовые ситуации, при этом не понижая продуктивность деятельности и сохраняя внутреннюю согласованность психических процессов.

С. А. Богомаз экспериментально подтвердил, что жизнестойкость человека связана с преодолением различных стрессовых ситуаций, поддержанием должного уровня физического и психического здоровья, а также с преобладанием положительного спектра эмоций, направленных на собственную жизнь.

Опираясь на основные положения деятельностного подхода, мы можем определить, что качество деятельности индивида будет зависеть от внутренней направленности, а также от смыслов и ценностей индивида. Которые в свою очередь определяют направленность и оценки выполняемой деятельности индивидом.

Таким образом жизнестойкость на уровне психики и деятельности можно определить системой ценностей, а также личных смыслов индивида. Тем самым это согласуется с позицией С.Л. Рубинштейна, утверждающим то, что в основе развития личности лежит постоянное вхождение и преодоление трудностей на путях высших ценностей.

А.Н. Леонтьев подчеркивал, единственным средством анализа сознания, стоит выделять анализ смыслов сознания индивида. По его мнению, любой процесс целенаправленной деятельности сопровождается приобретением смысла данной деятельности для человека.

Связи устойчивости со смысловой регуляцией прослеживается в работах Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева, Л.Г. Дикой, В.А. Пономаренко.

Определивших зрелость и взрослость личности индивида, через умение осмысленно выстраивать цели жизни и ориентироваться на них. А также осмысление жизни индивида.

Согласно концепции динамической смысловой сферы Д.А. Леонтьева, высшая смысловая регуляция представлена ценностями, определяющими

смыслообразование по отношению ко всем остальным структурам. Раскрывая природу смыслов индивида автор определяет природу ценностей, как модель должного и модель желательного преобразования действительности. Ценности индивида создают образ желаемого будущего индивида, обуславливая его сегодняшнюю деятельность. Ориентируя вектор развития личности на воплощения будущего, через его осмысленное представление. Также помогая сохранения устойчивости личности в момент кризиса нереализованности.

1.3 Особенности синдрома профессионального выгорания и жизнестойкости медицинских работников

Как показывают социальные и психологические исследования чаще всего профессиональному выгоранию подвержены сотрудники, принадлежащие к сфере медицины. Профессиональное выгорание у специалистов, работающих в сфере здравоохранения выражается в виде нарастающего равнодушия к своим профессиональным обязанностям, ко всему, что происходит на работе, дегуманизации в форме растущего негативизма по отношению, как к больным, так и к сотрудникам, ощущении собственной профессиональной несостоятельности, чувстве неудовлетворенности трудовой деятельностью, явлениях деперсонализации, а в результате в резком ухудшении качества жизни [26, с. 193].

В будущем имеют все шансы сформироваться расстройства невротического характера и психосоматические заболевания. Формированию этого состояния способствует необходимость работы в напряженном ритме с высокой эмоциональной и психологической нагрузкой личностного взаимодействия с трудным контингентом. Вместе с этим развитию синдрома способствует отсутствие надлежащего вознаграждения (не только финансового, но и психологического) за выполненную работу, что заставляет индивида считать, что его деятельность не несет ценности для общества [11].

Фрейденберг утверждал, что такое состояние формируется у людей, которые склонны к состраданию, идеалистическому отношению к работе, вместе с тем неустойчивым, любителей мечтать, одержимых навязчивыми идеями. В данном случае профессиональное выгорание может представлять собой механизм психологической защиты в форме частичного, либо полного исключения эмоций в ответ на события, травмирующие психику [13, с. 213].

В 1982 году Маслач, Пельман и Хартман уточнили феномен «профессиональное выгорание», в следствие чего выделился его синдром. Последние из специалистов, обобщив многочисленные определения

«выгорания», подчеркнули три главных компонента: эмоциональное и/или физическое истощение, деперсонализация и сниженная рабочая продуктивность [5, с. 142].

Эмоциональное истощение выражается в чувстве эмоционального перенапряжения и в ощущении пустоты внутри, истощенности собственных эмоциональных ресурсов. Индивид ощущает, что больше не способен выполнять работу с той же страстью, увлеченностью, как раньше [30].

Деперсонализация взаимосвязана с формированием безразличного и даже отрицательного расположения к людям, с которыми индивид обязан взаимодействовать по роду работы. Взаимодействие с этими людьми становится формальным, обезличенным; формирующиеся негативные установки сначала могут иметь скрытый характер и выразиться во внутренне сдерживаемом раздражении, которое со временем прорывается наружу и приводит к конфликтному взаимодействию [18, с. 6].

Снижение трудовой эффективности выражается в пониженной самооценке своей компетентности (в отрицательном восприятии себя как специалиста), недовольстве собой, неодобрительные отношении к себе как личности.

К трем основным факторам, играющим существенную роль в «профессиональном выгорании» медицинских работников, относят следующие: личностный, ролевой и организационный [3].

Из числа личностных особенностей, формирующих «выгорание», Фрейнденберг выделяет эмпатию, доброту, увлекаемость, сосредоточенность на своем внутреннем мире, фанатичность. Существует информация, что у представительниц слабого пола эмоциональное истощение формируется активнее, нежели у мужчин, хотя данное подтверждается не во всех исследованиях. А. Пайнс с коллегами установили взаимосвязь «выгорания» с ощущением важности себя на рабочем месте, с профессиональным продвижением, независимостью и уровнем контроля со стороны начальства. Важность работы представляет собой преграду для развития «выгорания». В

то же время неудовлетворенность профессиональным ростом, необходимость в помощи, недостаток самостоятельности содействует появлению «выгорания». В.И. Ковальчук отмечает значимость таких личностных особенностей, как уровень самооценки и локус контроля. Людям с низкой самооценкой и экстернальным локусом контроля большей степени грозит напряжение, вследствие чего они больше подвержены «выгоранию» [18, с. 7].

К. Кондо наиболее незащищенными, «выгорающими» считает тех, кто действует в стрессовых ситуациях агрессивно, в борьбе, вспыльчиво, любыми способами, а также «трудоголиков», а именно людей, которые посвятили себя только профессиональной деятельности, кто нашел свое предназначение в медицине и работает до самозабвения.

Ролевой фактор по Кондо и Куунарпуу проявляется в ролевой конфликтности, ролевой неопределенности.

К организационному фактору, содействующему формированию «выгорания», относят: многочасовое выполнение профессиональной деятельности без должного оценивания, имеющей трудноизмеримое содержание, требующей исключительной эффективности; неадекватность содержанию работы характера руководства со стороны руководства и т.д. [10].

Как отмечает В.И. Ковальчук, среди организационных факторов «выгоревшие» лица указывают на следующие причины «выгорания»: высокий уровень стресса и объем работы, в особенности при очень небольших сроках выполнения работы; однообразие трудовой деятельности из-за большого количества повторений; большой вклад в работу собственных внутриличностных ресурсов и отсутствие признания и положительной оценки; физическое бессилие, отсутствие нормального отдыха и нарушение режимов сна; деятельность без дальнейшего профессионального совершенствования; враждебные и конфликтные взаимоотношения с окружающими; отсутствие поддержки от коллег; эмоциональная насыщенность или когнитивная сложность коммуникации и др. [24, с. 90].

На данный момент выделяют примерно сто симптомов, так или иначе связанных с профессиональным выгоранием [28, с. 3]. Сперва необходимо отметить, что условия профессиональной деятельности порой могут являться и причиной синдрома хронической усталости, который довольно часто сопутствует синдрому эмоционального выгорания. При синдроме хронической усталости жалобы медработников таковы: постоянно увеличивающееся чувство слабости, пониженная работоспособности; снижение переносимости когда-то ранее обычных нагрузок; переутомление; болезненные ощущения в мышцах; нарушения сна; головные боли; рассеянность; нервозность; пониженная мыслительная активность и снижение концентрации внимания. У людей с синдромом хронической усталости может проявляться длительное повышение температуры в теле, боли в горле. При постановке этого диагноза необходимо принимать во внимание, что при этом должны отсутствовать другие причины или заболевания, способные вызвать появление подобных симптомов.

Основные факторы, напрямую влияющие на формирование профессионального выгорания медработников, являются:

- высокая интенсивность трудового дня, обусловленная взаимодействием с людьми, в основном имеющими разные заболевания;
- большое разнообразие разного по содержанию и эмоциональной напряженности взаимоотношения с коллегами и больными;
- высокая ответственность за результат взаимодействия с больными и коллегами;
- определенная зависимое положение от коллег и пациентов;
- понимание индивидуальных особенностей, притязания и экспектации;
- навязчивое стремление на неофициальные взаимоотношения при решении проблем больных;

- враждебные или натянутые ситуации контакта, спровоцированные недоверчивостью, несогласием и проявляющиеся в разных формах отказа от дальнейшего взаимодействия [13, с. 121].

Сфера труда с людьми, имеющими тяжелые хронические заболевания, является одной из самых сложных и эмоционально затратных. Отрицательные стороны работы в этой области заключаются в том, что:

1. Из-за постоянной работы с сильными эмоциональными переживаниями формируются защитные механизмы, снижающие тяжесть переживания этих эмоций, вследствие чего возможна потеря чувствительности к эмоционально-значимым переживаниям больных и их родственников, попавших в трудную ситуацию.

2. Само взаимодействие с больными, попадающими в отделения, нередко может быть затруднено в силу особенностей соматического или психического статуса. Пациенты с тяжелыми и хроническими заболеваниями могут недоверчиво относиться к медицинскому персоналу и воспринимают свое пребывание в больнице как неизбежность.

Все это приводит к истощению медицинских работников, им кажется, что они ни в чем не успешны, считают больных «неблагодарными», со временем привыкают не привязываться к больным, равнодушно относиться к проблемам, что существенно понижает результативность работы [1].

Результаты работы с определенными категориями больных бывают неощутимы и неконкретны, а затраты на эту работу велики. Эффективность работы в медицине, зависит от разных людей и обстоятельств, порой определенному человеку весьма тяжело ощутить значимость своей работы в жизнь пациента. Помимо этого, лечение многих длительно формирующихся болезней и состояний требует продолжительного времени.

Большая загруженность на работе и недостаток финансовых ресурсов предоставляют небольшие перспективы для профессионального роста, посещения курсов повышения квалификации, научных конференций и

семинаров. Копятся личные проблемы, неизбежно появляющиеся в эмоционально-травмирующих ситуациях в работе.

В следствие чего у медицинских работников исчезает страсть к работе, присутствует чувство, что ничего нельзя изменить, что больной обречен или относится к категории «потребителей», появляется желание винить самого больного, его членов семьи, коллег, начальство, систему здравоохранения вообще и государство, искать простейшие объяснения трудностям, появляющимся в процессе лечения больного [13, с. 123].

Итак, условия, опосредующие профессиональное выгорание, - это не только высокая нагрузка (интенсивность, длительность и когнитивная сложность ситуаций общения в медицине), но и невысокая заработная плата, а кроме того связанные с этим неудовлетворительные качества жизни: социальная несправедливость и отсутствие защищенности, утрата престижности профессии доктора, медицинской сестры, фельдшера.

Именно для медработников характерны повседневное многообразие как эмоционально, так и когнитивно сложных ситуаций взаимодействия, повышенная ответственность за результат коммуникации, частое отсутствие положительного результата или мотивационного подкрепления (положительной обратной связи). Данные особенности межличностного взаимодействия выступают в качестве общих профессиональных стрессов для всех медработников и могут привести к возникновению и формированию профессионального выгорания личности. [6]

Выводы по первой главе

На основе вышеперечисленного материала можно сделать следующие выводы:

Во-первых, в настоящее время нет общего мнения относительно структуры профессионального выгорания, однако, невзирая на различия в подходах к исследованию этого феномена, можно сказать, что он предполагает собой деформацию личности из-за эмоционально трудных или стрессовых взаимоотношений в системе «человек-человек». Последствия «выгорания» могут выражаться как в психосоматических нарушениях, так и в сугубо психологических изменениях личности, то и другое имеет непосредственное значение для социального и психосоматического здоровья личности.

Во-вторых, как показывают социальные и психологические исследования зачастую профессиональному выгоранию подвергаются работники медицинской сферы. У работников в сфере здравоохранения профессиональное выгорание выражается в качестве возрастающего равнодушия к своей профессиональной деятельности, к происходящему на работе, возрастающего негативизма как к больным, так и к коллегам, чувстве собственной профессиональной несостоятельности, отсутствии удовлетворения от работы, явлениях деперсонализации, а в результате отрицательные изменения качества жизни. В будущем имеют все шансы сформироваться невротические расстройства и психосоматические нарушения. К трем основным факторам, играющим значительную роль в «профессиональном выгорании» работников медицинской сферы, относят следующие: личностный, ролевой и организационный.

В-третьих, фактор, вызывающее профессиональное выгорание, - это не только коммуникативная нагрузка, но и низкая заработная плата, а кроме того связанные с этим неудовлетворительные качества жизни: социальная несправедливость и отсутствие защищенности, утрата престижности

профессии доктора, медицинской сестры, фельдшера. Профилактика и коррекция при синдроме эмоционального выгорания значительно похожи: то, что защищает от формирования этого синдрома, может быть использовано и при коррекции уже сформированного эмоционального выгорания. Возможно пользоваться различными подходами: личностно-ориентированные методики, направленные на улучшение способностей личности противостоять стрессу через изменение своего поведения, отношения; меры, направленные на изменение рабочего окружения.

ГЛАВА 2 ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У РАБОТНИКОВ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

2.1 Организация и методы исследования

В исследовании приняло участие 40 человек. Из них 77% женского пола (31 женщина), 23% мужского пола (9 мужчин). Все испытуемые принадлежат к возрастному периоду 40-60 лет, что соответствует периоду взрослости, согласно периодизации Э.Х. Эриксона [19]. Это период, когда для человека решающим становится «отношение к продуктам собственного труда и к своему потомству». Человек стремится к продуктивности и творчеству, к реализации своих возможностей передать что-то следующему поколению. Все испытуемые на момент исследования находились в процессе трудовой деятельности, являясь штатными сотрудниками Хозрасчетной поликлиники Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Свердловской области "Свердловской областной клинической больницы № 1".

1. Тест жизнестойкости (С. Мадди) в модификации Е.Н. Осина и Е.И. Рассказовой.

Автор методики – Сальваторе Мадди.

Предлагаемый тест позволяет оценить способности и готовности человека активно и гибко действовать в ситуации стресса и трудностей, степень его уязвимости к переживаниям стресса и депрессивности.

Участнику исследования предлагается ответить на 24 утверждения. Из шкалы могут быть извлечены 4 показателя: вовлечённость, контроль, принятие риска и общий показатель жизнестойкости. После подсчета суммируется общий балл жизнестойкости и показатели для каждой из 3 субшкал (вовлеченности, контроля и принятия риска). Полученный результат может быть сравнен с нормативным.

2. Диагностика эмоционального выгорания личности (В.В. Бойко).

Автор методики – Виктор Васильевич Бойко.

Опросник личностный, предназначенный для диагностики такого психологического феномена как «синдром эмоционального выгорания», возникающего у человека в процессе выполнения различных видов деятельности, связанных с длительным воздействием ряда неблагоприятных стресс-факторов.

Стимульный материал теста состоит из 84 утверждений, к которым испытуемый должен выразить свое отношение в виде однозначных ответов «да» или «нет». Методика позволяет выделить следующие 3 фазы развития стресса: «напряжение», «резистенция», «истощение».

Для каждой из указанных фаз определены ведущие симптомы «выгорания», разработана методика количественного определения степени их выраженности. Ниже приводится перечень выявляемых симптомов на разных стадиях развития «эмоционального выгорания».

«Напряжение».

Переживание психотравмирующих обстоятельств;

Неудовлетворенность собой;

«Загнанность в клетку»;

Тревога и депрессия.

«Резистенция».

Неадекватное эмоциональное избирательное реагирование;

Эмоционально-нравственная дезориентация;

Расширение сферы экономии эмоций;

Редукция профессиональных обязанностей.

«Истощение».

Эмоциональный дефицит;

Эмоциональная отстраненность;

Личностная отстраненность (деперсонализация);

Психосоматические и психовегетативные нарушения.

3. Тест "Смысло-жизненные ориентации" (методика СЖО) Д. А. Леонтьева.

Автор методики – Дмитрий Алексеевич Леонтьев.

Методика позволяет оценить "источник" смысла жизни, который может быть найден человеком либо в будущем (цели), либо в настоящем (процесс) или прошлом (результат), либо во всех трех составляющих жизни.

Тест СЖО содержит 20 пар утверждений, отражающих представление о факторах осмысленности жизни личности.

Участнику исследования предлагается ответить на 20 пар противоположных утверждений. Из шкалы могут быть извлечены 6 показателей: Субшкала 1 (цели в жизни). Субшкала 2 (процесс жизни). Субшкала 3 (результат жизни). Субшкала 4 (локус контроля — Я). Субшкала 5 (локус контроля — жизнь). Общий показатель — осмысленность жизни (ОЖ) — все 20 пунктов.

2.2 Количественный и качественный анализ полученных данных

К первичным описательным статистикам относят числовые характеристики распределения измеренного на выборке признака. Каждая такая характеристика отражает в одном числовом значении свойство распределения множества результатов измерения: с точки зрения их расположения на числовой оси либо с точки зрения их изменчивости. Основное назначение каждой из первичных описательных статистик – замена множества значений признака, измеренного на выборке, одним числом (например, средним значением как мерой центральной тенденции). Компактное описание группы при помощи первичных статистик позволяет интерпретировать результаты измерений, в частности, путем сравнения первичных статистик разных групп.

Наиболее очевидной и часто используемой мерой центральной тенденции является среднее значение. Среднее (выборочное среднее, среднее арифметическое) – определяется как сумма всех значений измеренного признака, деленная на количество суммированных значений. Но его использование ограничивается тем, что на величину среднего влияет каждое отдельное значение. Определение среднего значения позволяет нам наглядно проследить ведущие тенденции с последующим их анализом.

Дисперсия – мера изменчивости для метрических данных, пропорциональная сумме квадратов отклонений измеренных значений от их арифметического среднего. Чем больше изменчивость в данных, тем больше отклонения значений от среднего, тем больше величина дисперсии. Величина дисперсии получается при усреднении всех квадратов отклонений.

В ходе эмпирического исследования мы получили следующие данные (см. Приложение).

Результаты описательной статистики данных, полученных с помощью теста жизнестойкости (С. Мадди) в модификации Е.Н. Осина и Е.И. Рассказовой, методики диагностики эмоционального выгорания личности (В.В. Бойко) и теста "Смыслжизненных ориентаций" (методика СЖО) Д. А. Леонтьева.

Таблица 1

Результаты методики жизнестойкости (С. Мадди) в модификации Е.Н. Осина и Е.И. Рассказовой респондентов с высоким уровнем жизнестойкости

Шкалы	Мин.	Макс.	Ср.знач.	Дисперс.	Станд.откл.
Вовлеченность	19	30	23,7	14,98	3,87
Контроль	13	22	17,53	9,22	3,04
Принятие риска	9	18	13,5	7,98	2,83
Общий уровень жизнестойкости	42	67	54,73	41,65	6,45

Таблица 2

Результаты методики жизнестойкости (С. Мадди) в модификации Е.Н. Осина и Е.И. Рассказовой респондентов с низким уровнем жизнестойкости

Шкалы	Мин.	Макс.	Ср.знач.	Дисперс.	Станд.откл.
Вовлеченность	7	17	13,3	10,01	3,16
Контроль	3	13	9,9	8,99	3
Принятие риска	3	9	5,6	4,04	2,01
Общий уровень жизнестойкости	13	39	28,8	57,96	7,61

Таблица 3

Результаты методики эмоционального выгорания (В.В. Бойко) сотрудников, не имеющих эмоциональное выгорание

Шкалы	Мин.	Макс.	Ср.знач.	Дисперс.	Станд.откл.
-------	------	-------	----------	----------	-------------

Фаза напряжения	11	36	22,87	41,36	6,43
Переживание психотравмирующих обстоятельств	2	10	6,1	4,71	2,17
Неудовлетворённость собой	2	9	5,5	5,57	2,36
«Загнанность в клетку»	3	11	6,07	5,37	2,32
Тревога и депрессия	2	9	5,23	3,98	1,99
Фаза резистенция	14	35	22,8	33,06	5,75
Неадекватное эмоциональное избирательное реагирование	2	9	5,1	6,09	2,47
Эмоционально-нравственная дезориентация	2	11	6,17	6,42	2,53
Расширение сферы экономии эмоций	2	9	5,67	5,68	2,38
Редукция профессиональных обязанностей	3	9	5,87	2,67	1,63
Фаза истощение	9	36	23,67	38,71	6,22
Эмоциональный дефицит	2	9	5,97	5,34	2,31
Эмоциональная отстраненность	2	13	5,73	6,89	2,63
Личностная отстраненность (деперсонализация)	2	9	6,1	4,3	2,07
Психосоматические и психовегетативные нарушения	2	10	5,87	4,74	2,18

Респонденты получают огромное удовольствие от собственной деятельности, знают, что своими действиями способны повлиять на результат происходящего, готовы действовать на свой страх и риск. Опрашиваемые умеет избавляться от накопившегося отчаяния, испытывают удовлетворение от себя и избранной профессии, имеют ресурсы для выхода из сложных ситуаций, не испытывают переживаний относительно себя и выбранной профессии. Тестируемые способны отнестись к пациенту внимательно и с искренним сочувствием, не имеют склонности к делению

окружающих на «плохих» и «хороших», готовы уделить пациенту столько времени, сколько нужно для полного объяснения возникшей проблемы. Опрашиваемые готовы войти в положение пациента, проблемы больных вызывают эмоциональный отклик, тестируемых не тяготит общение с больными.

Таблица 4

Результаты методики эмоционального выгорания (В.В. Бойко) сотрудников, имеющих эмоциональное выгорание

Шкалы	Мин.	Макс.	Ср.знач.	Дисперс.	Станд.откл.
Фаза напряжения	37	49	44	19,11	4,37
Переживание психотравмирующих обстоятельств	7	16	11,8	6,4	2,53
Неудовлетворённость собой	10	16	12,6	4,93	2,22
«Загнанность в клетку»	7	15	9,7	6,46	2,54
Тревога и депрессия	7	15	9,9	5,88	2,42
Фаза резистенция	37	50	43,2	19,07	4,37
Неадекватное эмоциональное избирательное реагирование	7	16	10,8	8,18	2,86
Эмоционально-нравственная дезориентация	7	15	12,1	6,77	2,6
Расширение сферы экономии эмоций	8	12	10,1	1,88	1,37
Редукция профессиональных обязанностей	6	16	10,2	10,62	3,26
Фаза истощение	39	50	44,3	16,01	4
Эмоциональный дефицит	10	15	12,6	2,93	1,71
Эмоциональная отстраненность	8	16	11,2	5,29	2,3
Личностная отстраненность (деперсонализация)	8	15	10,6	5,6	2,37
Психосоматические и психовегетативные нарушения	5	14	9,90	10,99	3,31

Респонденты не получают удовольствия от собственной работы, не уверены, что способны своими действиями каким-либо образом повлиять на сложившуюся ситуацию, присутствует ощущение интеллектуально-эмоционального тупика, часто наблюдается ситуативная и личностная тревога. Опрашиваемые перестают улавливать разницу между двумя принципиально отличающимися явлениями: экономичное проявление эмоций и неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, эмоции не пробуждают или недостаточно стимулируют нравственные чувства, имеют чувство пресыщенности человеческими контактами, часто пытаются облегчить или сократить обязанности, требующие эмоциональных затрат. Тестируемые все больше проявляют негативные эмоции, нежели положительные, не в состоянии войти в положение больного, больные воспринимаются как неодушевленный предмет, контакт с ними может вызывать негативные мысли и плохое настроение.

Таблица 5

Результаты методики «Смыслоразнонаправленные ориентации» (методика СЖО) Д. А. Леонтьева сотруddников без эмоционального выгорания

Шкалы	Мин.	Макс.	Ср.знач.	Дисперс.	Станд.откл.
Субшкала 1 (цели) 42	23	40	32,73	19,1	4,37
Субшкала 2 (процесс) 35	18	33	26,4	20,25	4,5
Субшкала 3 (результат)	16	34	26,43	23,7	4,87
Субшкала 4 (локус контроля - Я)	15	26	20,5	13,02	3,61
Субшкала 5 (локус контроля - жизнь)	20	39	31,23	38,19	6,18
Общий показатель ОЖ	94	168	137,3	343,46	18,53

Респонденты живут завтрашним днём, их можно охарактеризовать как целеустремленных людей, имеют цели в будущем, которые придают их жизни осмысленность, направленность и временную перспективу. Испытуемые воспринимают сам процесс своей жизни как интересный, насыщенный эмоционально и наполненный смыслом. Опрашиваемые отражают, что их пройденный отрезок жизни был продуктивен и осмыслен. Респонденты считают себя сильными личностями, которые обладают достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о ее смысле. Тестируемые убеждены, что им самим дано контролировать течение собственной жизни, они свободны в выборе принятия решений и воплощении их в жизнь.

Таблица 6

Результаты методики «Смысложизненные ориентации» (методика СЖО) Д. А. Леонтьева сотрудников с эмоциональным выгоранием

Шкалы	Мин.	Макс.	Ср.знач.	Дисперс.	Станд.откл.
Субшкала 1 (цели) 42	14	21	18,2	4,4	2,1
Субшкала 2 (процесс) 35	11	19	15,2	5,29	2,3
Субшкала 3 (результат)	12	18	15,6	3,82	1,96
Субшкала 4 (локус контроля - Я)	10	14	12,4	1,6	1,26
Субшкала 5 (локус контроля - жизнь)	15	21	18,4	3,16	1,78
Общий показатель ОЖ	69	90	79,8	40,84	6,39

Респонденты имеют привычку жить сегодняшним или вчерашним днем, у них отсутствуют цели в будущем, их можно охарактеризовать как бесхарактерных и нерешительных. Жизнь для опрашиваемых является

крайне бессмысленной и бесцельной, каждый день их жизни похож на предыдущий. Тестируемые не считают, что добились успеха в осуществлении жизненных планов, считают, что их жизненный путь не имел смысла. Испытуемых нельзя назвать сильными личностями, уверены, что жизнь не представляет возможности свободы выбора для построения собственной жизни в соответствии со своими целями. Респонденты убеждены, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, свобода выбора иллюзорна и бессмысленно что-либо загадывать на будущее.

2.3 Анализ и интерпретация результатов исследования

Для сравнения данных обследованных выборок мы использовали коэффициент корреляции Спирмена.

Таблица 7

Сравнение выборок по коэффициенту корреляции Спирмена

		Психосоматические нарушения	Личностная отстраненность	Эмоциональная отстраненность	Эмоциональный дефицит	Фаза истощение	Регуляция профессиональных обязанностей	Расширение сферы экономики эмоций	Эмоци. нравственная дезориентация	Неадекватное эмоциональное избирательное	Фаза резистенция	Тревога и депрессия	Загнанность в клетку	Неудовлетворенность собой	Переживание психотравмирующих обстоятельств	Фаза напряжение	Жизнестойкость
Жизнестойкость	Коэффициент корреляции	- ,441**	- ,605**	- ,589**	- ,691**	- ,637**	- ,581**	- ,543**	- ,545**	- ,533**	- ,630**	- ,674**	- ,649**	- ,667**	- ,469**	- ,697**	1,000
	Знач. (2-сторонняя)	,004	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,002	,000	.
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Фаза напряжение	Коэффициент корреляции	,597**	,707**	,708**	,789**	,871**	,558**	,668**	,635**	,733**	,790**	,763**	,857**	,889**	,837**	1,000	- ,697**

	ии																
	Знач. (2-х сторонняя)	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Переживание психотравмирующих обстоятельств	Коэффициент корреляции	-,469**	,837**	1,000	,629**	,615**	,634**	,635**	,635**	,494**	,572**	,413**	,674**	,578**	,534**	,543**	,485**
	Знач. (2-х сторонняя)	,002	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,008	,000	,000	,000	,000	,002
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Неудовлетворенность собой	Коэффициент корреляции	-,667**	,889**	,629**	1,000	,746**	,609**	,730**	,685**	,675**	,573**	,556**	,833**	,760**	,744**	,714**	,469**
	Знач. (2-х сторонняя)	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,002
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Загнанность в клетку	Коэффициент корреляции	-,649**	,857**	,615**	,746**	1,000	,498**	,695**	,633**	,526**	,571**	,491**	,804**	,724**	,641**	,613**	,591**
	Знач. (2-х сторонняя)	,000	,000	,000	,000	.	,001	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,000

	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Тревога и депрессия	Коэффициент корреляции	-,674**	,763**	,634**	,609**	,498**	1,000	,690**	,534**	,601**	,574**	,582**	,624**	,650**	,541**	,463**	,483**
	Знач. (2-х сторонняя)	,000	,000	,000	,000	,001	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,003	,002
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Фаза резистенция	Коэффициент корреляции	-,630**	,790**	,635**	,730**	,695**	,690**	1,000	,796**	,811**	,807**	,769**	,824**	,790**	,683**	,603**	,551**
	Знач. (2-х сторонняя)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Неадекватное эмоциональное избирательное реагирование	Коэффициент корреляции	-,533**	,733**	,635**	,685**	,633**	,534**	,796**	1,000	,548**	,524**	,453**	,733**	,714**	,541**	,597**	,488**
	Знач. (2-х сторонняя)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,001	,003	,000	,000	,000	,000	
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Эмоци.нравственная дезорие	Коэффициент корреляции	-,545**	,635**	,494**	,675**	,526**	,601**	,811**	,548**	1,000	,507**	,583**	,676**	,721**	,659**	,371*	,426**
	Знач. (2-х сторонняя)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40

Интация	ии																	
	Знач. (2-х сторонняя)	,000	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,001	,000	,000	,000	,000	,0018	,006
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Расширение сферы экономики и эмоций	Коэффициент корреляции	-,543**	,668**	,572**	,573**	,571**	,574**	,807**	,524**	,507**	1,000	,584**	,669**	,581**	,548**	,609**	,443**	
	Знач. (2-х сторонняя)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,001	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,004
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Редукция профессиональных обязанностей	Коэффициент корреляции	-,581**	,558**	,413**	,556**	,491**	,582**	,769**	,453**	,583**	,584**	1,000	,601**	,575**	,584**	,423**	,427**	
	Знач. (2-х сторонняя)	,000	,000	,008	,000	,001	,000	,000	,003	,000	,000	.	,000	,000	,000	,007	,006	
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Фаза истощение	Коэффициент корреляции	-,637**	,871**	,674**	,833**	,804**	,624**	,824**	,733**	,676**	,669**	,601**	1,000	,893**	,742**	,796**	,721**	
	Знач. (2-х сторонняя)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	

	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Эмоциональный дефицит	Коэффициент корреляции	- ,691**	,789**	,578**	,760**	,7724**	,650**	,790**	,7714**	,7721**	,581**	,575**	,893**	1,000	,582**	,671**	,602**
	Знач. (2-х сторонняя)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Эмоциональная отстраненность	Коэффициент корреляции	- ,589**	,708**	,534**	,744**	,641**	,541**	,683**	,541**	,659**	,548**	,584**	,742**	,582**	1,000	,471**	,393*
	Знач. (2-х сторонняя)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,002	,012	
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Личностная отстраненность	Коэффициент корреляции	- ,605**	,707**	,543**	,714**	,613**	,463**	,603**	,597**	,371*	,609**	,423**	,796**	,671**	,471**	1,000	,417**
	Знач. (2-х сторонняя)	,000	,000	,000	,000	,000	,003	,000	,000	,018	,000	,007	,000	,000	.	,008	
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Психосоматические нарушения	Коэффициент корреляции	- ,441**	,597**	,485**	,469**	,591**	,483**	,551**	,488**	,426**	,443**	,427**	,721**	,602**	,393*	,417**	1,000
	Знач. (2-х сторонняя)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40

ия	ии																
	Знач. (2-х стор оння я)	,0 04	,0 00	,0 02	,0 02	,0 00	,0 02	,0 00	,0 01	,0 06	,0 04	,0 06	,0 00	,0 00	,0 12	,0 08	.
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40

** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

Таким образом, в данном исследовании статистически значимые корреляционные связи между показателем жизнестойкости и эмоционального выгорания личности присутствуют.

Мы можем отметить, что респонденты без синдрома эмоционального выгорания действительно имеют различия в показателях жизнестойкости в сравнение с респондентами с синдромом эмоционального выгорания. Высокие показатели жизнестойкости говорят об осознанности жизни респондента. Такое поведение обуславливает и менее болезненное преодоление трудностей, возникающих в жизни индивида. Что говорит о важности развития жизнестойкости в профессиональной сфере.

Уровень жизнестойкости будет выше у индивида без эмоционального выгорания, а наличие эмоционального выгорания, в свою очередь, определяет уровень жизнестойкости индивида. Отсутствие эмоционального выгорания позволяет увеличить показатели жизнестойкости индивида, что помогает человеку справляться с трудностями, возникающими в профессиональной сфере.

Выводы по второй главе

Мы провели исследование с целью выявить взаимосвязь жизнестойкости и синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников поликлинического отделения. Для этого мы отобрали выборку и разделили ее на 2 группы: без синдрома эмоционального выгорания и с синдромом эмоционального выгорания.

Респонденты без синдрома эмоционального выгорания получают огромное удовольствие от собственной деятельности, знают, что своими действиями способны повлиять на результат происходящего, готовы действовать на свой страх и риск. Опрашиваемые умеют избавляться от накопившегося отчаяния, испытывают удовлетворение от себя и избранной профессии, имеют ресурсы для выхода из сложных ситуаций, не испытывают переживаний относительно себя и выбранной профессии. Тестируемые способны отнестись к пациенту внимательно и с искренним сочувствием, не имеют склонности к делению окружающих на «плохих» и «хороших», готовы уделить пациенту столько времени, сколько нужно для полного объяснения возникшей проблемы. Опрашиваемые готовы войти в положение пациента, проблемы больных вызывают эмоциональный отклик, тестируемых не тяготит общение с больными.

Респонденты не получают удовольствия от собственной работы, не уверены, что способны своими действиями каким-либо образом повлиять на сложившуюся ситуацию, присутствует ощущение интеллектуально-эмоционального тупика, часто наблюдается ситуативная и личностная тревога. Опрашиваемые перестают улавливать разницу между двумя принципиально отличающимися явлениями: экономичное проявление эмоций и неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, эмоции не пробуждают или недостаточно стимулируют нравственные чувства, имеют чувство пресыщенности человеческими контактами, часто пытаются облегчить или сократить обязанности, требующие эмоциональных затрат. Тестируемые все больше проявляют негативные эмоции, нежели

положительные, не в состоянии войти в положение больного, больные воспринимаются как неодушевленный предмет, контакт с ними может вызывать негативные мысли и плохое настроение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Во время проведения нами исследования нами была изучена психологическая литература по вопросу жизнестойкости, синдрома эмоционального выгорания и соотношения данных показателей у работников поликлинических отделений. Были выделены мнения различных авторов по данным вопросам, после чего мы выделили из них наиболее значимые части. В результате мы на теоретическом уровне выделили и описали структуру синдрома эмоционального выгорания, проследили и описали историческое развитие понимания данного понятия. Те же самые мероприятия были проведены с понятием «жизнестойкость». В конечном итоге мы выбрали те направления исследования данных феноменов, на которых основывали наше исследование.

В начале исследования нами была выдвинута гипотеза, что существует отрицательная взаимосвязь между характеристиками жизнестойкости и эмоционального выгорания у работников поликлинического отделения: чем выше показатели жизнестойкости, тем ниже проявления СЭВ.

При использовании коэффициента корреляции Спирмена было выявлено, что статистически значимые корреляционные связи между показателем жизнестойкости и эмоционального выгорания личности присутствуют.

Практическая значимость исследования состоит в возможности использования разработанных рекомендаций и выводов, полученных в результате исследования, это говорит о возможности профилактики и коррекции низкого уровня жизнестойкости и синдрома эмоционального выгорания.

Подводя итог можно сделать вывод о том, на данный момент отсутствует общее мнение на структуру профессионального выгорания, невзирая на отличия в подходах к изучению данного феномена, можно заключить, что он представляет собой личностную деформацию из-за

эмоционально трудных или стрессовых взаимоотношений в системе «человек-человек». Последствия «выгорания» имеют все шансы отражаться как в психосоматических расстройствах, так и в сугубо психологических личностных изменениях, все это имеет непосредственное значение для социального и психосоматического здоровья личности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине/Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдчиц. - М.: Наука, 1998. - С.231-244.
2. Александрова, Л.А. К концепции жизнестойкости в психологии // Сибирская психология сегодня : [Текст] : Сб. научн. трудов. Вып. 2/Л.А. Александрова. М. : МГУ, 2008. - С. 82-90.
3. Безносков, С.П. Профессиональная деформация личности [Текст] С.П. Безносков. - СПб. : Речь, 2009. - 326 с.
4. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. - СПб, 2007.
5. Введение в психологию [Текст] : учеб. для студентов вузов ; под ред. А.В. Петровского. - М. : Академия, 2005. - 380 с.
6. Винокур В.А., Рыбина О.В. Синдром профессионального выгорания у медицинских работников: психологические характеристики и методические аспекты диагностики // Психодиагностика и психокоррекция / Руководство для врачей и психологов. - СПб.: Питер, 2008.-384 с. - Гл.7. - С.205-235
7. Водопьянова Н.Е. Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика - 2-е издание - СПб: Питер, 2008. - 338 с.
8. Водопьянова, Н. Е. Психодиагностика стресса [Текст] /Н.Е.Водопьянова - СПб. : Питер, 2009. - 224 с.
9. Гуревич, К.М. Психологическая диагностика [Текст] : учеб. для студентов вузов / Гуревич К.М., Акимова М.К., Берулава Г.А. [и др.] - М. : Высш. шк. , 2008. - 290 с.
10. Донцов, А.М. Психология коллектива [Текст] : учебник / А.М. Донцов. - М. : Флинта, 2005. - 256 с.
11. Захаров С. Синдром выгорания у врачей. /С. Захаров // Интернет: http://forums.rusmedserv.com/show_thread.php?t=8748
12. Знаков В.В. Исследование профессионально важных качеств у мед. работников // Психологический журнал. - 2004. - №3. - С.71 – 81

13. Изард, К. Э. Психология эмоций / К.Э. Изард.- СПб.: Питер, 2010,-464с
14. Климов, Е. А. Введение в психологию труда / Е.А. Климов. М., 1998. -256 с.
15. Обухова, Л.Ф. Психология: теории, факты, проблемы [Текст] / Л.Ф. Обухова. - М. : Тривола, 2004. - 352с.
16. Орел В.Е. Феномен "выгорания" в зарубежной психологии: эмпирические исследования // Психологический журнал. - 2001. - Т.22, №1. - С.90-101
17. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы // Психологический журнал. 2001. № 1. С. 54 - 63.
18. Основы психодиагностики [Текст] : учеб. для студентов вузов / под ред. А.Г. Шмелева. - М. : Академия, 2007. - 423 с.
19. Практикум по возрастной психологии: / Под ред. Л.А. Головей, Е.Ф. Рыбалко. - СПб.: Речь, 2001. - 688 с
20. Резников, Е.Н. Актуальные проблемы межличностных отношений [Текст] Е.Н. Резников //Вест. Моск. ун-та. Сер. 19. Психология. - 2009. - №3. - С. 96 99.
21. Родина, О. Н. О понятии «успешность трудовой деятельности» // Вестник МГУ. Сер. 14 Психология. 1996. №3, С. 60-67.
22. Ронгинская Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях // Психологический журнал. 2012. № 3. С. 85 - 95.
23. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии. [Текст] : монография в 2 томах. Т. 1. /С.Л. Рубинштейн. - М.: Инфра - М, 2009. - 488 с. Психологические тесты/Под ред. А.А. Карелина - В 2х-т. - Т. 1. - М.:ВЛАДОС, 2003. - 312 с.
24. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии. [Текст] : монография в 2 томах. Т. 1. /С.Л. Рубинштейн. - М.: Инфра - М, 2009. - 488 с.

- 25.** Психологические тесты/Под ред. А.А. Карелина - В 2х-т. - Т. 1. - М.:ВЛАДОС, 2003. - 312 с.
- 26.** Самоукина, Н. В. Психология профессиональной деятельности / Н.В. Самоукина. СПб.: Питер, 2007. 224 с.
- 27.** Сидоров П. Синдром эмоционального выгорания // Медицинская газета, 2005 - №43. - С.25-32
- 28.** Скугаревская, М.М. Синдром эмоционального выгорания // Медицинские новости. - 2009. - №7. - С. 3-9.
- 29.** Трунов, Д.Г. Еще раз о профессиональной деформации // Психологическая газета. - 2006. - № 6. С. 32-34.
- 30.** Форманюк, Т.В. Синдром «эмоционального сгорания» как показатель профессиональной дезадаптации личности// Вопросы психологии. - 2008. - № 6. - С. 7 - 9.
- 31.** Щербатых, Ю. В. Психология стресса и методы коррекции [Текст] /Ю. В.Щербатых. - СПб. : Питер, 2008. - 250 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Таблица 1

Результаты теста жизнестойкости (С. Мадди) в модификации Е.Н. Осина и Е.И. Рассказовой

№	пол	вовлеченность	контроль	принятие риска	жизнестойкость
1	ж	19	18	11	48
2	ж	27	22	14	63
3	ж	25	14	15	54
4	ж	30	20	13	63
5	ж	29	21	15	65
6	ж	19	14	17	50
7	ж	28	19	10	57
8	ж	19	14	9	42
9	ж	22	22	10	54
10	ж	27	13	17	57
11	ж	26	17	16	59
12	ж	25	13	14	52
13	ж	28	17	11	56
14	ж	19	15	16	50
15	ж	23	15	15	53
16	ж	18	16	18	52
17	ж	25	21	14	60
18	ж	27	20	12	59
19	ж	18	20	11	49
20	ж	22	21	10	53
21	ж	20	15	14	49

22	ж	28	21	18	67
23	ж	18	21	14	53
24	ж	26	14	17	57
25	ж	25	17	13	55
26	ж	22	17	9	48
27	ж	16	12	7	35
28	ж	15	12	6	33
29	ж	7	3	3	13
30	ж	14	7	5	26
31	ж	15	10	8	33
32	м	19	14	9	42
33	м	23	15	12	50
34	м	29	21	17	67
35	м	25	19	14	58
36	м	12	10	4	26
37	м	17	13	9	39
38	м	15	12	6	33
39	м	9	9	3	21
40	м	13	11	5	29

Редукция профессиональных обязанностей	7	6	7	5	5	8	5	5	9	3	4	6	4	5	4	9	9	4	7	7	4	4	7	5	5	6	8	1	1	1	1	1	7	6	6	7	7	1	4	9	8	6	
Формирование фазы	Н \ ф	С \ ф	С \ ф	С \ ф	С \ ф	С \ ф	Н \ ф	Н \ ф	Н \ ф	Н \ ф	Н \ ф	С \ ф	С \ ф	С \ ф	С \ ф	С \ ф																											
Фаза истощение	3 2	9	2 0	2 6	2 8	2 5	2 5	2 1	3 2	2 8	1 9	2 2	2 8	2 0	2 2	1 6	2 9	1 5	2 2	3 6	2 3	1 2	3 2	2 5	2 2	2 4	4 5	3 9	4 9	4 9	4 8	4 1	3 2	2 4	2 4	1 7	4 2	4 7	5 0	4 0	4 2		
Эмоциональный дефицит	8	2	7	6	6	7	8	6	8	9	3	2	9	5	4	5	7	3	9	9	4	3	8	8	6	6	1 3	1 0	1 5	1 1	1 2	1 2	9	5	5	2	1 5	1 2	1 3	1 4	1 3	1 4	1 1
Эмоциональная отстраненность	9	3	2	3	9	5	3	5	9	4	5	5	5	8	6	5	5	5	5	1 3	7	2	1 1	5	3	3	1 2	1 2	1 0	1 0	1 3	6	7	8	6	1 0	1 6	1 2	1 8	8	9		
Личностная отстраненность (деперсонализация)	7	2	4	8	7	9	9	3	7	7	5	7	8	4	5	2	7	4	4	6	9	4	6	7	7	8	9	8	1 1	1 5	9	8	9	5	5	1 0	1 4	1 1	1 1	1 1	8		
Психосоматические и психовегетативные нарушения	8	2	7	9	6	4	5	7	8	8	6	8	6	3	7	4	1 0	3	4	8	3	3	7	5	6	7	1 1	9	1 3	1 2	7	9	3	6	4	7	5	1 4	7	1 4			

Таблица 4

Результаты методики «Смысложизненные ориентации» (методика СЖО) Д.
А. Леонтьева

№	п о л	Субшка ла 1 (цели)	Субшкала 2 (процесс)	Субшкала 3 (результат)	Субшкала 4 (локус контроля - Я)	Субшкала 5 (локус контроля - жизнь)	Общий показател ь ОЖ
1	ж	34	23	30	25	35	147
2	ж	31	28	26	21	32	138
3	ж	30	24	31	22	34	141
4	ж	35	27	29	24	39	154
5	ж	32	31	28	26	31	148
6	ж	37	30	29	19	38	153
7	ж	27	28	26	24	33	138
8	ж	32	26	27	23	32	140
9	ж	36	29	24	17	27	133
10	ж	32	26	28	21	29	136
11	ж	34	22	31	22	39	148
12	ж	33	27	19	20	37	136
13	ж	34	32	34	15	35	150
14	ж	37	32	25	22	25	141
15	ж	25	18	19	15	22	99
16	ж	30	29	29	20	36	144
17	ж	40	33	32	25	38	168
18	ж	32	28	27	17	37	141
19	ж	37	20	30	17	33	137
20	ж	34	31	31	26	35	157
21	ж	35	26	21	23	37	142
22	ж	39	32	29	25	38	163
23	ж	31	22	23	19	31	126
24	ж	23	19	16	16	20	94
25	ж	24	18	18	15	22	97

2 6	ж	26	21	23	17	24	111
2 7	ж	18	17	16	13	19	83
2 8	ж	16	16	15	10	17	74
2 9	ж	20	14	16	13	19	82
3 0	ж	14	13	12	14	20	73
3 1	ж	17	19	18	12	17	83
3 2	м	34	26	21	17	21	119
3 3	м	33	29	34	22	23	141
3 4	м	38	32	31	24	32	157
3 5	м	37	23	22	16	22	120
3 6	м	18	11	13	12	15	69
3 7	м	19	15	17	11	18	80
3 8	м	21	17	18	14	20	90
3 9	м	20	16	16	13	21	86
4 0	м	19	14	15	12	18	78

