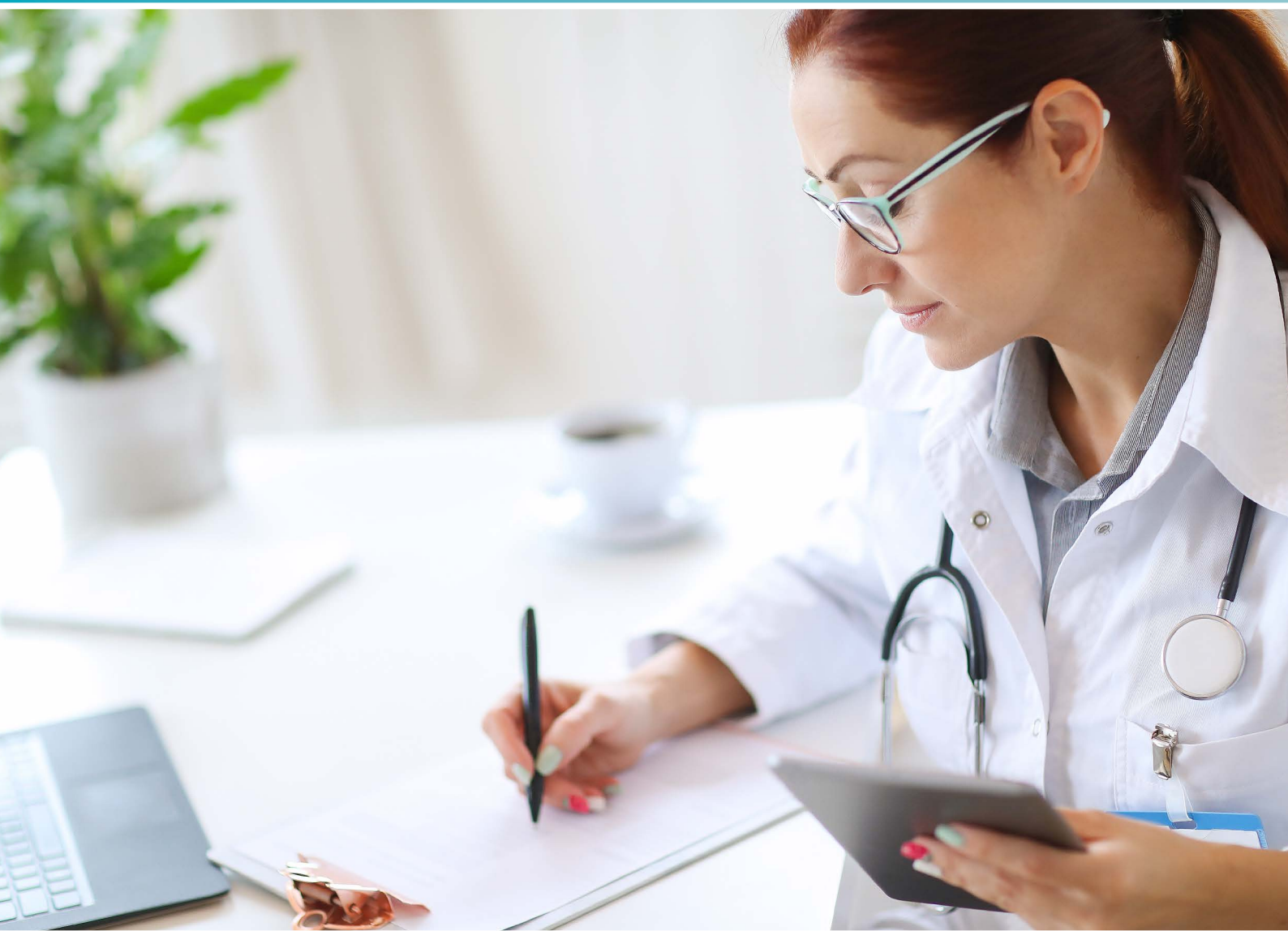


Т. И. БОНКАЛО, О. Б. ПОЛЯКОВА

# АКТУАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ





Государственное бюджетное учреждение города Москвы  
«Научно-исследовательский институт организации  
здравоохранения и медицинского менеджмента  
Департамента здравоохранения города Москвы»

Т. И. Бонкало, О. Б. Полякова

# **АКТУАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

МОНОГРАФИЯ

*Научное электронное издание*

Москва  
ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»  
2024

УДК 159.9

ББК 88.8

*Рецензенты:*

**Камынина Наталья Николаевна**, доктор медицинских наук, заместитель директора по научной работе ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»;

**Русских Сергей Валерьевич**, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко»

**Бонкало, Т.И.**

Актуальные исследования профессионального здоровья медицинских работников: монография / Т. И. Бонкало, О. Б. Полякова; под ред. Т. И. Бонкало. – Электрон. текстовые дан. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2024. – URL: <https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/monografii/> – Загл. с экрана. – 136 с.

**ISBN 978-5-907805-35-4**

Монография посвящена проблеме профессионального здоровья работников системы здравоохранения. В ней представлены результаты эмпирических исследований, проведенных под руководством авторов.

Книга состоит из трех глав, каждая из которых отражает актуальные психологические проблемы профессионального развития медицинских работников. В первой главе содержатся результаты исследований профессионального здоровья медицинских работников в постковидный период. Вторая глава посвящена вопросам профессиональных деформаций медицинских работников – в ней представлены результаты исследований психологических проявлений эмоционального выгорания практикующих врачей. В третьей главе раскрываются факторы, блокирующие развитие у медицинских работников профессионального выгорания, рассматриваются вопросы мотивации труда, успеха, достижений, а также их экзистенциальной исполненности и общего психологического благополучия.

Книга будет интересна не только студентам и аспирантам, обучающимся по специальностям медицинского и психологического образования, но и преподавателям вузов, а также практикующим медицинским работникам и руководителям медицинских организаций.

**УДК 159.9**

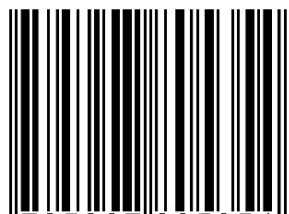
**ББК 88.8**

*Утверждено и рекомендовано к печати Научно-методическим советом ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»  
(Протокол № 5 от 14 мая 2024 г.).*

*Самостоятельное электронное издание сетевого распространения*

Минимальные системные требования: браузер Internet Explorer/Safari и др.;  
скорость подключения к Сети 1 МБ/с и выше.

ISBN 978-5-907805-35-4



9 785907 805354 >

© Бонкало Т. И., Полякова О. Б., 2024

© ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2024

# СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ .....	5
<b>ГЛАВА 1. АКТУАЛЬНЫЕ НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ПЕРИОД ПОСЛЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 .....</b>	<b>6</b>
1.1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ФЕНОМЕНА .....	7
1.2. ПРОБЛЕМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В СОВРЕМЕННОМ НАУЧНОМ ДИСКУРСЕ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ПУБЛИКАЦИЙ 2022–2023 ГОДОВ.....	14
1.3. СПЕЦИФИКА АДАПТИВНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ И СВОЙСТВ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ПОСТКОВИДНЫЙ ПЕРИОД .....	23
1.4. ОСОБЕННОСТИ МАЛОАДАПТИВНЫХ ФОРМ И ВИДОВ ВИНЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ПОСТКОВИДНЫЙ ПЕРИОД.....	28
1.5. СПЕЦИФИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ПОСТКОВИДНЫЙ ПЕРИОД.....	33
<b>ГЛАВА 2. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ДЕФОРМАЦИИ КАК ИСТОЧНИК И ПОКАЗАТЕЛЬ НАРУШЕНИЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ .....</b>	<b>40</b>
2.1. СУЩНОСТЬ И СТРУКТУРА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ.....	41
2.2. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОМАТИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ.....	50
2.3. ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ИСТОЩЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ КАК ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ИХ ЛИЧНОСТИ .....	56
2.4. СПЕЦИФИКА ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ.....	63
2.5. ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО КРИЗИСА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 .....	70
2.6. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ .....	76
2.7. ВЗАИМОСВЯЗЬ СТИЛЕВЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.....	84

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>ГЛАВА 3. ПРОФЕССИОНАЛЬНО ВАЖНЫЕ КАЧЕСТВА ЛИЧНОСТИ КАК ФАКТОРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ .....</b>	<b>89</b>
3.1. ПОТРЕБНОСТЬ В САМОРАЗВИТИИ У ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ: ОПЫТ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ .....	90
3.2. ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ИСПОЛНЕННОСТЬ КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧЕЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ .....	95
3.3. ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ НАСТАВНИЧЕСТВО В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ КАК УСЛОВИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.....	100
3.4. ПОДДЕРЖКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДОГО ВРАЧА КАК НАПРАВЛЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО НАСТАВНИЧЕСТВА В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	104
3.5. ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕФЛЕКСИИ У СТУДЕНТОВ – БУДУЩИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.....	106
3.6. ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВЗАИМОСВЯЗИ КОММУНИКАбельНОСТИ И МОТИВАЦИИ УСПЕХА У ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ.....	113
3.7. ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ СИЛЫ ВОЛИ ВРАЧЕЙ И ИХ МОТИВАЦИИ К УСПЕХУ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	124
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ.....	132
ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ.....	135

# ПРЕДИСЛОВИЕ

Профессиональное здоровье – категория, которая стала исследоваться в научной литературе только начиная с 80-х гг. прошлого века. На сегодняшний день общепризнанной является трактовка Всемирной организации здравоохранения, согласно которой здоровье представляет собой «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов».

Профессиональное здоровье – интегративное понятие, включающее комплекс представлений о психологии трудовой деятельности, требований гигиены и охраны труда.

В российской психологической науке термин «профессиональное здоровье» появился в 1991 г. в работе «Психологическое обеспечение профессиональной деятельности».

Профессиональное здоровье рассматривалось авторами в контексте формирования здорового образа жизни, психогигиены профессиональной деятельности, обеспечения безопасности профессионального труда, профессионального долголетия, создания определенных организационных условий поддержания физического и психологического состояния индивида для осуществления профессиональной деятельности.

В соответствии с современными представлениями, профессиональное здоровье индивида представляет собой определенный уровень развития психофизических качеств профессионала, отвечающий требованиям профессиональной деятельности.

Каждая из сфер человеческой деятельности предъявляет особые требования к осуществляющему ее индивиду. Не является исключением и профессиональный труд медицинских работников.

Хроническая перегруженность, высокие требования к психическим и физиологическим качествам врача предъявляют и особые требования к его психологическому здоровью. Психологическое здоровье врача можно рассматривать как особое состояние организма, при котором он способен сохранять и активизировать эмоциональные, когнитивные, мотивационные, рефлексивные, регуляторные механизмы, обеспечивающие работоспособность, эффективность и развитие личности во всех условиях и на всех этапах протекания профессиональной деятельности.

Способность к сохранению профессионального здоровья является одним из важнейших условий не только предупреждения профессиональных деформаций, но и собственно развития в профессии.

Книга состоит из трех глав, каждая из которых отражает актуальные психологические проблемы профессионального развития медицинских работников. В первой главе содержатся результаты исследований профессионального здоровья медицинских работников в постковидный период. Вторая глава посвящена вопросам профессиональных деформаций медицинских работников – в ней представлены результаты исследований психологических проявлений эмоционального выгорания практикующих врачей. В третьей главе раскрываются факторы, блокирующие развитие у медицинских работников профессионального выгорания, рассматриваются вопросы мотивации труда, успеха, достижений, а также их экзистенциальной исполненности и общего психологического благополучия.

ГЛАВА

1

**АКТУАЛЬНЫЕ НАУЧНЫЕ  
ИССЛЕДОВАНИЯ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО  
ЗДОРОВЬЯ  
МЕДИЦИНСКИХ  
РАБОТНИКОВ В ПЕРИОД  
ПОСЛЕ ПАНДЕМИИ  
COVID-19**



# 1.1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ФЕНОМЕНА

Под профессиональным здоровьем обычно понимают:

- процесс сохранения и развития регуляторных свойств организма, его физического, психического и эмоционального благополучия, обеспечивающих высокую надежность профессиональной деятельности, профессиональное долголетие и максимальную длительность жизни;
- способность организма сохранять компенсаторные и защитные механизмы, обеспечивающие работоспособность во всех условиях профессиональной деятельности;
- интегральная характеристика функционального состояния организма человека по физическим и психическим показателям с целью оценки его способности к определенной профессиональной деятельности с заданными эффективностью и продолжительностью на протяжении заданного периода жизни, а также устойчивость к неблагоприятным факторам, сопровождающим эту деятельность.

Выделяют следующие признаки профессионального здоровья:

- 1) адекватное представление о здоровье и стремление к его сохранению;
- 2) адекватное представление о профессиональном здоровье;
- 3) безразличие ко всему постороннему;
- 4) восприятие профессионального здоровья как важной социальной и личностной ценности;
- 5) высокий уровень стрессоустойчивости;
- 6) добровольные самоограничения в образе жизни, в удовлетворении некоторых потребностей, интересов;
- 7) интернальный локус контроля;
- 8) критичность и непримиримое отношение ко всему, что мешает работе;
- 9) особая энергетическая одержимость в покорении мировых вершин и установлении рекордов в специальности;
- 10) ощущение драматического разрыва между собой и окружающими, их непонимания (профессиональное одиночество);
- 11) ощущение профессиональной востребованности;
- 12) повышенные требования к себе и коллегам;
- 13) постоянная готовность к работе;
- 14) предельная сосредоточенность на деле;
- 15) стремление к дальнейшему самосовершенствованию;
- 16) узорность и глубина подхода к своему предмету труда;

17) эффективная модель поведения и адекватные переживания, связанные с работой<sup>1</sup>.

Теоретический анализ позволяет выделить 8 показателей профессионального здоровья:

1) высокий уровень профессионального самосознания:

- профессиональное самосознание – совокупность знаний человека о своем внутреннем мире, чувствах, профессиональных интересах, способностях, своей оценке внешнего мира и других людей, своего положения в системе производства и производственных отношений;

2) интернальный локус контроля – склонность приписывать результаты деятельности внутренним факторам (интернальность):

- персона считает, что происходящие с ней события зависят от ее качеств, таких как: внимательность, знания, навыки, опыт, профессионализм, способности, умения, усилия, целеустремленность;

3) компетентность во времени – способность жить настоящим, оценивать моменты жизни во всей их полноте и глубине:

- такое мировосприятие свидетельствует о высоком уровне самоактуализации личности;

4) креативность:

- важный показатель профессионального здоровья – креативность, так как развитие творческих способностей человека можно сравнить с психотерапией;

5) поведенческая гибкость – личностная характеристика, которая представляет собой систему паттернов поведения специалиста и вариантов ролевого взаимодействия:

- нарушение личностной саморегуляции, деформация картины внутреннего мира приводят к серьезным нарушениям профессионального здоровья специалистов;
- специалист уходит в жесткие модели поведения;

6) синергия – способность целостного восприятия мира, понимания взаимосвязи противоположностей, самоактуализации как способности реализовать потенциалы, которые есть у каждого человека;

7) творческая самоактуализация:

- самоактуализация возможна как процесс творчества, осуществляемого по законам культуры, т. е. самоактуализация выступает как особая специфическая деятельность, направленная на осознание собственных значимых личностных особенностей, адекватное и активное проявление их в деятельности;
- механизм самоактуализации отражает переход потенциальных возможностей в актуальные;
- процессуальность выражается и в двустороннем характере внутреннего и внешнего функционирования личности;

---

<sup>1</sup> Безносков С. Н. Профессиональная деформация личности. СПб: Речь, 2004. – 272 с. Никифоров Г. С., Шингаев С. М. Психология профессионального здоровья как актуальное научное направление // Психологический журнал, 2015, том 36, № 2. – с. 44–54.

8) эмоциональная гибкость – психологическая готовность специалиста к гибкому и адекватному эмоциональному реагированию в сложных жизненных и профессиональных ситуациях, способность правильно понимать, осознавать и оценивать, искренне принимать переживания коллег и клиентов, умение экспрессивно выражать собственные эмоции, так как эмоционально богатый специалист создает для творческой совместной деятельности с коллегами оптимальные условия:

- низкий показатель эмоциональной гибкости свидетельствует об эмоциональном неблагополучии специалиста, что ведет за собой и психологический дискомфорт коллег и клиентов, появление признаков эмоционального выгорания, хронической профессиональной усталости, снижение работоспособности и эффективности работы в целом.

5 факторов возникновения профессиональных заболеваний:

- 1) комплекс стрессогенных факторов (условия труда, жесткий временной режим работы, ненормированный и неритмичный рабочий день, физическое утомление);
- 2) многофункциональная профессиональная деятельность, связанная с необходимостью одновременного выполнения различных функций и действий;
- 3) неадекватная социальная и материальная оценка труда, приводящая к снижению качества жизни;
- 4) необходимость работы с большим количеством профессионально значимой информации, истощение компенсаторных механизмов, обеспечивающих активное внимание, профессиональную память, логическое мышление;
- 5) ощущение превосходства окружающих над собой (связано с недостаточностью необходимого образования).

3 группы факторов риска, влияющих на профессиональное здоровье:

1) субъективные:

- интенсивное восприятие и переживание обстоятельств профессиональной деятельности (данное психологическое явление возникает у людей с повышенной ответственностью за порученное дело, исполняемую роль; особенно опасным этот фактор представляется на этапе вхождения в профессию, на этапе адаптации; довольно часто встречаются случаи, когда по молодости, неопытности и, может быть, наивности специалист, работающий с людьми, воспринимает все слишком эмоционально, отдается делу без остатка; размышление над случаями, с которыми пришлось столкнуться, уточнение необходимой информации может занять все свободное время специалиста; при этом оставляются «на потом» важные личные дела, отдаляются близкие и друзья, забывается хобби; каждый стрессогенный случай из практики оставляет глубокий след в душе; судьба, здоровье, благополучие пострадавшего вызывает интенсивное соучастие и сопереживание, мучительные раздумья и бессонницу; постепенно эмоциональные ресурсы истощаются, и возникает необходимость восстанавливать их или беречь, прибегая к тем или иным приемам психологической защиты; так, некоторые специалисты через какое-то время меняют профиль работы и даже профессию; или наблюдается отождествление себя с профессиональной деятельностью; такие спасатели ощущают себя спасателями везде и всегда: не только на работе, но и в общении с семьей, друзьями, выбирая себе в качестве хобби занятия, теснейшим образом связанные с помощью);
- иррациональные убеждения (например, убежденность в том, что все окружающие должны ценить и уважать труд спасателя и пожарного; или, что главная задача государственных слу-

жащих – заниматься решением служебных и бытовых проблем специалистов экстремального профиля);

- количество изменений в жизни за текущий период (много перемен в жизни, даже позитивных, происходящих одновременно, сужают «зону стабильности»; например, рождение ребенка, получение новой квартиры, повышение в должности за короткий период времени значительно повышают риск развития синдрома выгорания);
- нравственные дефекты и дезориентация личности (нравственные дефекты обусловлены неспособностью включать во взаимодействие с коллегами и пострадавшими такие моральные категории, как: совесть, добродетель, порядочность, честность, уважение прав и достоинства другой личности; нравственная дезориентация вызывается неумением отличать добро от зла, благо от вреда, наносимого личности);
- склонность к эмоциональной сдержанности (естественно, эмоциональное выгорание как средство психологической защиты возникает быстрее у тех, кто более эмоционально сдержан; у такого человека эмоциональное напряжение постепенно накапливается, не находя выхода; напротив, формирование симптомов «выгорания» будет проходить медленнее у людей, умеющих отреагировать на эмоции безопасным способом);
- слабая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности (часто специалист считает, что проявлять соучастие и сопереживание коллегам и пострадавшим не является необходимым; и тогда профессионал не чувствует разницы между спасением человека и спасением имущества; в конце концов, подобная установка приводит не только к развитию синдрома выгорания, но и к личностным изменениям: человек становится равнодушным, черствым, а иногда безжалостным; иногда, считая необходимым эмоционально откликаться, сопереживать, специалист не умеет получать «вознаграждение», поощрять себя за проявленную чуткость, не умеет получать удовлетворения от этой части своей работы; систему самооценок он поддерживает иными средствами – материальными или формальными показателями достижений; и со временем эмоциональная отдача перестает казаться необходимой в профессиональной деятельности);
- трудоголизм (одним из факторов риска развития синдрома выгорания является трудоголизм; однако причины, порождающие это явление, могут быть разными; в группу риска развития выгорания попадают трудоголики, ориентированные на процесс, а не на результат, заикленные на работе; такие трудоголики не умеют поощрять себя за успешно решенные профессиональные задачи; у них отмечается низкое качество жизни, выражены заболевания и расстройства, связанные с работой; часто трудоголизм – форма защиты от неблагополучия в другой сфере жизни, например, в семейной жизни);

## 2) социально-психологические:

- дестабилизирующая организация деятельности (основные ее признаки общеизвестны: нечеткая организация и планирование труда, нехватка оборудования; плохо структурированная, расплывчатая и противоречивая информация в режиме повседневной деятельности, наличие в ней «бюрократического шума» также является организационным фактором, дестабилизирующим деятельность);

- имидж профессии и социальная значимость профессии, которые определяются в том числе отношением руководства города, региона, страны к профессиональной группе, и образом типичного представителя этой профессии у населения (позитивный образ профессионала вызывает доверие у населения, что во многих ситуациях облегчает ведение работ в ЧС; адекватное понимание представителями администрации любого уровня целей, задач и возможностей профессиональной группы позволяет выстраивать конструктивные отношения, способствующие наиболее эффективному решению поставленных задач; при формировании имиджа профессии высока роль каждого отдельного специалиста: люди формируют представления на основе собственного опыта; поэтому неприглядный поступок одного профессионала бросает тень на всех представителей этой профессии; так же важна роль средств массовой информации в формировании имиджа профессии; нетрудно представить себе состояние профессионалов, сделавших все возможное и невозможное для спасения людей, прочитавших статью в газете, ставящую под сомнение их профессионализм);
- неблагополучная психологическая атмосфера профессиональной деятельности (таковая определяется двумя основными обстоятельствами: конфликтностью по вертикали, в системе «руководитель – подчиненный», и по горизонтали, в системе «коллега – коллега»; среди факторов рабочей среды наиболее важными являются степень самостоятельности и независимости сотрудника в выполнении своей работы, наличие социальной поддержки от коллег и руководства, а также возможность участвовать в принятии решений, важных для организации);
- социально-экономическая ситуация в регионе: возможность обеспечивать семью, достойное материальное вознаграждение за труд, обеспеченные социальные гарантии – все это дает возможность профессионалу чувствовать уверенность и восстанавливать ресурсы (ситуация, когда специалист использует время отдыха для дополнительного зарабатывания денег, лишает его возможности полноценно восстанавливать силы и повышает риск развития выгорания);

### 3) объективные:

- ответственность за жизнь и здоровье людей: нравственная и юридическая ответственность за благополучие пострадавших и коллег (особенно высока ответственность за здоровье и жизнь человека);
- условия труда спасателей, которые характеризуются специфическими особенностями, такими как: критические температуры окружающей среды, вибрация, шумовой и световой фон, внезапные световые и звуковые сигналы, работа в средствах индивидуальной защиты, повышенная физическая нагрузка, неблагоприятное воздействие режимов труда и отдыха;
- хроническая напряженная психоэмоциональная деятельность, связанная и с необходимостью поддерживать состояние готовности во время дежурства, и с эмоциональной насыщенностью переживаний, связанных с контактами с телами погибших, и с информационной неопределенностью, а также с дефицитом времени на анализ ситуации и принятие решения;
- эмоционально насыщенные межличностные контакты, возникающие в процессе профессиональной деятельности (пострадавшие в результате ЧС, как правило, находятся в состоянии, характеризующемся снижением критичности к своему поведению и изменениям окружающей среды, снижением способности к целенаправленной деятельности, снижением способности вступать в контакт с окружающими; часто спасатели и пожарные – это те специалисты, которые первыми приходят на помощь пострадавшему и принимают на себя всю тяжесть общения с ним).

Накопленный опыт психофизиологического обеспечения различных видов профессиональной деятельности в обычных и экстремальных условиях свидетельствует о целесообразности выделения 3 групп факторов профессиональной работоспособности:

1) физический статус, нередко обозначаемый как физическая работоспособность:

- ведущими здесь являются следующие показатели:
- физическое развитие, т.е. антропометрические данные – рост, масса, объем грудной клетки, живота, жизненная емкость легких и ряд других;
- физическая подготовленность – сила (в ее различных разновидностях), быстрота (ранее обозначаемая как скорость), выносливость, координированность;
- показатели вегетативного обеспечения физической деятельности; наиболее распространенные, имеющие международные стандарты, – это аэробная производительность, оцениваемая по максимальному поглощению кислорода (МПК), анаэробная производительность, определяемая по максимальному кислородному долгу (МКД), и тест PWC170 (аббревиатура от английского Physical Working Capacity – физическая работоспособность);

2) психический статус, нередко обозначаемый как умственная работоспособность:

- к показателям относят: степень адекватности состояния психической активности (континуум от состояния функционального покоя до психоэмоционального стресса) применительно к определенным конкретным условиям;
- характеристики внимания: активность, направленность, широта, переключаемость, концентрация, устойчивость;
- восприятие как совокупность процессов, в результате которых формируется субъективная (идеальная) модель объективно существующей реальной действительности и которые заканчиваются опознанием (распознаванием) этого образа;
- критериями опознания образа принято считать его вербализацию или адекватное реагирование на него; научение, проявляющееся в личностных особенностях к обучаемости и по виду информации или навыков, и по скорости, и по способу и т.д.;
- память (имеются в виду ее различные виды, скорость консолидации, длительность, сохранение способности к воспроизведению и другие характеристики);
- мышление – «психическая деятельность, направленная на обобщенное и опосредованное познание объективной действительности путем раскрытия связей и отношений, существующих между познаваемыми предметами и явлениями» (К. К. Платонов. Вопросы психологии труда. – М: Медицина, 1970) в его различных формах: наглядно-действенное, наглядно-образное, абстрактно-логическое с учетом скорости, креативности и других характеристик;
- свойства личности, что в современной психологии и психофизиологии имеет наиболее неоднозначную трактовку;
- однако, как показал опыт психологического и физиологического обеспечения трудовой деятельности, чаще других оказываются достаточно существенными, т.е. влияющими на поведение человека и эффективность деятельности, нервно-психическая неустойчивость, личностная и реактивная тревожность, конформность, способность к психологической защите, а также специальные способности;

3) социальные и социально-психологические факторы:

- ☞ из их числа наиболее важны следующие:
- ☞ материально-техническая обеспеченность;
- ☞ межличностные отношения, благоприятный психологический климат в коллективе;
- ☞ мотивация к деятельности;
- ☞ надежная связь (передача информации);
- ☞ налаженное эффективное управление;
- ☞ полная или достаточная укомплектованность коллектива;
- ☞ профессиональная подготовленность специалистов;
- ☞ сработанность коллектива.

*7 причин, негативно влияющих на профессиональное здоровье:*

- 1) большая продолжительность рабочего дня, точнее рабочих суток;
- 2) высокий уровень нервно-психической напряженности;
- 3) высокий уровень социальной ответственности;
- 4) дефицит времени на восстановление потраченных сил;
- 5) низкий уровень адаптации к возрастающим требованиям;
- 6) риск заболевания в связи с общением с множеством людей;
- 7) хронические перегрузки.

*Средний уровень профессионального здоровья включает:*

- ☞ модель поведения и переживаний, связанных с работой, не совсем позитивна;
- ☞ недостаточно высокий уровень ощущения профессиональной востребованности;
- ☞ нечеткость восприятия здоровья и болезни;
- ☞ нечеткость представления специалистов о профессиональном здоровье;
- ☞ средний уровень стрессоустойчивости и социальной адаптации;
- ☞ ценностные ориентации специалистов, где здоровье не имеет высоких рангов.

*Низкий уровень характеризуется:*

- ☞ диффузностью восприятия здоровья и болезни;
- ☞ неблагоприятной моделью поведения и переживаний, связанных с работой;
- ☞ низким уровнем стрессоустойчивости и социальной адаптации;
- ☞ отсутствием представления специалистов о профессиональном здоровье;
- ☞ отсутствием ценностных ориентаций на здоровье у специалистов;
- ☞ ощущением профессиональной невостребованности;
- ☞ экстернальным уровнем субъективного контроля специалистов.

## 1.2. ПРОБЛЕМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В СОВРЕМЕННОМ НАУЧНОМ ДИСКУРСЕ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ПУБЛИКАЦИЙ 2022–2023 ГОДОВ

За последние три года были опубликованы новейшие исследования, посвященные проблемам профессионального здоровья медицинских работников.

Целью одного из исследований стало рассмотрение здоровья как социальной ценности медицинских работников и определение, насколько собственные поведенческие практики работников сферы медицинского обслуживания оказывают влияние на их профессиональную деятельность<sup>2</sup>. Работа написана с использованием контент-анализа и вторичного анализа данных по итогам исследований, опубликованных в российских и зарубежных источниках. Результаты. Исследование показало, что ценностные ориентации медицинских специалистов относительно здоровья и здорового образа жизни, а также условия профессиональной деятельности и поведенческие практики являются детерминантами качества медицинской помощи, оказываемой медицинскими работниками своим пациентам, в том числе по вопросам здорового образа жизни, отказа от вредных привычек, физической активности и иных практик здоровьесбережения<sup>3</sup>.

Mayra Daniela Maldonado Ladino, Cristina Bolaños, Viviana Andrea Calderón Ramírez, Edward John Silva Giraldo, Juan Pablo Álzate, Angela Cubides, Alejandro Botero Carvajal в 2023 году опубликовали статью, где представлены результаты теоретического анализа проблем влияния интернет-ресурсов, психосоциальных и ранних медицинских вмешательств на профессиональное выгорание у работников здравоохранения. В этот систематический обзор и метаанализ вошли 8004 статьи, взятые из четырех баз данных: Cochrane, Web of Science, PubMed/Medline и клинических испытаний. Подчеркиваются методологическая неоднородность каждого изученного психологического и медицинского вмешательства и необходимость стандартизированного руководства по вмешательству для управления и снижения профессионального выгорания у медицинских работников с целью сохранения их профессионального здоровья<sup>4</sup>.

Lyudmila Migina, Ayan Myssayev, Serik Meirmanov, Assem Uristemova провели исследование распространенности профессионального выгорания среди медицинских работников Казахстана. Данные были получены с помощью социального опроса врачей и медицинских сестер организаций первичной медико-санитарной помощи. Использование анкеты MBI. Местом проведения исследования являлись медицинские центры в городской и сельской местности восьми регионов Казахстана. Всего в мероприятии приняли участие 612 городских и 244 сельских работников первичной медико-санитарной помощи. Было выявлено, что средний балл  $\pm$  и стандартное отклонение по субшкале истощения составил  $32,6 \pm 13,5$ , по субшкале деперсонализации –  $14,4 \pm 6,1$ , по субшкале личных достижений –  $42,2 \pm 7,5$ . В целом высокая распространенность эмоционального истощения, деперсонализации и личных достижений составила 57,4%, 64,6% и 65,0% соответственно. Статистически значимыми предикторами эмоционального выгорания были такие,

---

<sup>2</sup> Раменский П. О., Смирнова Е. К. Здоровье в системе ценностных ориентаций, здоровьесберегающих практик и профессиональной деятельности медицинских работников // Здоровье мегаполиса. 2022. Т. 3. № 4. С. 100-106. DOI: 10.47619/2713-2617.zm.2022.v.3i4;100-106.

<sup>3</sup> Там же

<sup>4</sup> Maldonado Ladino M. D. et al. Effects of internet-based, psychosocial, and early medical interventions on professional burnout in health care workers: Systematic literature review and meta-analysis // Internet Interventions. 2023. 34. 100682. doi: <https://doi.org/10.1016/j.invent.2023.100682>



как место работы – город или сельская местность (ОШ = 1,973;  $p < 0,050$ ), а также то, кем был сотрудник – врачом или медсестрой (ОШ = 2,137  $p < 0,001$ ). Работа для более спокойного. Работа была значимым фактором личных достижений (OR = 4,709  $p < 0,016$ ), (OR = 9,341  $p < 0,001$ ) соответственно. Статистически значимыми предикторами деперсонализации был статус работника, а именно была ли его работа постоянной или неполной, время (OR = 1,542  $p < 0,001$ ), пол (OR = 0,350  $p < 0,018$ ), место работы – в городе или сельской местности (OR = 1,918  $p < 0,050$ ) и употребление алкоголя (OR = 4,493  $p < 0,021$ ) – все это было статистически значимым для личного достижения<sup>5</sup>.

Особую обеспокоенность исследователи проявляют к проблеме профилактики профессионального здоровья будущих медицинских работников.

Проблемой психосоматизации студентов медицинских и других специальностей обеспокоены профессорско-преподавательский состав и организаторы здравоохранения, т.к. стрессогенные учебно-профессиональные условия приводят к функциональным синдромам мозаичного характера, включающим в себя дыхательные, кожные, опорно-двигательные, пищеварительные и сердечно-сосудистые симптомы, а также выраженные показатели малоадаптивных видов вины<sup>6</sup>, снижения жизнедеятельности<sup>7</sup> и жизнестойкости<sup>8</sup>, учебно-профессионального кризиса<sup>9</sup>, учебно-профессионального стресса.

*Цель* – осуществить контент-анализ 25 зарубежных научных статей Scopus 2023 по проблеме психосоматизации и сгруппировать факторы психосоматизации студентов медицинских и других специальностей.

На основе контент-анализа 25 зарубежных научных статей, опубликованных в системе международного научного цитирования Scopus на платформе Science Direct в 2023 году, выделены 6 групп факторов психосоматизации студентов медицинских и других специальностей.

1. **Выгорание в процессе профессионального обучения:** при изучении психического здоровья, личных и профессиональных ресурсов студентов-медиков в течение 5,5 лет Schneider K., Breuer G. и другие<sup>10</sup> подчеркивают, что опрошены студенты-медики в начале и в конце их медицинской учебной программы и собраны данные о выгорании, депрессивности, опыте работы и параметрах салютогенеза с помощью проверенных анкет для самостоятельного заполнения. Получены данные от тех же 58 человек через 5,5 лет, представляющие собой данные высочайшего качества, чтобы сравнить состояние психического здоровья в начале и в конце медицинской программы наших студентов. Показано серьезное обострение физического, умственного и эмоционального выгорания у участников в конце обучения. Студенты не обладают достаточными личными (устой-

---

<sup>5</sup> Migina L., Myssayev A. et al. Professional burnout in primary health care workers of the Republic of Kazakhstan // Clinical Epidemiology and Global Health. 2023. 23. 101359. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2023.101359>

<sup>6</sup> Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Особенности малоадаптивных форм и видов вины медицинских работников в постковидный период. Здравоохранение Российской Федерации 2023; 67(5): 430-435. doi: 10.47470/0044-197X-2023-67-5-430-435

<sup>7</sup> Polyakova O. B., Bonkalo T. I. The specificity of the vitality of health care workers with professional deformations. Health Care of the Russian Federation 2022; 66(1): 67-75. doi: 10.47470/0044-197x-2022-66-1-67-75 (In Russ.)

<sup>8</sup> Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Специфика жизнестойкости работников здравоохранения с профессиональными деформациями. Здравоохранение Российской Федерации 2022; 66(1): 67-75. doi: 10.46563/0044-197X-2022-66-1-67-75

<sup>9</sup> Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Особенности профиля профессионального кризиса медицинских работников с профессиональными деформациями в условиях пандемии COVID-19. Здравоохранение Российской Федерации 2022; 66(6): 521-528. doi: 10.47470/0044-197X-2022-66-6-521-528

<sup>10</sup> Schneider K., Breuer G., Luibl L., Paulsen F., Scholz M., Burger P.H.M. Vulnerable in the end – Longitudinal study among medical students on mental health and personal and work-related resources over a 5.5-year-period. Annals of Anatomy – Anatomischer Anzeiger 2023; 250: 152155. doi: 10.1016/j.aanat.2023.152155

чивостью) или социальными ресурсами (например, опытом социальной поддержки) для того, чтобы справиться со своими проблемами психического здоровья во время окончания учебы; при определении распространенности и уровней выгорания у студентов-медиков Gómez-Urquiza J. L., Velando-Soriano A. и другие<sup>11</sup> отмечают, что выборка состояла из n=34 исследований, из них n=15 исследований были включены в метаанализ с n=2744 студентами-медиками. Распространенность выгорания составила 19% (95% ДИ 11–28%). Больше всего пострадало высокое эмоциональное истощение с распространенностью 41% (95% ДИ 23–61%; n=2222), за которым следовали низкие личные достижения 27% (95% ДИ 9–49%; n=2096), 25% высокая деперсонализация (95% ДИ 15–36%; n=2096). Распространенность выгорания и его размеры варьируются от 19% до 41%. Основной проблемой студентов-медиков является эмоциональное истощение; при составлении профилей алекситимии и установлении ее связи с детскими невзгодами и выгоранием из-за COVID-19 среди китайских студентов Wang R., Ye B. и другие<sup>12</sup> указывают, что выявлено 4 профиля латентной алекситимии. Профиль «Высокий 1» (особые трудности с определением чувств) оказался профилем риска детских невзгод и выгорания из-за COVID-19.

**2. Поведение будущих специалистов:** при выявлении неуверенности в себе, замаскированной под успех, и распространенности феномена самозванца среди студентов-стоматологов в Университете Касима Awinashe M. V., Nawabi S. и другие<sup>13</sup> подчеркивают, что включены 162 студента стоматологической школы Университета Касима (Саудовская Аравия), отправившие заполненную анкету (опросник со шкалой феномена самозванца Клэнса (CIPS)). Средние баллы уверенности/неуверенности студентов мужского и женского пола сравнивались с помощью t-критерия. Уровень значимости (значение P) был установлен на уровне <0,05. Общий процент ответов составил 80,59%, включая 86 (53,08%) мужчин и 76 (46,9%) женщин. Средний балл уверенности/неуверенности для студентов мужского и женского пола за все учебные годы был рассчитан как 59,76±15,25 и 59,18±14,86 соответственно, без статистически значимой разницы между полами. 8,8% студентов имели легкие характеристики уверенности/неуверенности, 84,1% демонстрировали чувства от умеренной до тяжелой степени, а 7,05% имели сильные переживания. У женщин наблюдалась значительно более высокая частота интенсивности уверенности/неуверенности по сравнению с мужчинами (p=0,013). Показана значительная разница между уверенности/неуверенности студентов разных учебных лет (p=0,01). Средний балл уверенности/неуверенности был самым высоким у студентов-стоматологов 3 курса – 66,27±14,80. Самый низкий балл наблюдался у студентов 4 курса – 52,18±15,56. Тест Тьюки выявил статистически значимую разницу между студентами 2 и 4 курсов (p=0,03), между студентами 3 и 4 курсов (p=0,01), между студентами 5 и 3 курсов (p=0,01); при исследовании моббинга среди студентов и их благополучия Kuriakose V., Bishwas S. K. и другие<sup>14</sup> указывают, что по ответам 397 студентов программы управления бизнесом в различных школах в Индии установлено, что издевательства среди студентов представляют серьезную угрозу их благополучию, усиливают чувство беспомощности, а такие чувства ухуд-

---

<sup>11</sup> Gómez-Urquiza J. L., Velando-Soriano A., Membrive-Jiménez M. J., Ramírez-Baena L., Aguayo-Estremera R., Ortega-Campos E., Cañadas-De la Fuente G. A. Prevalence and levels of burnout in nursing students: A systematic review with meta-analysis. *Nurse Education in Practice* 2023; 72: 103753. doi: 10.1016/j.nepr.2023.103753

<sup>12</sup> Wang R., Ye B., Wang P., Yang Q., Luo S. Exploring alexithymia profiles and their associations with childhood adversity and COVID-19 burnout among Chinese college students: A person-centered approach. *Journal of Applied Developmental Psychology* 2023; 84: 101486. doi: 10.1016/j.appdev.2022.101486

<sup>13</sup> Awinashe M. V., Nawabi S., Khan A. M., Kolarkodi S. H., Srivastava S., Javed M. Q. Self-doubt masked in success: Identifying the prevalence of impostor phenomenon among undergraduate dental students at Qassim University. *Journal of Taibah University Medical Sciences* 2023; 18(5): 926–932. doi: 10.1016/j.jtumed.2023.01.012

<sup>14</sup> Kuriakose V., Bishwas S. K., Mohandas N. P. Does bullying among students hamper their well-being? Roles of helplessness and psychological capital. *International Journal of Educational Management* 2023; 37(5): 1104–1123. doi: 10.1108/IJEM-10-2022-0437

шают благополучие. Выявлен значительный смягчающий эффект психологического капитала на взаимосвязь между чувством беспомощности и благополучием студентов; *при определении влияния пищевого поведения, связанного с ожирением (ППСО), на хронические заболевания студентов университетов Китая* Peng S., Wu D. и другие<sup>15</sup> подчеркивают, что проведен опрос среди 11659 студентов-медиков из 31 университета Китая. ППСО в значительной степени ассоциировался с хроническими заболеваниями (отношение шансов (ОШ): 1,74 <95 % доверительный интервал (ДИ): 1,45, 2,65>), инфекционные заболевания (ОШ: 3,37 <95% ДИ: 1,04, 1,81>) и психические расстройства (ОШ: 1,87 (<95% ДИ: 1,55, 2,25>); *при рассмотрении распространенности психологических и поведенческих симптомов (ППС), о которых сообщают сами студенты-медики, во всем мире*, Jahrami H., AlKaabi J. и другие<sup>16</sup> отмечают, что студенты подвергаются риску развития ППС, включая депрессию, тревогу и проблемы со сном, а также неадаптивное употребление психоактивных веществ. Глобальный анализ всех случаев ППС, о которых сообщают сами пользователи, в совокупности дал общий показатель распространенности 30,3% (26,9%; 33,7%); 95% поведенческие симптомы (2,2%; 58,3%). Самая высокая распространенность зарегистрированных проблем со сном составила 42,0% (35,6%; 48,4%), затем стресс 41,7% (35,3%; 48,1%), выгорание 35,8% (25,7%; 45,8%), тревога 32,5% (27,9%; 37,1%), депрессия 32,5% (28,8%; 36,1%), интернет-зависимость 26,0% (5,5%; 46,5%), употребление психоактивных веществ 25,2% (18,9%; 31,6%), расстройства пищевого поведения 9,8% (1,1%; 18,4%) и суицидальные мысли/жесты/действия 8,9% (4,8%; 12,9%); *при установлении связи между малоподвижным поведением и здоровьем и сдерживающей ролью физической активности у молодых людей* Schembri E., Heinz A. и другие<sup>17</sup> отмечают, что важно определить влияние малоподвижного образа жизни (МПОЖ) на частоту жалоб на здоровье (ЧЖЗ), а также на самооценку здоровья (СОЗ) и индекс массы тела (ИМТ), а также определить, смягчила ли это влияние физическая активность (ФА). Данные были получены в ходе Молодежного опроса Люксембурга 2019 года (n=2802). МПОЖ, связанный с игрой, был положительно связан с ЧЖЗ и ИМТ, но отрицательно связан с СОЗ. ФА отрицательно ассоциировался с ЧЖЗ, ИМТ и СОЗ. Статистически значимых смягчающих эффектов не наблюдалось. Свободное время и связанное с играми МПОЖ оказывают статистически значимое влияние на здоровье.

**3. Нарушение цикла бодрствования и сна:** *при изучении взаимосвязи качества сна и психологических факторов у студентов медицинских специальностей* Bayoumy H. M., Sedek H. и другие<sup>18</sup> подчеркивают, что исследование было нацелено на группу из 450 специально отобранных студентов медицинских специальностей Университета медицинских наук имени короля Сауда бин Абдулазиза. Распространенность плохого качества сна (балл индекса качества сна >5) среди студентов составила 69,6% (n=313). Компоненты индекса качества сна с наибольшим количеством нарушений включали субъективное качество сна, латентность сна, продолжительность сна, нарушения сна и дневную дисфункцию. 38,9% (n=175) участников страдали депрессией, 56,7% (n=255) студентов испытывали сильный стресс, а 33,1% (n=149) имели легкий, умеренный и тяжелый уровни тревоги. Существовала статистически значимая связь между качеством сна, депрессией,

---

<sup>15</sup> Peng S., Wu D., Yang T., Bottorff J. L. Does obesity related eating behaviors only affect chronic diseases? A nationwide study of university students in China. *Preventive Medicine Reports* 2023; 32: 102135. doi: 10.1016/j.pmedr.2023.102135

<sup>16</sup> Jahrami H., AlKaabi J., Trabelsi K., Pandi-Perumal S. R., Saif Z., Seeman M. V., Vitiello M. V. The worldwide prevalence of self-reported psychological and behavioral symptoms in medical students: An umbrella review and meta-analysis of meta-analyses. *Journal of Psychosomatic Research* 2023; 173: 111479. doi: 10.1016/j.jpsychores.2023.111479

<sup>17</sup> Schembri E., Heinz A., Samuel R. Associations between sedentary behavior and health and the moderating role of physical activity in young people within a cross-sectional investigation. *Preventive Medicine Reports* 2023; 35: 102316. doi: 10.1016/j.pmedr.2023.102316

<sup>18</sup> Bayoumy H. M., Sedek H., Omar H., Ayman S. Investigating the relationship of sleep quality and psychological factors among Health Professions students. *International Journal of Africa Nursing Sciences* 2023; 19: 100581. doi: 10.1016/j.ijans.2023.100581

стрессом и тревогой (при  $p < 0,01$ ); при исследовании связи между различными параметрами сна и психическим здоровьем 13 554 китайских студентов Huang Y., Lou H. и другие<sup>19</sup> отмечают, что параметры сна включали продолжительность сна в учебные и выходные дни, время сна, хронотип и социальный биоритм (СБР), которые рассчитывались с помощью анкет. Короткий сон в учебные дни показал достоверную положительную связь с психологическими проблемами. Среди старшекурсников обнаружен обратный результат: меньшее количество сна может отрицательно ассоциироваться с более тяжелым дистрессом (7–8 часов: отношение шансов (ОШ) = 0,67, 95% доверительный интервал (ДИ) 0,46, 0,97). Связь продолжительности сна с психическим здоровьем значительно ослаблялась в выходные дни. Хронотип был значимо связан с психическим здоровьем студентов на начальной и средней ступенях обучения: промежуточный хронотип (по сравнению с поздним хронотипом) был связан с лучшим благополучием (ОШ=1,03, 95% ДИ: 0,09, 1,96; ОШ=1,89, 95% ДИ: 0,81, 2,97) и меньшим дистрессом (ОШ=0,78, 95% ДИ: 0,60, 1,00; ОШ=0,73, 95% ДИ: 0,58, 0,91). Связь между СБР, продолжительностью сна и проблемами психологического здоровья наблюдалась на некоторых уровнях образования. Депривация сна в учебные дни, поздний хронотип и СБР были положительно связаны с ухудшением психического здоровья, которое различалось на разных этапах обучения; при установлении связи между нарушениями сна, академическим стрессом, депрессивными симптомами, успеваемостью и сдерживающей ролью находчивости у студентов медицинских специальностей во время пандемии COVID-19. Alhamed A. A.<sup>20</sup> указывает, что в выборку вошли 94 студента-медика, 60% из которых составляли женщины, их средний возраст составлял 21 год, а большинство – студенты медицинских сестер и врачей. Высокий академический стресс, тревожность, нарушения сна, депрессивные симптомы и находчивость были отмечены у 50,6%, 43%, 79,6%, 60,2% и 60% участников соответственно. Ни на одну из переменных исследования не было обнаружено влияния находчивости. Академический стресс и нарушения сна были самыми сильными предикторами депрессивных симптомов независимо от уровня находчивости.

4. Стрессогенность условий обучения: при рассмотрении влияния хатха-йоги и медитации на академический стресс у студентов-медиков Moreno S., Becerra L. и другие<sup>21</sup> отмечают, что хатха-йога и медитация уменьшают переменные, связанные со стрессом. 27 студентов-медиков частного университета в Кали, Колумбия, были случайным образом разделены на 2 группы: хатха-йога (n=13) и медитация (n=14). Каждая группа проводила 2 еженедельных 1-часовых занятия в течение 14 недель. На исходном уровне демографические, клинические и антропометрические переменные в группах вмешательства были схожими. После вмешательства не было обнаружено различий между группами медитации и хатха-йоги по показателям уровня кортизола в слюне (время 0, 15, 30, 45 минут и среднее значение из 4 показателей) и воспринимаемому академическому стрессу. У занимающихся хатха-йогой наблюдалось значительное увеличение показателей кортизола и улучшение шкалы воспринимаемого академического стресса; при рассмотрении роли стресса, устойчивости, вовлеченности студентов в процессе прогнозирования академической успеваемости студентов-первокурсников инженерных специальностей Tormon

---

<sup>19</sup> Huang Y., Lou H., Song Y., Cui L., Li R., Gao G., Lou X., Hao C., Wang X. The association between various dimensions of sleep parameters and mental health: A large cross-sectional study of 13554 Chinese students. *Journal of Psychosomatic Research* 2023; 170: 111356. doi: 10.1016/j.jpsychores.2023.111356

<sup>20</sup> Alhamed A. A. The link among academic stress, sleep disturbances, depressive symptoms, academic performance, and the moderating role of resourcefulness in health professions students during COVID-19 pandemic. *Journal of Professional Nursing* 2023; 46: 83–91. doi: 10.1016/j.profnurs.2023.02.010

<sup>21</sup> Moreno S., Becerra L., Ortega G., Suarez-Ortegón M. F., Moreno F. Effect of Hatha Yoga and meditation on academic stress in medical students—Clinical trial. *Advances in Integrative Medicine* 2023; 10(3): 122–130. doi: 10.1016/j.aimed.2023.09.001

R., Lindsay B. L. и другие<sup>22</sup> указывают, что необходимо выяснить, могут ли 4 психологические переменные (воспринимаемый стресс, вовлеченность студентов, устойчивость и мышление роста) предсказать успеваемость студентов-инженеров 1 курса с помощью среднего балла на конец 1 года. Воспринимаемый стресс является значимым предиктором среднего балла. Взаимосвязь между стрессом и средним баллом была буферизована за счет устойчивости (т.е. более слабая связь между стрессом и средним баллом на более высоких уровнях устойчивости) и усиливалась за счет вовлеченности учащихся (т.е. более сильная связь между стрессом и средним баллом на более высоких уровнях вовлеченности); *при установлении связи между академическим стрессом и депрессией среди студентов колледжей при описании модели умеренной цепной медиации негативного аффекта, качества сна и социальной поддержки* Liu Y., Chen J. и другие<sup>23</sup> подчеркивают, что выборка из 221 студента мужского пола и 479 студенток колледжа в возрасте от 17 до 25 лет заполнила анкеты по академическому стрессу, депрессии, негативным эмоциям, качеству сна и социальной поддержке. Академический стресс может не только напрямую влиять на депрессию ( $b=0,31$ ,  $p<0,001$ ), но также влиять на депрессию через посредническую роль негативного аффекта и качества сна. Цепочка опосредующих эффектов включает 3 пути: опосредующую роль негативного аффекта (косвенный эффект (КЭ) = 0,21, процент от общего эффекта (ПОЭ) = 69,58%), опосредующую роль качества сна (КЭ=0,06, ПОЭ=21,03%), а также цепную опосредующую роль негативного аффекта и качества сна (КЭ=0,06, ПОЭ=19,86%). Социальная поддержка снижает негативное влияние негативного аффекта на качество сна. Связь между негативным аффектом и качеством сна была сильнее у студентов колледжей с низкой ( $b=0,44$ ,  $p<0,001$ ) социальной поддержкой, чем у студентов с высокой ( $b=0,32$ ,  $p<0,001$ ) социальной поддержкой.

**5. Отношение (удовлетворенность / неудовлетворенность) к профессиональной подготовке:** *при изучении академической успеваемости за пределами показателей, осуществляя качественный контент-анализ восприятия студентов-медиков*, Silva G. O., Games A.K.F. и другие<sup>24</sup> указывают, что 22 студентки-медсестры были набраны из бразильского государственного университета. Студенты рассматривали качество предыдущего образования, внутрисемейные процессы и роли, поддержку семьи, социально-экономические аспекты, межличностные отношения, преодоление трудностей, умственные способности, здоровье, физическое благополучие, дидактику и подготовку профессоров, структуру и поддержку, предоставляемую университетом, управление учебным временем и участие во внеклассных мероприятиях как факторы, влияющие на их успеваемость, физическое и психологическое благополучие, сложившиеся межличностные отношения (в том числе отношения со сверстниками и профессорами), структуру семьи, социально-экономические аспекты, академические условия и переход к высшему образованию. Социально-исторические аспекты и конструкции, сложившиеся во взаимоотношениях с коллегами и профессорами в университете, напрямую связаны с их академической успеваемостью и напрямую влияют на их способность достигать предложенных целей обучения и приобретать необходимые для своего образования компетенции; *при определении производительности и удовлетворенности студентов-медиков, изучающих психиатрию, во время перехода на элек-*

---

<sup>22</sup> Tormon R., Lindsay B.L., Paul R.M., Boyce M.A., Johnston K. Predicting academic performance in first-year engineering students: The role of stress, resiliency, student engagement, and growth mindset. *Learning and Individual Differences* 2023; 108: 102383. doi: 10.1016/j.lindif.2023.102383

<sup>23</sup> Liu Y., Chen J., Chen K., Liu J., Wang W. The associations between academic stress and depression among college students: A moderated chain mediation model of negative affect, sleep quality, and social support. *Acta Psychologica* 2023; 239: 104014. doi: 10.1016/j.actpsy.2023.104014

<sup>24</sup> Silva G. O., Games A.K.F., Cabral G.S.L., Siqueira K. M., Aredes N.D.A., Júnior H. G. Academic performance beyond the metrics: A qualitative content analysis of nursing students' perceptions. *Nurse Education Today* 2023; 131: 105995. doi: 10.1016/j.nedt.2023.105995

тронное обучение во время пандемии COVID-19 Alenezi S., Bahathig A. и другие<sup>25</sup> подчеркивают, что приняли участие 193 студента-медика; 80 человек прошли обучение и оценку на месте, а еще 113 прошли полное онлайн-обучение и оценку. Средние показатели удовлетворенности студентов онлайн-курсами значительно превышали соответствующие показатели по сравнению с очными курсами: удовлетворенность студентов организацией курса,  $p < 0,001$ ; медицинские учебные ресурсы,  $p < 0,050$ ; преподавательский стаж,  $p < 0,050$ ; и общее течение,  $p < 0,050$ . Не было выявлено существенных различий в отношении удовлетворенности практическими занятиями,  $p > 0,050$  и клиническим обучением,  $p > 0,050$ . Средняя успеваемость студентов была значительно выше на онлайн-курсах ( $M=91,76$ ) по сравнению с очными курсами ( $M=88,58$ ) ( $p < 0,001$ ). Статистика показала средний уровень улучшения общих оценок студентов ( $d$  Коэна =  $0,41$ ); *при установлении специфики применения системы распознавания изображений сверхвысокого разрешения и искусственного интеллекта для решения проблем психологического образования студентов* Li S., Jiang H. и другие<sup>26</sup> отмечают, что предложен алгоритм распознавания изображений со сверхвысоким разрешением, который использует свертку кластеров для улучшения остаточных блоков, улучшает возможности моделирования за счет извлечения признаков в более крупном масштабе, уменьшает количество параметров для повышения эффективности расчета модели и позволяет преподавателям работать лучше. Технология распознавания изображений со сверхвысоким разрешением сочетается с технологией искусственного интеллекта для применения ее в процессе психологического образования в университетах, тем самым способствуя разработке приложений для решения проблем.

**6. Негативные эмоциональные проявления:** *при анализе скрытого профиля в процессе регуляции эмоций у студенток-медсестер* Zeng Y., Fu Y. и другие<sup>27</sup> указывают, что участвовали 578 студенток-медсестер. Идентифицированы 3 профиля: 1) группа с низким подавлением и умеренной переоценкой, 2) группа с умеренным подавлением и высокой переоценкой, 3) группа с высоким подавлением и высокой переоценкой. Устойчивость, ежемесячный доход семьи и восприятие профессии медсестры были предикторами разных профилей. Большинство студенток-медсестер были отнесены к профилю 2, и их регуляция эмоций была относительно хорошей. У студенток профиля 1 наблюдалась умеренная когнитивная переоценка, а у студенток профиля 3 – высокая степень экспрессивного подавления; *при валидации китайской версии шкалы фобии COVID-19 (C19P-S) среди китайских студентов* Zhao B., Xu J. и другие<sup>28</sup> подчеркивают, что в исследовании приняли участие 1689 китайских студентов колледжей. Они заполнили онлайн-анкету, включая демографическую информацию и C19P-S. Альфа Кронбаха, и разделенная половинная надежность по общей шкале составили 0,960 и 0,935 соответственно. Показатели конструктивной валидности общей шкалы соответствовали стандартам ( $RMSEA=0,064$ ,  $IFI=0,907$ ,  $TLI=0,906$  и  $CFI=0,907$ ). Совокупная надежность (CR) и средняя извлеченная дисперсия (AVE) также соответствовали пороговым значениям ( $CR > 0,7$  и  $AVE > 0,5$ ). Общие баллы и баллы по субшкалам студентов мужского и женского пола значительно различались; *при исследовании взаимосвязи самооэффективности*

---

<sup>25</sup> Alenezi S., Bahathig A., Soliman M., Alhassoun H., Alkadi N., Albarrak M., Albadrani W., Alghoraiby R., Alhaddab A., Al-Eyadhy A. Performance and satisfaction during the E-learning transition in the COVID-19 pandemic among psychiatry course medical students. *Heliyon* 2023; 9(6): e16844. doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e16844

<sup>26</sup> Li S., Jiang H., Ding Z., Fan S., Li N., Li X. Application of image super-resolution recognition and artificial intelligence system in repairing students' psychological education problems. *Preventive Medicine* 2023; 173: 107590. doi: 10.1016/j.ypmed.2023.107590

<sup>27</sup> Zeng Y., Fu Y., Zhang Y., Jiang Y., Liu J., Li J. Emotion regulation in undergraduate nursing students: A latent profile analysis. *Nurse Education in Practice* 2023; 71: 103722. doi: 10.1016/j.nepr.2023.103722

<sup>28</sup> Zhao B., Xu J., Kong F., Nam E.W. Validation of the Chinese version of the COVID-19 Phobia Scale among Chinese college students. *Heliyon* 2023; 9(3): e13468. doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e13468

и страха отрицательной оценки у студентов-медиков Jia Y. & Yue Y.<sup>29</sup> отмечают, что опрос проведен среди 824 студенток-медсестер с использованием шкалы краткого страха перед отрицательной оценкой, шкалы страха перед положительной оценкой и общей шкалы самооффективности. Самоэффективность прямо и отрицательно предсказывала страх негативной оценки ( $B=-3,14$ ,  $p<0,001$ ). Страх положительной оценки частично опосредовал взаимосвязь между самооффективностью и страхом отрицательной оценки с величиной опосредованного эффекта 38,22%. Самоэффективность может напрямую и негативно влиять на страх негативной оценки. Это также может косвенно уменьшить страх перед отрицательной оценкой, уменьшив страх перед положительной оценкой; *при описании когнитивной терапии на основе осознанности (КТОО) при большом депрессивном расстройстве (БДР) у студентов бакалавриата в Китае* Xu L., Wang F. и другие<sup>30</sup> отмечают, что для изучения эффекта «доза-реакция» КТОО для студентов колледжей с БДР было проведено исследование с КТОО и группой из списка ожидания (ГСО). Участникам предложено самостоятельно заполнить набор анкет на исходном уровне, в середине вмешательства (4-я неделя) и после вмешательства (8-я неделя): Анкета о состоянии здоровья пациента из 9 пунктов (СЗП-9), Шкала тревожного расстройства (ШТР-7), Питтсбургский индекс качества сна (ПИКС), Пятигранный опросник осознанности (ПОО), Шкала самосострадания (ШСС). Уровни IL-1 $\beta$ , IL-6, IL-8, TNF- $\alpha$ , BDNF в сыворотке крови определялись исходно и после вмешательства. После вмешательства показатели СЗП-9, ШТР-7, ПИКС, а также уровни IL-1 $\beta$ , IL-6, IL-8 и TNF- $\alpha$  в КТОО были значительно ниже, чем в группе ГСО, а общие баллы ПОО, ШСС и уровень BDNF были достоверно выше, чем в группе ГСО. В группе КТОО ежедневное время тренировок и количество сеансов положительно коррелировали со степенью снижения СЗП-9, ШТР-7 и ПИКС после вмешательства. Скорость снижения СЗП-9, ШТР-7 и ПИКС после вмешательства у завершивших обучение была значительно выше, чем у частично присутствовавших. КТОО эффективна при БДР, а вмешательство имеет дозозависимый эффект; *при описании тревоги, депрессии, бессонницы и посттравматического стрессового расстройства среди студентов колледжей после оптимизации мер реагирования на COVID-19 в Китае* Chen H., Feng H. и другие<sup>31</sup> отмечают, что у 22624 студентов распространенность тревоги, депрессии, бессонницы, посттравматического стрессового расстройства составила 12,7%, 25,8%, 11,6%, 7,9% и 29,7% соответственно. Уровень заражения COVID-19 составил 80,2%. Изменения в месте обучения, более продолжительное время онлайн, отсутствие выздоровления после заражения, более высокий процент инфицированных членов семьи, недостаточный запас лекарств, беспокойство по поводу последствий после заражения, будущей учебы или трудоустройства способствовали более высокому риску тревоги / депрессии / бессонницы и симптомам посттравматического стрессового расстройства; *при осуществлении метаанализа 6 методов МВЕ, влияющих на негативную психологию студентов.* Li H., Du Z. и другие<sup>32</sup> подчеркивают, что в исследовании сравнивалось влияние 6 методов лечения разума и тела (МВЕ) на улучшение негативных психологических симптомов у студентов колледжей. Тай Чи (стандартизованная средняя разница  $SMD=-0,87$ , 95% доверительный интервал ДИ (-1,59, -0,15),  $p<0,05$ , йога  $SMD=-0,95$ ,

<sup>29</sup> Jia Y., Yue Y. Fear of positive evaluation mediates the relationship between self-efficacy and fear of negative evaluation in nursing students: A cross-sectional study. *Journal of Professional Nursing* 2023; 47: 88–94. doi: 10.1016/j.profnurs.2023.04.007

<sup>30</sup> Xu L., Wang F., Yuan J., Wu Y., Wang X., Meng J.-Y., Liu W., Wei Y., Kang C.-Y., Yang J.-Z. A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for major depressive disorder in undergraduate students in China: The efficacy, serum proinflammatory cytokines and brain-derived neurotrophic factor. *Asian Journal of Psychiatry* 2023; 88: 103718. doi: 10.1016/j.ajp.2023.103718

<sup>31</sup> Chen H., Feng H., Liu Y., Wu S., Li H., Zhang G., Yang P., Zhang K. Anxiety, depression, insomnia, and PTSD among college students after optimizing the COVID-19 response in China. *Journal of Affective Disorders* 2023; 337: 50–56. doi: 10.1016/j.jad.2023.05.076

<sup>32</sup> Li H., Du Z., Shen S., Du W., Kang J., Gong D. An RCT-reticulated meta-analysis of six MBE therapies affecting college students' negative psychology. *iScience* 2023; 26(7): 107026. doi: 10.1016/j.isci.2023.107026

95% ДИ (-1,74, -0,15),  $p < 0,05$ , и Цзинь Цзин SMD=-1,15, 95% ДИ (-2,36, -0,05),  $p < 0,05$ ), игра с 5 животными SMD=-1,1, 95% ДИ (-2,09, -0,02),  $p < 0,05$ ), а медитация Цигун SMD=-1,31, 95% ДИ (-2,2, -0,4),  $p < 0,05$ ) улучшила симптомы депрессии у студентов колледжей ( $p < 0,05$ ). Тай Чи SMD=-7,18, 95% ДИ (-13,18, -1,17),  $p = 0,019$ ), йога SMD=-6,8, 95% ДИ (-11,79, -1,81),  $p = 0,008$ ) и Цзинь Цзин SMD=-9,21, 95% ДИ (-17,55, -0,87),  $p = 0,03$ ) улучшил симптомы тревоги у студентов. 6 методов МВЕ эффективны в снижении тревоги и депрессии у студентов колледжей; при проверочном исследовании немецкой версии Шкалы непереносимости аффектов (ШНА) на студентах и клинической выборке пациентов с расстройствами, связанными с травмой, Bathe-Peters R., Priebe K. и другие<sup>33</sup> подчеркивают, что ШНА оценивает 2 основные концепции регуляции эмоций: оценку негативных эмоций как угрозы и склонность к эмоциональному избеганию. В исследование включены 340 пациентов, 161 с посттравматическим стрессовым расстройством и 179 с расстройством адаптации, а также 322 студента. Альфа Кронбаха составила 0,947 у студентов и 0,95 в клинической выборке. Подшкалы ШНА показали корреляцию от умеренной до высокой с конвергентными показателями и низкую корреляцию с дискриминантными. Общие баллы ШНА были значительно выше в клинической выборке, контролируемой по полу и возрасту; при рассмотрении фобии COVID-19 среди корейских, китайских и японских студентов Lee H., Kong F. и другие<sup>34</sup> указывают, что использован инструмент онлайн-опроса и сохранены для анализа 460 ответов из Кореи, 248 ответов из Японии и 788 ответов из Китая. Средний балл фобии COVID-19 был самым высоким в Японии и составил 50,5 балла. Психологический страх одинаково преобладал в Японии и Китае – в среднем 17,3 балла. Психосоматический страх был самым высоким в Японии – 9,2 балла. Экономический страх был самым высоким в Корее – 13 баллов. Социальный страх был самым высоким в Китае – 13,1 балла. В Корее показатели фобии COVID-19 были значительно выше среди женщин, чем среди мужчин. В Японии показатели фобии COVID-19 были значительно выше у людей, соблюдавших требования социального дистанцирования.

Контент-анализ статей по проблеме психосоматизации позволил выделить 6 групп факторов психосоматизации студентов медицинских специальностей: выгорание в процессе профессионального обучения (12%); поведение будущих специалистов (20%); нарушение цикла бодрствования и сна (12%); стрессогенность условий обучения (12%); отношение (удовлетворенность / неудовлетворенность) к профессиональной подготовке (12%); негативные эмоциональные проявления (32%).

Определена приоритетность выявленных факторов психосоматизации студентов медицинских и других специальностей: 1) негативные эмоциональные проявления; 2) поведение будущих специалистов; 3) выгорание в процессе профессионального обучения; 4) нарушение цикла бодрствования и сна; 5) отношение (удовлетворенность / неудовлетворенность) к профессиональной подготовке; 6) стрессогенность условий обучения.

Результаты исследования позволяют профессорско-преподавательскому составу и организаторам здравоохранения систематически осуществлять мониторинг стрессогенных учебно-профессиональных условий с целью их упреждения и нивелирования, а также реализовать профилактику выгорания в процессе профессионального обучения, нарушений цикла бодрствования и сна, негативных эмоциональных проявлений, отношения к профессиональной подготовке, поведения будущих специалистов.

---

<sup>33</sup> Bathe-Peters R., Priebe K., Schulte S., Meyer K., Schulte-Herbrüggen O., Ülsmann D., Bermpohl F., Schoofs N. The Affect Intolerance Scale (AIS), German version: A validation study in a student and clinical sample of patients with trauma-related disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2023; 81: 101841. doi: 10.1016/j.jbtep.2023.101841

<sup>34</sup> Lee H., Kong F., Yuasa M., Aung M. N., Shirayama Y., Zhao B., Kim M., Nam E. W. COVID-19 Phobia among Korean, Chinese, and Japanese students: An international comparative study. *Heliyon* 2023; 9(4): e15275. doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e15275



### 1.3. СПЕЦИФИКА АДАПТИВНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ И СВОЙСТВ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ПОСТКОВИДНЫЙ ПЕРИОД

У медицинских работников, адаптировавшихся в стрессогенным факторам профессиональной деятельности в условиях пандемии COVID-19, при выполнении работы в красной зоне, нарастающем проценте смертности, недостатке информации профессионального характера о новых штаммах вируса, ненормированности производственных часов, нехватке медицинского оборудования, обострении у заболевших заболеваний хронического спектра, оказании скорой немедленной помощи, отсутствии личной безопасности заражения, повышении вероятности заболевания, превышении норм приема заболевших, столкновении с симптомами неспецифического характера и др., все-таки имеют место отдельные признаки нахождения в стрессовой ситуации и переживания стресс-состояния: повышение тревожности при снижении показателей жизнестойкости<sup>35</sup>, появление предпосылок и симптоматики профессиональных деформаций<sup>36</sup>, увеличение психосоматических жалоб<sup>37</sup>, снижение самочувствия, в частности социального<sup>38</sup>, нарастание депрессивности<sup>39</sup>, возникновение стресс-состояния при доминировании психологического и физиологического стресса<sup>40</sup>, усиление тревожно-депрессивных расстройств<sup>41</sup>, проявление симптомов асоциальности в поведении<sup>42</sup>, потеря жизнестойкости при снижении стрессоустойчивости<sup>43</sup>.

Цель исследования – определить специфику адаптивных психических состояний и свойств медицинских работников в постковидный период.

Из 6830 опрошенных медицинских работников отобраны 816 с выраженными адаптивными психическими состояниями и свойствами.

- 
- <sup>35</sup> Ванюхина Н. В., Семенова-Полях Г. Г., Старовойтова С. Ю., Филатова-Сафронова М. А. Динамика тревожности и жизнестойкости в деятельности медицинских работников в продолжительных условиях коронавирусной инфекции // Вестник Удмуртского университета. Серия Философия. Психология. Педагогика. 2022. Т. 32. № 1. С. 57-66. DOI: 10.35634/2412-9550-2022-32-1-57-66
- <sup>36</sup> Jafar Zade D. A., Senkevich L. V., Polyakova O. B., Basimov M. M., Strelkov V. I., Tarasov M. V. Features of professional deformation (burnout) of medical workers depending on working conditions // Prensa Medica Argentina. 2019. No. 105(1). P. 1000334. DOI: <https://doi.org/10.41720032-745X.1000334>
- <sup>37</sup> Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Особенности психосоматизации медицинских работников с профессиональными деформациями // Здравоохранение Российской Федерации. 2020. № 64(5). С. 278–286. DOI: <https://doi.org/10.46563/0044-197X-2020-64-5-278-286>
- <sup>38</sup> Вялых Н. А. Факторы социального самочувствия профессионального медицинского сообщества в условиях пандемии нового коронавируса // Гуманитарий Юга России. 2021. Т. 10. № 1. С. 102-110. DOI: 10.18522/2227-8656.2021.1.9
- <sup>39</sup> Elshansky S. P., Anufriev A. F., Polyakova O. B., Semenov D. V. Positive personal qualities and depression // Prensa Medica Argentina. 2018. No. 104(6). P. 1000322. DOI: <https://doi.org/10.41720032-745X.1000322>
- <sup>40</sup> Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Специфика физиологического стресса населения, находящегося в самоизоляции из-за пандемии COVID-19 // Здравоохранение Российской Федерации. 2021. № 65(5). С. 432–439. DOI: 10.47470/0044-197X-2021-65-5-432-439
- <sup>41</sup> Негай Н. А., Распопова Н. И., Алтынбеков К. С., Джамантаева М. Ш., Огачева Н. Н. Тревожно-депрессивные расстройства адаптации в условиях эпидемии COVID-19 // Медицина (Алматы). 2020. № 3-4 (213-214). С. 46-52. DOI: 10.31082/1728-452X-2020-213-214-3-4-46-52
- <sup>42</sup> Bonkalo T. I., Polyakova O. B., Bonkalo S. V., Kolesnik N. T., Sorokoumova E. A. Development of ethnic social identity among the members of ethnic community organizations as the factor of preventing the spread of nationalist in a multicultural society // Biosciences Biotechnology Research Asia. 2015. No. 12(3). P. 2361–2372. DOI: <http://dx.doi.org/10.13005/bbra/1912>
- <sup>43</sup> Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Специфика жизнестойкости работников здравоохранения с профессиональными деформациями // Здравоохранение Российской Федерации. 2022. № 66(1). С. 67–75. DOI: 10.46563/0044-197X-2022-66-1-67-75

Диагностирование специфики адаптивных психических состояний и свойств медицинских работников в постковидный период проводилось с помощью многофакторного личностного опросника (МФЛО) для определения выраженности депрессивности (Де), застенчивости (За), маскулинизма (Ма), а при малых баллах феминизма, невротичности (Не), общительности (Об), открытости (От), раздражительности (Ра), реактивной агрессивности (РА), спонтанной агрессивности (СА), уравновешенности (Ур), экстраверсии (Эк), при малых баллах интроверсии, эмоциональной лабильности (ЭЛ), авторы: И. Фаренберг, Х. Зарг, Р. Гампел<sup>44</sup>; в модификации интерпретации результатов О. Б. Поляковой (табл. 1.1).

**Таблица 1.1 – Уровневые шкалы адаптивных психических состояний и свойств медицинских работников в постковидный период**

Уровни выраженности адаптивных психических состояний и свойств	низкий (Н)	ниже среднего (НС)	средний (С)	выше среднего (ВС)	высокий (В)
Невротичность (Не)	0 – 3.44	3.45 – 6.44	6.45 – 10.44	10.45 – 13.44	13.45 – 17
Спонтанная агрессивность (СА), депрессивность (Де), эмоциональная лабильность (ЭЛ)	0 – 2.44	2.45 – 5.44	5.45 – 8.44	8.45 – 11.44	11.45 – 14
Раздражительность (Ра)	0 – 1.44	1.45 – 4.44	4.45 – 6.44	6.45 – 9.44	9.45 – 11
Общительность (Об), маскулинизм (Ма)	0 – 3.44	3.45 – 6.44	6.45 – 9.44	9.45 – 12.44	12.45 – 15
Уравновешенность (Ур), реактивная агрессивность (РА), застенчивость (За)	0 – 2.44	2.45 – 4.44	4.45 – 6.44	6.45 – 8.44	8.45 – 10
Открытость (От)	0 – 1.44	1.45 – 4.44	4.45 – 7.44	7.45 – 10.44	10.45 – 13
Экстраверсия (Эк)	0 – 2.44	2.45 – 4.44	4.45 – 7.44	7.45 – 9.44	9.45 – 12

Математико-статистическая обработка данных включала критерий корреляции К. Пирсона, описательную статистику и таблицу Чеддока для определения корреляции: слабая <0.3, умеренная 0.3–0.5, заметная 0.5–0.7, высокая 0.7–0.9, весьма высокая >0.9.

У медицинских работников определена специфика адаптивных психических состояний и свойств в постковидный период (табл. 1.2):

1) выше среднего уровень:

- маскулинизма (10.05), медицинские работники достаточно решительны, не отмечают у себя ярко выраженных симптомов стресса (дрожания ног или рук, сухости во рту), не теряют аппетит в разных ситуациях, обращают внимание на случаи повышенной у себя эмоциональности, отмечают у себя наличие злости и силы в стрессогенных условиях с доминированием, все-таки, стабильности настроения, предпочитают выполнять задания без длительных размышлений, редко смущаются, стараются продемонстрировать уверенность в собственном будущем, не обращать внимания на преследующие их неудачи и участвовать в жизни трудового коллектива, стремятся действовать быстро, считаться с мнением окружающих и учиться и на чужих ошибках, часто демонстрируют умение психологически воздействовать на коллег и клиентов, чувствуют в себе силы при отстаивании собственных интересов (табл. 1.2);
- общительности (9.05), медицинские работники быстро могут развеселить скучающих, воспринимают все встречи как желательные, достаточно активны в жизни трудового коллектива,

<sup>44</sup> Рогов Е. И. Настольная книга практического психолога. М.: Владос-Пресс, 1999. Кн. 1. 384 с.

легко находят тему разговора при знакомстве, подвижны и эмоциональны при встречах со знакомыми, не испытывают неловкости в транзакции, не любят находиться в одиночестве, обладают широким кругозором и словарным запасом, предпочитают развлечения в веселых компаниях, в гостях, в кафе, с удовольствием рассказывают анекдоты и веселые истории и слушают собеседников, стремятся поддержать любой разговор и расширить круг знакомых (табл. 1.2);

эмоциональной лабильности (8.97), медицинские работники в ситуациях одиночества находят себе занятие, достаточно уверены в себе, испытывают потребность в социальной поддержке, отмечают достаточную выносливость (эргичность), почти всегда готовы включиться в обсуждение интересных вопросов, редко отмечают у себя быструю смену настроения и чувствуют себя несчастными и подавленными, стараются поддерживать длительные контакты с окружающими и свою самооценку, стремятся гнать от себя неприятные мысли и планировать множество личных и профессиональных дел, часто испытывают желание заняться чем-либо новым (табл. 1.2);

раздражительности (6.91) как последствия пребывания в долговременном стрессе из-за пандемии COVID-19, у медицинских работников наблюдаются: быстрая потеря самообладания, но и быстрая способность брать себя в руки, жесткость при отстаивании собственных интересов, коммуникативные агрессивные интонации в спорных ситуациях, напряжение мышц в стрессогенных условиях, несдержанность в высказываниях, повышенная вспыльчивость, поспешность в оценивании окружающих, потеря равновесия при ощущении давления повседневных забот и трудностей, стремление к сдерживанию негативных эмоциональных проявлений, эмоциональные проявления на жизненные мелочи (табл. 1.2);

## 2) средний уровень

невротичности (7.45), медицинские работники часто отмечают у себя такие психосоматические симптомы, как: беспокойные движения ног или рукой, боли под ложечкой, быстрое наступление усталости, вялость, головные боли, головокружение, невозможность расслабиться, неприятные ощущения в животе, неприятные ощущения при восприятии сильного шума и ярких красок и света, нехватка воздуха, онемение конечностей, перебои работы сердца, повышенное потоотделение, постоянное напряжение, потемнение в глазах при быстром вставании, потеря аппетита, похолодание ног или рук, пульсация в шейной области, разбитость при малом времени сна, стук в висках, телесные ощущения раздражения, трудности засыпания, учащенное сердцебиение (табл. 1.2);

открытости (7.15), медицинские работники дифференцируют знакомых по симпатии, смеются над анекдотами и веселыми историями, стараются быть пунктуальными (не опаздывать), вести себя на публике так же, как и дома, и поддерживать благоприятный психологический климат, стремятся выполнять все запланированные задания и чередовать режимы труда и отдыха (табл. 1.2);

депрессивности (7.02), медицинские работники достаточно довольны собственной судьбой, иногда теряют уверенность в себе и чувствуют подавленность, испытывают тревогу в сложных ситуациях, ищут понимания у окружающих, нередко сомневаются в себе и поступках, отмечают периоды рассеянности и смены настроения, стараются анализировать неправильные поступки и не бояться неприятностей и трудностей, стремятся избавляться от докучающих мыслей, не обращать внимания на неудачи и поддерживать свою самооценку, часто стремятся к уединению (табл. 1.2);

- экстраверсии (6.52), медицинские работники гонят от себя неприятные мысли, готовы к контактам с незнакомыми, побеседовать и обсудить интересные темы и разделить радость и успех с окружающими, доброжелательны при встрече со знакомыми, достаточно активны и подвижны, любят выполнять быстрые задания, не смущаются на людях, открыто демонстрируют эмоции, предпочитают веселые компании, стремятся легко относиться к трудностям, эмоционально выразительны в споре (табл. 1.2);
- уравновешенности (6.29), медицинские работники лояльны к недоброжелателям, отмечают преобладание хорошего настроения, стараются прислушиваться к критическим замечаниям, стремятся жить настоящим и будущим, отвечать добром и планировать свое будущее, толерантны в спорных ситуациях (табл. 1.2);
- застенчивости (4.58), медицинские работники достаточно долго размышляют при принятии решения, иногда не уверены, если на них обращают внимание, иногда робеют при выступлении и теряют уверенность при решении вопросов, испытывают трудности, возражая кому-либо, не стремятся стать центром внимания, поддерживают свою решительность, редко смущаются, стремятся действовать быстро (табл. 1.2);

### 3) ниже среднего уровень

- реактивной агрессивности (4.20), медицинские работники достаточно настойчивы и осторожны в межличностных контактах, защищают нуждающихся и слабых, комментируют свое недовольство, отмечают редкость конфликтов из-за упрямства, сдерживают физическую силу при отстаивании собственных интересов, стараются не держать обиды, стремятся к нахождению компромисса, умеют психологически влиять на окружающих (табл. 1.2);
- спонтанной агрессивности (2.86), медицинские работники берегут нервную систему окружающих (стараясь их не волновать), бережно относятся к вещам, избегают ставить окружающих в неловкое положение, переживают за неудачи других, редко испытывают угрызания совести, стараются поддержать другого и помочь ему исправить ошибки, стремятся оказать помощь окружающим и поддерживать благоприятный психологический климат (табл. 1.2).

С помощью математико-статистической обработки данных установлены (табл. 1.2):

#### 1) заметная положительная связь:

- общительности и маскулинности (0.598) и эмоциональной лабильности (0.586) (табл. 1.2);
- раздражительности и эмоциональной лабильности (0.683) и маскулинности (0.595) (табл. 1.2);
- реактивной и спонтанной агрессивности (0.592) (табл. 1.2);

#### 2) умеренная положительная связь:

- маскулинности и экстраверсии (0.435), и открытости (0.420), и уравновешенности (0.359) (табл. 1.2);
- общительности и экстраверсии (0.538), и открытости (0.507), и уравновешенности (0.425) (табл. 1.2);
- раздражительности и депрессивности (0.530), и невротичности (0.502), и экстраверсии (0.357), и открытости (0.293) (табл. 1.2);
- эмоциональной лабильности и экстраверсии (0.527), и открытости (0.435) (табл. 1.2);

#### 3) отрицательная связь:

- маскулинности и застенчивости (-0.361) и эмоциональной лабильности (-0.297), и невротичности (-0.238), и депрессивности (-0.227) (табл. 1.2);

- общительности и застенчивости (-0.368), и реактивной агрессивности (-0.325), и депрессивности (-0.255), и невротичности (-0.206) (табл. 1.2);
- раздражительности и уравновешенности (-0.305), и застенчивости (-0.284) (табл. 1.2).

**Таблица 1.2 – Установленные связи адаптивных психических состояний и свойств медицинских работников в постковидный период**

Аббревиатуры адаптивных психических состояний и свойств		He	CA	De	Pa	Ob	Ur	PA	За	От	Эк	ЭЛ	Ma
		7.45 (С)	2.86 (НС)	7.02 (С)	6.91 (ВС)	9.05 (ВС)	6.29 (С)	4.20 (НС)	4.58 (С)	7.15 (С)	6.52 (С)	8.97 (ВС)	10.05 (ВС)
He	7.45 (С)	1	0.184	0.238	0.502	-0.206	0.117	0.158	0.215	0.104	0.219	0.195	-0.238
CA	2.86 (НС)	0.184	1	0.173	0.234	0.240	0.155	0.592	0.110	0.138	0.140	0.218	0.195
De	7.02 (С)	0.238	0.173	1	0.530	-0.255	0.226	0.173	0.201	0.125	0.196	0.226	-0.227
Pa	6.91 (ВС)	0.502	0.234	0.530	1	-0.325	-0.305	0.197	-0.284	0.293	0.357	0.683	0.595
Ob	9.05 (ВС)	-0.206	0.240	-0.255	-0.325	1	0.425	0.168	-0.368	0.507	0.538	0.586	0.598
Ur	6.29 (С)	0.117	0.155	0.226	-0.305	0.425	1	0.169	0.172	0.238	0.218	0.102	0.359
PA	4.20 (НС)	0.158	0.592	0.173	0.197	0.168	0.169	1	0.154	0.137	0.142	0.105	0.112
За	4.58 (С)	0.215	0.110	0.201	-0.284	-0.368	0.172	0.154	1	0.105	0.106	0.097	-0.361
От	7.15 (С)	0.104	0.138	0.125	0.293	0.507	0.238	0.137	0.105	1	0.237	0.435	0.420
Эк	6.52 (С)	0.219	0.140	0.196	0.357	0.538	0.218	0.142	0.106	0.237	1	0.527	0.435
ЭЛ	8.97 (ВС)	0.195	0.218	0.226	0.683	0.586	0.102	0.105	0.097	0.435	0.527	1	-0.297
Ma	10.05 (ВС)	-0.238	0.195	-0.227	0.595	0.598	0.359	0.112	-0.361	0.420	0.435	-0.297	1

Результаты определения специфики адаптивных психических состояний и свойств медицинских работников в постковидный период дают возможность выстроить последующую психологическую и психотерапевтическую работу с сотрудниками медицинских учреждений, направленную на поддержание их психического здоровья: нивелирование раздражительности будет способствовать повышению маскулинности, общительности и уравновешенности, что, в свою очередь, приведет к снижению депрессивности, застенчивости, невротичности, реактивной агрессивности, эмоциональной лабильности. Эти выводы находят свое подтверждение в исследованиях зарубежных и отечественных специалистов, направленных на углубленное изучение психических реакций<sup>45</sup>, профилактику предпосылок деструкций и деформаций профессионального плана<sup>46</sup> и психосоматических нарушений<sup>47</sup>, своевременную оценку психологического состояния меди-

<sup>45</sup> Новиков В. В., Новикова А. М., Петров Д. С., Володин Б. Ю., Филимонов А. П. Психические реакции врачей психиатров и наркологов на фоне пандемии COVID-19 // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. Т. 29. № 4. С. 844-847. DOI: [10.32687/0869-866X-2021-29-4-844-847](https://doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-4-844-847)

<sup>46</sup> Mironova O. I., Polyakova O. B., Ushkov F. I. Psychological health of leaders with professional burnout in compelled contacts // In: International Conference on Research Paradigms Transformation in Social Sciences. The European Proceedings of Social & Behavioral Sciences EpSBS. Irkutsk: 2018. P. 801-807. DOI: <https://doi.org/10.15405/epsbs.2018.12.99>

<sup>47</sup> Polyakova O. B., Petrova E. A., Mironova O. I., Semenov D. V. Specificity of psychosomatization of psychologist-leaders with professional deformations (burnout) // Prensa Medica Argentina. 2019. No. 105(1). P. 1-7. DOI: <https://doi.org/10.41720032-745X.1000326>

цинского персонала<sup>48</sup>, поддержание профессиональной мотивации<sup>49</sup>, упрочение самоконтроля в производственных ситуациях<sup>50</sup>, создание условий личной безопасности медицинских сотрудников<sup>51</sup>, повышение показателей субъективного благополучия<sup>52</sup>, снижение негативного эмоционального фона и истощения<sup>53</sup>, нивелирование нервно-психического напряжения<sup>54</sup>.

## 1.4. ОСОБЕННОСТИ МАЛОАДАПТИВНЫХ ФОРМ И ВИДОВ ВИНЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ПОСТКОВИДНЫЙ ПЕРИОД

Выполнение профессиональных обязанностей в стрессогенных производственных условиях, связанных с пандемией COVID-19 (недостаточность профессиональной информации о новых штаммах вируса, ненормированный рабочий день, нехватка оборудования, обострение хронических заболеваний у больных, оказание безотлагательной скорой помощи, повышенная вероятность заболевания, процент смертности, прием заболевших, работа в красной зоне, столкновение с неспецифическими симптомами и др.), приводит к возникновению у медицинских работников (МР) депрессивной симптоматики<sup>55</sup>, неприемлемости вынужденных контактов<sup>56</sup>, ошибок этического плана<sup>57</sup>, психосоматических нарушений<sup>58</sup>, профессиональных деформа-

- 
- <sup>48</sup> Синбухова Е. В., Проценко Д. Н. Оценка психологического состояния медицинского персонала во время пандемии COVID-19 // *Анестезиология и реаниматология (Медиа Сфера)*. 2020. № 6-2. С. 54-60. DOI: [10.17116/anaesthesiology202006254](https://doi.org/10.17116/anaesthesiology202006254)
- <sup>49</sup> Sokolovskaya I. E., Polyakova O. B., Romanova A. V., Belyakova N. V., Tereshchuk K. S. Educational and professional motivation of students with various religious // *European Journal of Science and Theology*. 2020. No. 16(4). P. 169-180.
- <sup>50</sup> Полякова О. Б. Самоконтроль в общении как фактор преодоления состояний деперсонализации психологов и педагогов // *Вестник Томского государственного университета*. 2011. № 348. С. 133-137.
- <sup>51</sup> Царанов К. Н., Жильцов В. А., Климова Е. М., Тарбастаев А. Г. Восприятие угрозы личной безопасности в условиях пандемии COVID-19 медицинскими сотрудниками США и России // *Вестник Московского государственного областного университета*. 2020. № 2. С. 236-247. DOI: [10.18384/2224-0209-2020-2-1008](https://doi.org/10.18384/2224-0209-2020-2-1008)
- <sup>52</sup> Polyakova O. B., Petrova E. A., Mironova O. I. Features of subjective well-being of leaders with professional deformations (burnout) // In: *International Conference on Research Paradigms Transformation in Social Sciences. The European Proceedings of Social & Behavioral Sciences EpSBS*. Irkutsk: 2018. P. 958-965. DOI: <https://doi.org/10.15405/epsbs.2018.12.117>
- <sup>53</sup> Бонкало Т. И., Полякова О. Б. Эмоциональное истощение как фактор возникновения и развития невротических состояний медицинских работников // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020. № 28(S2). С. 1208-1214. DOI: [10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1208-1214](https://doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1208-1214)
- <sup>54</sup> Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Физиологические симптомы нервно-психического напряжения у медицинских работников с профессиональными деформациями // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020. № 28(S2). С. 1195-1201. DOI: [10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1195-1201](https://doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1195-1201)
- <sup>55</sup> Elshansky S. P., Anufriev A.F., Polyakova O. B., Semenov D. V. Positive personal qualities and depression. *Prensa Med. Argent.* 2018; 104(6): 1000322. <https://doi.org/10.41720032-745X.1000322> <https://elibrary.ru/vqgssh>
- <sup>56</sup> Polyakova O. B., Petrova E. A., Mironova O. I., Semenov D. V. Specificity of psychosomatization of psychologist-leaders with professional deformations (burnout). *Prensa Med. Argent.* 2019; 105(1): 1-7. <https://doi.org/10.41720032-745X.1000326> <https://elibrary.ru/nybfzl>
- <sup>57</sup> Чалдышкина М. В. Врачебная ошибка: философский, этико-культурный, правовой аспекты проблемы. *Вестник Омского государственного педагогического университета. Гуманитарные исследования*. 2020; (2): 51-4. <https://doi.org/10.36809/2309-9380-2020-27-51-54> <https://elibrary.ru/dlcbxu>
- <sup>58</sup> Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Особенности психосоматизации медицинских работников с профессиональными деформациями. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2020; 64(5): 278-86. <https://doi.org/10.46563/0044-197X-2020-64-5-278-286> <https://elibrary.ru/favxcc>

ций<sup>59</sup>, физиологического и других видов стресса<sup>60</sup>, профессиональных ошибок<sup>61</sup>, эмоционального истощения<sup>62</sup>, чувства вины, а именно вины вообще, вины всеобъемлющей ответственности, вины выжившего, вины ненависти к себе, вины-отделения, вины-состояния, вины-черты, малоадаптивных форм вины вообще<sup>63</sup>, моральных норм<sup>64</sup>.

Из 6830 опрошенных МР отобраны 816 с выраженными малоадаптивными формами и видами вины.

Диагностирование особенностей малоадаптивных форм и видов вины МР в постковидный период проводили с помощью методик:

1) опросника для измерения малоадаптивных форм вины (ОИМАФВ), авторы: Л. Коннор, Д. Берри, Д. Вайс, автор перевода и адаптированного варианта — Е. В. Белинская, с целью выявления вины всеобъемлющей ответственности, вины выжившего, вины ненависти к себе, вины отделения<sup>65</sup>, общий показатель малоадаптивных форм вины;

2) опросника вины, авторы: К. Куглер и У. Х. Джонс, автор перевода и адаптированного варианта — И. М. Белик, с целью определения вины-состояния, вины-черты, моральных норм<sup>66</sup>, общего показателя вины; в модификации интерпретации результатов О. Б. Поляковой (табл. 1.3).

Математико-статистическая обработка данных – совокупность критерия корреляции К. Пирсона, описательной статистики и таблицы Чеддока для определения силы/тесноты связи корреляции: < 0,3 – слабая; 0,3–0,5 – умеренная; 0,5–0,7 – заметная; 0,7–0,9 – высокая; > 0,9 – весьма высокая.

---

<sup>59</sup> Mironova O. I., Polyakova O. B., Ushkov F. I. Psychological health of leaders with professional burnout in compelled contacts. In: *Research Paradigms Transformation in Social Sciences: Proceedings of the International Conference on Research Paradigms Transformation in Social Sciences*. Irkutsk; 2018: 801–7. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2018.12.99>

<sup>60</sup> Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Специфика физиологического стресса населения, находящегося в самоизоляции из-за пандемии COVID-19. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2021; 65(5): 432–9. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2021-65-5-432-439> <https://elibrary.ru/uqjkxh>

<sup>61</sup> Махамбетчин М. М., Тургунов Е. М., Шакеев К. Т. Отдельные аспекты теории ошибок врачей. *Профилактическая медицина*. 2020; 23(4): 102–7. <https://doi.org/10.17116/profmed202023041102> <https://elibrary.ru/ajsbnu>

<sup>62</sup> Бонкало Т. И., Полякова О. Б. Эмоциональное истощение как фактор возникновения и развития невротических состояний медицинских работников. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020; 28(S2): 1208–14. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1208-1214> <https://elibrary.ru/bivvwo>

<sup>63</sup> Галкин Д. В. Проблемы установления вины врача по делам о преступлениях, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи. *Актуальные проблемы медицины и биологии*. 2018; (2): 43–5. <https://doi.org/10.24411/2587-4926-2018-10013> <https://elibrary.ru/xpqbad>

<sup>64</sup> Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Особенности профиля профессионального кризиса медицинских работников с профессиональными деформациями в условиях пандемии COVID-19. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2022; 66(6): 521–8. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2022-66-6-521-528> <https://elibrary.ru/krwayu>

<sup>65</sup> O'Connor L. E., Berry J. W., Weiss J., Bush M., Sampson H. Interpersonal guilt: the development of a new measure. *J. Clin. Psychol.* 1997; 53(1): 73–89. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(199701\)53:1<73::aid-jclp10>3.0.co;2-i](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(199701)53:1<73::aid-jclp10>3.0.co;2-i)

<sup>66</sup> Kugler K., Jones W. H. On conceptualizing and assessing guilt. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1992; 62(2): 318–27. <https://elibrary.ru/hiuhuh> <https://doi.org/10.1037/0022-3514.62.2.318>

**Таблица 1.3 – Уровневые шкалы малоадаптивных форм и видов вины МР в постковидный период (баллы)**

Опросник, вид вины Questionnaire, form of guilt		Уровни вины, ее малоадаптивных форм и видов Levels of guilt, its low adaptive forms and types				
		низкий mild	ниже среднего up to moderate	средний moderate	выше среднего over moderate	высокий severe
ОИМАФВ Questionnaire for measuring maladaptive forms of guilt	вина выжившего survivor's guilt	21,00– 37,44	37,45– 54,44	54,45– 71,44	71,45– 88,44	88,45– 105,00
	вина отделения unit guilt	15,00– 26,44	26,45– 38,44	38,45– 51,44	51,45– 63,44	63,45– 75,00
	вина всеобъемлющей ответ- ственности guilt of comprehensive responsibility	15,00– 26,44	26,45– 38,44	38,45– 51,44	51,45– 63,44	63,45– 75,00
	вина ненависти к себе guilt of self-hate	16,00– 28,44	28,45– 41,44	41,45– 54,44	54,45– 67,44	67,45– 80,00
	общее количество баллов total points	67,00– 120,44	120,45– 174,44	174,45– 227,44	227,45– 281,44	281,45– 335,00
Опросник вины Guilt Questionnaire	вина-состояние guilt-state	10,00– 17,44	17,45– 25,44	25,45– 34,44	34,45– 42,44	42,45– 50,00
	вина-черта guilt-line	20,00– 35,44	35,45– 51,44	51,45– 68,44	68,45– 84,44	84,45– 100,00
	моральные нормы moral standards	15,00– 26,44	26,45– 38,44	38,45– 51,44	51,45– 63,44	63,45– 75,00
	общее количество баллов total points	45,00– 80,44	80,45– 116,44	116,45– 153,44	153,45– 189,44	189,45– 225,00

У МР определен выше среднего уровень малоадаптивных форм вины вообще (229,51 балла) и средний уровень вины вообще (146,36) (табл. 1.4), характеризующийся:

1) выше среднего уровнем:

- вины всеобъемлющей ответственности (61,35) – МР достаточно скромны при информировании окружающих о своих успехах, испытывают дискомфорт в ситуациях одиночества и желание решить задачи за окружающих, отмечают важность выполнения заданий других и трудность отказать в просьбе, переживают в ситуациях вынужденного отказа окружающим в чем-либо;
- вины выжившего (86,55) – МР достаточно спокойны при восприятии удач окружающих, не могут переживать радость при наличии неприятностей у окружающих, осторожно наслаждаются успехами, не забывая о возможных неудачах, ощущают ответственность за людей при взаимодействии с ними, переживают несчастья окружающих и сниженное настроение при виде нуждающихся в помощи людей, стесняются на публике говорить о своих жизненных и производственных успехах, часто ощущают неловкость при хорошем обращении людей с ними;



- моральных норм (60,73) – МР не судят окружающих, не зная их мотивации, обладают жизненными принципами, осознают свои дурные поступки, отмечают наличие определенных понятий добра и зла, стараются придерживаться морально-этических принципов, считают ценности морали абсолютными, указывают на существование вещей, которые они никогда бы не совершили;

## 2) средним уровнем:

- вины ненависти к себе (41,93) – МР имеют адекватную самооценку, иногда отмечают у себя снижение ответственности и эгоистическую направленность, не считают что-то плохое заслуженным, осуждают себя при неудачах, отмечают подавленность и уныние при совершении ошибки, ощущают вину при неудачах, частично соглашаются с критическими высказываниями;
- вины отделения (39,68) – МР иногда переживают дискомфорт при критических мыслях о родителях, отмечают плохое самочувствие при несогласии с родителями и тревожность вдали от дома, стремятся быть похожими на родителей и поддерживать тесный контакт с близкими для упреждения неприятностей, трудно осознают мысль о возможных недостатках у родителей;
- вины-состояния (33,28) – МР изредка жалеют о совершённых поступках, иногда испытывают желание изменить что-то в прошлом, отмечают случаи нахождения не в ладу с собой, относительно редко испытывают вину за свои поступки и отмечают у себя подавленность, относительно спокойны в большинстве жизненных ситуаций, частично довольны собой и результатами собственной профессиональной деятельности и убеждены в правильности совершённого;
- вины-черты (52,35) — МР вспоминают о строгости родителей, иногда желают переделать заново что-то в жизнедеятельности и испытывают сожаление, не замечают ярко выраженного чувства вины, не находят много ошибочных действий в жизни и работе, отмечают кое-что в прошлом с глубоким сожалением, наличие проблем со сном и ухудшение самочувствия при воспоминании о своих плохих поступках, частично испытывают отвращение к себе за некоторые свои поступки и страдают повышенным аппетитом или его отсутствием при плохом настроении.

С помощью математико-статистической обработки данных установлены (табл. 1.4):

**Таблица 1.4 – Установленные связи малоадаптивных форм и видов вины МР в постковидный период (значения коэффициента корреляции)**

Малоадаптивные формы и виды вины Maladaptive forms and types of guilt			Опросник вины Guilt Questionnaire			
			вина-состояние guilt-state	вина-черта guilt-line	моральные нормы moral standards	общее количество баллов total points
			33,28*	52,35*	60,73**	146,36*
ОИМАФВ Questionnaire for measuring maladaptive forms of guilt	вина выжившего survivor's guilt	86,55**	0,531	0,605	0,825	0,653
	вина отделения unit guilt	39,68*	0,357	0,395	0,549	0,434
	вина всеобъемлющей ответственности guilt of comprehensive responsibility	61,35**	0,603	0,595	0,792	0,663
	вина ненависти к себе guilt of self-hate	41,93*	0,405	0,438	0,698	0,514
	общее количество баллов total points	229,51**	0,580	0,632	0,879	0,697

Примечание. \* средний уровень; \*\* уровень выше среднего. Корреляционная связь является статистически значимой ( $p < 0,01$ ).  
Note. \* average level; \*\* above average level. The correlation is statistically significant ( $p < 0.01$ ).

- высокая связь моральных норм и вины выжившего (0,825 значение коэффициента корреляции), вины всеобъемлющей ответственности (0,792), общего показателя малоадаптивных форм вины (0,879);
- заметная связь: вины всеобъемлющей ответственности и вины-состояния (0,603), вины-черты (0,595), общего показателя вины (0,663); вины выжившего и вины-состояния (0,531), вины-черты (0,605), общего показателя вины (0,653); вины ненависти к себе и моральных норм (0,698); вины отделения и моральных норм (0,549); общего показателя малоадаптивных форм вины и вины-состояния (0,580), вины-черты (0,632), общего показателя вины (0,697);
- умеренная связь: вины отделения и вины-состояния (0,357), вины-черты (0,395), общего показателя вины (0,434); вины ненависти к себе и вины-состояния (0,405), вины-черты (0,438), общего показателя вины (0,514).

Результаты выявления особенностей малоадаптивных форм и видов вины МР в постковидный период коррелируют с описанием ответственности<sup>67</sup> и ответственности за ошибки, повышением субъективного благополучия, поддержанием мотивации, установлением критериев жизнестойкости, предпосылками упреждения асоциального поведения, характеристикой самоконтроля

<sup>67</sup> Батюкова В. Е. Об ответственности врачей за допущенные ошибки. *Государственная служба и кадры*. 2019; (1): 108–10. <https://doi.org/10.24411/2312-0444-2019-10025> <https://elibrary.ru/rquaht>

в ситуациях производственного взаимодействия, психопрофилактикой профессиональных деформаций, рассмотрением физиологических симптомов нервно-психического напряжения.

Основными особенностями малоадаптивных форм и видов вины МР в постковидный период являются:

- выше среднего уровень вины всеобъемлющей ответственности (61,35 балла), вины выжившего (86,55), малоадаптивных форм вины вообще (229,51), моральных норм (60,73);
- средний уровень вины вообще (146,36), вины ненависти к себе (41,93), вины отделения (39,68), вины-состояния (33,28), вины-черты (52,35).

Установлены:

- высокая связь моральных норм и вины выжившего (0,825 значение коэффициента корреляции), вины всеобъемлющей ответственности (0,792), общего показателя малоадаптивных форм вины (0,879);
- заметная связь: вины всеобъемлющей ответственности и вины-состояния (0,603), вины-черты (0,595), общего показателя вины (0,663); вины выжившего и вины-состояния (0,531), вины-черты (0,605), общего показателя вины (0,653); вины ненависти к себе и моральных норм (0,698); вины отделения и моральных норм (0,549); общего показателя малоадаптивных форм вины и вины-состояния (0,580), вины-черты (0,632), общего показателя вины (0,697);
- умеренная связь вины отделения и вины-состояния (0,357), вины-черты (0,395), общего показателя вины (0,434); вины ненависти к себе и вины-состояния (0,405), вины-черты (0,438), общего показателя вины (0,514).

Результаты исследования позволят организаторам здравоохранения систематически осуществлять мониторинг стрессогенных производственных условий с целью их упреждения и нивелирования, а также реализовать профилактику малоадаптивных форм и видов вины МР для сохранения и упрочения их профессионального здоровья.

## 1.5. СПЕЦИФИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ПОСТКОВИДНЫЙ ПЕРИОД

Продолжая выполнять свою профессиональную деятельность в постковидный период (недостаток производственного оборудования, ненормированность рабочего времени, нехватка информации профессиональной направленности о новых штаммах вируса, симптоматика хронических заболеваний у клиентов, столкновение с неспецифической симптоматикой и др.), у медицинских работников остаются следы профессионального стресса ковидного периода (нарушения цикла бодрствования и сна<sup>68</sup>; симптоматика психосоматического характера<sup>69</sup>; ситуативные проявления сдвигов в эмоционально-волевой сфере, соматовегетативных нарушений, снижения динамики

---

<sup>68</sup> Врачова И. В. Влияние профессионального стресса и профессионального выгорания на работу медицинской сестры. *Актуальные научные исследования в современном мире*. 2022; 1-2(81): 82-86

<sup>69</sup> Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Особенности психосоматизации медицинских работников с профессиональными деформациями. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2020; 64(5): 278–286. DOI: <https://doi.org/10.46563/0044-197X-2020-64-5-278-286>

отдельных психических процессов, общей активности, профессиональной мотивации и самочувствия<sup>70</sup>; конфликтность и усталость в социальном взаимодействии<sup>71</sup>; предпосылки профессиональных деформаций<sup>72</sup>; физиологические проявления стресса<sup>73</sup>; депрессивность<sup>74</sup>; эмоциональное истощение<sup>75</sup> и др.).

Цель исследования – определить специфику профессионального стресса медицинских работников в постковидный период.

В исследовании участвовали 620 медицинских работников, работавших и работающих в красной зоне.

Для определения специфики профессионального стресса медицинских работников в постковидный период использовались следующие методики:

1) опросник «Насколько вы подвержены стрессу на работе?» (НВПСНР), автор – Д. Мишанова, для определения уровня профессионального стресса<sup>76</sup> в модификации интерпретации результатов О. Б. Поляковой (табл. 1);

2) «Опросник оценки профессиональной дезадаптации» (ООПД), авторы: Э. Ф. Зеер и Э. Э. Сыманюк, для выявления степени возможного приспособления к психофизиологическим и физическим нагрузкам (признаки профессиональной дезадаптации: признак ухудшения самочувствия (ПУСЧ) (признак эмоциональных сдвигов (ПЭС), признак особенностей отдельных психических процессов (ПООПП), признак снижения общей активности (ПСОА), признак ощущения усталости (ПОУ)), признак соматовегетативных нарушений (ПСВН), признак нарушения цикла сна и бодрствования (ПНЦСиБ), признак особенностей социального взаимодействия (ПОСВД), признак снижения мотивации к деятельности (ПСМкД), общий показатель оценки профессиональной дезадаптации ( $\Sigma$  ООПД)<sup>77</sup> в модификации интерпретации результатов О. Б. Поляковой (табл. 1.5);

3) «Профессиональный стресс» (ПС), автор – К. Вайсман, для установления уровня профессионального стресса<sup>78</sup> в модификации интерпретации результатов О. Б. Поляковой (табл. 1.5);

---

<sup>70</sup> Матюшкина Е. Я., Рой А. П., Рахманина А. А., Холмогорова А. Б. Профессиональный стресс и профессиональное выгорание у медицинских работников. *Современная зарубежная психология*. 2020; 9(1): 39-49. DOI: [10.17759/jmfp.2020090104](https://doi.org/10.17759/jmfp.2020090104)

<sup>71</sup> Polyakova O. B., Petrova E. A., Mironova O. I., Semenov D. V. Specificity of psychosomatization of psychologist-leaders with professional deformations (burnout). *Prensa Medica Argentina*. 2019; 105(1): 1-7. DOI: <https://doi.org/10.41720032-745X.1000326>

<sup>72</sup> Mironova O. I., Polyakova O. B., Ushkov F. I. Psychological health of leaders with professional burnout in compelled contacts. In: *International Conference on Research Paradigms Transformation in Social Sciences. The European Proceedings of Social & Behavioral Sciences EpSBS*. Irkutsk: 2018; 801-807. DOI: <https://doi.org/10.15405/epsbs.2018.12.99>

<sup>73</sup> Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Специфика физиологического стресса населения, находящегося в самоизоляции из-за пандемии COVID-19. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2021; 65(5): 432-439. DOI: [10.47470/0044-197X-2021-65-5-432-439](https://doi.org/10.47470/0044-197X-2021-65-5-432-439)

<sup>74</sup> Elshansky S. P., Anufriev A. F., Polyakova O. B., Semenov D. V. Positive personal qualities and depression. *Prensa Medica Argentina*. 2018; 104(6): 1000322. DOI: <https://doi.org/10.41720032-745X.1000322>

<sup>75</sup> Бонкало Т. И., Полякова О. Б. Эмоциональное истощение как фактор возникновения и развития невротических состояний медицинских работников. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020; 28(2): 1208-1214. DOI: [10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1208-1214](https://doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1208-1214)

<sup>76</sup> Мишанова Д. Насколько вы подвержены стрессу на работе? URL: <https://hr-portal.ru/tool/naskolko-vy-podverzheny-stressu-na-rabote> (дата обращения: 04.03.2023)

<sup>77</sup> Зеер Э. Ф., Сыманюк Э. Э. Психология профессиональных деструкций. М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2005. 224-230.

<sup>78</sup> Гринберг Дж. Управление стрессом. СПб.: Питер, 2002. 496 с. С. 384 – 390.

4) «Тест профессионального стресса» (ТПС), автор – Ч. Спилбергер, автор адаптации – А. Б. Леонова, для диагностики уровня стрессового воздействия профессиональной деятельности на специалиста<sup>79</sup> в модификации интерпретации результатов О. Б. Поляковой (табл. 1.5);

5) «Шкала профессионального стресса» (ШПС), автор – Е. И. Рогов, для выявления стрессовых состояний и неврозов<sup>80</sup> в модификации интерпретации результатов О. Б. Поляковой (табл. 1.5).

Математическая обработка данных – критерий корреляции К. Пирсона и шкала Чеддока-Снедекора.

**Таблица 1.5 – Уровневые шкалы составляющих профессионального стресса медицинских работников в постковидный период**

Уровни составляющих профессионального стресса		низкий (Н)	ниже среднего (НС)	средний (С)	выше среднего (ВС)	высокий (В)
НВПСНР		0–3	4–8	9–12	13–17	18–21
ООПД	ПЭС	0–2	3–6	7–9	10–13	14–16
	ПОПП	0–1	2–3	4	5–6	7–8
	ПСОА	0–1	2–3	4–6	7–8	9–10
	ПОУ	0–2	3–4	5–7	8–9	10–12
	ПУСЧ	0–8	9–18	19–27	28–37	38–46
	ПСВН	0–8	9–16	17–24	25–32	33–40
	ПНЦСиБ	0–2	3–6	7–9	10–13	14–16
	ПОСВД	0–3	4–7	8–10	11–14	15–18
	ПСМКД	0–1	2–3	4	5–6	7–8
	Σ ООПД	0–25	26–51	52–76	77–102	103–128
ПС		1	2	3	4	5
ТПС		30–509	510–989	990–1470	1471–1950	1951–2430
ШПС		0–11	12–23	24–36	37–48	49–60

У медицинских работников в постковидный период выявлены (табл. 1.6):

1) выше среднего уровень признака соматовегетативных нарушений (26.05, боли в висках, во лбу, в спине и шее; выступления красных пятен на шее и щеках; головных болей; головокружения; напряжения глаз; неприятных ощущений в глазах; одышки; отеков ног; ощущения блестящих мушек перед глазами, звона и шума в ушах, испарины и тошноты; падения остроты зрения; потения ладоней; приступов сердцебиения; трудности вдоха; тяжести в голове; частых простудных заболеваний) (табл. 1.6);

2) средний уровень общего показателя оценки профессиональной дезадаптации (67.66), признака нарушения цикла сна и бодрствования (8.36), признака ощущения усталости (5.96), признака снижения мотивации к деятельности (4.25), признака снижения общей активности (5.87), признака ухудшения самочувствия (22.18), признака эмоциональных сдвигов (7.31), стресса на работе

<sup>79</sup> Спилбергер Ч., Леонова А. Б. Тест профессионального стресса. URL: <http://dip-psi.ru/psikhologicheskiye-testy/post/oprosnik-trudovogo-stressa-jss-ch-spilbergera-v-russkoyazychnoy-adaptatsii-a-b-leonovoy> (дата обращения: 04.03.2023).

<sup>80</sup> Рогов Е. И. Настольная книга практического психолога. М.: ВЛАДОС, 2004. Работа психолога со взрослыми. Коррекционные приемы и упражнения: Кн. 2: 480 с. С. 98-102.

(9.25), стрессового воздействия профессиональной деятельности на специалиста (9.95), стрессовых состояний и неврозов (24.91) (табл. 1.6);

3) ниже среднего уровень профессионального стресса (2.37), признака особенностей социального взаимодействия (6.82), признака особенностей отдельных психических процессов (3.04) (табл. 1.6).

С помощью математико-статистической обработки данных установлены (табл. 1.6):

1) заметная связь признака соматовегетативных нарушений и стрессового воздействия профессиональной деятельности на специалиста (0.636), и общего показателя оценки профессиональной дезадаптации (0.598), и стрессовых состояний и неврозов (0.582), и признака ухудшения самочувствия (0.573), и стресса на работе (0.569), и признака нарушения цикла сна и бодрствования (0.555), и признака эмоциональных сдвигов (0.542), и признака ощущения усталости (0.531), и признака снижения общей активности (0.525), и признака снижения мотивации к деятельности (0.519) (табл. 1.6);

2) умеренная связь:

- признака эмоциональных сдвигов и стрессового воздействия профессиональной деятельности на специалиста (0.463), и стрессовых состояний и неврозов (0.447), и общего показателя оценки профессиональной дезадаптации (0.446), и признака ухудшения самочувствия (0.435), и признака нарушения цикла сна и бодрствования (0.428), и стресса на работе (0.416), и признака ощущения усталости (0.402), и признака снижения общей активности (0.395), и признака снижения мотивации к деятельности (0.382) (табл. 1.6);

- признака снижения общей активности и стрессового воздействия профессиональной деятельности на специалиста (0.439), и стрессовых состояний и неврозов (0.405), и признака ухудшения самочувствия (0.389), и стресса на работе (0.385), и признака нарушения цикла сна и бодрствования (0.374), и признака ощущения усталости (0.369), и признака снижения мотивации к деятельности (0.357), и общего показателя оценки профессиональной дезадаптации (0.351) (табл. 1.6);

- признака ощущения усталости и стрессовых состояний и неврозов (0.385), и признака ухудшения самочувствия (0.376), и стрессового воздействия профессиональной деятельности на специалиста (0.369), и стресса на работе (0.362), и признака нарушения цикла сна и бодрствования (0.355), и общего показателя оценки профессиональной дезадаптации (0.350), и признака снижения мотивации к деятельности (0.348) (табл. 1.6);

- признака ухудшения самочувствия и стрессовых состояний и неврозов (0.415), и стресса на работе (0.393), и признака нарушения цикла сна и бодрствования (0.386), и стрессового воздействия профессиональной деятельности на специалиста (0.375), и признака снижения мотивации к деятельности (0.375), и общего показателя оценки профессиональной дезадаптации (0.367) (табл. 1.6);

- признака нарушения цикла сна и бодрствования и стрессового воздействия профессиональной деятельности на специалиста (0.375), и стрессовых состояний и неврозов (0.371), и стресса на работе (0.369), и общего показателя оценки профессиональной дезадаптации (0.362), и признака снижения мотивации к деятельности (0.355) (табл. 1.6);
- признака снижения мотивации к деятельности и стрессовых состояний и неврозов (0.415), и стресса на работе (0.403), и стрессового воздействия профессиональной деятельности на специалиста (0.347), и общего показателя оценки профессиональной дезадаптации (0.339) (табл. 1.6);
- признака соматовегетативных нарушений признака особенностей социального взаимодействия (0.427), и признака особенностей отдельных психических процессов (0.416), профессионального стресса (0.405) (табл. 1.6);
- общего показателя оценки профессиональной дезадаптации и стрессовых состояний и неврозов (0.379), и стрессового воздействия профессиональной деятельности на специалиста (0.378), и стресса на работе (0.359) (табл. 1.6).

Результаты описания специфики профессионального стресса медицинских работников в постковидный период коррелируют с исследованиями взаимосвязи субъективного благополучия и профессиональных деформаций<sup>81</sup>, динамики профессиональной мотивации<sup>82</sup>, физиологических проявлений нервно-психического напряжения<sup>83</sup>, поведенческими проявлениями социального аспекта<sup>84</sup>, связи жизнестойкости и профессионального выгорания<sup>85</sup>, стрессоустойчивой составляющей волевой сферы<sup>86</sup>, самоконтроля при преодолении деперсонализационной симптоматики<sup>87</sup>.

<sup>81</sup> Polyakova O. B., Petrova E. A., Mironova O. I. Features of subjective well-being of leaders with professional deformations (burnout). In: *International Conference on Research Paradigms Transformation in Social Sciences. The European Proceedings of Social & Behavioral Sciences EpSBS*. Irkutsk: 2018; 958–965. DOI: <https://doi.org/10.15405/epsbs.2018.12.117>

<sup>82</sup> Sokolovskaya I. E., Polyakova O. B., Romanova A. V., Belyakova N. V., Tereshchuk K. S. Educational and professional motivation of students with various religious. *European Journal of Science and Theology*. 2020; 16(4): 169–180.

<sup>83</sup> Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Физиологические симптомы нервно-психического напряжения у медицинских работников с профессиональными деформациями. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020; 28(S2): 1195–1201. DOI: 10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1195-1201

<sup>84</sup> Bonkalo T. I., Polyakova O. B., Bonkalo S. V., Kolesnik N. T., Sorokoumova E. A. Development of ethnic social identity among the members of ethnic community organizations as the factor of preventing the spread of nationalist in a multicultural society. *Biosciences Biotechnology Research Asia*. 2015; 12(3): 2361–2372. DOI: <http://dx.doi.org/10.13005/bbra/1912>

<sup>85</sup> Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Специфика жизнестойкости работников здравоохранения с профессиональными деформациями. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2022; 66(1): 67–75. DOI: 10.46563/0044-197X-2022-66-1-67-75

<sup>86</sup> Jafar Zade D. A., Senkevich L. V., Polyakova O. B., Basimov M. M., Strelkov V. I., Tarasov M. V. Features of professional deformation (burnout) of medical workers depending on working conditions. *Prensa Medica Argentina*. 2019; 105(1): 1000334. DOI: <https://doi.org/10.41720032-745X.1000334>

<sup>87</sup> Полякова О. Б. Самоконтроль в общении как фактор преодоления состояний деперсонализации психологов и педагогов. *Вестник Томского государственного университета*. 2011; 348: 133–137.

**Таблица 1.6 – Установленные связи составляющих профессионального стресса медицинских работников в постковидный период**

СПС		ООПД									
		пЭС	поопп	пСОА	поу	пусч	пСВН	пНЦсиБ	посвд	пСмкд	Σ ООПД
НВПСНР = 9.25 (С)		0.416	0.154	0.385	0.362	0.393	0.569	0.369	0.183	0.403	0.359
ООПД	пЭС = 7.31 (С)	1	0.207	0.395	0.402	0.435	0.542	0.428	0.221	0.382	0.446
	поопп = 3.04 (НС)	0.207	1	0.195	0.195	0.195	0.416	0.205	0.015	0.184	0.202
	пСОА = 5.87 (С)	0.395	0.195	1	0.369	0.389	0.525	0.374	0.203	0.357	0.351
	поу = 5.96 (С)	0.402	0.195	0.369	1	0.376	0.531	0.355	0.225	0.348	0.350
	пусч = 22.18 (С)	0.435	0.195	0.389	0.376	1	0.573	0.386	0.208	0.375	0.367
	пСВН = 26.05 (ВС)	0.542	0.416	0.525	0.531	0.573	1	0.555	0.427	0.519	0.598
	пНЦсиБ = 8.36 (С)	0.428	0.205	0.374	0.355	0.386	0.555	1	0.238	0.355	0.362
	посвд = 6.82 (НС)	0.221	0.015	0.203	0.225	0.208	0.427	0.238	1	0.191	0.216
	пСмкд = 4.25 (С)	0.382	0.184	0.357	0.348	0.375	0.519	0.355	0.191	1	0.339
	Σ ООПД = 67.66 (С)	0.446	0.162	0.351	0.350	0.367	0.598	0.362	0.204	0.339	1
ПС = 2.37 (НС)		0.185	0.163	0.205	0.165	0.185	0.405	0.192	0.163	0.175	0.230
ТПС = 995 (С)		0.463	0.185	0.439	0.369	0.375	0.636	0.375	0.215	0.347	0.378
ШПС = 24.91 (С)		0.447	0.171	0.405	0.385	0.415	0.582	0.371	0.221	0.415	0.379

**Примечание:** СПС – составляющие профессионального стресса,  $p < 0,01$  – статистическая значимость корреляций.

Специфика профессионального стресса медицинских работников в постковидный период заключается в выше среднего уровне признака соматовегетативных нарушений (26.05); среднем уровне общего показателя оценки профессиональной дезадаптации (67.66), признака нарушения цикла сна и бодрствования (8.36), признака ощущения усталости (5.96), признака снижения мотивации к деятельности (4.25), признака снижения общей активности (5.87), признака ухудшения самочувствия (22.18), признака эмоциональных сдвигов (7.31), стресса на работе (9.25), стрессового воздействия профессиональной деятельности на специалиста (995), стрессовых состояний и неврозов (24.91); ниже среднего уровне профессионального стресса (2.37), признака особенностей социального взаимодействия (6.82), признака особенностей отдельных психических процессов (3.04).

Установлены: заметная связь признака соматовегетативных нарушений и стрессового воздействия профессиональной деятельности на специалиста (0.636), и общего показателя оценки профессиональной дезадаптации (0.598), и стрессовых состояний и неврозов (0.582), и признака ухудшения самочувствия (0.573), и стресса на работе (0.569), и признака нарушения цикла сна и бодрствования (0.555), и признака эмоциональных сдвигов (0.542), и признака ощущения усталости (0.531), и признака снижения общей активности (0.525), и признака снижения мотивации к деятельности (0.519); умеренная связь: признака эмоциональных сдвигов и стрессового воздействия профессиональной деятельности на специалиста (0.463), и стрессовых состояний и неврозов (0.447), и общего показателя оценки профессиональной дезадаптации (0.446), и признака ухудшения самочувствия (0.435), и признака нарушения цикла сна и бодрствования (0.428), и стресса на работе (0.416); признака снижения общей активности и стрессового воздействия профессиональной деятельности на специалиста (0.439); признака ухудшения самочувствия и стрес-



совых состояний и неврозов (0.415); признака снижения мотивации к деятельности и стрессовых состояний и неврозов (0.415), и стресса на работе (0.403); признака соматовегетативных нарушений признака особенностей социального взаимодействия (0.427), и признака особенностей отдельных психических процессов (0.416), профессионального стресса (0.405).

В постковидный период у медицинских работников сохраняются признаки соматовегетативных нарушений, а это, в свою очередь, сказывается на нарушении цикла сна и бодрствования, ощущении усталости, профессиональной дезадаптации, снижении общей активности и мотивации к деятельности, стрессе на работе, стрессовом воздействии профессиональной деятельности на специалиста, стрессовых состояниях и неврозах, ухудшении самочувствия, эмоциональных сдвигах.

ГЛАВА

# 2

## ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ДЕФОРМАЦИИ КАК ИСТОЧНИК И ПОКАЗАТЕЛЬ НАРУШЕНИЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

## 2.1. СУЩНОСТЬ И СТРУКТУРА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ

Анализируя особенности профессионального развития человека, А. К. Маркова выделяет шесть причин, препятствующих этому процессу:

- возрастные изменения, связанные со старением;
- длительная психическая напряженность, обусловленная сложными условиями труда, при этом напряженность психики понимается как состояние повышенного расхода психической энергии, адекватное ситуации или не соответствующее ей, стимулирующее деятельность или снижающее ее эффективность;
- кризисы профессионального развития;
- монотония как психическое состояние, возникающее в условиях однообразной работы и проявляющееся в скуке, ослаблении интереса к труду, снижении производительности труда; как психическое состояние, вызванное однообразным, чаще всего слабым, длительным раздражителем, проявляющееся в снижении дееспособности, падении психической активности, притуплении воли, снижении внимания, в появлении устойчивой усталости; как опасный синдром в деятельности операторов, одно из противопоказаний при психологическом отборе на профессии, связанные с длительным слежением за показаниями приборов в условиях воздействия однообразных раздражителей;
- профессиональная усталость как комплекс субъективных ощущений и переживаний, сопутствующих развитию утомления, временного снижения функциональной активности психики, возникающего вследствие истощения внутренних ресурсов индивида и рассогласования в работе систем, обеспечивающих деятельность;
- профессиональные деформации.<sup>88</sup>

Обобщая результаты научных трудов отечественных и зарубежных психологов, Э. Ф. Зеер подчеркивает, что в психологии труда основательно исследованы проблемы повышения работоспособности, обеспечения надежности труда, вопросы профессионального старения, а также различные виды профессиональной деятельности, которые связаны с неблагоприятными и экстремальными условиями труда: «В меньшей степени исследованы профессиональные деформации личности, несмотря на то, что С. Г. Геллерштейн еще в 1930-е гг. писал: «... сущность профессиональной работы заключается не только в выполнении работником ряда активных и реактивных действий, но и в приспособлении организма к тем специфическим особенностям профессии, на фоне которых эти действия совершаются. Происходит непрерывное взаимодействие внешних условий и организма работника. При этом очень часто наблюдается деформация не только тела, но и психики работника» и отмечал, что деформация – это «изменение, наступающее в организме и приобретающее стойкий характер (искривление позвоночника и близорукость у конторских служащих, угодливость приказчиков, льстивость кельнера и др.)».<sup>89</sup> Профессиональные деформации личности – изменение психической структуры, качеств личности (поведения, способов общения, стереотипов восприятия, характера, ценностных ориентаций и др.) под влиянием выполнения профессиональных обязанностей.

<sup>88</sup> Маркова А. К. Психология профессионализма. - М.: Знание, 1996. - 308 с.

<sup>89</sup> Зеер Э. Ф. Психология профессий. - Екатеринбург: УГППУ, 1999. - 280 с. С. 197-200. Зеер, Э. Ф. Психология профессий. - М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2003. - 336 с.

Описывая разнонаправленные онтогенетические изменения личности при профессиональном становлении, Э. Ф. Зеер особо подчеркивает, что:

«профессиональное развитие – это приобретения и потери, а значит, становление специалиста, профессионала – не только совершенствование, но и разрушение, деструкция»<sup>90</sup>, можно говорить о профессиональной неспособности как полном или частичном несоответствии психических возможностей личности специалиста профессиональной деятельности (наблюдается своего рода профессиональная деградация, понимаемая как движение назад – на стадию профессиональной адаптации, упадок в профессиональном развитии, утрата профессионально важных качеств и свойств)<sup>91</sup>;

«на стадии профессионализации (понимаемой нами как весь профессиональный путь человека от оптации (выбора профессии) до выхода из профессиональной деятельности<sup>92</sup> по многим видам профессий происходит развитие профессиональных деструкций (деструкция – разрушение, нарушение нормальной структуры чего-либо)»<sup>93</sup>. Так, согласно концепции кумулятивной причины, следствие вытекает из взаимодействия ряда разнокачественных, порой трудно диагностируемых, влияний, в том числе и микровлияний, система которых и является причиной конкретного психического явления, в частности профессиональных деформаций; при этом психика имеет свойство как бы суммировать, накапливать влияние различных по времени и своей модальности воздействий, каждое из которых, взятое в отдельности, не может выступить причиной того или иного психического явления из-за своей недостаточности для запуска того или иного психического акта, который вызывает лишь совокупное воздействие чего-то (по Б. Ф. Ломову), однако, согласно концепции кумулятивно-факторной причины, важно положение о том, что наряду с суммированием различных влияний причиной психического акта может выступать и какой-то достаточно выраженный фактор (ы), взаимодействие которого (ых) с кумулятивным (ыми) и выступает причиной того или иного психического акта, поведения субъекта);

профессиональные деформации – это:

«деструктивные изменения личности в процессе выполнения деятельности»<sup>94</sup> (возможна так называемая профессиональная дисгармония, психическое состояние, характеризующееся несоответствием каких-то психических функций, черт личности специалиста, особенностей поведения как между собой, так и по отношению к вышестоящей системе, по отношению к профессиональным ситуациям);

---

<sup>90</sup> Зеер, Э. Ф. Психология профессий. - Екатеринбург: УГППУ, 1999. - 280 с. С. 200-201.

<sup>91</sup> Там же. С. 204.

<sup>92</sup> Полякова О. Б. Психогигиена и профилактика профессиональной деформации личности: Учеб.-практ. пособие. - Ч. I. - Профессиональные деформации личности. - М.: МГУТУ, 2004. - 88 с.]; [Полякова О. Б. Психогигиена и профилактика профессиональной деформации личности: Учеб.-практ. пособие. - Ч. II. - Психопрофилактика профессиональных деформаций. - М.: МГУТУ, 2004. - 88 с.]; [Полякова О. Б. Психогигиена и профилактика профессиональной деформации личности: Рабочая программа и метод. рекомендации по выполнению контрольной работы для студентов специальности 033400 «Педагогика» всех форм обучения. - М.: МГУТУ, 2005. - 44 с.]; [Полякова О. Б. Психогигиена и профилактика профессиональных деформаций личности: Учебное пособие. – М.: НОУ ВПО Московский психолого-социальный институт, 2008. – 304 с.]; [Полякова О. Б. Профессиональные деформации личности: понятие, влияющие факторы, последствия: Учеб.-метод. рекомендации //Иновации в профессиональной школе: Приложение к журналу «Профессиональное образование. Столица». – 2010. – № 9. – 48 с.

<sup>93</sup> Зеер Э. Ф. Психология профессий. - Екатеринбург: УГППУ, 1999. - 280 с. С. 197-200.

<sup>94</sup> Зеер Э. Ф. Психология профессий. - Екатеринбург: УГППУ, 1999. - 280 с. С. 49-51.

- «изменения сложившейся структуры деятельности и личности, негативно сказывающиеся на продуктивности труда и взаимодействии с другими участниками этого процесса»<sup>95</sup> (и как следствие возможна социальная депривация, которая может привести к потере социально-психологической ориентации);
- «деструкции, возникающие при многолетнем выполнении одной и той же профессиональной деятельности, негативно влияющие на ее продуктивность, порождающие профессионально нежелательные качества, изменяющие профессиональное поведение человека»<sup>96</sup>;
- «нарушение усвоенных способов деятельности; разрушение сформированных профессиональных качеств; появление стереотипов профессионального поведения и психологических барьеров при освоении новых профессиональных технологий, новой профессии или специальности; изменение структуры личности при переходе от одной стадии профессионального становления к другой»<sup>97</sup>.

В зарубежной психологии интерес к так называемому синдрому «психического выгорания» возник еще в 70-х годах XX века, а в настоящее время проблема широко изучается в контексте профессиональных стрессов<sup>98</sup>.

«Выгорание» (в широком смысле) – «долговременная стрессовая реакция или синдром, возникающий вследствие продолжительных профессиональных стрессов средней интенсивности»<sup>99</sup>.

Первоначально «психическое выгорание» понималось как состояние изнеможения с ощущением собственной бесполезности. Впервые термин «burnout» был введен американским психиатром Х. Дж. Фроинденбергером (H. J. Freudenberger). «Burnout» – это характеристика психологического состояния здоровых людей, которые находятся в интенсивном и тесном общении с клиентами в эмоционально нагруженной, насыщенной атмосфере при оказании им профессиональной помощи<sup>100</sup>.

Н. Е. Водопьянова говорит: «Исследователи все больше стали связывать синдром «burnout» с психосоматическим самочувствием, соотнося его с состоянием предболезни»<sup>101</sup>.

---

<sup>95</sup> Там же С. 197-200.

<sup>96</sup> Там же. С. 200-201.

<sup>97</sup> Там же. С. 200-201.

<sup>98</sup> Практикум по психологии профессиональной деятельности. - СПб.: СПбГУ, 2000. - 304 с.

<sup>99</sup> Водопьянова Н. Е. Синдром «психического выгорания» в коммуникативных профессиях // Психология здоровья / Под ред. Г. С. Никифорова. - СПб.: СПбГУ, 2000. - 504 с. - С. 443-463.

<sup>100</sup> Freudenberger H. J. Staff burnout // Journal of Social Issues. - 1974. - Vol. 30 (1). – P. 159-165

<sup>101</sup> Водопьянова Н. Е. Синдром «психического выгорания» в коммуникативных профессиях // Психология здоровья / Под ред. Г. С. Никифорова. - СПб.: СПбГУ, 2000. - 504 с. - С. 443-463.

Еще в 1981 году американские психологи К. Маслач (C. Maslach) и С. Джексон (S. Jackson) отмечали, что возможность проявлений синдрома «психического выгорания» ограничивается представителями коммуникативных профессий<sup>102</sup>, что частично разрешает спор о природе феномена (в отношении профессий типа «человек-человек»<sup>103</sup>.

К. Маслач (C. Maslach) и В. Шауфели (W. Schaufeli) подчеркивали, что профессиональное выгорание – это синдром «психического выгорания» (английским термином «burnout», русские эквиваленты «сгорание», «затухание горения», «выгорание»), рассматриваемый в аспекте личностной деформации профессионала под влиянием профессиональных стрессов<sup>104</sup>.

Н. Е. Водопьянова и Е. С. Старченкова особо выделяют, что синдром «burnout» является личностной деформацией вследствие эмоционально затрудненных или напряженных отношений в системе «человек-человек», что «профессиональное выгорание» – это негативные последствия межличностных рабочих коммуникаций (в контексте профессиональной деятельности), что «выгорание» имеет прямое отношение к сохранению здоровья, психической устойчивости, надежности и профессиональному долголетию специалистов, включенных в длительные межличностные коммуникации<sup>105</sup>, то есть упрочению профессиональной пригодности, соответствия личностных качеств специалиста требованиям профессиограммы, его способности успешно овладеть и осуществлять профессиональную деятельность. Анализируя труды отечественных и зарубежных психологов, Н. Е. Водопьянова и Е. С. Старченкова отмечают, что трудности изучения синдрома были связаны с неопределенностью и многокомпонентностью его описательных характеристик и отсутствием соответствующего измерительного инструментария. В настоящее время исследователи выделяют около 100 симптомов, связанных с «психическим выгоранием», среди которых агрессивные и упаднические чувства, бессонница, злоупотребление алкоголем, негативное отношение к работе, переживания чувства вины и зависимости, психосоматические недомогания и др.<sup>106</sup>

Говоря о самой категории «профессиональные деформации», сразу же хочется обратить внимание на нежелательность использования в научном обиходе термина-метафоры «выгорание», правильнее говорить об эмоциональном и / или физическом истощении, согласно концепции Г. Селье<sup>107</sup>.

Таким образом, под профессиональными деформациями личности понимают деструктивные изменения личности при выполнении деятельности; изменения сложившейся структуры деятельности и личности, негативно сказывающиеся на продуктивности труда и взаимодействии с другими участниками этого процесса; деструкции, возникающие при многолетнем выполнении

---

<sup>102</sup> Maslach C., Jackson S. MBI: Maslach Burnout Inventory; research edition // Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1981. – P. 13-15.; [Maslach, C., Jackson, S. The measurement of experienced burnout // Journal of Occupational Behavior. – 1981. – Vol. 2. – P. 99-113.; Maslach, C., Jackson, S. MBI: Maslach Burnout Inventory; manual research edition // Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986. – P. 1-17.

<sup>103</sup> Водопьянова Н. Е. Синдром «психического выгорания» в коммуникативных профессиях // Психология здоровья / Под ред. Г. С. Никифорова. - СПб.: СПбГУ, 2000. - 504 с. - С. 443-463.; [Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – СПб.: Питер, 2005. – 336 с.

<sup>104</sup> Maslach C., Schaufeli W. History and conceptual specificity of burnout // Recent Developments in Theory and Research, Hemisphere. - New York, 1993. – P. 44-52.

<sup>105</sup> Водопьянова Н. Е. Синдром «психического выгорания» в коммуникативных профессиях // Психология здоровья / Под ред. Г. С. Никифорова. - СПб.: СПбГУ, 2000. - 504 с. - С. 443-463.; [Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – СПб.: Питер, 2005. – 336 с.

<sup>106</sup> Там же

<sup>107</sup> Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме / Перевод с англ. В. И. Кандрора, А. А. Рогова. - М.: Медгиз, 1960. – 254 с.; Селье Г. Стресс без дистресса / Общ. ред. Е. М. Крепса. - М.: Прогресс, 1979. – 125 с.

одной и той же профессиональной деятельности, негативно влияющие на ее продуктивность, порождающие профессионально нежелательные качества, изменяющие профессиональное поведение человека; изменение психической структуры, качеств личности под влиянием выполнения профессиональных обязанностей.

Указывая на актуальность проблемы профессиональных деформаций, Э. Ф. Зеер пишет: «Профессиональные деформации неизбежны»; «Каждая профессия имеет свой ансамбль деформаций»<sup>108</sup> и выделяет четыре уровня проявления профессиональных деформаций, структурируя их:

1) общепрофессиональные деформации (прослеживаются у большинства работников со стажем; степень выраженности деформаций различна; деформации делают работников узнаваемыми, похожими): у врачей – синдром «сострадательной усталости» (эмоциональная индифферентность к страданиям больных); у работников правоохранительных органов – синдром «асоциальной перцепции» (каждый гражданин воспринимается как потенциальный нарушитель); у руководителей – синдром «вседозволенности» (нарушение профессиональных и этических норм, стремление манипулировать профессиональной жизнью подчиненных);

2) специальные профессиональные деформации (возникают при специализации; каждая специальность в рамках любой профессии имеет свой качественный и количественный состав деформаций): у следователя – правовая подозрительность; у оперативного работника – актуальная агрессивность; у адвоката – профессиональная изворотливость; у прокурора – обвинительность; у терапевтов – постановка угрожающих диагнозов; у хирургов – циничность; у медицинских сестер – черствость и равнодушие;

3) профессионально-типологические деформации обусловлены наложением индивидуально-психологических особенностей личности (темперамента, способностей, характера) на психологическую структуру деятельности. В результате складываются профессионально и личностно обусловленные комплексы:

- деформации профессиональной направленности личности: искажение мотивации деятельности («сдвиг мотива на цель»); перестройка ценностных ориентаций; пессимизм; скептическое отношение к новичкам и нововведениям;
- деформации, развивающиеся на основе организаторских, коммуникативных, интеллектуальных и др. способностей: комплекс превосходства; гипертрофированный уровень притязаний; завышенная самооценка; психологическая герметизация; нарциссизм;
- деформации, обусловленные чертами характера: ролевая экспансия; властолюбие; «должностная интервенция»; доминантность; индифферентность;

4) индивидуализированные деформации обусловлены особенностями работников различных профессий; чрезмерное развитие отдельных профессионально важных и профессионально нежелательных качеств (в результате многолетней профессиональной деятельности, психологического сращивания личности и профессии) приводит к возникновению сверхкачеств или акцентуаций: сверхответственность; суперчестность; гиперактивность; трудовой фанатизм; профессиональный энтузиазм; «Данные деформации можно назвать «профессиональным кретинизмом»<sup>109</sup>.

---

<sup>108</sup> Зеер Э. Ф. Психология личностно ориентированного профессионального образования. - Екатеринбург: УГППУ, 2000. - 258 с. С. 45-54.

<sup>109</sup> Зеер Э. Ф. Психология профессий. - Екатеринбург: УГППУ, 1999. - 280 с. С. 205-207.

Группируя профессиональные деформации, среди основных тенденций профессиональных деструкций А. К. Маркова выделяет восемь:

1) дезинтеграция профессионального развития, распад профессионального сознания; следствие – нереалистические цели, ложные смыслы труда, профессиональные конфликты (возможно профессиональное отчуждение, понимаемое как система отношений специалиста с окружающей профессиональной действительностью, при которых результат профессиональной деятельности, присущие ей нормы профессиональных взаимоотношений, системы профессиональных ценностей, их социальные носители осознаются как противоположные ему самому, противоречащие его «Я», его профессиональным взглядам и устремлениям; при этом наблюдаются обособленность, одиночество, отверженность, потеря своего «Я» и др.);

2) искаженное профессиональное развитие, появление ранее отсутствовавших негативных качеств, отклонение от социальных и индивидуальных норм профессионального развития, меняющих профиль личности (и как следствие – групповая несовместимость как социально-психическое явление, отражающее степень неэффективности совместной деятельности людей, невозможность их адаптации друг к другу);

3) низкая профессиональная мобильность, неумение приспособиться к новым условиям труда и дезадаптация (наблюдается профессиональная дезадаптация, неспособность приспособиться к внешним и внутренним условиям физиологического, психофизиологического, психического, социально-психического и социального характера);

4) ослабление ранее имевшихся профессиональных данных, профессиональных способностей, профессионального мышления;

5) отставание, замедление профессионального развития сравнительно с возрастными и социальными нормами (можно говорить о ненормативном профессиональном поведении как деятельности, поведении в полном или частичном несоответствии с социальными, в частности профессиональными, нормами; особое внимание профессиональным деформациям должно быть уделено в геронтопсихологии в контексте изучения закономерностей функционирования и развития психики лиц пожилого возраста);

6) появление деформаций личности (пример: эмоциональное истощение и выгорание, ущербная профессиональная позиция);

7) профессиональные заболевания или потеря трудоспособности; следствие – прекращение профессионального развития;

8) рассогласованность отдельных звеньев профессионального развития: одна сфера «забегает» вперед, другая отстает (пример: мотивация к профессиональному росту есть, но мешает отсутствию целостного профессионального сознания)<sup>110</sup>.

Понимание зарубежными психологами синдрома «выгорания» как одномерной конструкции несомненно представляет интерес: А. Пайнс (A. Pines) и И. Аронсон (E. Aronson) акцентируют внимание на том, что «выгорание» – это состояние физического и психического истощения, вызванного длительным пребыванием в эмоционально перегруженных ситуациях<sup>111</sup>. А. Чиром (A. Shirom) до-

---

<sup>110</sup> Маркова А. К. Психология профессионализма. - М.: Знание, 1996. - 308 с.

<sup>111</sup> Pines A. M., Aronson, E. Career burnout: Causes and cures. - New York: The Free Press, 1988. – 257 p.; Pines A. M. Burnout: An existential perspective // Professional burnout: Recent developments in theory and research / W. B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek. – Taylor & Francis, Washington DC. – 1993. – P. 33-51.; Pines A. M. Couple burnout: Causes and cures, Routledge. – New York. – 1996. – 277 p.



полняет: «выгорание» – комбинация физического, эмоционального и когнитивного истощения или утомления<sup>112</sup>.

Главным фактором «выгорания» выступает эмоциональное истощение, а дополнительные компоненты – следствие либо поведения (купирования стресса), ведущего к деперсонализации, либо собственно когнитивно-эмоционального «выгорания», что выражается в редукции личных достижений (деформациях субъективной оценки собственных возможностей), проявляется в деформации личности и имеет непосредственное значение для ее социального здоровья. Авторы одномерного подхода не ограничивают «выгорание» определенными группами специалистов<sup>113</sup>.

Выделение аффективного и установочного компонентов профессиональных деформаций дает возможность воспринимать синдром «выгорания» как двухмерную конструкцию. Так, Д. В. Дирендонк (D. V. Dierendonck), В. Шауфели (W. Schaufeli), Х. Дж. Сиксма (H. J. Sixma) предложили свою концепцию «burnout», где эмоциональное истощение выступает «аффективным» компонентом и проявляется в жалобах на свое здоровье, физическое самочувствие, нервное напряжение, эмоциональное истощение), а деперсонализация – «установочный» компонент, заключающийся в изменении отношений либо к пациентам, либо к себе<sup>114</sup>.

Следует заметить, что деперсонализацию как составляющую профессиональных деформаций личности не следует отождествлять с общепринятым определением деперсонализации в психологии вообще и в клинической психологии в частности: «Деперсонализация – расстройство самосознания личности, утрата своего «Я», возникновение эффекта отчуждения от своих мыслей, чувств, действий»<sup>115</sup>.

Конечно, наибольший интерес обращают на себя концепции зарубежных психологов, в которых выделяются три составляющие профессиональных деформаций.

Б. Пельман (B. Pelman) и Е. Хартман (E. Hartman) указывают на:

1) эмоциональное и / или физическое истощение – ощущения эмоционального перенапряжения, чувство опустошенности, истощенности своих эмоциональных ресурсов (чувство невозможности отдаваться работе с таким же воодушевлением, желанием, как раньше);

2) деперсонализацию – возникновение равнодушного и даже негативного отношения к людям, обслуживаемым по роду работы (контакты с людьми становятся формальными, обезличенными; возникающие негативные установки могут поначалу иметь скрытый характер и проявляться

---

<sup>112</sup> Shirom A. Burnout in work organizations // *International Review of Industrial and Organizational Psychology* / C. L. Cooper, I. T. Robertson. – New York: Wiley, 1989. – Vol. IV. – P. 25-49; Shirom, A. Feeling vigorous at work? The construct of vigor and the study of positive affect in organizations // *Research in organizational stress and well-being* / D. Ganster, P. L. Perrewe. – Greenwich, CN: JAI Press, 2004. – Vol. 3. – P. 135-165; Shirom, A. Reflections on the study of burnout // *Work & Stress*. – 2005. – Vol. 19 (3). – P. 263-270.

<sup>113</sup> Водопьянова Н. Е. Синдром «психического выгорания» в коммуникативных профессиях // *Психология здоровья* / Под ред. Г. С. Никифорова. – СПб.: СПбГУ, 2000. – 504 с. – С. 443-463; [Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – СПб.: Питер, 2005. – 336 с.

<sup>114</sup> Водопьянова Н. Е. Синдром «психического выгорания» в коммуникативных профессиях // *Психология здоровья* / Под ред. Г. С. Никифорова. – СПб.: СПбГУ, 2000. – 504 с. – С. 443-463; Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – СПб.: Питер, 2005. – 336 с.; Dierendonck, D. V., Schaufeli, W. B., Sixma, H. J. Burnout among general practitioners: a perspective from equity theory // *Journal of Social and Clinical Psychology*. – 1994. – Vol. 13 (1). – P. 86-100; Schaufeli W. B. Measurement of burnout: A review // *Professional Burnout: Recent Developments* / W.B.Schaufely, C. Maslach, T. Marek. – Theory and Reserch.– Washington, D.C.: Taylor & Francis, 1993. – P. 199-215; Dierendonck, D. V., Schaufeli, W. B., Buunk, B. P. Burnout and inequity among human service professionals: A longitudinal study // *Journal of Occupational Health Psychology*. – 2001. – Vol. 6 (1). – P. 43-52.

<sup>115</sup> Конюхов Н. И. Словарь-справочник по психологии. – М., 1996. – С. 29.

во внутренне сдерживаемом раздражении, которое со временем прорывается наружу и приводит к конфликтам; подобные состояния имеют место в замкнутых рабочих коллективах, выполняющих длительное время (до полугода) совместную деятельность);

3) сниженную рабочую продуктивность – снижение самооценки своей компетентности, негативное восприятие себя как профессионала, недовольство собой, негативное отношение к себе как личности<sup>116</sup> и, как следствие, психическую дезадаптацию, невозможность перестроить динамический стереотип личности в соответствии с новыми требованиями профессиональной деятельности.

К. Маслач (C. Maslach) и С. Джексон (S. Jackson) создали концепцию о синдроме «психического выгорания» как трехмерном конструкте, включающем в себя:

1) эмоциональное истощение как основную составляющую «профессионального выгорания» (переживание сниженного эмоционального фона, равнодушие или эмоциональное перенасыщение); при этом истощение понимается как оскудение психических ресурсов, снижение эмоционального тонуса, наступающее вследствие неэффективности проявленного сопротивления;

2) деперсонализацию – деформацию отношений с другими людьми (в одних случаях – это повышение зависимости от других; в иных случаях – повышение негативизма, циничности установок и чувств по отношению к реципиентам (пациентам, клиентам, подчиненным, коллегам и др.);

3) редукцию личных достижений (либо тенденцию к негативному оцениванию себя, своих профессиональных достижений и успехов, негативизм относительно служебных достоинств и возможностей, либо редукцию собственного достоинства, ограничение своих возможностей, обязанностей по отношению к другим, снятие с себя ответственности и перекладывание ее на других; здесь редукция – это восстановление прежнего состояния, сведение сложного к более простому; в психологии редукция имеет нередко негативный аспект – сведение психических процессов к молекулярным, физиологическим, трактовка сложных психических явлений на базе «коллективных представлений», социальных стереотипов; данные попытки – редукционализм в психологии<sup>117</sup>.

Б. А. Фарбер (B. A. Farber) также выделяет три составляющие профессиональных деформаций (психического «выгорания»):

1) психоэмоциональное истощение – истощение физических, эмоциональных, энергетических ресурсов профессионала, работающего с людьми (агрессивность, желание скорее окончить рабочий день, нежелание идти на работу, низкая эмоциональная толерантность, повышенная чувствительность к оценкам других, появление прогулов, психическое истощение, равнодушие и холодность по отношению к окружающим с признаками депрессии, раздражительность, тревожность, хроническое эмоциональное и физическое утомление);

2) личностное отдаление – специфическую форму социальной дезадаптации профессионала, работающего с людьми (безразличие к своей карьере, значимость своей работы, критичное отно-

---

<sup>116</sup> Ильин Е. П. Эмоции и чувства. - СПб.: Питер, 2001. - 752 с.; Perlman, B., Hartman, E. Burnout: summary and future research // Human relations. - 1982. - Vol. 35 (4). - P. 283-305.

<sup>117</sup> Водопьянова Н. Е. Синдром «психического выгорания» в коммуникативных профессиях // Психология здоровья / Под ред. Г. С. Никифорова. - СПб.: СПбГУ, 2000. - 504 с. - С. 443-463; Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. - СПб.: Питер, 2005. - 336 с.; Maslach, C., Jackson, S. MBI: Maslach Burnout Inventory; research edition // Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1981. - P. 13-15; Maslach, C., Jackson, S. The measurement of experienced burnout // Journal of Occupational Behavior. - 1981. - Vol. 2. - P. 99-113; Maslach, C., Jackson, S. MBI: Maslach Burnout Inventory; manual research edition // Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986. - P. 1-17.

шение к окружающим, негативизм по отношению к другим людям, нежелание контактировать с людьми, не критичность в оценке самого себя, повышение раздражительности и нетерпимости в ситуациях общения, снижение включенности в работу и дела других людей, уменьшение количества контактов с окружающими, циничное, негативное отношение к людям);

3) профессиональную мотивацию – уровень рабочей мотивации и энтузиазма по отношению к работе альтруистического содержания (показатели оценки состояния мотивационной сферы – продуктивность профессиональной деятельности, оптимизм и заинтересованность в работе, самооценка профессиональной компетентности и степени успешности в работе с людьми; деформации профессиональной мотивации – заниженная самооценка, неудовлетворенность работой и отношениями в коллективе, неудовлетворенность собой как профессионалом, снижение потребности в достижениях, чувство низкой профессиональной эффективности и отдачи)<sup>118</sup>.

Существует и четырехфакторная модель профессиональных деформаций, авторы которой – Г. Х. Фирт (G. H. Firth) и А. Мимс (A. Mims), а также И. Ф. Иваничи и Р. Л. Шваб (E. F. Iwanicki, R. L. Schwab) тоже выделяют эмоциональное истощение, деперсонализацию и редуцированные персональные достижения, но разделяют деперсонализацию на два: деперсонализация, связанная с работой, и деперсонализация, связанная с реципиентами (здесь деперсонализация означает отрицательное отношение к клиентам, к профессиональной деятельности и ее предмету)<sup>119</sup>.

Таким образом, в отечественной и зарубежной психологии отсутствует единая точка зрения на структуру профессиональных деформаций. Так, Э. Ф. Зеер классифицирует профессиональные деформации на основании четырех уровней их проявлений; А. К. Маркова – по основным тенденциям; А. Пайнс (A. Pines) и И. Аронсон (E. Aronson), А. Чиром (A. Shirom) понимают профессиональные деформации как одномерную конструкцию; Д. В. Дирендонк (D. V. Dierendonck), В. Шауфели (W. Schaufeli), Х. Дж. Сиксма (H. J. Sixma) – как двухмерную конструкцию; Б. Пельман (B. Pelman) и Е. Хартман (E. Hartman), К. Маслач (C. Maslach) и С. Джексон (S. Jackson), а также Б. А. Фарбер (B. A. Farber) выделяют три конструкта профессиональных деформаций; а Г. Х. Фирт (G. H. Firth) и А. Мимс (A. Mims), И. Ф. Иваничи и Р. Л. Шваб (E. F. Iwanicki, R. L. Schwab) представляют профессиональные деформации как четырехфакторную модель, где помимо эмоционального истощения и редуцированных профессиональных достижений деперсонализация делится на два: деперсонализация, связанная с работой, и деперсонализация, связанная с реципиентами.

---

<sup>118</sup> Определение психического выгорания (А. А. Рукавишников) // Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М.: Институт психотерапии, 2002. – 490 с. С. 357-360; Farber, B. A. Introduction: A critical perspective on burnout // *Stress and burnout in the human service professions* / Farber, B. A. – New York: Pergamon Press, 1983. – P. 1-20.; Farber, B. A. Tailoring treatment strategies for different types of burnout // Paper presented at the Annual Convention of the American Psychological Association. – 106th, San Francisco California, August 1998. – PP. 14-18; 424 517.; Farber, B. A. Understanding and treating burnout in a changing culture. *JCLP // Psychotherapy in Practice*. – 2000. – Vol. 56 (5). - P. 589-594.

<sup>119</sup> Frith G. H., Mims A. Burnout among special education paraprofessionals // *Teaching Exceptional Children*. – 1985. – Vol. 17 (3). – P. 225-227; Iwanicki, E. F., Schwab, R. L. Across-validation of the Maslach Burnout Inventory // *Educational and Psychological Measurement*. – 1981. – Vol. 41. – P. 1167-1174; Iwanicki, E. F. Toward understanding and alleviating teacher burnout // *Theory Into Practice*. – 1983. – Vol. 22 (1). – P. 27-32.

## 2.2. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОМАТИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ

Стрессогенные условия профессиональной деятельности медицинских работников (большая продолжительность труда, вечерние и ночные смены, интенсивность заданного темпа и физической нагрузки, неопределенность заданий, трудный контингент, риск для безопасности и здоровья и другие) могут приводить к возникновению стресс-состояния<sup>120</sup>, профессиональных деформаций<sup>121</sup> и психосоматической симптоматики<sup>122</sup>, что дает возможность констатировать у медицинских работников составляющие профессиональных деформаций (деперсонализацию / личностное отдаление, редукцию личных достижений и профессиональной мотивации, эмоциональное / психоэмоциональное и/или физическое истощение), среди прочих (интеллектуальных, поведенческих, эмоциональных) физиологические симптомы стресса (быстрое увеличение или потеря веса тела, головные боли, грипп, инфекции, нарушение пищеварения, неопределенные боли, падение остроты зрения, подверженность аллергии, спазматические боли в животе, учащенные и аритмические сердцебиения, частые боли в шее и спине, частые простудные заболевания, чувство комка в горле, чувство нехватки воздуха на вдохе) и психосоматическую симптоматику (боли в различных частях тела или ревматический фактор, давление (интенсивность) жалоб, жалобы на деятельность дыхательной, опорно-двигательной, пищеварительной (желудочные жалобы), сердечно-сосудистой (сердечные жалобы) систем, жалобы на негативные кожные реакции).

Цель исследования – выявить особенности психосоматизации медицинских работников с профессиональными деформациями.

Из 6830 опрошенных медицинских работников отобраны 816 с выраженными профессиональными деформациями с целью дальнейшего определения у них особенностей психосоматизации.

Определение профессиональных деформаций медицинских работников осуществлялось с помощью: опросника на выгорание Maslach Burnout Inventory (MBI) и модификации опросника на выгорание modification Maslach Burnout Inventory (mod MBI) с целью установления наличия таких составляющих профессиональных деформация, как эмоциональное истощение (ЭИ), деперсонализация (Д), редукция личных достижений (РЛД) и профессиональных деформаций вообще (ΣПД), в модификации интерпретации результатов О. Б. Поляковой, а также с помощью опросника определения психического выгорания (ООПВ), с целью установления наличия психоэмоционального истощения (ПЭИ), личностного отдаления (ЛО), редукции профессиональной мотивации (РПМ) и профессиональных деформаций вообще (ΣПД), в модификации интерпретации результатов О. Б. Поляковой.

---

<sup>120</sup> Баженова Н. Г., Орлова Н. М., Окунева Н. В. Профессиональный стресс и эмоциональное выгорание медицинских работников // Азимут научных исследований: педагогики и психология. 2018. Т. 7. № 2 (23). С. 335-338; 2. Jafar Zade D.A., Senkevich L.V., Polyakova O.B., Basimov M.M., Strelkov V.I., Tarasov M.V. Features of professional deformation (burnout) of medical workers depending on working conditions // Prensa Medica Argentina. 2019. Т. 105. № 1. P. 1000334.

<sup>121</sup> Мерзлякова С. В., Петурова Н. Р. Профессиональное выгорание как проявление личностной деформации медицинских работников // Современные исследования социальных проблем. 2017. Т. 8. № 10-2. С. 141-148; Polyakova O.B., Semenov D.V., Anufriev A.F., Blinov A.O., Kovaleva M.A., Pchelina V.V., Shcheglova A.S. Specificity of the Neurotic Syndrome of Employees of Organizations with Professional Deformations // Indian Journal of Public Health Research & Development. 2020. Vol. 11. № 03. March 2020. P. 1357-1362.

<sup>122</sup> [Polyakova O. B., Petrova E. A., Mironova O. I., Semenov D. V. Specificity of Psychosomatization of Psychologist-leaders with Professional Deformations \(Burnout\) // Prensa Medica Argentina. 2019. Т. 105. № 1. P. 1000326.](#)

Выявление особенностей психосоматизации медицинских работников с профессиональными деформациями проводилось с применением: опросника выявления проблем и их влияния на здоровье (ОВПИВЗ)<sup>123</sup> с целью определения уровня влияния личных и профессиональных проблем на здоровье, в модификации интерпретации результатов О. Б. Поляковой, опросника «Психосоматика нашей жизни» (ПНЖ)<sup>124</sup> с целью установления доминирующих систем организма, принимающих на себя удары негативных психологических факторов (дыхательной системы (ДС), сердечно-сосудистой системы (ССС), пищеварительной системы (ПС), кожных реакций (КР), опорно-двигательного аппарата (ОДА)), в модификации интерпретации результатов О. Б. Поляковой, а также Гиссенского опросника соматических жалоб (ГОСЖ)<sup>125</sup> с целью диагностирования интенсивности эмоционально окрашенных жалоб по поводу физического здоровья (истощения (И), желудочных жалоб (ЖЖ), болей в различных частях тела – ревматического фактора (РФ), сердечных жалоб (СЖ), давления (интенсивности) жалоб (ИЖ)), в модификации интерпретации результатов О. Б. Поляковой (табл. 2.1).

**Таблица 2.1 – Показатели уровней выраженности составляющих профессиональных деформаций, психосоматического состояния и психосоматических жалоб медицинских работников**

Аббревиатуры методик и составляющих		Уровни и баллы выраженности составляющих профессиональных деформаций, психосоматического состояния и психосоматических жалоб медицинских работников									
		НУ		НСУ		СУ		ВСУ		ВУ	
		от	до	от	до	от	до	от	до	от	до
МВИ, mod МВИ	ЭИ	0	11	12	22	23	31	32	42	43	54
	Д	0	6	7	12	13	17	18	23	24	30
	РЛД	0	10	11	19	20	28	29	37	38	48
	ΣПД	0	27	28	53	54	78	79	104	105	132
ООПВ	ПЭИ	0	9	10	20	21	39	40	49	50	75
	ЛО	0	9	10	16	17	31	32	40	41	72
	РПМ	0	7	8	12	13	24	25	31	32	69
	ΣПД	0	31	32	51	52	92	93	112	113	216
ОВПИВЗ		0	2	3	4	5	7	8	9	10	12
ПНЖ (ДС, ССС, ПС, КР, ОДА)		0	1	2	4	5	6	7	9	10	11
ГОСЖ	И, ЖЖ, РФ, СЖ	0	4	5	9	10	14	15	19	20	24
	ΣИЖ	0	16	17	36	37	56	57	76	77	96

**Примечание:** НУ – низкий уровень, НСУ – ниже среднего уровень, СУ – средний уровень, ВСУ – выше среднего уровень, ВУ – высокий уровень.

Математико-статистическая обработка включала описательную статистику, критерий корреляции К. Пирсона и таблицу Чеддока для определения тесноты (силы) связи корреляции (слабая – <0.3, умеренная – 0.3–0.5, заметная – 0.5–0.7, высокая – 0.7–0.9, весьма высокая – >0.9).

<sup>123</sup> Проблемы и их влияние на здоровье/ URL: [http://businesstest.ru/test.asp?id\\_test=279](http://businesstest.ru/test.asp?id_test=279)

<sup>124</sup> Психосоматика нашей жизни/ URL: <http://www.psynavigator.ru/tests.php?code=460>

<sup>125</sup> Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. М.: Эксмо, 2005. 992 с.

Было выявлено, что:

У медицинских работников выявлен выше среднего уровень с тенденцией к высокому уровню выраженности профессиональных деформаций вообще (103.09 и 129.63), что характеризуется: 1) высоким уровнем выраженности эмоционального истощения (51.27 и 52.01) и психоэмоционального истощения (69.43); у медицинских работников наблюдаются: агрессивность при общении с коллегами, пациентами и клиентами; апатия при включении в интересные производственные формы работы; бессонница при сильном желании отдохнуть; боли в желудке; головные боли; депрессия в ситуациях долговременного стресса; желание найти уединение; истощение физических, эмоциональных и энергетических ресурсов; напряжение при выполнении производственных заданий; незащищенность даже в ситуациях отсутствия какой-либо опасности; неудовлетворенность результатами работы; опустошенность эмоционального и личного планов; отсутствие желания выполнять домашние обязанности, придя с работы; ощущение выжатого лимона; пониженный фон эмоциональной сферы; равнодушие и потеря интереса ко многим сторонам жизни; равнодушие как психологическая защита при столкновении со стрессогенными факторами; разбитость в конце рабочего дня; раздражительность при внезапном возникновении трудностей; разочарование в некоторых функциональных обязанностях; стремление к использованию успокоительных средств; стремление скорее окончить выполнение профессиональных обязанностей; тревожность без видимых причин; угнетенность даже в ситуациях живого обсуждения вопросов; уныние при множестве профессиональных заданий; холодность при взаимодействии с коллегами, пациентами и клиентами; хронический характер утомления в физическом и эмоциональном планах; чувствительность к критике извне; эмоциональная интолерантность; эмоциональное перенасыщение производственными вопросами и заданиями; 2) выше среднего уровнем выраженности редукации личных достижений (35.84 и 34.91) и редукации профессиональной мотивации (30.25); у медицинских работников диагностированы: желание избежать профессиональных дискуссий и споров; заниженная профессиональная самооценка; наличие мыслей о возможной смене места работы; негативное оценивание себя, собственных производственных достижений и успехов, своих возможностей и достоинств; неспособность находить правильное решение в стрессогенных условиях; неудовлетворенность работой и собой как специалистом; нехватка времени на личную и семейную жизнь; ограничение профессиональных возможностей и обязанностей по отношению к коллегам, пациентам и клиентам; ситуативное перекладывание ответственности на коллег; частичная изолированность от коллег, пациентов и клиентов; частое снятие ответственности с себя; чувство пониженной производственной отдачи и эффективности; 3) средним уровнем выраженности деперсонализации (16.31 и 15.84) и личностного отдаления (29.95); у медицинских работников выявлены: акцентирование внимания на собственной правоте; безразличие к некоторым производственным делам; безразличие к отдельным формам работы; коммуникативные трудности с коллегами, пациентами и клиентами; нежелание вникать в проблемы коллег и клиентов; отсутствие заинтересованности в профессиональных задачах; отсутствие самокритичности; отсутствие эмоциональных сил, чтобы вникать в проблемы коллег и клиентов; ощущение перекладывания коллегами груза проблем и обязанностей; пессимизм относительно выполнения запланированного; повышенная зависимость от коллег, пациентов и клиентов; повышенная критичность к коллегам, пациентам и клиентам; повышенный негативизм необоснованного характера; подмечаемая черствость по отношению к коллегам, пациентам и клиентам; пониженный энтузиазм относительно работы; раздражительность и нетерпимость коллег, пациентов и клиентов; раздражительность непонятливостью коллег, пациентов и клиентов; ситуативная циничность установок и чувств по отношению к коллегам, пациентам и клиентам; снижение включенности в производственные задания; стремление расходовать на работу мало времени и сил; уменьшение контактов с коллегами, пациентами и клиентами.

У медицинских работников с профессиональными деформациями выявлен выше среднего уровень выраженности влияния профессиональных и личных проблем на здоровье (8.57), что характеризуется: 1) высоким уровнем выраженности жалоб на деятельность сердечно-сосудистой системы (10.28), истощения (22.04), сердечных жалоб (23.58), давления (интенсивности) жалоб вообще (77.85); медицинским работникам с профессиональными деформациями свойственны: быстрая истощаемость; высокая чувствительность к своим былым ошибкам; вялость; гневливость; головные боли; головокружение; депрессивные состояния; желание привлечь к себе внимание; замирание сердца; ипохондричность (давление жалоб); личностная тревожность; локализация недомоганий в сердечно-сосудистой сфере; ощущение давления в голове; перебои в работе сердца; повышенная эмоциональная реакция на негативные ситуации вокруг; пониженная половая возбудимость; потливость; потребность в помощи; предобморочное состояние; предрасположенность к плачу; приливы крови; приступы жара; расстройства зрения; расстройства сна; сердечные приступы; сердцебиение; ситуативная алекситимия; слабость; сонливость; стремление обратиться за помощью; субъективное представление о потере жизненной энергии; усталость; чувство оглушенности (помрачение сознания); 2) выше среднего уровнем выраженности жалоб на деятельность пищеварительной (8.56) и дыхательной (8.29) систем, желудочных жалоб (18.25); медицинским работникам с профессиональными деформациями свойственны: беспокойство без видимых причин; боли в горле, желудке, нижней части живота; волчий голод; депрессия; желание обрести уверенность и защищенность; запоры; затруднения при глотании; изжога или кислая отрыжка; кашель; консерватизм; нарушения в работе системы питания; нежелание говорить и принимать ситуации или людей; нервные (психосоматические) желудочные недомогания; отказ от новых идей; отсутствие аппетита; отчаяние; ощущение кома в горле, сужения горла или спазма; печаль; повышенная критичность ко всему; подавляемые скрываемые переживания; позывы к мочеиспусканию; поносы; потеря голоса и интереса к жизни; придирки к мелочам; приступы одышки (удушья); рвота; страхи профессионального и личного характера; стремление все контролировать, в частности собственное тело; тошнота; уменьшение веса; чувство давления или переполнения в животе; эпигастральный синдром; 3) средним уровнем выраженности жалоб на деятельность опорно-двигательной системы (6.04), жалоб на негативные кожные реакции (5.69), боли в различных частях тела или ревматического фактора (13.98); у медицинских работников обнаружены: актуальные психические конфликтные ситуации; артрические заболевания; боли в пояснице, спине, суставах, конечностях, шее (затылке) или плечевых суставах; внутренние конфликты; гнев; дрожание; запрет на саморасслабление и ошибки; застойная эмоциональная напряженность; зуд; кожные изменения; колющие или тянущие боли в груди; нарушение равновесия, ходьбы; неспособность принимать решения относительно конфликтов; онемение конечностей; параличи; повышенная строгость к себе, чувствительность к теплу или холоду; припадки (приступы, судороги); разрушение суставов; спазматические проявления в руке при письме; субъективные страдания алгического или спастического характера; чувство тяжести или усталости в ногах.

Математико-статистическая обработка дала возможность установить: 1) высокую связь: между эмоциональным / психоэмоциональным истощением и жалобами на нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы (0.81 и 0.85 соответственно), истощением (0.79 и 0.77 соответственно), сердечными жалобами (0.85 и 0.79 соответственно) и интенсивностью жалоб (0.68 и 0.65 соответственно) (табл. 2.2);

2) заметную связь: между профессиональными деформациями вообще и жалобами на нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы (0.65), истощением (0.66) и сердечными жалобами (0.65) (табл. 2.2); между редуцией личных достижений / редуцией профессиональной мотивации и влиянием профессиональных и личных проблем на здоровье (0.50 и 0.53 соответственно),

жалобами на нарушения деятельности дыхательной системы (0.46 и 0.51 соответственно), жалобами на нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы (0.67 и 0.66 соответственно), жалобами на нарушения деятельности пищеварительной системы (0.51 и 0.54 соответственно), истощением (0.68 и 0.67 соответственно), желудочными жалобами (0.49 и 0.52 соответственно), сердечными жалобами (0.64 и 0.66 соответственно) и интенсивностью жалоб (0.53 и 0.53 соответственно) (табл. 2.2); *между эмоциональным / психоэмоциональным истощением* и влиянием профессиональных и личных проблем на здоровье (0.69 и 0.62 соответственно), жалобами на нарушения деятельности дыхательной системы (0.64 и 0.59 соответственно), жалобами на нарушения деятельности пищеварительной системы (0.60 и 0.57 соответственно), желудочными жалобами (0.60 и 0.58 соответственно) (табл. 2.2);

3) *умеренную связь: между деперсонализацией / личностным отдалением* и влиянием профессиональных и личных проблем на здоровье (0.40 и 0.42 соответственно), жалобами на нарушения деятельности дыхательной системы (0.44 и 0.43 соответственно), жалобами на нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы (0.47 и 0.48 соответственно), жалобами на нарушения деятельности пищеварительной системы (0.41 и 0.39 соответственно), жалобами на кожные реакции (0.31 и 0.33 соответственно), жалобы на нарушения деятельности опорно-двигательного аппарата (0.33 и 0.32 соответственно), истощением (0.49 и 0.47 соответственно), желудочными жалобами (0.37 и 0.34 соответственно), ревматическим фактором (0.27 и 0.29 соответственно), сердечными жалобами (0.47 и 0.46 соответственно) и интенсивностью жалоб (0.40 и 0.39 соответственно) (табл. 2.2); *между профессиональными деформациями вообще* и влиянием профессиональных и личных проблем на здоровье (0.53), жалобами на нарушения деятельности дыхательной системы (0.51), жалобами на нарушения деятельности пищеварительной системы (0.50), жалобами на кожные реакции (0.38), жалобы на нарушения деятельности опорно-двигательного аппарата (0.36), желудочными жалобами (0.48), ревматическим фактором (0.35) и интенсивностью жалоб (0.53) (табл. 2.2); *между редукцией личных достижений / редукцией профессиональной мотивации* и жалобами на кожные реакции (0.36 и 0.39 соответственно), жалобы на нарушения деятельности опорно-двигательного аппарата (0.33 и 0.35 соответственно) и ревматическим фактором (0.30 и 0.27 соответственно) (табл. 2); *между эмоциональным / психоэмоциональным истощением* и жалобами на кожные реакции (0.45 и 0.47 соответственно), жалобы на нарушения деятельности опорно-двигательного аппарата (0.44 и 0.41 соответственно) и ревматическим фактором (0.49 и 0.46 соответственно) (табл. 2.2).



**Таблица 2.2 – Показатели связи составляющих профессиональных деформаций и психосоматической симптоматики медицинских работников**

Аббревиатуры методик и составляющих		ОВПИВЗ	ПНЖ					ГОСЖ				
			ДС	ССС	ПС	КР	ОДА	И	ЖЖ	РФ	СЖ	ΣИЖ
МВИ	ЭИ	0.68	0.62	0.83	0.58	0.43	0.45	0.76	0.59	0.47	0.87	0.67
	Д	0.39	0.43	0.48	0.39	0.29	0.31	0.47	0.38	0.28	0.45	0.40
	РЛД	0.52	0.46	0.65	0.49	0.35	0.31	0.67	0.48	0.31	0.63	0.52
	ΣПД	0.53	0.50	0.65	0.49	0.36	0.36	0.63	0.48	0.35	0.65	0.53
mod МВИ	ЭИ	0.70	0.65	0.79	0.61	0.46	0.43	0.81	0.60	0.50	0.83	0.69
	Д	0.41	0.45	0.46	0.43	0.33	0.34	0.50	0.35	0.26	0.49	0.40
	РЛД	0.47	0.45	0.68	0.53	0.37	0.35	0.69	0.50	0.28	0.65	0.53
	ΣПД	0.53	0.52	0.64	0.52	0.39	0.37	0.67	0.48	0.35	0.66	0.54
ООПВ	ПЭИ	0.62	0.59	0.85	0.57	0.47	0.41	0.77	0.58	0.46	0.79	0.65
	ЛО	0.42	0.43	0.48	0.39	0.33	0.32	0.47	0.34	0.29	0.46	0.39
	РПМ	0.53	0.51	0.66	0.54	0.39	0.35	0.67	0.52	0.27	0.66	0.53
	ΣПД	0.53	0.51	0.66	0.50	0.40	0.36	0.67	0.48	0.34	0.64	0.52

**Примечание:** корреляционная связь является статистически значимой ( $p < 0.01$ ).

Результаты исследования особенностей психосоматизации медицинских работников с профессиональными деформациями коррелируют с акцентированием внимания на необходимости диагностики, профилактики и коррекции профессиональной деформации медицинских работников в условиях реформы здравоохранения, при этом во главу угла ставится именно профилактика<sup>126</sup>; выявлением особенностей проявления синдрома эмоционального выгорания медицинских работников с учетом стажа их профессиональной деятельности<sup>127</sup>; установлением психологических особенностей проявления профессиональных деформаций работников учреждений здравоохранения при посттравматическом стрессовом расстройстве<sup>128</sup>; определением влияния эмоционального выгорания на психосоматические расстройства медицинских работников, в котором отмечается увеличение процента работников медицинской сферы с профессиональными деформациями и психосоматической симптоматикой до 60%<sup>129</sup>; нивелированием внешних и внутренних факторов профессиональных деформаций и психосоматизации с целью профилактики асоциальных форм поведения<sup>130</sup>; описанием специфики профилактики профессиональных де-

<sup>126</sup> Романова М. М., Чернов А. В., Борисова Е. А., Панина И. Л. К вопросу о профессиональной деформации среди медицинских работников в условиях реформы здравоохранения // Научное обозрение. Педагогические науки. 2019. № 6. С. 117-121.

<sup>127</sup> Шишкина А. Р. Особенности проявления синдрома эмоционального выгорания медицинских работников с различным стажем профессиональной деятельности // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. 2019. № 1 (36). С. 75-81.

<sup>128</sup> Хомутова Е. И. Психологические особенности проявления профессиональной деформации у работников учреждений здравоохранения при посттравматическом стрессовом расстройстве // Интериал. 2019. № 1 (5). С. 143-148.

<sup>129</sup> Голева Н. В. Исследование влияния эмоционального выгорания на развитие психосоматических расстройств у медицинских работников // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал: Сб. ст. III международной научно-практической конференции (24-25 ноября 2016 г.). Красноярск: Версо, 2016. С. 256-262.

<sup>130</sup> Молчанова С. В., Котова С. А. Эффективность арт-терапии профессиональной деформации медицинских работников // Медицинская психология в России. 2018. Т. 10. № 4 (51). С. 7-17.

формаций и психосоматизации медицинских работников с целью коррекции особенностей их эмоционально-волевой сферы<sup>131</sup>.

Таким образом, у медицинских работников с высоким уровнем эмоционального / психоэмоционального истощения (57,57), выше среднего уровнем с тенденцией к высокому уровню профессиональных деформаций вообще (116,36), выше среднего уровнем редукции личных достижений / редукции профессиональной мотивации (33,67) и средним уровнем деперсонализации / личностного отдаления (20,70) доминирует эмоциональное / психоэмоциональное истощение, которое детерминирует высокий уровень жалоб на деятельность сердечно-сосудистой системы (сердечные жалобы) (16,93; высокая связь 0,83) и давления (интенсивности) жалоб вообще (77,85; высокая связь 0,67), выше среднего уровень жалоб на деятельность пищеварительной (8,56; заметная связь 0,59) и дыхательной (8,29; заметная связь 0,62) систем, желудочных жалоб (18,25; заметная связь 0,59), средний уровень жалоб на деятельность опорно-двигательной системы (6,04; умеренная связь 0,43), жалоб на негативные кожные реакции (5,69; умеренная связь 0,46), боли в различных частях тела или ревматического фактора (13,98; умеренная связь 0,48). Следовательно, психосоматизация медицинских работников с профессиональными деформациями развивается по коронарному типу, что дает основание рекомендовать медицинским работникам систематическую диагностику, профилактику и лечение нарушений деятельности сердечно-сосудистой системы.

## 2.3. ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ИСТОЩЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ КАК ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ИХ ЛИЧНОСТИ

Переживание медицинскими работниками наличия у себя профессиональных деформаций (эмоционального и/или физического истощения, психоэмоционального истощения, деперсонализации, личностного отдаления, редукции личных достижений и профессиональной мотивации), вызванных множеством стрессогенных условий профессиональной деятельности<sup>132</sup>, может приводить к возникновению симптомов профессионального стресса (ухудшения самочувствия, эмоциональных сдвигов, особенностей отдельных психических процессов, снижения общей активности, ощущения усталости, соматовегетативных нарушений, нарушения цикла «сон – бодрствование», особенностей социального взаимодействия, снижения мотивации к деятельности)<sup>133</sup>, психосоматизации (болей в различных частях тела или ревматического фактора, давления (интенсивности) жалоб, жалоб на деятельность дыхательной, опорно-двигательной, пищеварительной (желудочные жалобы), сердечно-сосудистой (сердечные жалобы) систем, жалоб на негативные кожные реакции)<sup>134</sup> и невротизации (тревоги, невротической депрессии, астении, истерическо-

---

<sup>131</sup> [Elshansky S. P., Anufriev A. F., Polyakova O. B., Semenov D. V. Positive personal qualities and depression // Prensa Medica Argentina. 2018. Т. 104. № 6. P. 1000322. DOI:10.4172/0032-745X.1000322](#)

<sup>132</sup> Дробышевская Е. В. Профессиональная деформация как компонент профессионализации личности медицинских работников // Научные труды Республиканского института высшей школы. 2018. № 18-1. С. 118-125; [Jafar Zade D. A., Senkevich L. V., Polyakova O. B., Basimov M. M., Strelkov V. I., Tarasov M. V. Features of professional deformation \(burnout\) of medical workers depending on working conditions // Prensa Medica Argentina. 2019. Т. 105. № 1. P. 1000334.](#)

<sup>133</sup> Шевчук В. В., Кашкина Н. В., Высотин С. А., Сайфитова А. Т. Синдром хронической усталости и профессиональная деформация врача // Международный студенческий научный вестник. 2018. № 5. С. 36-42; [Elshansky S. P., Anufriev A. F., Polyakova O. B., Semenov D. V. Positive personal qualities and depression // Prensa Medica Argentina. 2018. Т. 104. № 6. P. 1000322.](#)

<sup>134</sup> Голева Н. В. Исследование влияния эмоционального выгорания на развитие психосоматических расстройств у медицинских работников // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал: Сб. ст.

го типа реагирования, обсессивно-фобических нарушений, вегетативных нарушений, страхов и фобий, депрессивных расстройств, беспокойства и напряжения, нарушений сна, истерических, неврастенических, сексуальных и ипохондрических расстройств, дереализации, навязчивостей, трудностей в социальных контактах, психастенических и соматических нарушений)<sup>135</sup>.

Цель исследования – определить специфику невротизации медицинских работников с эмоциональным истощением.

Из 6830 опрошенных медицинских работников отобраны 1012 с выраженным эмоциональным истощением с целью дальнейшего определения у них специфики невротизации.

Выявление эмоционального истощения медицинских работников осуществлялось с помощью: опросника на выгорание Maslach Burnout Inventory (MBI) и модификации опросника на выгорание modification Maslach Burnout Inventory (mod MBI) с целью установления наличия такой составляющей профессиональных деформация, как эмоциональное истощение (ЭИ), в модификации интерпретации результатов О. Б. Поляковой (табл. 2.3), а также с помощью опросника эмоционального выгорания (ОЭВ) с целью установления наличия: напряжения (Н) и его симптомов: переживания психотравмирующих обстоятельств (ППО), неудовлетворенности собой (НС), загнанности в клетку (ЗК), тревоги и депрессии (ТД); резистенции (Р) и ее симптомов: неадекватного избирательного эмоционального реагирования (НИЭР), эмоционально-нравственной дезориентации (ЭНД), расширения сферы экономии эмоций (РСЭЭ), редукции профессиональных обязанностей (РПО); истощения (И) и его симптомов: эмоционального дефицита (ЭД), эмоциональной отстраненности (ЭО), личностной отстраненности (деперсонализации) (ЛОД), психосоматических и психовегетативных нарушений (ППН); эмоционального выгорания (ΣЭВ), в модификации интерпретации результатов О. Б. Поляковой (табл. 2.3).

Определение специфики невротизации медицинских работников с эмоциональным истощением проводилось с применением: методики диагностики уровня невротизации (МДУН)<sup>136</sup> с целью определения уровня личностной невротизации (ЛН), в модификации интерпретации результатов О. Б. Поляковой (табл. 1), клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний (КОВОНС)<sup>137</sup> с целью установления выраженности тревоги (ШТ), невротической депрессии (ШНД), астении (ША), истерического типа реагирования (ШИТР), обсессивно-фобических нарушений (ШОФН), вегетативных нарушений (ШВН), в модификации интерпретации результатов О. Б. Поляковой (табл. 1), а также с помощью симптоматического опросника (СО)<sup>138</sup> с целью диагностирования страхов, фобий (СФ), депрессивных расстройств (ДР), беспокойства, напряжения (БН), нарушения сна (НС), истерических расстройств (ИсР), неврастенических расстройств (НР), сексуальных расстройств (СР), дереализации (Д), навязчивостей (Н), трудностей в социальных контактах (ТСК), ипохондрических расстройств (ИпР), психастенических нарушений (ПН), соматических нарушений (СН), невротического синдрома (ΣНС), в модификации интерпретации результатов О. Б. Поляковой (табл. 2.3).

---

III международной научно-практической конференции (24–25 ноября 2016 г.). Красноярск: Версо, 2016. С. 256-262.

<sup>135</sup> Ким Е. С., Унжаков В. В., Токмаков К. А. Эмоциональное выгорание как форма профессиональной деформации личности специалистов с медицинским образованием // Здравоохранение Дальнего Востока. 2018. № 1 (75). С. 80-85.

<sup>136</sup> Методика диагностики уровня невротизации. URL: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/psy-metodiks/20-2010-07-08-04-48-24/494-vasserman>

<sup>137</sup> Яхин К. К., Менделевич Д. М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний // Клиническая и медицинская психология / Ред. В. Д. Менделевич. М., 2005. 432 с.

<sup>138</sup> Карвасарский Б. Д. Клиническая психология. СПб.: Питер, 2004. 960 с.

**Таблица 2.3 – Показатели уровней выраженности эмоционального истощения и невротизации медицинских работников**

Аббревиатуры методик и компонентов			Уровни и баллы выраженности эмоционального истощения и невротизации медицинских работников									
			НУ		НСУ		СУ		ВСУ		ВУ	
			от	до	от	до	от	до	от	до	от	до
МВІ, mod МВІ		ЭИ	0	11	12	22	23	31	32	42	43	54
ОЭВ	Н	ППО, НС, ЗК, ТД	0	6	7	12	13	18	19	24	25	30
		ΣН	0	24	25	48	49	72	73	96	97	120
	Р	НИЭР, ЭНД, РСЭЭ, РПО	0	6	7	12	13	18	19	24	25	30
		ΣР	0	24	25	48	49	72	73	96	97	120
	И	ЭД, ЭО, ЛОД, ППН	0	6	7	12	13	18	19	24	25	30
		ΣИ	0	24	25	48	49	72	73	96	97	120
	ΣЭВ		0	72	73	144	145	215	216	287	288	360
МДУН	ЛН		0	8	9	16	17	24	25	32	33	40
КОВОНС	ШТ, ШНД, ША, ШИТР, ШОФН, ШВН	стены	1		2		3		4		5	
		баллы	больше +1,28	+ 1,28	+ 0,43	+ 0,42	- 0,42	- 0,43	- 1,28	меньше -1,28		
СО	СФ		0	18	19	38	39	58	59	78	79	98
	ДР, ИсР, СР, ПН		0	9	10	19	20	29	30	39	40	49
	БН		0	14	15	28	29	42	43	56	57	70
	НС, ТСК		0	7	8	14	15	21	22	28	29	35
	НР, Д, Н		0	10	11	22	23	33	34	45	46	56
	ИпР		0	8	9	16	17	25	26	33	34	42
	СН		0	64	65	129	130	194	195	258	259	322
	ΣНС		0	192	193	386	387	579	580	773	774	966

Математико-статистическая обработка включала описательную статистику, критерий корреляции К. Пирсона и таблицу Чеддока для определения тесноты (силы) связи корреляции (слабая – <0.3, умеренная – 0.3–0.5, заметная – 0.5–0.7, высокая – 0.7–0.9, весьма высокая – >0.9).

В результате исследования:

у медицинских работников выявлен выше среднего уровень с тенденцией к высокому уровню эмоционального истощения (51.27 и 52.01 соответственно, высокий уровень) / эмоционального выгорания (270.14, выше среднего уровень), что характеризуется: 1) высоким уровнем выраженности напряжения (109.17) и его симптомов: переживания психотравмирующих обстоятельств (28.65), неудовлетворенности собой (26.05), загнанности в клетку (29.10), тревоги и депрессии (25.37); у медицинских работников наблюдаются: агрессивные проявления при общении с коллегами, пациентами и клиентами; безысходность при столкновении с трудностями в работе; беспокойство по поводу предстоящей работы; восприятие производственной обстановки как сложной;

интеллектуально-эмоциональный затор; концентрация на своих профессиональных неудачах; личностная тревожность; напряжение при решении нескольких профессиональных задач одновременно; невозможность сопротивляться психотравмирующим обстоятельствам на работе; негодование при трудностях общения с коллегами, пациентами и клиентами; недовольство своими производственными успехами; нервозность, вызванная неудовлетворенностью результатами работы; неудовлетворенность рабочими межличностными контактами; отчаяние при невозможности быстро принять решение; ощущение тупика; потеря покоя из-за работы; профессиональный стресс; психологическая защита, чаще всего в форме дистанцирования; психологические перегрузки; раздражение многими условиями работы; разочарование в себе как специалисте; ситуативная тревожность; усиление осознания психотравмирующих факторов профессиональной деятельности; физические перегрузки; эмоциональная ригидность; эмоциональные переживания из-за работы; 2) *выше среднего уровнем выраженности резистенции (87.92) и ее симптомов: неадекватного избирательного эмоционального реагирования (23.46), эмоционально-нравственной дезориентации (19.89), расширения сферы экономии эмоций (23.02), редукции профессиональных обязанностей (21.55)*; у медицинских работников диагностированы: вербальная защита в стрессогенных производственных условиях; влияние негативных мыслей и эмоций на результаты работы; деление окружающих на хороших и плохих; желание скинуть с себя часть профессиональных обязанностей; неадекватная экономия на эмоциях при общении с коллегами, пациентами и клиентами; невозможность освободиться от отрицательных эмоций и повлиять на свое плохое настроение при межличностных контактах; нежелание заниматься домашними делами; неучтивость к собеседникам; ограничение времени общения с родными людьми и неприятными партнерами; психологическая защита своей стратегии отношения к коллегам, пациентам и клиентам; равнодушие к некоторым производственным задачам; ситуативное бескультурье в рабочих контактах, ограничение эмоциональной отдачи и руководство личными предпочтениями в производственном общении; стремление к самооправданию; усталость от контактов; уход от общения после работы; эмоциональная черствость по отношению к трудным пациентам и клиентам; эмоциональное непринятие происходящего на работе; 3) *средним уровнем с тенденцией к высокому уровню выраженности истощения (73.05) и его симптомов: эмоционального дефицита (21.85, выше среднего уровень), эмоциональной отстраненности (17.89, средний уровень), личностной отстраненности (деперсонализации) (14.03, средний уровень), психосоматических и психовегетативных нарушений (19.28, выше среднего уровень)*; у медицинских работников выявлены: выполнение работы автоматически; желание уединиться; игнорирование просьб окружающих; невнимательность к партнерам; невозможность полной эмоциональной отдачи, требуемой профессиональным долгом; негативное реагирование на обоснованные претензии окружающих; нервозность при частых контактах с коллегами, пациентами и клиентами; ограничение эмоциональной отзывчивости; осознание, что нервы подводят; ощущение недомоганий после работы и нехватки признательности от окружающих; переживания за работу; повышение артериального давления; покалывание в области сердца; потеря живого интереса к происходящему вокруг; преобладание плохого настроения; притупление эмоций и чувств; психологическая защита в форме выставления экрана от чужих страданий; раздражение даже в обычных ситуациях общения на работе; разочарование в работе с людьми; сбой в режиме «сон – бодрствование»; ситуативные головные боли; стремление принять успокоительные средства, сторониться людей и сэкономить силы и сберечь здоровье; усталость от выслушивания проблем на работе; ухудшение психического и физического самочувствия.

*У медицинских работников с эмоциональным истощением выявлен средний уровень невротизации: личностной невротизации (30.57, выше среднего уровень) / невротического синдрома (340.05, ниже среднего уровень), что характеризуется: 1) выше среднего уровнем выраженности тревоги (стен 4.35), астении (стен 4.20), беспокойства, напряжения (51.57), неврастенических рас-*

стройств (40.28), ипохондрических расстройств (29.04), психастенических нарушений (37.53); медицинским работникам с эмоциональным истощением свойственны: апатия; беспокойные движения рук и ног; беспомощность; блуждающие боли; быстрая беспричинная смена настроения; внутреннее напряжение; вспыльчивость; гнев; длительные колебания при принятии решений; желание больше отдыхать; забывчивость; замедленность движений; затрудненность мышления; злость; злоупотребление спиртными напитками; концентрация на телесных функциях; невнимательность; невозможность усидеть на месте; непоседливость; нервозность в условиях ожидания; несамостоятельность; нетерпеливость; неуверенность в себе; обидчивость; ощущение больших усилий при выполнении прежних профессиональных обязанностей; повышенная утомляемость и чувствительность к громким звукам, яркому свету и резким запахам; потеря сообразительности; раздражительность; ранимость; рассеянность; ситуативное беспокойство по мелочам; скованность и неуверенность в некоторых ситуациях общения; слабость после пробуждения; снижение быстроты мышления; суетливость; трудности в сдерживании слез и с засыпанием из-за беспричинной тревоги; тяжелые сны на производственные темы; усталость даже после длительного сна; ухудшение концентрации внимания и памяти; хаотичность движений; чувство бунта, протеста; 2) *средним уровнем выраженности обсессивно-фобических нарушений (2.98), вегетативных нарушений (3.10), страхов, фобий (43.89), нарушения сна (20.06), навязчивостей (30.51), трудностей в социальных контактах (20.35), соматических нарушений (169.82)*; для медицинских работников с эмоциональным истощением характерны: аллергические недомогания; беспокойные навязчивые воспоминания о работе; беспричинная тревога; бессонница; вздутие живота; волнения о возможной неудаче при оказании помощи; головные боли; головокружение; длительные колебания при принятии решений; дрожь в мышцах конечностей; жжение в пищеводе, изжога; запоры; звон в ушах; зуд кожи или сыпь при переживаниях; многократная проверка сделанного, выполненного; навязчивые сомнения в принятых решениях; нарушение равновесия; неприятные ощущения в области желудка и сердца; отсутствие аппетита; периодические нарушения зрения и слуха; поверхностность и беспокойность сна; повышенная потливость; покалывание и онемение в конечностях; поносы; потеря чувствительности кожи; потребность в одиночестве; приливы крови к голове; приступы голода и учащенного сердцебиения; пульсация крови в сосудах при волнении; рябь в глазах; сильное чувство голода в стрессогенных условиях; ситуативное возвращение навязчивых мыслей о работе; совершение машинальных действий, например, перекладывание документов, открывание ящиков, потирание рук; сонливость; судороги в мышцах; сухость во рту; сыпь; трудности с засыпанием и пробуждением; уменьшение аппетита; ухудшение самочувствие при увеличении объемов работы и погодных изменениях; учащенное мочеиспускание; учащенное сердцебиение; частое пробуждение ночью; чрезмерная жажда; чувство кома в горле; чувство одиночества; 3) *ниже среднего уровнем выраженности невротической депрессии (стен 2.43), истерического типа реагирования (стен 2.39), депрессивных расстройств (17.85), истерических расстройств (14.35), сексуальных расстройств (13.25), дереализации (21.37)*; у медицинских работников редко обнаруживаются: безразличие; вялость; желание побыть одному; малая интенсивность переживаний; медлительность; неприязнь окружающих; нехватки воздуха; обидчивость; чувство одиночества и сдавливания в груди; ощущение кома в горле; пассивность; пессимизм; печаль; подавленность; потеря веры в свои силы; самообвинение; слезливость; угнетенность; чувство вины; чуждость собственного тела.

Математико-статистическая обработка дала возможность установить:

1) высокую связь между эмоциональным истощением, переживанием психотравмирующих обстоятельств, неудовлетворенностью собой, загнанностью в клетку, тревогой и депрессией, напряжением и личностной невротизацией (0.79), тревогой (0,80), астенией (0.74), беспокойством, напряжением (0.76), неврастеническими расстройствами (0.74), ипохондрическими расстройствами (0.74), психастеническими нарушениями (0.76) (табл. 2.4);

2) заметную связь между неадекватным избирательным эмоциональным реагированием, эмоционально-нравственной дезориентацией, расширением сферы экономики эмоций, редукцией профессиональных обязанностей, резистенцией, эмоциональным дефицитом, психосоматическими и психовегетативными нарушениями, эмоциональным выгоранием и личностной невротизацией (0.61), тревогой (0.61), астенией (0.62), беспокойством, напряжением (0.62), неврастеническими расстройствами (0.60), ипохондрическими расстройствами (0.62), психастеническими нарушениями (0.63) (табл. 2.4);

**Таблица 2.4 – Показатели связи компонентов эмоционального истощения и невротической симптоматики медицинских работников**

Аббревиатуры методик и компонентов	МВИ	mod МВИ	ОЭВ																ΣЭВ
			Н						Р					И					
			ЭИ	ЭИ	ППО	НС	ЭК	ТД	ΣН	НИЭР	ЭНД	РСЭЭ	РПО	ΣР	ЭД	ЭО	ЛОД	ППН	
МДУН	ЛН	0.79	0.83	0.72	0.80	0.85	0.79	0.79	0.60	0.63	0.58	0.61	0.61	0.58	0.35	0.37	0.64	0.49	0.63
КОВОНС	ШТ	0.68	0.74	0.83	0.77	0.86	0.82	0.82	0.58	0.60	0.59	0.65	0.61	0.60	0.40	0.38	0.60	0.50	0.64
	ШНД	0.29	0.27	0.19	0.14	0.16	0.17	0.17	0.12	0.10	0.12	0.16	0.13	0.19	0.15	0.17	0.13	0.16	0.15
	ША	0.69	0.73	0.67	0.72	0.78	0.80	0.74	0.59	0.61	0.64	0.67	0.63	0.59	0.39	0.41	0.59	0.50	0.62
	ШИТР	0.28	0.25	0.13	0.18	0.15	0.18	0.16	0.12	0.17	0.15	0.15	0.15	0.10	0.14	0.13	0.16	0.13	0.15
	ШОФН	0.49	0.50	0.46	0.42	0.39	0.40	0.42	0.28	0.26	0.21	0.25	0.25	0.27	0.18	0.18	0.28	0.23	0.30
	ШВН	0.50	0.48	0.39	0.41	0.38	0.47	0.41	0.24	0.28	0.23	0.23	0.25	0.25	0.14	0.12	0.23	0.19	0.28
СО	СФ	0.46	0.45	0.39	0.44	0.50	0.48	0.45	0.23	0.21	0.26	0.24	0.24	0.21	0.18	0.15	0.22	0.19	0.29
	ДР	0.29	0.25	0.14	0.17	0.10	0.13	0.14	0.17	0.19	0.15	0.17	0.17	0.13	0.10	0.15	0.15	0.13	0.15
	БН	0.69	0.68	0.75	0.71	0.86	0.75	0.77	0.60	0.65	0.59	0.63	0.62	0.62	0.38	0.36	0.62	0.50	0.63
	НС	0.50	0.47	0.41	0.40	0.47	0.38	0.42	0.25	0.23	0.28	0.28	0.26	0.24	0.14	0.13	0.23	0.19	0.29
	ИсР	0.27	0.29	0.17	0.17	0.13	0.18	0.16	0.10	0.15	0.11	0.10	0.12	0.16	0.16	0.18	0.13	0.16	0.15
	НР	0.75	0.71	0.69	0.74	0.79	0.72	0.74	0.63	0.61	0.58	0.60	0.61	0.59	0.41	0.39	0.58	0.49	0.61
	СР	0.24	0.27	0.20	0.18	0.13	0.11	0.16	0.18	0.14	0.13	0.14	0.15	0.12	0.17	0.12	0.15	0.14	0.15
	Д	0.25	0.25	0.13	0.12	0.15	0.10	0.13	0.16	0.18	0.13	0.17	0.16	0.13	0.19	0.16	0.13	0.15	0.15
	Н	0.47	0.50	0.42	0.39	0.36	0.42	0.40	0.25	0.24	0.25	0.21	0.24	0.23	0.13	0.16	0.26	0.20	0.28
	ТСК	0.50	0.48	0.38	0.40	0.46	0.45	0.43	0.27	0.25	0.21	0.26	0.25	0.20	0.27	0.23	0.24	0.24	0.31
	ИпР	0.70	0.71	0.68	0.75	0.80	0.73	0.74	0.60	0.58	0.65	0.67	0.63	0.63	0.36	0.39	0.61	0.50	0.62
	ПН	0.73	0.75	0.78	0.73	0.81	0.76	0.77	0.64	0.57	0.68	0.59	0.62	0.65	0.40	0.43	0.64	0.53	0.64
	СН	0.50	0.47	0.43	0.40	0.48	0.45	0.44	0.26	0.25	0.28	0.25	0.26	0.24	0.14	0.16	0.24	0.20	0.30
	ΣНС	0.24	0.27	0.14	0.18	0.19	0.18	0.17	0.15	0.11	0.14	0.17	0.14	0.11	0.16	0.15	0.17	0.15	0.15

**Примечание:** корреляционная связь является статистически значимой (p<0.01).

3) умеренную связь: между эмоциональной отстраненностью, личностной отстраненностью (деперсонализацией), истощением и личностной невротизацией (0.40), тревогой (0.43), астенией (0.43), беспокойством, напряжением (0.41), неврастеническими расстройствами (0.43), ипохондрическими расстройствами (0.42), психастеническими нарушениями (0.45) (табл. 2); между эмоциональным истощением, переживанием психотравмирующих обстоятельств, неудовлетворенностью собой, загнанностью в клетку, тревогой и депрессией, напряжением и обсессивно-фобическими нарушениями (0.44), вегетативными нарушениями (0.43), страхами, фобиями (0.45), нарушением сна (0.44), навязчивостями (0.42), трудностями в социальных контактах (0.44), соматическими нарушениями (0.45) (табл. 2.4).

Результаты исследования специфики невротизации медицинских работников с эмоциональным истощением коррелируют с выявлением особенностей синдрома эмоционального выгорания медицинских работников государственных и частных медицинских учреждений<sup>139</sup>, нивелированием внешних и внутренних факторов эмоционального истощения и невротизации с целью профилактики асоциальных форм поведения<sup>140</sup>, описанием диагностики и профилактики профессиональной деформации и синдрома эмоционального выгорания специалистов амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения<sup>141</sup>, определением особенностей профилактики и коррекции эмоционального выгорания медицинского персонала<sup>142</sup>, установлением взаимосвязи факторов эмоционального поведения личности и риска возникновения эмоционального выгорания медицинских работников<sup>143</sup>.

Таким образом, у медицинских работников с выше среднего уровнем с тенденцией к высокому уровню эмоционального истощения (51.64) и эмоционального выгорания (270.14) доминируют напряжение (109.17), переживание психотравмирующих обстоятельств (28.65), неудовлетворенность собой (26.05), загнанность в клетку (29.10), тревога и депрессия (25.37), которые детерминируют выше среднего уровень тревоги (стен 4.35, высокая связь 0,80), астении (стен 4.20, высокая связь 0.74), беспокойства, напряжения (51.57, высокая связь 0.76), неврастенических расстройств (40.28, высокая связь 0.74), ипохондрических расстройств (29.04, высокая связь 0.74), психастенических нарушений (37.53, высокая связь 0.76). Следовательно, специфика невротизации медицинских работников с эмоциональным истощением затрагивает прежде всего эмоционально-волевую сферу, что дает основание рекомендовать медицинским работникам систематическую диагностику и профилактику эмоционального истощения как составляющую профессиональных деформаций медицинских работников.

---

<sup>139</sup> Чернышкова Н. В., Дворникова Е. О., Малинина Е. В. Особенности синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников государственных и частных медицинских учреждений // Вестник Южно-Уральского государственного университета. 2018. Т. 11. № 4. С. 61-72.

<sup>140</sup> [Bonkalo T. I., Polyakova O. B., Bonkalo S. V., Kolesnik N. T., Sorokoumova E. A. Development of ethnic social identity among the members of ethnic community organizations as the factor of preventing the spread of nationalist in a multicultural society // Biosciences Biotechnology Research Asia. 2015. Т. 12. № 3. P. 2361-2372. DOI: <http://dx.doi.org/10.13005/bbra/1912>](https://doi.org/10.13005/bbra/1912)

<sup>141</sup> Толмачева А. С., Страхова Н. В., Зуйкова А. А., Котова Ю. А. Профессиональная деформация и синдром эмоционального выгорания у специалистов амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2018. Т. 17. № 1. С. 189-195.

<sup>142</sup> Толоченко Я. О. Особенности профилактики и коррекции эмоционального выгорания медицинского персонала // Ученые записки Крымского инженерно-педагогического университета. 2017. № 3 (9). С. 113-118.

<sup>143</sup> Костакова И. В. Взаимосвязь факторов эмоционального поведения личности и риска возникновения эмоционального выгорания у медицинских работников // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. 2016. № 4 (27). С. 44-47.



## 2.4. СПЕЦИФИКА ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ

Как уже отмечалось, влияние стрессогенных факторов социальной и профессиональной сфер жизнедеятельности приводит к возникновению деформаций профессионального плана<sup>144</sup>, прежде всего у представителей социоэкономических профессий, к которым относятся работники здравоохранения<sup>145</sup>: асоциальным формам поведения<sup>146</sup>, деструкции профессиональной инициативы и жизнестойкости<sup>147</sup>, невротизации<sup>148</sup>, неудовлетворенности работой при падении ее эффективности, нивелированию профессионально важных качеств и возрастанию депрессивной симптоматики<sup>149</sup>, переживанию вынужденности контактов, в том числе производственных, психосоматизации, снижению качества жизни, здоровья и субъективного благополучия<sup>150</sup>.

Цель исследования – определить специфику жизнестойкости работников здравоохранения с профессиональными деформациями.

В 2020–2022 гг. было проведено кросс-секционное, интервенционное (констатирующее), одноцентровое, одновыборочное, сплошное, одномоментное (показатели моментной превалентности) исследование.

Из 6830 опрошенных работников здравоохранения отобраны: 816 с выраженными профессиональными деформациями с целью дальнейшего определения у них специфики жизнестойкости, а из оставшихся 6014 методом случайного распределения 816 без выраженных профессиональных деформаций. Установление деформаций профессионального плана работников здравоохранения проводилось при помощи: опросника на выгорание и его модификации; опросника определения психического выгорания; в модификации интерпретации результатов О. Б. Поляковой (табл. 2.5).

---

<sup>144</sup> Нагорняк Ю. Г., Канакина Т. А., Фокин В. А. Исследование синдрома эмоционального выгорания у студентов фармацевтического факультета. Здравоохранение Российской Федерации. 2018; 62(5): 254-258. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2018-62-5-254-258>

<sup>145</sup> Jafar Zade D. A., Senkevich L. V., Polyakova O. B., Basimov M. M., Strelkov V. I., Tarasov M. V. Features of professional deformation (burnout) of medical workers depending on working conditions. Prensa Medica Argentina. 2019; 105(1): 1000334. DOI: 10.41720032-745X.1000334

<sup>146</sup> Bonkalo T. I., Polyakova O. B., Bonkalo S. V., Kolesnik N. T., Sorokoumova E. A. Development of ethnic social identity among the members of ethnic community organizations as the factor of preventing the spread of nationalist in a multicultural society. Biosciences Biotechnology Research Asia. 2015; 12(3): 2361-2372. DOI: <http://dx.doi.org/10.13005/bbra/1912>

<sup>147</sup> Карнелович М. М. Стратегии совладающего поведения медицинских работников с разным уровнем жизнестойкости. Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы медицины». Гродно: Гродненский государственный медицинский университет, 2019: 269-272.

<sup>148</sup> Polyakova O. B., Semenov D. V., Anufriev A. F., Blinov A. O., Kovaleva M. A., Pchelinova V. V., Shcheglova A. S. Specificity of the Neurotic Syndrome of Employees of Organizations with Professional Deformations. Indian Journal of Public Health Research & Development. 2020; 11(3): 1357-1362.

<sup>149</sup> Elshansky S. P., Anufriev A. F., Polyakova O. B., Semenov D. V. Positive personal qualities and depression. Prensa Medica Argentina. 2019; 105(8): 461-468. DOI: 10.41720032-745X.1000322

<sup>150</sup> Шестера А. А., Кику П. Ф., Измайлова О. А., Сухова А. В., Каерова Е. В., Сабирова К. М. Комплексная оценка состояния здоровья студентов-медиков младших курсов. Здравоохранение Российской Федерации. 2018; 62(3): 126-131. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2018-62-3-126-131>

Определение специфики жизнестойкости работников здравоохранения с профессиональными деформациями осуществлялось при помощи: трех модификаций теста жизнестойкости<sup>151</sup> и теста на устойчивость к жизненным трудностям<sup>152</sup>; в модификации интерпретации результатов и сводные расчеты О. Б. Поляковой (табл. 2.5).

**Таблица 2.5 – Уровневые значения компонентов деформаций профессионального плана и жизнестойкости работников здравоохранения**

Названия диагностик и показателей		Уровни и баллы компонентов деформаций профессионального плана и жизнестойкости работников здравоохранения				
		низкий уровень	ниже среднего уровень	средний уровень	выше среднего уровень	высокий уровень
Опросник на выгорание и модификация опросника на выгорание	Истощение эмоционального вида	от 0 до 11	от 12 до 22	от 23 до 31	от 32 до 42	от 43 до 54
	Деперсонализационные процессы	от 0 до 6	от 7 до 12	от 13 до 17	от 18 до 23	от 24 до 30
	Редукционные изменения достижений личностного и профессионального характера	от 0 до 10	от 11 до 19	от 20 до 28	от 29 до 37	от 38 до 48
	Деформации профессионального плана	от 0 до 27	от 28 до 53	от 54 до 78	от 79 до 104	от 105 до 132
Опросник определения психического выгорания	Истощение психоэмоционального вида	от 0 до 9	от 10 до 20	от 21 до 39	от 40 до 49	от 50 до 75
	Отдаление личностного и профессионального характера	от 0 до 9	от 10 до 16	от 17 до 31	от 32 до 40	от 41 до 72
	Редукционные изменения мотивации профессионального вида	от 0 до 7	от 8 до 12	от 13 до 24	от 25 до 31	от 32 до 69
	Деформации профессионального плана	от 0 до 31	от 32 до 51	от 52 до 92	от 93 до 112	от 113 до 216
Тест жизнестойкости, модификация, М. В. Алфимова и В. Е. Голимбет	Вовлеченность, контроль, принятие риска	от 0 до 2	от 3 до 4	от 5 до 7	от 8 до 9	от 10 до 12
	Общий показатель жизнестойкости	от 0 до 6	от 7 до 14	от 15 до 21	от 22 до 29	от 30 до 36
Тест жизнестойкости, модификация, Д.А. Леонтьев и Е.И. Рассказова	Вовлеченность	от 0 до 10	от 11 до 21	от 22 до 32	от 33 до 43	от 44 до 54
	Контроль	от 0 до 9	от 10 до 20	от 21 до 30	от 31 до 41	от 42 до 51
	Принятие риска	от 0 до 5	от 6 до 11	от 12 до 18	от 19 до 24	от 25 до 30
	Общий показатель жизнестойкости	от 0 до 26	от 27 до 53	от 54 до 81	от 82 до 108	от 109 до 135

<sup>151</sup> Maddi S.R. Relevance of Hardiness Assessment and Training to the Military Context. *Military Psychology*. 2007; 19(1): 61-70; Алфимова М.В., Голимбет В.Е. Тест жизнестойкости. Available at: <http://psylab.info>; Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. Москва: Смысл, 2006; Осин Е.Н., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. Available at: <http://psycabi.net/testy/563-test-zhiznestojkosti-metodika-s-maddi-adaptatsiya-d-a-leontev>

<sup>152</sup> Тарасов Е. А. Как открыть и развить свои сверхспособности. 30 тестов. 0,69 Mb. Available at: <http://psihdocs.ru/evgenij-aleksandrovich-tarasov-kak-otkrite-i-razvite-svoi-sver.html?page=3>

Названия диагностик и показателей		Уровни и баллы компонентов деформаций профессионального плана и жизнестойкости работников здравоохранения				
		низкий уровень	ниже среднего уровень	средний уровень	выше среднего уровень	высокий уровень
Тест жизнестойкости, модификация, Е.Н. Осин и Е.И. Рассказова	Вовлеченность	от 0 до 5	от 6 до 11	от 12 до 18	от 19 до 24	от 25 до 30
	Контроль	от 0 до 4	от 5 до 9	от 10 до 14	от 15 до 19	от 20 до 24
	Принятие риска	от 0 до 3	от 4 до 7	от 8 до 10	от 11 до 14	от 15 до 18
	Общий показатель жизнестойкости	от 0 до 14	от 15 до 28	от 29 до 43	от 44 до 57	от 58 до 72
Общие результаты модификаций Теста жизнестойкости	Вовлеченность (общие результаты)	от 0 до 21	от 22 до 42	от 43 до 66	от 67 до 87	от 88 до 108
	Контроль (общие результаты)	от 0 до 19	от 20 до 39	от 40 до 60	от 61 до 80	от 81 до 99
	Принятие риска (общие результаты)	от 0 до 14	от 15 до 28	от 29 до 44	от 45 до 58	от 59 до 72
	Общий показатель жизнестойкости (общие результаты)	от 0 до 54	от 55 до 111	от 112 до 168	от 169 до 225	от 226 до 279
Тест на устойчивость к жизненным трудностям	Устойчивость к жизненным трудностям	от 0 до 3	от 4 до 6	от 7 до 9	от 10 до 12	от 13 до 15

Экспертиза локального этического комитета не проводилась, так как в опросе добровольно принимали участие только совершеннолетние респонденты, что является необходимым и достаточным.

Математико-статистическая обработка включала описательную статистику, критерий корреляции К. Пирсона и таблицу Чеддока для определения тесноты (силы) связи корреляции (слабая – <0.3, умеренная – 0.3-0.5, заметная – 0.5-0.7, высокая – 0.7-0.9, весьма высокая – >0.9).

У 816 работников здравоохранения (11.95% от общей выборки в 6830 работников здравоохранения) установлено наличие деформаций профессионального плана выше среднего уровня выраженности (102.34 и 98.95 соответственно), а именно (табл. 2): 1) средний уровень деперсонализационных процессов (28.975) и отдаления личностного и профессионального характера (31.02); работники здравоохранения: достаточно критичны к окружающим; относительно безразличны к некоторым производственным делам и отдельным формам работы; слабо включены в производственные задания, заинтересованы в решении профессиональных задач; устремлены расходовать мало времени и сил на работу (табл. 2); 2) уровень выше среднего истощения эмоционального (40.435) и психоэмоционального вида (41.55); работники здравоохранения: апатичны при необходимости включения в производственные задания; опустошены личностно и эмоционально; равнодушны ко многим сферам жизнедеятельности; разбиты после выполнения профессиональных обязанностей; раздражительны при внезапных трудностях; тревожны без явных причин; унылы при столкновении с множеством заданий; эмоционально интолерантны (табл. 2); 3) уровень выше среднего редуцированных изменений достижений личностного и профессионального характера (32.93) и мотивации профессионального вида (26.38); работники здравоохранения: затрудняются находить верное решение в стрессогенных ситуациях; испытывают же-

вание изолироваться от большинства контактов и заниженную профессиональную самооценку; негативно оценивают собственные производственные достижения и успехи, свои возможности и достоинства; ситуативно перекалывают ответственность на окружающих; часто снимают с себя ответственность; чувствуют снижение профессиональной отдачи и эффективности (табл. 2.6).

У работников здравоохранения с деформациями профессионального плана выявлен ниже среднего уровень жизнестойкости (66.37) и устойчивости к жизненным трудностям (6.38), который характеризуется (табл. 2.6):

1) ниже среднего уровнем вовлеченности (21.48) с намечающейся тенденцией к низкому уровню (10.32); работники здравоохранения: демонстрируют пассивность в стрессовых ситуациях; испытывают усталость даже в начале рабочего дня; не задумываются над своим профессиональным будущим; не удовлетворены выполнением производственных задач; ощущают одиночество, разбитость в конце рабочего дня и себя вне работы; предпочитают не вовлекаться в отношения с окружающими; ситуативно теряют самообладание (табл. 2.6);

2) ниже среднего уровнем контроля (32.43) с тенденцией к среднему уровню (5.62 и 21.09 соответственно); работники здравоохранения: не желают прикладывать усилия для достижения большего; не способны быть психологически гибкими и менять планы в зависимости от обстоятельств; не ставят перед собой трудно достижимых целей; отказываются от соревновательных моментов для достижения наилучших профессиональных результатов; редко рассчитывают на собственные силы; стараются избежать трудностей в работе; уклоняются от поиска новых способов решения проблем (табл. 2.6);

**Таблица 2.6 – Результаты диагностики компонентов деформаций профессионального плана и жизнестойкости работников здравоохранения**

Названия диагностик и показателей Diagnostic and indicator names		816 работников здравоохранения с выраженными деформациями профессионального плана		816 работников здравоохранения без выраженных деформаций профессионального плана	
		Среднее значение	Уровень	Среднее значение	Уровень
Опросник на выгорание Maslach Burnout Inventory	Истощение эмоционального вида	39.51	выше среднего уровень	0.57	низкий уровень
	Деперсонализационные процессы	29.04	средний уровень	0.23	низкий уровень
	Редукционные изменения достижений личностного и профессионального характера	32.59	выше среднего уровень	0.30	низкий уровень
	Деформации профессионального плана	101.14	выше среднего уровень	1.10	низкий уровень
Модификация опросника на выгорание Modification Maslach Burnout Inventory	Истощение эмоционального вида	41.36	выше среднего уровень	0.49	низкий уровень
	Деперсонализационные процессы	28.91	средний уровень	0.31	низкий уровень
	Редукционные изменения достижений личностного и профессионального характера	33.27	выше среднего уровень	0.38	низкий уровень
	Деформации профессионального плана	103.54	выше среднего уровень	1.18	низкий уровень

Названия диагностик и показателей Diagnostic and indicator names		816 работников здравоохранения с выраженными деформациями профессионального плана		816 работников здравоохранения без выраженных деформаций профессионального плана	
		Среднее значение	Уровень	Среднее значение	Уровень
Опросник определения психического выгорания Mental Burnout Definition Questionnaire	Истощение психоэмоционального вида	41.55	выше среднего уровень	1.03	низкий уровень
	Отдаление личностного и профессионального характера	31.02	средний уровень	0.42	низкий уровень
	Редукционные изменения мотивации профессионального вида	26.38	выше среднего уровень	0.91	низкий уровень
	Деформации профессионального плана	98.95	выше среднего уровень	2.36	низкий уровень
Тест жизнестойкости, модификация, М.В. Алфимова и В.Е. Голимбет	Вовлеченность	3.57	ниже среднего уровень	10.03	высокий уровень
	Контроль	5.62	средний уровень	9.07	выше среднего уровень
	Принятие риска	4.28	ниже среднего уровень	7.15	средний уровень
	Общий показатель жизнестойкости	13.47	ниже среднего уровень	26.25	выше среднего уровень
Тест жизнестойкости, модификация, Д.А. Леонтьев и Е.И. Рассказова	Вовлеченность	10.32	низкий уровень	40.32	выше среднего уровень
	Контроль	21.09	средний уровень	38.45	выше среднего уровень
	Принятие риска	4.98	низкий уровень	13.26	средний уровень
	Общий показатель жизнестойкости	36.39	ниже среднего уровень	92.03	выше среднего уровень
Тест жизнестойкости, модификация, Е.Н. Осин и Е.И. Рассказова	Вовлеченность	7.59	ниже среднего уровень	21.55	выше среднего уровень
	Контроль	5.72	ниже среднего уровень	16.72	выше среднего уровень
	Принятие риска	3.20	низкий уровень	8.39	средний уровень
	Общий показатель жизнестойкости	16.51	ниже среднего уровень	46.66	выше среднего уровень
Общие результаты модификаций Теста жизнестойкости	Вовлеченность (общие результаты)	21.48	ниже среднего уровень	71.90	выше среднего уровень
	Контроль (общие результаты)	32.43	ниже среднего уровень	64.24	выше среднего уровень
	Принятие риска (общие результаты)	12.46	низкий уровень	28.80	средний уровень
	Общий показатель жизнестойкости (общие результаты)	66.37	ниже среднего уровень	164.94	выше среднего уровень
Тест на устойчивость к жизненным трудностям	Устойчивость к жизненным трудностям	6.38	ниже среднего уровень	9.94	выше среднего уровень

3) низким уровнем принятия риска (12.46) с намечающейся тенденцией к уровню ниже среднего (4.28); работники здравоохранения: всегда раздражены при изменении планов; испытывают стремление к профессиональной безопасности и комфорту; не берутся воплощать новые идеи; не ориентированы на интересные начинания в профессиональной деятельности; не уделяют внимание собственному профессиональному развитию; стараются избегать неожиданностей; стремятся избегать новых профессиональных ситуаций (табл. 2.6).

В то время как у 816 работников здравоохранения без выраженных деформаций профессионального плана (1.14 и 2.36 соответственно) при низком уровне деперсонализационных процессов (0.27) и отдаления личностного и профессионального характера (0.42), истощения эмоционального (0.53) и психоэмоционального вида (1.03), редуцированных изменений достижений личностного и профессионального характера (0.34) и мотивации профессионального вида (0.91) выявлен выше среднего уровень жизнестойкости (164.94) и устойчивости к жизненным трудностям (9.94), характеризующийся выше среднего уровнем вовлеченности (71.90) с намечающейся тенденцией к высокому уровню (10.03), выше среднего уровнем контроля (64.24) и средним уровнем принятия риска (28.80) (табл. 2.6).

Математико-статистическая обработка данных позволила установить у работников здравоохранения с деформациями профессионального плана:

1) обратную заметную связь: между деформациями профессионального плана и принятием риска (-0.5165); между истощением эмоционального и психоэмоционального видов и принятием риска (-0.595); между редуцированными изменениями достижений личностного и профессионального характера и мотивации профессионального вида и принятием риска (-0.595) (табл. 2.7);

2) обратную умеренную связь: между деперсонализационными процессами, отдалением личностного и профессионального характера и принятием риска (-0.36 и -0.36 соответственно); между деформациями профессионального плана и жизнестойкостью (-0.3965), контролем (-0.348), устойчивостью к жизненным трудностям (-0.3365), вовлеченностью (-0.325); между истощением эмоционального и психоэмоционального видов и жизнестойкостью (-0.4585), контролем (-0.40), вовлеченностью (-0.38), устойчивостью к жизненным трудностям (-0.375); между редуцированными изменениями достижений личностного и профессионального характера и мотивации профессионального вида и жизнестойкостью (-0.4465), контролем (-0.375), вовлеченностью (-0.37), устойчивостью к жизненным трудностям (-0.36) (табл. 3); 3) обратную слабую связь между деперсонализационными процессами, отдалением личностного и профессионального характера и жизнестойкостью (-0.285), устойчивостью к жизненным трудностям (-0.275), контролем (-0.27), вовлеченностью (-0.225) (табл. 2.7).

Результаты определения специфики жизнестойкости работников здравоохранения с профессиональными деформациями коррелируют: с важностью повышения эффективности профессиональной деятельностью и удовлетворенности ею, со значимостью формирования и развития профессионально важных качеств, профессиональной инициативы и жизнестойкости; с необходимостью диагностики и профилактики здоровья, качества жизни и субъективного благополучия, а также нивелирования асоциальных форм поведения, невротизации, переживания вынужденности производственных контактов, психосоматизации.

**Таблица 2.7 – Результаты корреляции компонентов деформаций профессионального плана и жизнестойкости работников здравоохранения**

Названия диагностик и показателей Diagnostic and indicator names		Общие результаты модификаций Теста жизнестойкости General results of the Viability Test modifications				Тест на устойчивость к жизненным трудностям
		Вовлеченность (общие результаты)	Контроль (общие результаты)	Принятие риска (общие результаты)	Общий показатель жизнестойкости (общие результаты)	Устойчивость к жизненным трудностям
Опросник на выгорание и модификация опросника на выгорание Maslach Burnout Inventory and modification Maslach Burnout Inventory	Истощение эмоционального вида	-0.37	-0.42	-0.59	-0.46	-0.39
	Деперсонализационные процессы	-0.25	-0.28	-0.36	-0.297	-0.29
	Редукционные изменения достижений личностного и профессионального характера	-0.36	-0.39	-0.61	-0.453	-0.37
	Деформации профессионального плана	-0.327	-0.363	-0.52	-0.403	-0.35
Опросник определения психического выгорания Mental Burnout Definition Questionnaire	Истощение психологического вида	-0.39	-0.38	-0.60	-0.457	-0.36
	Отдаление личностного и профессионального характера	-0.20	-0.26	-0.36	-0.273	-0.26
	Редукционные изменения мотивации профессионального вида	-0.38	-0.36	-0.58	-0.44	-0.35
	Деформации профессионального плана	-0.323	-0.333	-0.513	-0.39	-0.323

**Примечание: корреляционная связь является статистически значимой (p<0.01)**

У работников здравоохранения с уровнем выше среднего деформаций профессионального плана (102.34 и 98.95), истощения психологического (41.55) и эмоционального (40.435) видов, редукционных изменений достижений личностного и профессионального характера (32.93) и мотивации профессионального вида (26.38), а также со средним уровнем отдаления личностного и профессионального характера (31.02) и деперсонализационных процессов (28.975) доминирует истощение психологического вида, которое детерминирует: низкий уровень принятия риска (12.46) с намечающейся тенденцией к уровню ниже среднего (4.28), уровень ниже среднего вовлеченности (21.48) с намечающейся тенденцией к низкому уровню (10.32), уровень ниже среднего жизнестойкости (66.37) и устойчивости к жизненным трудностям (6.38), уровень ниже среднего контроля (32.43) с тенденцией к среднему уровню (5.62 и 21.09). Необходимость систематической диагностики, профилактики и коррекции составляющих деформаций профессионального плана работников здравоохранения объясняется пониженными показателями вовлеченности, жизнестойкости, контроля, принятия риска и устойчивости к жизненным трудностям.

## 2.5. ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО КРИЗИСА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Цель исследования – выявить особенности профиля профессионального кризиса МР с профессиональными деформациями (ПД) в условиях пандемии COVID-19.

Проведено интервенционное (констатирующее), кросс-секционное, одновыборочное, одномоментное (показатели моментной превалентности), одноцентровое, сплошное исследование особенностей профиля профессионального кризиса 816 МР с ПД осуществлялось с помощью опросников личностного профиля кризиса А. Е. Тараса [10] и на выгорание С. Maslach & S. Jackson. Интерпретация результатов (шкалирование уровней выраженности исследуемых показателей) проведена О. Б. Поляковой (табл. 2.8).

В математико-статистическую обработку были включены критерий корреляции К. Пирсона, описательная статистика, таблица Чеддока для выявления тесноты (силы) связи процессов корреляции (слабой —  $< 0,3$ ; умеренной —  $0,3-0,5$ ; заметной —  $0,5-0,7$ ; высокой —  $0,7-0,9$ ; весьма высокой —  $> 0,9$ ).



**Таблица 2.8 – Шкалирование уровней выраженности составляющих профиля профессионального кризиса и ПД**

Опросники и составляющие исследуемых показателей		Уровни и баллы составляющих профиля профессионального кризиса и ПД					
		низкий	ниже среднего	средний	выше среднего	высокий	
Личностный профиль кризиса	1	Функциональные нарушения вегетативной системы	0–2	3–4	5–7	8–9	10–12
	2	Нарушения сердечной деятельности	0–2	3–4	5–7	8–9	10–12
	3	Нарушения дыхания	0–2	3–4	5–7	8–9	10–12
	4	Функциональные нарушения ЖКТ	0–2	3–4	5–7	8–9	10–12
	5	Нарушения сна	0–2	3–4	5–7	8–9	10–12
	Проблемы функционального характера		0–12	13–24	25–36	37–48	49–60
	6	Функциональные осложнения внимания	0–2	3–4	5–7	8–9	10–12
	7	Функциональные осложнения восприятия	0–2	3–4	5–7	8–9	10–12
	8	Функциональные осложнения мышления	0–2	3–4	5–7	8–9	10–12
	9	Функциональные осложнения памяти	0–2	3–4	5–7	8–9	10–12
	Осложнения познавательно-аналитической деятельности		0–9	10–19	20–28	29–38	39–48
	10	Симптоматика тревоги	0–2	3–4	5–7	8–9	10–12
	11	Реакции генерализованного характера эмоциональной направленности (вина, гнев, стыд)	0–2	3–4	5–7	8–9	10–12
	12	Тупость эмоциональной направленности	0–2	3–4	5–7	8–9	10–12
	13	Симптоматика слабодушия, повышенная степень выраженности эмоциональности	0–2	3–4	5–7	8–9	10–12
	14	Депрессивная окрашенность настроения	0–2	3–4	5–7	8–9	10–12
	Нарушения эмоционального реагирования		0–12	13–24	25–36	37–48	49–60
	15	Попытки ухода от проблем	0–2	3–4	5–7	8–9	10–12
	16	Поглощенность проблемой	0–2	3–4	5–7	8–9	10–12
17	Трудности исполнения домашних и служебных обязанностей	0–2	3–4	5–7	8–9	10–12	
Изменения в деятельности и поведении		0–6	7–14	15–21	22–29	30–36	
Общий показатель личностного профиля кризиса		0–40	41–81	82–122	123–163	164–204	
Опросник на выгорание Burnout Questionnaire	1	Истощенность эмоциональной сферы	0–11	12–22	23–31	32–42	43–54
	2	Изменения деперсонализационного характера	0–6	7–12	13–17	18–23	24–30
	3	Редукционные искажения достижений личностной и профессиональной направленности	0–10	11–19	20–28	29–37	38–48
	ПД		0–27	28–53	54–78	79–104	105–132

У 816 МР с выше среднего уровнем ПД (102,35) установлены (табл. 2.8):

1) выше среднего уровень истощенности эмоциональной сферы (40,44; апатия при необходимости выполнения профессиональных функций, беспричинная тревожность, личностная и эмоциональная опустошенность, равнодушие к некоторым сферам жизни, разбитость после завершения рабочей смены, раздражительность при столкновении с рабочими сложностями, уныние при встрече с производственными препятствиями, эмоциональная интолерантность);

2) высокий уровень изменений деперсонализационного характера (28,98; желание расходовать минимум времени и сил на выполнение поручений, критичность к окружающим, низкая заинтересованность в решении производственных вопросов, относительное безразличие к производственным ситуациям и трудным формам деятельности, слабая включенность в профессиональные задания);

3) выше среднего уровень редуцированных искажений достижений личностной и профессиональной направленности (32,93; желание изоляции от многих рабочих контактов, заниженная профессиональная самооценка, затрудненность нахождения верных производственных решений в стресс-ситуациях, негативная оценка своих профессиональных возможностей, достоинств и результатов, ситуативное перекалывание ответственности на коллег и подчиненных, снижение отдачи и эффективности работы, частое снятие с себя производственной ответственности).

У МР с ПД имеются в наличии особенности профиля профессионального кризиса выше среднего уровня выраженности (132,63) (табл. 2.9):

1) высокий уровень функциональных нарушений:

- сердечной деятельности (10,27; учащенное сердцебиение, неустойчивость сердечного ритма (замедленный или учащенный));
- деятельности ЖКТ (10,03; беспокойство из-за запоров (поносов), ухудшение аппетита, частота ощущения тошноты);

2) выше среднего уровень:

- проблем функционального характера (45,05);
- изменений в деятельности и поведении (24,13);
- поглощенности проблемой (8,57; беспрестанное кручение мыслей о рабочих ситуациях, влияние мыслей о рабочих ситуациях на бессонницу, мучительные размышления о стрессовых производственных ситуациях, невозможность остановки навязчивых мыслей производственной тематики, непровольные воспоминания о стрессогенных трудовых ситуациях);
- функциональных нарушений дыхания (8,48; ощущения остановки дыхательного процесса, субъективность ощущения нехватки воздуха, трудностей дыхания);
- функциональных нарушений вегетативной системы (8,35; повышение (понижение) артериального давления, потливость без выполнения физических нагрузок и пребывания в жарких помещениях, сухость во рту, учащенность (замедленность) пульса);
- симптоматики тревоги (8,35; негативная окрашенность суждений и чувств, необъяснимая тревога, ощущение сжатия внутри в комок, тревожность);

- функциональных сложностей мышления (8,29; задержка ответа на вопрос, затрудненность формулирования мыслей, импульсивность, ощущение непродуманности принятых решений, скоропалительность решения проблем);
- попыток ухода от проблем (8,16; желание бежать и забыться, избегание говорить и думать о несчастье и неудачах, трудоголизм (уделение большего количества времени решению производственных вопросов и нахождение в этом выхода из состояния загнанности в клетку);
- нарушений сна (7,92; беспокойность сна, прерывание сна кошмарами, сложностей засыпания);
- депрессивной окрашенности настроения (7,72; агрессивность, апатия, ворчливость, вялость чувств и эмоций, неудовлетворенность ранее радовавшими событиями, неустойчивость настроения, обостренность самокритичности, осознание изменения собственного «Я», отсутствие желаний видеть окружающих, ощущение безнадежности, холодности и чуждости окружающих, бессмысленности многого в жизни, потеря смысла продолжения жизни, как прежде, продолжительность наличия подавленного и угнетенного настроения, раздражительность, ситуативная ненависть к себе, стремление нахождения в одиночестве, угрюмость, физическая усталость);
- симптоматики слабодушия и повышенной эмоциональности (7,69; близость к слезам, желание выговориться, осознание влияния поглощенности чувствами на ухудшение состояния, плаксивость);

### 3) средний уровень:

- нарушений эмоционального реагирования (35,03);
- осложнений познавательно-аналитической деятельности (28,42);
- трудностей исполнения домашних и служебных обязанностей (7,4; избегание трудностей в действиях и мыслях, осознание, что все валится из рук, способность выполнения домашних и профессиональных обязанностей на прежнем уровне, способность работать, как прежде, усталость от выполнения обычных обязанностей);
- функциональных осложнений восприятия (7,03; осознание влияния проблем на ограниченность восприятия ситуаций жизни, ощущение нереальности многих происходящих событий, ощущения суженности восприятия всего окружающего, реальная оценка событий, способность отчетливого восприятия событий);
- функциональных осложнений памяти (6,82; забывчивость, осознание пропусков некоторых важных мероприятий, сложность запоминания, трудность припоминания информации);

Таблица 2.9 – Результаты и связи составляющих ПД и профиля профессионального кризиса МР

Опросники и составляющие исследуемых показателей Names of questionnaires and components of the studied indicators			Опросник на выгорание			
			ИЭС	ИДХ	РИДЛПН	ДПС
			40,44	28,98	32,93	102,35
Личностный профиль кризиса Personal profile of the crisis	Функциональные нарушения вегетативной системы	8,35	0,482	0,631	0,473	0,529
	Нарушения сердечной деятельности	10,27	0,634	0,862	0,588	0,695
	Нарушения дыхания	8,48	0,491	0,659	0,483	0,544
	Функциональные нарушения ЖКТ	10,03	0,602	0,793	0,601	0,665
	Нарушения сна	7,92	0,325	0,557	0,318	0,400
	Проблемы функционального характера	45,05	0,507	0,701	0,493	0,566
	Функциональные осложнения внимания	6,28	0,135	0,403	0,102	0,213
	Функциональные осложнения восприятия	7,03	0,263	0,461	0,238	0,321
	Функциональные осложнения мышления	8,29	0,475	0,582	0,456	0,504
	Функциональные осложнения памяти	6,82	0,185	0,457	0,147	0,263
	Осложнения познавательно-аналитической деятельности	28,42	0,265	0,476	0,236	0,325
	Симптоматика тревоги	8,35	0,482	0,631	0,472	0,528
	Реакции генерализованного характера эмоциональной направленности (вина, гнев, стыд)	5,83	0,102	0,382	0,094	0,193
	Тупость эмоциональной направленности	5,44	0,115	0,325	0,106	0,182
	Симптоматика слабодушия, повышенная степень выраженности эмоциональности	7,69	0,316	0,525	0,305	0,382
	Депрессивная окрашенность настроения	7,72	0,321	0,538	0,311	0,390
	Нарушения эмоционального реагирования	35,03	0,267	0,480	0,258	0,335
	Попытки ухода от проблем	8,16	0,458	0,535	0,429	0,474
	Поглощенность проблемами	8,57	0,513	0,664	0,495	0,557
	Трудности исполнения домашних и служебных обязанностей	7,4	0,285	0,482	0,274	0,347
Изменения в деятельности и поведении	24,13	0,419	0,517	0,399	0,459	
Общий показатель личностного профиля кризиса	132,63	0,365	0,498	0,347	0,421	

**Примечание.** ИЭС – истощенность эмоциональной сферы; ИДХ – изменения деперсонализационного характера; РИДЛПН – редуцированные искажения достижений личностной и профессиональной направленности; ДПС – деформации в профессиональной сфере.

- функциональных осложнений внимания (6,28; рассеянность и сосредоточенность);
- реакций генерализованного характера эмоциональной направленности – вины, гнева, стыда (5,83; ощущение несделанности всего возможного, рассерженности, стыда за некоторые события жизни);
- холодности (тупости) эмоциональной направленности (5,44; безразличия, спокойствия, угасания жизненных интересов, чувствительности и эмоций).

Обработка данных математико-статистического характера (табл. 2.9) дала возможность установить:

1) высокую связь между:

- изменениями деперсонализационного характера и нарушениями сердечной деятельности (0,862), функциональными нарушениями деятельности ЖКТ (0,793);

2) заметную связь между:

- истощенностью эмоциональной сферы и нарушениями сердечной деятельности (0,634), функциональными нарушениями деятельности ЖКТ (0,602);
- изменениями деперсонализационного характера и функциональными нарушениями вегетативной системы (0,631), нарушениями дыхания (0,659), нарушениями сна (0,557), проблемами функционального характера (0,701), функциональными осложнениями мышления (0,582), симптоматикой тревоги (0,631), симптоматикой слабодушия, повышенной эмоциональностью (0,525), настроением депрессивной окрашенности (0,538), попытками ухода от проблем (0,535), поглощенностью проблемой (0,664), изменениями в деятельности и поведении (0,517), общим показателем личностного профиля кризиса (0,498);
- редукционными искажениями достижений личностной и профессиональной направленности, нарушениями сердечной деятельности (0,588), функциональными нарушениями деятельности ЖКТ (0,601);
- ПД и нарушениями сердечной деятельности (0,695), функциональными нарушениями деятельности ЖКТ (0,665), проблемами функционального характера (0,566), поглощенностью проблемой (0,557);

3) умеренную связь между:

- истощенностью эмоциональной сферы и функциональными нарушениями вегетативной системы (0,482), нарушениями дыхания (0,491), нарушениями сна (0,325), проблемами функционального характера (0,507), функциональными осложнениями мышления (0,475), симптоматикой тревоги (0,482), симптоматикой слабодушия, повышенной эмоциональностью (0,316), настроением депрессивной окрашенности (0,321), попытками ухода от проблем (0,458), поглощенностью проблемой (0,513), изменениями в деятельности и поведении (0,419), общим показателем личностного профиля кризиса (0,365);
- изменениями деперсонализационного характера и функциональными осложнениями внимания (0,403), функциональными осложнениями восприятия (0,461), функциональными осложнениями памяти (0,457), осложнениями познавательной-аналитической деятельности (0,476), реакциями генерализованного характера эмоциональной направленности (виной, гневом, стыдом) (0,382), тупостью эмоциональной направленности (0,325), нарушениями эмоционального реагирования (0,480), трудностями исполнения домашних и служебных обязанностей (0,482);
- редукционными искажениями достижений личностной и профессиональной направленности и функциональными нарушениями вегетативной системы (0,473), нарушениями дыхания (0,483), нарушениями сна (0,318), проблемами функционального характера (0,493), функциональными осложнениями мышления (0,456), симптоматикой тревоги (0,472), симптоматикой слабодушия, повышенной эмоциональностью (0,305), настроением депрессивной окрашенности (0,311), попытками ухода от проблем (0,429), поглощенностью проблемой (0,495), изменениями в деятельности и поведении (0,399), общим показателем личностного профиля кризиса (0,347);

ПД и функциональными нарушениями вегетативной системы (0,529), нарушениями дыхания (0,544), нарушениями сна (0,400), функциональными осложнениями мышления (0,504), симптоматикой тревоги (0,528), симптоматикой слабодушия, повышенной эмоциональностью (0,382), настроением депрессивной окрашенности (0,390), попытками ухода от проблем (0,474), изменениями в деятельности и поведении (0,459), общим показателем личностного профиля кризиса (0,421).

Таким образом, основными особенностями профиля профессионального кризиса МР (с высоким уровнем изменений деперсонализационного характера и выше среднего уровнем ПД, истощенности эмоциональной сферы и редуцированных искажений достижений личностной и профессиональной направленности) являются высокий уровень функциональных нарушений сердечной деятельности и деятельности ЖКТ; выше среднего уровень проблем функционального характера, изменений в деятельности и поведении, поглощенности проблемой, функциональных нарушений дыхания, вегетативной системы, симптоматики тревоги, функциональных сложностей мышления, попыток ухода от проблем, нарушений сна, депрессивной окрашенности настроения, симптоматики слабодушия и повышенной эмоциональности; средний уровень нарушений эмоционального реагирования, осложнений познавательно-аналитической деятельности, трудностей исполнения домашних и служебных обязанностей, функциональных осложнений восприятия, памяти, внимания, реакций генерализованного характера эмоциональной направленности (вины, гнева, стыда), холодности (тупости) эмоциональной направленности.

Высокая и заметная связи свидетельствуют о том, что чем выше ПД у МР (изменения деперсонализационного характера, истощенность эмоциональной сферы, редуцированные искажения достижений личностной и профессиональной направленности), тем выше изменения в деятельности и поведении; нарушения дыхания, сердечной деятельности, сна; настроение депрессивной окрашенности; общий показатель личностного профиля кризиса; поглощенность проблемой; попытки ухода от проблем; проблемы функционального характера; симптоматика слабодушия, повышенной эмоциональности и тревоги; функциональные нарушения вегетативной системы и деятельности ЖКТ; функциональные осложнения мышления.

## 2.6. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ

Субъективное переживание медицинскими работниками наличия таких профессиональных деформаций, как деперсонализационные изменения / отдаление личностного характера, истощение в эмоциональном / психоэмоциональном плане, редуцированные процессы в области личных достижений / профессиональной мотивации, сопряжено с физиологическими симптомами стресса, в частности профессионального (аллергические реакции; аритмия; блуждающие трудно определяемые боли; инфекционные и простудные заболевания; нарушение деятельности пищеварительной системы; нехватка воздуха при вдохе; ощущение кома в горле; резкая потеря или увеличение веса тела; систематические головные боли; спад остроты зрения; спазматические боли в животе и другие) и нервно-психического напряжения (болевые ощущения; изменение двигательной активности; напряжение; нарушения координации движений, внимания, памяти, речи и сна; неадекватная окраска кожных покровов; неприятное психическое состояние, состояние слизистой оболочки полости рта и эмоциональное состояние; неприятные ощущения со стороны

выделительной системы, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания и сердечно-сосудистой системы; неуверенность в себе; повышенная восприимчивость к внешним раздражителям; понижение мышечного тонуса и настроения; психический и физический дискомфорт; снижение помехоустойчивости, сообразительности и умственной работоспособности; температурные ощущения; усиленное потоотделение и другие), что негативно сказывается не только на эффективности профессиональной деятельности, но и на индивидуально-психологических особенностях медицинских работников, а также на их поведении и других сферах жизнедеятельности.

Цель исследования – выявить физиологические симптомы нервно-психического напряжения медицинских работников как фактора возникновения у них профессиональных деформаций.

Из 6830 опрошенных медицинских работников *отобраны 816 с выраженными профессиональными деформациями с целью дальнейшего выявления у них особенностей нервно-психического напряжения.*

*Диагностирование составляющих профессиональных деформаций медицинских работников проводилось по блоку методик:*

- *опросник на выгорание Maslach Burnout Inventory (ОВ, МБИ)<sup>153</sup> и модификация опросника на выгорание modification Maslach Burnout Inventory (мод ОВ, мод МБИ), направленные на определение истощения в эмоциональном плане (ИЭП), деперсонализационных изменений (ДИ), редуцированных процессов в области личных достижений (РПОЛД) и профессиональных деформаций вообще (ΣПД), в модификации интерпретации результатов О. Б. Поляковой<sup>154</sup>;*
- *опросник определения психического выгорания (ООПВ), направленный на выявление истощения в психоэмоциональном плане (ИПЭП), отдаления личностного характера (ОЛХ), редуцированных процессов в области профессиональной мотивации (РПОПМ) и профессиональных деформаций вообще (ΣПД), в модификации интерпретации результатов О. Б. Поляковой<sup>155</sup>.*

*Установление физиологических симптомов нервно-психического напряжения медицинских работников с профессиональными деформациями организовано путем апробации:*

1) *анкеты оценки нервно-психической устойчивости «Прогноз» (АОНПУ П)<sup>156</sup>, направленной на установление наличия нервно-психического напряжения (НПН), в модификации интерпретации результатов О. Б. Поляковой (табл. 2.10);*

2) *опросника нервно-психического напряжения (ОНПН)<sup>157</sup>, направленного на выявление степени нервно-психического напряжения (НПН) и отдельных физиологических симптомов (наличие физического дискомфорта (НФД), наличие болевых ощущений (НБО), неприятные температурные ощущения (НТО), понижение мышечного тонуса (ПМТ), нарушение координации движений (НКД), изменение двигательной активности в целом (ИДАЦ), неприятные ощущения со стороны сердечно-сосудистой системы (НОС ССС), неприятные ощущения со стороны желудочно-кишечного тракта (НОС ЖКТ), неприятные проявления со стороны органов дыхания (НПС Од), непри-*

---

<sup>153</sup> Maslach C., Jackson S. MBI: Maslach Burnout Inventory; research edition // Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1981. P. 13-15; Ильин Е. П. Мотивация и мотивы. СПб.: Питер, 2000. 512 с.

<sup>154</sup> Polyakova O. B., Petrova E. A., Mironova O. I., Semenov D. V. Specificity of Psychosomatization of Psychologist-leaders with Professional Deformations (Burnout) // *Prensa Medica Argentina*. 2019. Т. 105. № 1. P. 1000326. DOI: 10.4172/20032-745X.1000326

<sup>155</sup> Там же

<sup>156</sup> Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Самара: Бахрах-М., 2007. 672 с.

<sup>157</sup> Я, ты, мы в зеркале познания. М.: Институт практической психологии; Воронеж: МОДЭК, 1995. 96 с.

ятные проявления со стороны выделительной системы (НПС ВС), усиление потоотделения (УП), неприятное состояние слизистой оболочки полости рта (НССОПР), неадекватная окраска кожных покровов (НОКП), повышение восприимчивости к внешним раздражителям (ПВВР), снижение уверенности в себе (СУС), снижение настроения (СН), нарушения сна (НС), неприятное эмоциональное состояние в целом (НЭСЦ), снижение помехоустойчивости (СП), нарушения речи (НР), неприятная оценка психического состояния (НОПС), нарушения памяти (НП), нарушения внимания (НВ), снижение сообразительности (СС), снижение умственной работоспособности (СУР), неприятные явления психического дискомфорта (НЯПД), распространение признаков напряжения (РПН), частота возникновения состояния напряжения (ЧВСН), продолжительность состояния нервно-психического напряжения (ПСНПН), общая выраженность напряжения (ОВН), в модификации интерпретации результатов О. Б. Поляковой (табл. 2.10);

3) *теста на стрессоустойчивость и стрессочувствительность (ТСС)<sup>158</sup>*, направленного на определение уровня нервно-психического напряжения (НПН) и отдельных показателей (повышенной реакции на обстоятельства (ПРО), склонности все излишне усложнять (СВИУ), предрасположенности к психосоматическим заболеваниям (ППЗ), деструктивных способов преодоления стрессов (ДСПС), конструктивных способов преодоления стрессов (КСПС), увеличения постоянного стресса за последние 3 года (УПС), в модификации интерпретации результатов О. Б. Поляковой (табл. 2.10).

*Математико-статистическая обработка данных* – совокупность описательной статистики, критерия корреляции К. Пирсона и таблицы Чеддока для определения тесноты (силы) связи корреляции (<0.3 – слабая, 0.3–0.5 – умеренная, 0.5–0.7 – заметная, 0.7–0.9 – высокая, >0.9 – весьма высокая).

*У медицинских работников определены: высокий уровень истощения в эмоциональном (51.64) и психоэмоциональном плане (69.43); выше среднего уровень редуccionных процессов в области личных достижений (35.38) и профессиональной мотивации (30.25); выше среднего уровень с тенденцией к высокому уровню профессиональных деформаций (103.04 и 129.63); средний уровень деперсонализационных изменений (16.02) и отдаления личностного характера (29.95) (табл. 2.11).*

---

<sup>158</sup> Тест на стрессоустойчивость и стрессочувствительность. URL: <http://www.no-stress.ru/testy/stress.html>



**Таблица 2.10 – Уровни физиологических симптомов нервно-психического напряжения медицинских работников с профессиональными деформациями**

Аббревиатуры методик и компонентов		Уровни выраженности физиологических симптомов нервно-психического напряжения медицинских работников с профессиональными деформациями										
		НУ		НСУ		СУ		ВСУ		ВУ		
		от	до	от	до	от	до	от	до	от	до	
АОНПУ П		0	14	15	28	29	41	42	55	56	69	
ОНПН	отдельные физиологические симптомы	1.0	1.3	1.4	1.7	1.8	2.2	2.3	2.6	2.7	3.0	
	НПН	30	41	42	53	54	66	67	78	79	90	
ТСС	ПРО, СВИУ, ППЗ, ДСПС (баллы)	5	12	13	22	23	32	33	41	42	50	
	КСПС	баллы	42	50	33	41	23	32	13	22	5	12
		стены	1		2		3		4		5	
	УПС	баллы	-20	-13	-12	-5	-4	+4	+5	+12	+13	+20
		стены	1		2		3		4		5	
	НПН		22	53	54	95	96	137	138	175	176	210
ΣНПН		52	109	110	177	178	245	246	309	310	369	

У медицинских работников с профессиональными деформациями при среднем уровне нервно-психического напряжения (38.04, 60.92, 114.51 и 213.47 соответственно) выявлены следующие физиологические симптомы нервно-психического напряжения:

1) выше среднего уровень склонности все излишне усложнять (33.05, беспокойный сон, застенчивость, излишне серьезное отношение к работе, мысли о возможных неприятностях, пессимизм, робость, склонность подмечать негатив, стеснительность, страх перед будущим), неприятных ощущений со стороны сердечно-сосудистой системы (2.59, боли в области сердца, ощущение сжатия в области сердца, покалывание, учащенное сердцебиение), общей выраженности напряжения (2.59, выраженное и чрезмерное нервно-психическое напряжение), изменение двигательной активности в целом (2.40, усиление двигательной активности, неспособность усидеть на месте, повышенная суетливость, болезненное желание изменять положение тела, двигаться и ходить), неприятных явлений психического дискомфорта (2.39, неприятное психическое состояние, снижение самочувствия, мешающее выполнению работы), неприятных проявлений со стороны органов дыхания (2.38, комок в горле, недостаточность вдоха, одышка), продолжительности состояния нервно-психического напряжения (2.37, длительность напряжения, наличие напряжения даже после исчезновения стрессогенных факторов), неприятных температурных ощущений (2.36, похолодание конечностей, озноб), повышения восприимчивости к внешним раздражителям (2.34, обострение чувствительности, отвлекаемость, фиксация на посторонних раздражителях), нарушений сна (2.34, беспокойный сон, частые пробуждения, неприятные сновидения) (табл. 2.11);

2) средний уровень повышенной реакции на обстоятельства (30.28, обращение внимания не только на трудные производственные ситуации, но и на высокие цены, испортившуюся погоду, критику извне и т.д.), деструктивных способов преодоления стрессов (23.06, часто вкусная еда, сигареты и телевизор, реже агрессия и алкоголь), предрасположенности к психосоматическим

заболеваниям (22.97, ситуативно наблюдаются: боли в области сердца, головные боли, дрожь конечностей, затрудненность дыхания, напряжение, повышенная утомляемость, проблемы с желудком, учащение сердцебиения), увеличения постоянного стресса за последние 3 года (3.14, профессиональный стресс в наличии, практически не изменился), распространения признаков напряжения (2.21, отчетливость симптомов напряжения), неприятных ощущений со стороны желудочно-кишечного тракта (2.14, легкий голод, подсасывание в подложечной области, урчание в животе), понижения мышечного тонуса (2.07, умеренный мышечный тонус, умеренное мышечное напряжение), частоты возникновения состояния напряжения (2.05, частое развитие напряжения при наличии стрессогенных факторов), нарушений внимания (1.95, попытки поддержать сосредоточенность), наличия физического дискомфорта (1.95, неприятные ощущения, не мешающие выполнению работы и не причиняющие серьезного беспокойства), неадекватной окраски кожных покровов (1.93, покраснение кожи лица, рук, шеи), неприятных проявлений со стороны выделительной системы (1.92, учащенное желание воспользоваться туалетом, способность выдержаться (терпеть)), неприятной оценки психического состояния (1.92, попытки поддержать готовность к работе, душевные силы, мобилизованность и психический тонус), нарушений памяти (1.88, относительно легкое припоминание необходимой информации), усиления потоотделения (1.85, умеренное потоотделение), неприятного эмоционального состояния в целом (1.85, озабоченность, повышенная ответственность, азарт, положительно окрашенная злость), наличия болевых ощущений (1.82, болевые ощущения, изредка появляющиеся, быстро исчезающие и не мешающие выполнению работы), снижения уверенности в себе (1.81, попытки поддержать мотивацию к успеху и уверенность в себе), снижения умственной работоспособности (1.80, легкая утомляемость после умственной работы) (табл. 2.11);

3) ниже среднего уровень конструктивных способов преодоления стрессов (2.01, чаще анализ действий, общение с друзьями, поиск решений, смена деятельности, сон, реже изменение поведения в зависимости от ситуации, отдых, физическая активность), неприятного состояния слизистой оболочки полости рта (1.72, практическое отсутствие каких-либо изменений слизистой полости рта), нарушения координации движений (1.71, координация движений практически неизменная), снижения помехоустойчивости (1.70, практическое отсутствие каких-либо изменений помехоустойчивости), снижения настроения (1.68, практически неизменное настроение), снижения сообразительности (1.67, практическое отсутствие изменений сообразительности), нарушений речи (1.53, практически неизменная речь без запинок и пауз) (табл. 2.11).

**Таблица 2.11 – Наличие связи физиологических симптомов нервно-психического напряжения и профессиональных деформаций медицинских работников**

Аббревиатуры методик и компонентов			ОВ, МВИ; мод ОВ, mod MBI				ООПВ			
			ИЭП	ДИ	РПОЛД	ΣГД	ИПЭП	ОЛХ	РПОПМ	ΣГД
			51.64 (B)	16.02 (C)	35.38 (BC)	103.04 (BC)	69.43 (B)	29.95 (C)	30.25 (BC)	129.63 (B)
АОНПУ П	НПН	38.04 (C)	0.24	0.20	0.23	0.22	0.23	0.19	0.21	0.21

Аббревиатуры методик и компонентов			ОВ, МВИ; мод ОВ, mod MBI				ООПВ			
			ИЭП	ДИ	РПОЛД	ΣПД	ИПЭП	ОЛХ	РПОПМ	ΣПД
			51.64 (В)	16.02 (С)	35.38 (ВС)	103.04 (ВС)	69.43 (В)	29.95 (С)	30.25 (ВС)	129.63 (В)
ОНПН	НФД	1.95 (С)	0.20	0.21	0.22	0.21	0.18	0.20	0.20	0.19
	НБО	1.82 (С)	0.19	0.24	0.23	0.22	0.24	0.17	0.20	0.20
	НТО	2.36 (ВС)	0.83	0.48	0.65	0.65	0.79	0.43	0.70	0.64
	ПМТ	2.07 (С)	0.23	0.20	0.22	0.22	0.20	0.21	0.24	0.22
	НКД	1.71 (НС)	0.12	0.14	0.10	0.12	0.13	0.09	0.11	0.11
	ИДАЦ	2.40 (ВС)	0.81	0.51	0.58	0.63	0.84	0.49	0.62	0.65
	НОС ССС	2.59 (ВС)	0.76	0.50	0.69	0.65	0.80	0.47	0.70	0.66
	НОС ЖКТ	2.14 (С)	0.22	0.19	0.22	0.21	0.24	0.21	0.23	0.23
	НПС ОД	2.38 (ВС)	0.81	0.40	0.56	0.59	0.77	0.38	0.59	0.58
	НПС ВС	1.92 (С)	0.19	0.18	0.24	0.20	0.23	0.20	0.24	0.22
	УП	1.85 (С)	0.21	0.18	0.23	0.21	0.24	0.23	0.22	0.23
	НССОПР	1.72 (НС)	0.14	0.10	0.08	0.11	0.12	0.10	0.13	0.12
	НОКП	1.93 (С)	0.20	0.17	0.22	0.20	0.24	0.24	0.24	0.24
	ПВВР	2.34 (ВС)	0.78	0.49	0.61	0.63	0.75	0.46	0.57	0.59
	СУС	1.81 (С)	0.21	0.17	0.20	0.19	0.24	0.19	0.24	0.22
	СН	1.68 (НС)	0.13	0.09	0.11	0.11	0.12	0.12	0.10	0.11
	НС	2.34 (ВС)	0.89	0.50	0.67	0.69	0.86	0.47	0.64	0.66
	НЭСЦ	1.85 (С)	0.20	0.20	0.23	0.21	0.24	0.18	0.24	0.22
	СП	1.70 (НС)	0.14	0.09	0.13	0.12	0.10	0.15	0.10	0.12
	НР	1.53 (НС)	0.12	0.12	0.11	0.12	0.14	0.08	0.15	0.12
	НОПС	1.92 (С)	0.24	0.19	0.23	0.22	0.23	0.20	0.22	0.22
	НП	1.88 (С)	0.22	0.17	0.21	0.20	0.24	0.24	0.19	0.22
	НВ	1.95 (С)	0.21	0.19	0.20	0.20	0.23	0.19	0.23	0.22
	СС	1.67 (НС)	0.12	0.09	0.10	0.10	0.11	0.13	0.14	0.13
	СУР	1.80 (С)	0.23	0.20	0.21	0.21	0.22	0.21	0.21	0.21
	НЯПД	2.39 (ВС)	0.78	0.38	0.60	0.59	0.82	0.43	0.57	0.61
	РПН	2.21 (С)	0.20	0.18	0.20	0.19	0.23	0.20	0.23	0.22
	ЧВСН	2.05 (С)	0.21	0.20	0.19	0.20	0.23	0.22	0.20	0.22
ПСНПН	2.37 (ВС)	0.85	0.45	0.62	0.64	0.82	0.47	0.60	0.63	
ОВН	2.59 (ВС)	0.86	0.48	0.76	0.70	0.89	0.46	0.80	0.72	
НПН	60.92 (С)	0.18	0.19	0.18	0.18	0.20	0.19	0.18	0.19	

Аббревиатуры методик и компонентов			ОВ, МВІ; мод ОВ, mod MBI				ООПВ			
			ИЭП	ДИ	РПОЛД	ΣПД	ИПЭП	ОЛХ	РПОПМ	ΣПД
			51.64 (В)	16.02 (С)	35.38 (BC)	103.04 (BC)	69.43 (В)	29.95 (С)	30.25 (BC)	129.63 (В)
ТСС	ПРО	30.28 (С)	0.24	0.17	0.20	0.20	0.22	0.21	0.19	0.21
	СВИУ	33.05 (BC)	0.88	0.37	0.59	0.61	0.86	0.42	0.63	0.64
	ППЗ	22.97 (С)	0.20	0.19	0.22	0.20	0.21	0.20	0.19	0.20
	ДСПС	23.06 (С)	0.19	0.18	0.20	0.19	0.22	0.21	0.17	0.20
	КСПС	2.01 (НС)	0.12	0.09	0.11	0.11	0.13	0.14	0.10	0.12
	УПС	3.14 (С)	0.20	0.20	0.16	0.19	0.24	0.24	0.18	0.22
	НПН	114.51 (С)	0.23	0.18	0.20	0.20	0.21	0.20	0.20	0.20
ΣНПН		213.47 (С)	0.19	0.17	0.19	0.18	0.19	0.18	0.17	0.18

**Примечание:** корреляционная связь является статистически значимой (p<0.01).

С помощью математико-статистической обработки данных установлены:

1) *высокая связь* между: истощением в эмоциональном / психоэмоциональном плане и изменением двигательной активности в целом (0.825), нарушениями сна (0.875), неприятными ощущениями со стороны сердечно-сосудистой системы (0.78), неприятными проявлениями со стороны органов дыхания (0.79), неприятными температурными ощущениями (0.81), неприятными явлениями психического дискомфорта (0.80), общей выраженностью напряжения (0.875), повышением восприимчивости к внешним раздражителям (0.765), продолжительностью состояния нервно-психического напряжения (0.835), склонностью все излишне усложнять (0.87) (табл. 2.11);

профессиональными деформациями вообще и изменением двигательной активности в целом (0.64), нарушениями сна (0.675), неприятными ощущениями со стороны сердечно-сосудистой системы (0.655), неприятными проявлениями со стороны органов дыхания (0.585), неприятными температурными ощущениями (0.645), неприятными явлениями психического дискомфорта (0.60), общей выраженностью напряжения (0.71), повышением восприимчивости к внешним раздражителям (0.61), продолжительностью состояния нервно-психического напряжения (0.635), склонностью все излишне усложнять (0.625) (табл. 2.11);

2) *заметная связь* между: редуцированными процессами в области личных достижений / профессиональной мотивации и изменением двигательной активности в целом (0.60), нарушениями сна (0.655), неприятными ощущениями со стороны сердечно-сосудистой системы (0.695), неприятными проявлениями со стороны органов дыхания (0.575), неприятными температурными ощущениями (0.675), неприятными явлениями психического дискомфорта (0.585), общей выраженностью напряжения (0.78), повышением восприимчивости к внешним раздражителям (0.59), продолжительностью состояния нервно-психического напряжения (0.61), склонностью все излишне усложнять (0.61) (табл. 2.11);

3) умеренная связь между: деперсонализационными изменениями / отдалением личностного характера и изменением двигательной активности в целом (0.50), нарушениями сна (0.485), неприятными ощущениями со стороны сердечно-сосудистой системы (0.485), неприятными проявлениями со стороны органов дыхания (0.39), неприятными температурными ощущениями (0.455), неприятными явлениями психического дискомфорта (0.405), общей выраженностью напряжения (0.47), повышением восприимчивости к внешним раздражителям (0.475), продолжительностью состояния нервно-психического напряжения (0.46), склонностью все излишне усложнять (0.395) (табл. 2.11).

Результаты выявления физиологических симптомов нервно-психического напряжения медицинских работников с профессиональными деформациями коррелируют с выявлением нервно-психического напряжения медицинских работников<sup>159</sup>, описанием синдрома эмоционального выгорания и профессиональной деформации медицинских работников<sup>160</sup>, установлением негативного влияния нервно-психического напряжения и профессиональных деформаций на профессиональную деятельность медицинских работников, их индивидуально-психологические особенности<sup>161</sup>, поведение и другие сферы жизнедеятельности<sup>162</sup>, характеристикой физиологических симптомов стресса, в частности профессионального<sup>163</sup>.

Таким образом, основными физиологическими симптомами среднего уровня нервно-психического напряжения (213.47) медицинских работников с профессиональными деформациями (доминирующим высоким уровнем истощения в эмоциональном (51.64) и психоэмоциональном плане (69.43); выше среднего уровнем редуцированных процессов в области личных достижений (35.38) и профессиональной мотивации (30.25); выше среднего уровнем с тенденцией к высокому уровню профессиональных деформаций (116.335); средним уровнем деперсонализационных изменений (16.02) и отдаления личностного характера (29.95)) являются выше среднего уровня: изменения двигательной активности в целом (2.40; 0.825 высокая связь), нарушения сна (2.34; 0.875 высокая связь), неприятные ощущения со стороны сердечно-сосудистой системы (2.59; 0.78 высокая связь), неприятные проявления со стороны органов дыхания (2.38; 0.79 высокая связь), неприятные температурные ощущения (2.36; 0.81 высокая связь), неприятные явления психического дискомфорта (2.39; 0.80 высокая связь), общая выраженность напряжения (2.59; 0.875 высокая связь), повышение восприимчивости к внешним раздражителям (2.34; 0.765 высокая связь), продолжительность состояния нервно-психического напряжения (2.37; 0.835 высокая связь), склонность все излишне усложнять (33.05; 0.87 высокая связь).

---

<sup>159</sup> Бухтияров И. В., Рубцов М. Ю. Профессиональное выгорание как результат напряжения и перенапряжения // Актуальные проблемы медицины труда: Сб. тр. Саратовского государственного университета. Саратов, 2018. С. 266-293.

<sup>160</sup> Бакумов П. А., Волчанский М. Е., Зернюкова Е. А., Гречкина Е. Р., Ковальская Е. Н. Синдром эмоционального выгорания у медицинских работников и профессиональная деформация личности // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2014. № 3 (51). С. 108-110.

<sup>161</sup> Сосновская Е. Е. Особенности проявления синдрома эмоционального выгорания у врачей-педиатров // Вестник факультета психологии и педагогики: Сб. науч. ст. Челябинского государственного университета. Челябинск, 2018. С. 55-62.

<sup>162</sup> Пашенко М. В., Куташов В. А. К проблеме эмоционального выгорания у врачей // Молодой ученый. 2015. № 23 (103). С. 368-370; Фишман Б. Е., Гольцова Н. В. Реальность эмоционального выгорания у студентов медицинского колледжа // Фундаментальные исследования. 2014. № 9-12. С. 2774-2778.

<sup>163</sup> Карлухина М. Б., Иконникова Т. В., Антипенко Е. А., Мокина Т. В., Романенко Ж. В., Густов А. В., Лазарева М. Ю., Зайчев Р. М. Психофизиологическая коррекция расстройств адаптации у медицинских работников поликлинического звена // Клиническая неврология. 2018. № 2. С. 15-18; Elshansky S. P., Anufriev A. F., Polyakova O. B., Semenov D. V. Positive personal qualities and depression // Prensa Medica Argentina. 2018. T. 104. № 6. P. 1000322. DOI: 10.41720032-745X.1000322

## 2.7. ВЗАИМОСВЯЗЬ СТИЛЕВЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

В современной психологии большое внимание уделяется изучению проблем психологического благополучия человека, при котором он может эффективно функционировать и реализовывать свой собственный потенциал, при этом оставаясь психически и физически здоровым.

Так, одним из наиболее актуальных вопросов на сегодняшний день является вопрос исследования синдрома «эмоционального выгорания» в профессиональной деятельности человека ввиду того, что он оказывает негативное влияние на психологическое и физическое состояние специалиста, способствует нарушению системы межличностных контактов, развитию негативных установок по отношению к трудовому процессу, снижению его продуктивности и качества.

На протяжении многих лет считается, что эмоциональное выгорание является потенциальной опасностью для здоровья людей, профессия которых относится к системе «человек-человек». В рамках таких профессий преобладающими качествами являются самоотдача и стремление ставить на первое место потребности других людей. Именно к таким профессиям и относится профессия медицинского работника.

Повышенный интерес как зарубежных, так и отечественных ученых психологов к вопросу синдрома эмоционального выгорания вызван непосредственным влиянием данного синдрома на увеличивающееся количество проблем, которые отражаются на самочувствии медицинских работников, результативности их деятельности, а также на успешной работе самой медицинской организации.

В отечественной психологии выгорание рассматривается как сложное интегральное образование, включающее эмоциональные, мотивационные, когнитивные, поведенческие и соматические компоненты, которые, образуя симптомокомплексы, объединяются, в конечном итоге, в базовые подструктуры<sup>164</sup>.

Структурная организация выгорания проявляется в двух плоскостях: иерархической (вертикальной) и горизонтальной.

Вертикальная плоскость проявляется в установлении иерархических отношений между 10 симптомами и доминировании отдельных их категорий в зависимости от уровня выраженности выгорания. Горизонтальные взаимосвязи заключаются в объединении конкретных симптомов в симптомокомплексы и их последующей интеграции в базовые подструктуры<sup>165</sup>.

Структура выгорания представляет собой динамичное образование. Это означает, что количественный и качественный состав выгорания определяется содержанием профессиональной деятельности. Если в профессиях субъект-субъектного типа структура выгорания включает три традиционно выделяемых компонента: психоэмоциональное истощение, цинизм и самооценку профессиональной эффективности, то в профессиях субъект-объектного типа данная структура

---

<sup>164</sup> Анесян Ф. А. Анализ факторов синдрома эмоционального выгорания у преподавателей медицинского института / Ф.А. Анесян, Д.В. Кулаков, Д.А. Мамонова // Новые задачи современной медицины: материалы II междунар. науч. конф. (г. Санкт-Петербург, май 2013 г.). – СПб.: Реноме, 2013. – С. 82 – 85.

<sup>165</sup> Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других / В.В. Бойко. – М.: Информационно-издательский дом «Филинь», 1996. – 472 с.

выражена менее отчетливо и приближается к двухфакторной за счет частичного растворения подструктуры цинизма между остальными и качественной перестройки его содержания<sup>166</sup>.

В течение последнего десятилетия в ряде зарубежных исследований также подчеркивалась значимость психологических переменных и было установлено, что определенные черты личности могут способствовать возникновению синдрома или, наоборот, могут защитить от развития расстройства. Все предыдущие исследования были сосредоточены на взаимосвязи между личностью и эмоциональным выгоранием с помощью теории пяти факторов или так называемой «Большой пятерки». Эта модель была одной из наиболее широко используемых теорий измерения признаков и описывает личность в терминах пяти основных факторов. «Большая пятерка» личностных факторов – это невротизм (уровень эмоциональной нестабильности), доброжелательность (уровень межличностных склонностей сближаться или отвергать других), добросовестность (уровень самоконтроля и самоопределения), экстраверсия (уровень энергии и общительности) и открытость опыту (уровень интеллектуальной любознательности и эстетической чувствительности)<sup>167</sup>.

В контексте данной модели было обнаружено, что эмоциональное истощение и деперсонализация имеют отрицательную связь с эмоциональной стабильностью, доброжелательностью, добросовестностью и экстраверсией. С другой стороны, личные достижения положительно связаны с эмоциональной стабильностью, доброжелательностью, добросовестностью, экстраверсией и открытостью опыту.

Существует большое количество работ, раскрывающих механизмы и факторы эмоционального выгорания у медицинских работников. В основном внимание сосредоточено на выявлении взаимосвязи симптомов эмоционального выгорания и отдельных особенностей личности медицинских работников.

В исследовании, проведенном под нашим руководством, акцент был сделан на выявлении зависимости эмоционального выгорания от стилевых особенностей саморегуляции поведения и деятельности медицинских работников. Было проведено пилотажное исследование, в котором приняли участие 50 врачей разной квалификации, работающих в одной медицинской организации.

Исследование осуществлялось с помощью следующих психодиагностических методик:

- методика диагностики уровня эмоционального выгорания (В. В. Бойко);
- опросник «Стиль саморегуляции поведения-98» (В. И. Моросанова);
- методика диагностики уровня социальной фрустрированности (В. В. Бойко).

Было выявлено, что у большинства медицинских сотрудников синдром эмоционального выгорания не выражен (рис. 2.1).

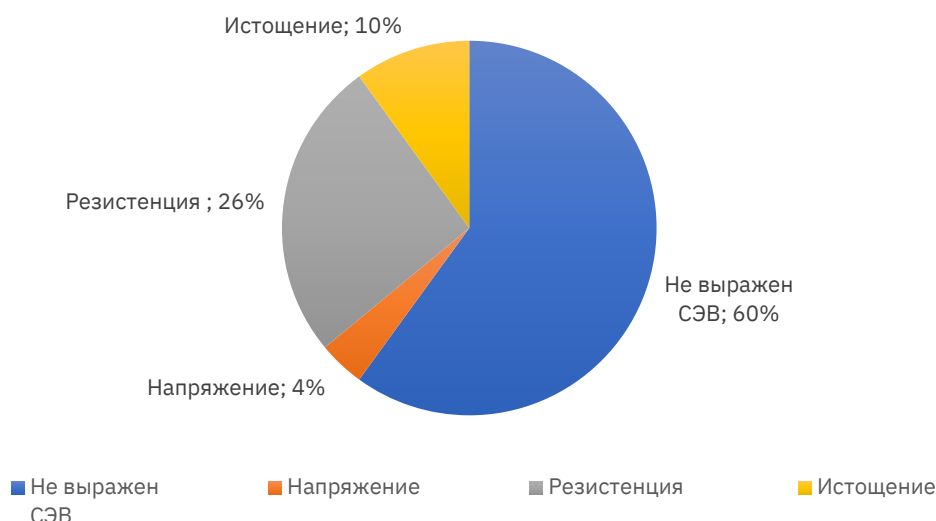
Однако у остальных 40% врачей сформированы разные стадии эмоционального выгорания: 4% находятся на начальной стадии формирования «выгорания», у 26% сформирована фаза резистенции и 10% находятся на высоком уровне эмоционального выгорания.

---

<sup>166</sup> Киреева С. А. Эмоциональное выгорание и особенности саморегуляции в профессиях «человек-человек» / С.А. Киреева, Д.Л. Алигаджиева, К.З. Алекперова // Бюллетень медицинских Интернет-конференций, Изд.: Наука и инновации. 2015. Т.5. № 12. С. 11 – 15.

<sup>167</sup> Филина С. В. Коррекция и профилактика синдрома выгорания // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий: коллективная монография / под ред. В.В. Лукьянова, Н.Е. Водопьяновой, В.Е. Орла, С.А. Подсадного, Л.Н. Юрьевой, С.А. Игумнова. – Курск: Курск. гос. ун-т., 2008. – С. 249-265.

Фаза нервного напряжения, выявленная только у 4% респондентов (2 человека), является первой стадией на пути к формированию эмоционального выгорания. Она формируется из-за изматывающего постоянства деятельности врача и усиления осознания психотравмирующих факторов, фаза имеет динамический характер. На этой стадии медицинский работник попадает в интеллектуально-эмоциональный тупик и чувствует себя «загнанным в клетку». Неудовлетворенность собой, повышенное чувство ответственности и трудность контингента вызывают тревогу и депрессию, которые порождают мощное энергетическое напряжение. В результате этого у специалиста повышается уровень недовольства своей карьерой, занимаемой должностью и профессией в целом.



**Рисунок 2.1 – Распределение медицинских работников по степени выраженности синдрома эмоционального выгорания**

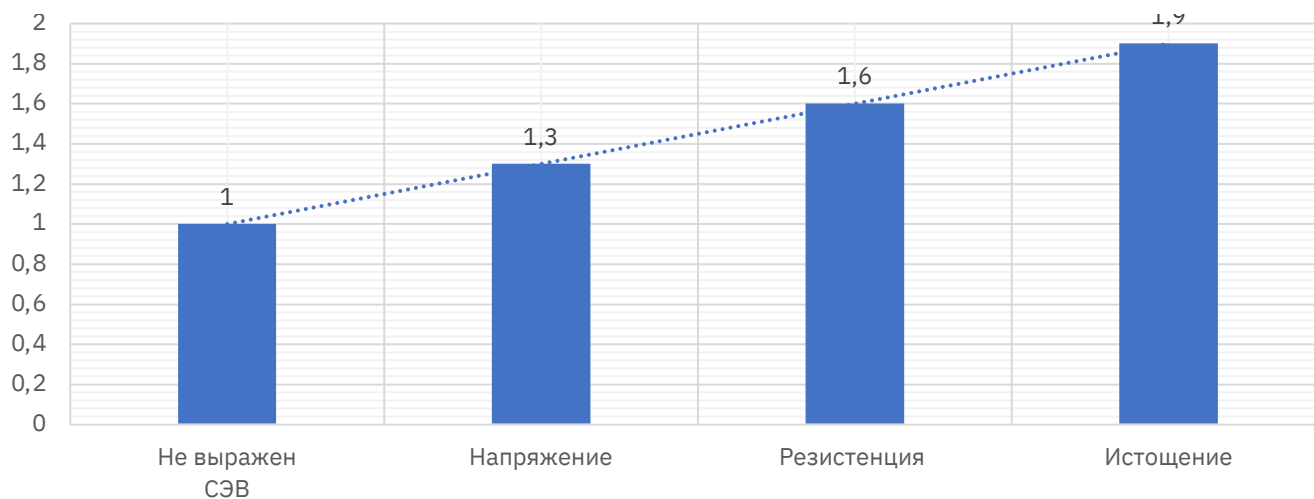
Фаза резистенции, или сопротивления, была выявлена у 26% врачей (13 человек). Она является следующим этапом формирования эмоционального выгорания, хотя считается, что эмоциональное сопротивление появляется с момента развития тревожного напряжения. Фазу резистенции характеризует неадекватная реакция в отношении с пациентами: медицинский работник не просто сдерживает эмоции, а начинает «экономить» на них для сопротивления давлению внешних обстоятельств. Кроме того, расширяется сфера экономии эмоций, что проявляется не только во взаимодействии с пациентами, но и в личном общении с близкими и друзьями. Происходит редукция профессиональных обязанностей в попытке избежать эмоциональных затрат.

И наконец, фаза истощения, которая характеризуется критическим снижением энергетических ресурсов и ухудшением здоровья, была выявлена у 10% врачей (5 человек).

На данном этапе личность полностью исключает эмоциональные контакты с субъектами своей деятельности и начинает работать «на автомате». Самая опасная форма эмоциональной отстраненности – это нарочитое безразличие. Когда профессионал явно демонстрирует подчиненным и клиентам свое пренебрежительное отношение. Развиваются хронические болезни и появляются психосоматические и психовегетативные нарушения.

Сопоставление показателей уровня социальной фрустрированности медицинских работников и степени выраженности у них синдрома эмоционального выгорания позволяет прийти к заключению о взаимосвязи данных явлений (рис. 2.2).





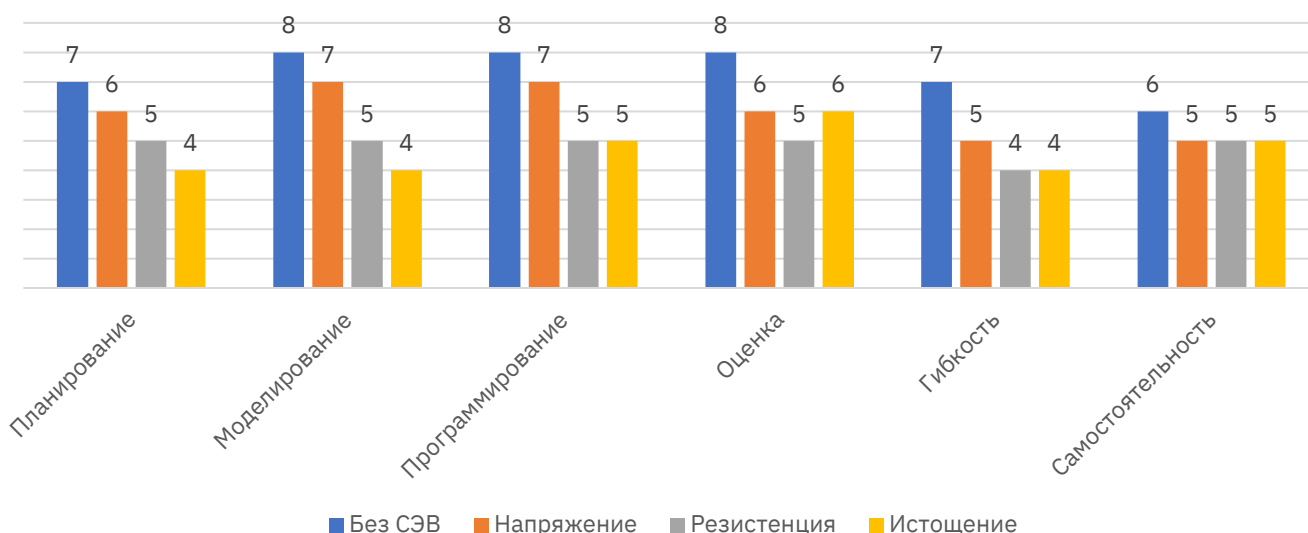
**Рисунок 2.2 – Взаимосвязь сформированности фаз синдрома эмоционального выгорания и уровня социальной фрустрированности медицинских работников**

Можно отметить прямую взаимосвязь между выраженностью уровня социальной фрустрированности медицинского работника и той стадией формирования синдрома эмоционального выгорания, на которой он находится. Но в то же время, как показало и наше исследование, и исследования других авторов, стаж профессиональной медицинской деятельности не оказывает влияние на развитие фрустрированности медицинского работника.

В результате дальнейшего исследования было выявлено, что саморегуляция поведения врача оказывает доминирующее влияние на его трудовую деятельность. Это сказывается на формировании синдрома эмоционального выгорания, поскольку высокие показатели по разным шкалам саморегуляции могут повлиять на формирование фаз «выгорания».

Выявлено также, что стаж профессиональной деятельности врача соотносится только с таким показателем саморегуляции, как «гибкость» ( $\chi^2=26,54$  при  $p=0,00$ ), и, соответственно, чем больше трудовой стаж медицинского работника, тем менее гибок он в своей профессиональной деятельности. С остальными измеренными параметрами значимой взаимосвязи не обнаружено.

Существует также высокосignificant взаимосвязь между степенью выраженности эмоционального выгорания и уровнями саморегуляции поведения медицинских работников.



**Рисунок 2.3 – Выраженность показателей саморегуляции поведения педагогов с разной степенью проявления синдрома эмоционального выгорания (ср. баллы)**

Так, эмпирические данные показывают, что высокая степень эмоционального выгорания врача ухудшает его способность к планированию, моделированию, программированию и оценке результатов своей профессиональной деятельности. Помимо этого, «выгоревший» медицинский работник уже с трудом может вносить коррективы в систему саморегуляции и наименее успешно справляется с неожиданно возникшими ситуациями. Снижается общий уровень саморегуляции с увеличением степени выраженности синдрома выгорания.

Таким образом, проведенное пилотажное исследование выявило сильную взаимосвязь между стилевыми особенностями саморегуляции и эмоционального выгорания медицинских работников. Оно продемонстрировало ключевую роль навыков саморегуляции в формировании эмоционального выгорания. Способность самостоятельно регулировать свое поведение и эмоции облегчает адаптацию медицинского работника к условиям работы и социальным требованиям, повышая гибкость действий.

ГЛАВА

3

**ПРОФЕССИОНАЛЬНО  
ВАЖНЫЕ КАЧЕСТВА  
ЛИЧНОСТИ  
КАК ФАКТОРЫ  
ПРОФИЛАКТИКИ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО  
ЗДОРОВЬЯ  
МЕДИЦИНСКИХ  
РАБОТНИКОВ**

### 3.1. ПОТРЕБНОСТЬ В САМОРАЗВИТИИ У ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ: ОПЫТ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Понятие «саморазвитие» существует в нашем мире уже достаточно давно. Еще в эпоху Античности проблема развития человека базировалась на разных концептуальных основаниях (мифология, религия, античная философия). Проблема саморазвития остается актуальной и в наше время, причем особую остроту она получает в отношении врачей-профессионалов. В условиях быстрого развития медицинских технологий, изменения парадигмы медицинской практики непрерывное образование врачей является одним из основных средств достижения ими профессионального мастерства, отчего зависит уровень развития всей системы здравоохранения.

На данный момент в психологической науке, как отмечает в своей работе В. Л. Блинова, сложились три направления исследования проблемы саморазвития:

- 1) функциональное – рассматривающее человека как сугубо функциональное существо во всех сферах его жизнедеятельности;
- 2) субъектно-целевое – делающее акцент на ценностно-смысловых характеристиках личности, ставя ее в центр культурных идеалов;
- 3) системологическое – объединяющее два предыдущих подхода на основе принципа системной детерминации любого явления<sup>168</sup>.

О. П. Елисеев утверждает, что саморазвитие происходит в процессе всей жизнедеятельности человека, в процессе его активности, которая определяется его способностью осуществлять выбор на основе познания себя. Результатом саморазвития человека является его образ жизни<sup>169</sup>.

В психологии, как пишет Л. Ф. Блинова, саморазвитие рассматривается как та часть самодвижения сложных систем, в частности личностной структуры, которая выходит за рамки самопроизвольного, спонтанного изменения и знаменует переход на более высокую ступень его организации<sup>170</sup>.

Е. В. Бондаревская определяет саморазвитие как процесс и результат сознательного выбора личностью ценностей, целей, обретение личностных смыслов жизнедеятельности, способ свободного волеизъявления в проблемных ситуациях, результатом которой становится самореализация<sup>171</sup>.

К. А. Абульханова-Славская определяет процесс саморазвития личности как самостоятельное определение стратегии жизни<sup>172</sup>.

Согласно определению Л. Н. Куликовой: «Саморазвитие – это процесс самостоятельной, целостной, ценностно-ориентированной деятельности личности по непрерывному самоизменению,

---

<sup>168</sup> Блинова В. Л., Блинова Ю. Л. Психологические основы самопознания и саморазвития: Учебное пособие / В.Л.Блинова, Ю.Л. Блинова. – Казань: ТГГПУ, 2009. – 222 с.

<sup>169</sup> Елисеев О. П. Практикум по психологии личности. 2-е издание, испр. и перераб. / О.П. Елисеев. – СПб.: ПИТЕР, 2002.- 158 с.

<sup>170</sup> Блинова Л. Ф. Тренинг самоотношения: Методическое пособие / Л.Ф. Блинова. – Казань: Новое знание, 2003. – 75 с.

<sup>171</sup> Бондаревская Е. В. Культурно-воспитательное пространство университета как среда личностно-профессионального саморазвития студентов / Е. В. Бондаревская. – Армавир: АГПА, 2011. – 375 с.

<sup>172</sup> Абульханова К. А., Березина Т. Н. Время личности и время жизни / К. А. Абульханова, Т. Н. Березина. - СПб.: Питер, 2001.- 276 с.

как обогащению индивидуального опыта и духовно-нравственных сил соответственно внутреннему образу «Я» и актуальным социальным ожиданиям»<sup>173</sup>.

Л. И. Анцыферова рассматривает «саморазвитие» как атрибут высшего уровня развития личности, когда человек становится субъектом жизненного пути, что определяется степенью индивидуальности и личностной свободой – свободой выявлять, переживать и собственными действиями разрешать назревшие противоречия, изменяя уровень организации личности как системы, менять режим ее функционирования. Индивид, когда он достигает уровня субъекта, становится способным быть иницирующим началом, первопричиной своих взаимодействий с миром и с обществом; быть творцом своей жизни; создавать условия для своего развития; преодолевать деформации собственной личности<sup>174</sup>.

А. А. Деркач в своих работах отмечает связь между рефлексией и саморазвитием, он пишет: «В контексте гуманитарно-культурологической ориентации знание приобретает свою значимость только в том случае, если оказывается рефлексивным, т.е. когда оно позволяет выявить перспективы или зоны саморазвития исследуемых явлений»<sup>175</sup>.

Б. М. Мастеров писал: «Понять и объяснить особенности саморазвития в полной мере было бы достаточно тяжело без анализа внутреннего мира человека, потому как саморазвитие является одной из форм работы внутреннего мира, и по его преобразованию в том числе»<sup>176</sup>.

В. Г. Маралов в своих работах выделил три основные формы саморазвития:

1. Самоутверждение;
2. Самосовершенствование;
3. Самоактуализация<sup>177</sup>.

В. Г. Маралов дает определение: «Самоутверждение дает возможность заявить о себе как о личности в полной мере. Самосовершенствование – выражает стремление приблизиться к некоему идеалу. Самоактуализация позволяет выявить в себе определенный потенциал и использовать его в жизни. Вместе все три формы позволяют выразить себя и реализовать в разной степени, поэтому именно они адекватно характеризуют процесс саморазвития в целом, где внутренним моментом движения является самопостроение личности. Саморазвитие также можно разделить на два основных ее механизма: самопринятие и самопрогнозирование личности.

Процессу саморазвития и самосовершенствования могут препятствовать так называемые «барьеры». Причем они могут быть как осознаваемыми, так и неосознаваемыми личностью. В. Л. Блинова попыталась систематизировать и выделила основные из возможных барьеров, а именно:

---

<sup>173</sup> Куликова Л. Н. Саморазвитие личности: Учебное пособие / Л.Н. Куликова. – Хабаровск: Изд-во ХГПУ, 2005. – 323 с.

<sup>174</sup> Анцыферова Л. И. Психология формирования и развития личности / Л.И. Анцыферова. – режим доступа: <http://test-metod.ru/index.php/stati/142-psikhologiya-formirovaniya-i-razvitiya-lichnosti-l-i-antsyferova>

<sup>175</sup> Деркач А. А. Акмеология. Научно-практический журнал / специальный выпуск, посвященный VI Международной научной конференции «Акмеология: личностное и профессиональное развитие человека» № 3 / А.А. Деркач. – М.: РАГС, 2011. – 727 с.

<sup>176</sup> Цукерман Г. А., Мастеров Б. М. Психология саморазвития / Г.А. Цукерман, Б.М. Мастеров. – режим доступа: <http://puresalons.net/23365-psihologija-samorazvitija-g-a-cukerman-b-m.html>

<sup>177</sup> Маралов В. Г. Основы самопознания и саморазвития: Учебное пособие, 2-е издание / В.Г. Маралов. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 256 с.

- 1) не всегда человек становится субъектом собственного развития (эту роль на себя берут другие люди). Такие люди чаще всего жалуются на обстоятельства, которые якобы мешают им в достижении поставленных целей. Самопостроение его личности определяется случайными событиями;
- 2) неразвитыми способностями к самопознанию. Расплывчатое представление о себе приводит к тому, что индивид ставит либо нереальные, либо неадекватные цели саморазвития;
- 3) система сложившихся стереотипов и установок. Здесь происходит стремление вести себя и действовать, как все, отсутствуют альтернативы в самопостроении личности;
- 4) несформированные механизмы саморазвития (непринятие себя или частичное принятие);
- 5) отсутствие навыков самовоспитания, это обусловлено тем, что у человека отсутствуют нужные знания, умения, навыки, которые позволяли бы строить себя в нужном направлении и реализовывать в полной мере;
- 6) также барьером могут быть другие люди<sup>178</sup>.

Таким образом, саморазвитие выступает в роли фундаментальной способности человека становиться и быть подлинным субъектом своей жизни, превращать собственную жизнедеятельность в предмет практического преобразования. Саморазвитие происходит в процессе всей жизнедеятельности человека, в процессе его активности, которая определяется его способностью осуществлять выбор на основе познания себя. Результатом саморазвития человека является его образ жизни. Саморазвитие выражает в активной форме особенности внутреннего мира личности. Внутренний мир находится в процессе постоянного становления и развития. Саморазвитие – это непрерывный процесс, в котором под влиянием определенных мотивов ставятся и достигаются конкретные цели посредством изменения себя, используя формы самоутверждения, самосовершенствования и самоактуализации.

Л. И. Анцыферова рассматривает саморазвитие личности как одно из проявлений деятельностной сущности человека, которое направлено на изменение самого субъекта. Это внутренняя духовно–практическая деятельность субъекта, в результате которой меняется его внутренний мир. Это определение принимается всеми психологами и исследователями<sup>179</sup>.

Исходя из вышеизложенных положений, было проведено исследование, направленное на выявление актуального уровня развития у работающих врачей общей практики потребности в саморазвитии и самосовершенствовании.

Исследование осуществлялось с помощью трех психодиагностических методик:

- Готовность к саморазвитию (ГКС; цель – диагностировать готовность к саморазвитию по 2 основным показателям: потребность знать самого себя; готовность самосовершенствоваться);
- Оценка потребностей в развитии и саморазвитии (ОПВРИС; цель – оценить потребности в развитии и саморазвитии);
- Оценка способностей к саморазвитию и самообразованию (ОСКСИС; цель – выявить и оценить способности к саморазвитию и самообразованию).

---

<sup>178</sup> Блинова В. Л., Блинова Ю. Л. Психологические основы самопознания и саморазвития: Учебное пособие / В.Л.Блинова, Ю.Л. Блинова. – Казань: ТГГПУ, 2009. – 222 с.

<sup>179</sup> Анцыферова Л. И. Психология формирования и развития личности / Л.И. Анцыферова. – режим доступа: <http://test-metod.ru/index.php/stati/142-psikhologiya-formirovaniya-i-razvitiya-lichnosti-l-i-antsyferova>

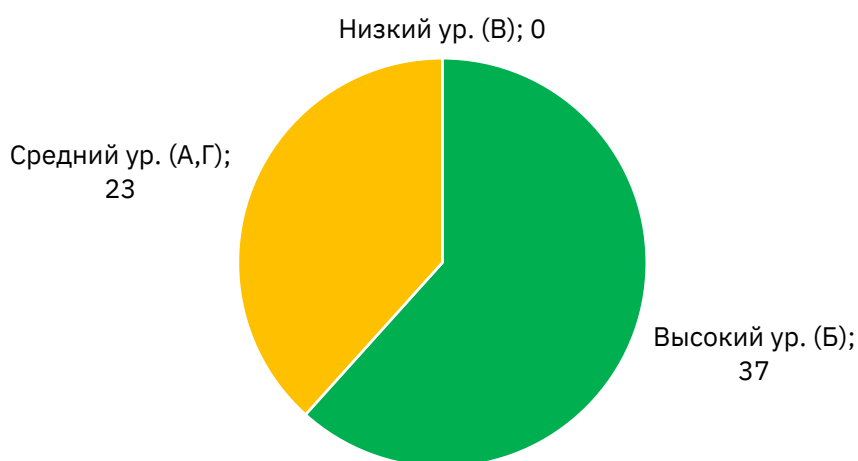
В исследовании приняли участие 60 врачей-терапевтов поликлиник города Москвы, проходивших курсы повышения квалификации и давших информированные согласия на проведение исследования.

Результаты диагностики потребности и готовности в саморазвитии с помощью опросника «Готовность к саморазвитию» (ГКС) показали, что:

1) у 37 врачей (61,7%) выявлен высокий уровень готовности к саморазвитию, они хотят знать себя и могут самосовершенствоваться / изменяться, для них характерно непрерывное стремление к возможно более полному выявлению и развитию своих личностных возможностей. Свойственно дружелюбие, отсутствие агрессивности.

2) у 23 обследованных врачей (38,3%) выявлен средний уровень готовности к саморазвитию, они не хотят знать себя, но могут самосовершенствоваться / хотят знать себя, но не могут самосовершенствоваться, большинство из них либо имеют больше возможности к саморазвитию, чем желания познать себя, либо они имеют желания знать о себе больше, но еще не владеют навыками самосовершенствования.

3) Низкий уровень не выявлен ни у одного из обследованных врачей (0 человек – 0%).



**Рисунок 3.1 – Диаграмма. Результаты диагностики потребности и готовности к саморазвитию с помощью опросника «Готовность к саморазвитию» (ГКС).**

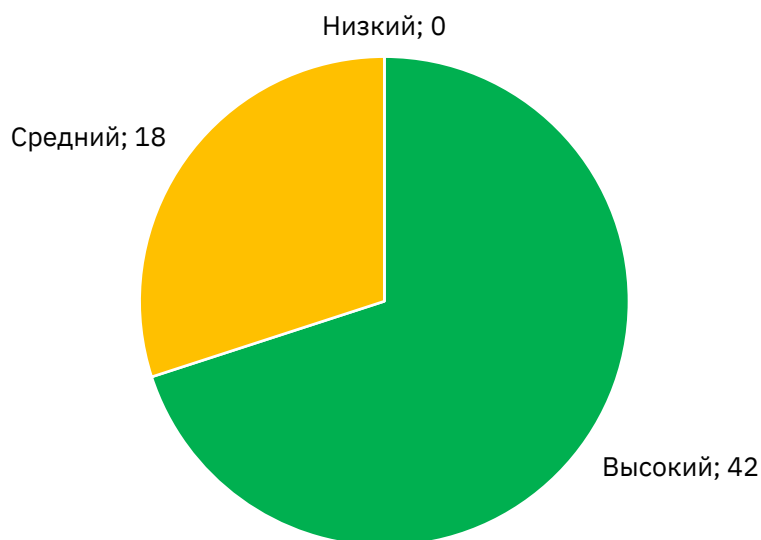
**Примечание:** А – не хочу знать себя, но могу самосовершенствоваться; Б – хочу знать себя и могу самосовершенствоваться; В – не хочу знать себя и не могу самосовершенствоваться; Г – хочу знать себя, но не могу самосовершенствоваться.

Результаты диагностики потребностей в развитии и саморазвитии, с помощью опросника «Оценка потребностей в развитии и саморазвитии» (ОПВРИС) показали, что:

1) у 42 врачей (70%) выявлен высокий уровень потребности в развитии и саморазвитии, им свойственно активное стремление к саморазвитию, высокий познавательный интерес.

2) у 18 респондентов (30%) выявлен средний уровень потребности в развитии и саморазвитии; им свойственно невысокое стремление к саморазвитию.

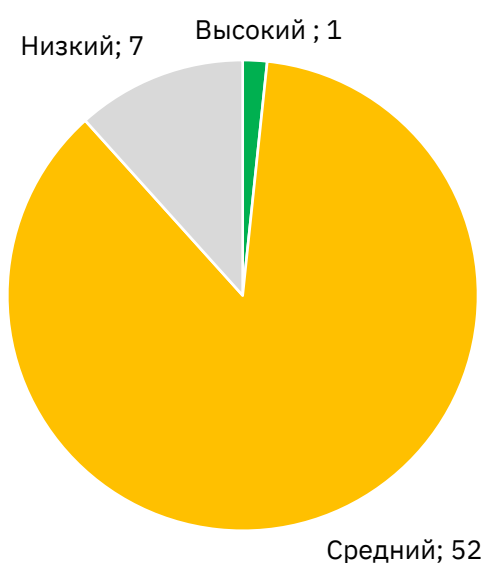
3) низкий уровень потребности в развитии и саморазвитии не выявлен ни у одного из студентов (0 человек – 0 %);



**Рисунок 3.2 – Диаграмма. Результаты диагностики потребности в развитии и саморазвитии с помощью опросника «Оценка потребностей в развитии и саморазвитии» (ОПВРИС)**

Результаты диагностики способностей к развитию и самообразованию, с помощью опросника «Оценка способностей к развитию и самообразованию (ОСКСИС) показали, что:

- 1) только у 1 респондента (1,6%) выявлен высокий уровень способностей к развитию и самообразованию, для него характерно углубленное изучение информации, потребность в непрерывном саморазвитии;
- 2) у 52 врачей (86,7%) выявлен средний уровень, им свойственно самостоятельное саморазвитие и самообразование, не выходящее за пределы общей вузовской образовательной программы;
- 3) у 7 врачей (11,7%) выявлен низкий уровень способностей к развитию самообразованию, им свойственно отсутствие желания саморазвиваться и низкий познавательный потенциал (рис. 3.3).



**Рисунок 3.3 – Диаграмма. Результаты диагностики способностей к саморазвитию и самообразованию с помощью опросника «Оценка способностей к саморазвитию и самообразованию» (ОСКСИС)**



Таким образом, результаты эмпирического исследования свидетельствуют о том, что у современных работающих врачей общей практики существует потребность в саморазвитии и самосовершенствовании своей профессиональной деятельности. Однако большинство из них характеризуются достаточно средними способностями к осуществлению процесса своего саморазвития, вследствие чего представляется актуальным и социально значимым разработка и реализация целенаправленных программ оказания психологической помощи работникам поликлиник в развитии у них готовности и способности к самообразованию.

## 3.2. ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ИСПОЛНЕННОСТЬ КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧЕЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Экзистенциальная исполненность понимается как жизненная направленность и общее состояние человека, когда он испытывает чувство удовлетворения от жизни и наполненность жизни. Чувство экзистенциальной исполненности тесно связано с соответствием между фактической деятельностью человека и его ценностями, убеждениями, принципами.

Человеческое существование сталкивается с несколькими экзистенциальными границами. Чтобы достичь полноценной осмысленной жизни, люди должны преодолеть внутриличностные конфликты, вызванные этими границами. Для этого необходимо решить несколько задач: они должны принять свою смертность, ограниченность своих возможностей, а также то, что они являются лишь небольшой частью огромного мира. И. Ярлом в своем труде «Экзистенциальная психотерапия» выделяет следующие 4 данности бытия: смерть, свобода, изоляция и бессмысленность<sup>180</sup>. Для обретения экзистенциальной гармонии и исполненности необходимо стремиться исследовать и развивать свои ограничения и возможности, необходимо признание внешнего мира таким, какой он есть, и соотносить себя с ним. Выполняя эти экзистенциальные задачи, люди обретают смысл жизни и полноценное существование.

Экзистенциальная исполненность понимается как жизненный проект, который направлен на то, чтобы жить, принимая все аспекты природы человеческого существования и стремиться к реализации того, что заложено и потенциально возможно в человеке. Люди преследуют эту жизненную цель, принимая себя, актуализируя себя и выходя за пределы своих возможностей.

Интерес к взаимосвязи между экзистенциальной наполненностью и выгоранием берет основу из идей здоровой психологической жизни, разработанной в рамках экзистенциальной и гуманистической психологии.

А. Пайнс отмечал, что эмоциональное выгорание может быть особенно сильно связано с высокой идеалистической направленностью и мотивированностью работника. Такие люди усердно работают, потому что ожидают, что их работа сделает их жизнь значимой в более широком плане вещей и придаст смысл их существованию. А. Пайнс говорит, что причина выгорания кроется в нашей потребности верить, что наша жизнь имеет смысл, а то, что мы делаем, полезно и важно. Когда люди терпят неудачу в своей деятельности, которую они считают настолько важной, они склонны к выгоранию. Выгорание возникает из опыта бессмысленности. В этом контексте

---

<sup>180</sup> Ирвин Ялом / Экзистенциальная психотерапия / [пер. с англ. Т. С. Драбкина]. – Москва: независим., 2014. – 574 с.

выгорание описывается как результат постепенного разочарования в стремлении извлечь из работы ощущение экзистенциальной значимости<sup>181</sup>.

А. Лэнгле объясняет происхождение эмоционального выгорания через концепцию экзистенциального вакуума и экзистенциального удовлетворения. Выгорание можно рассматривать как особую форму экзистенциального вакуума либо как дефицит экзистенциальной исполненности, что влечет за собой потерю интереса, отсутствие инициативы, эмоциональное истощение. Среди специалистов, подвергшихся выгоранию, отмечаются общие черты, например, сосредоточенность на таких целях, как власть, доход, общественное признание, уважение, которые мешают им свободно посвящать себя своей работе и по-настоящему принять на себя соответствующую ответственность<sup>182</sup>.

Согласно А. Лэнгле, выгорание следует понимать как стойкое состояние истощения из-за работы. Однако в более широкой перспективе выгорание следует понимать как форму экзистенциального вакуума, характеризующуюся апатией, скукой и потерей интереса к отношениям. У людей с симптомами экзистенциального вакуума выявлена высокая степень деперсонализации и эмоционального истощения. Выгорающим людям не хватает чувства внутренней наполненности, или, другими словами, они неверно истолковывают потребности и компоненты успешного человеческого существования. Выгорающие люди рассматривают свою работу как нечто, что служит их собственным целям, а не как нечто, что следует ценить из-за ее уникальной ценности и внутреннего смысла.

В исследовании В. Томика и У. Эверса, посвященном изучению связи между выгоранием и экзистенциальной исполненностью педагогов, было обнаружено, что экзистенциальная удовлетворенность объясняет значительный процент параметров выгорания, истощения, цинизма и профессиональной эффективности: имеется отрицательная связь между экзистенциальной исполненностью этими параметрами выгорания, а положительные значения экзистенциальной исполненности связаны с высокими значениями профессиональной эффективности. Учителя, которые принимают себя и свои ограничения, не тратят много энергии на создание ситуаций, в которых они получают необходимую им дополнительную внешнюю оценку. Скорее они могут более полно сосредоточиться на работе, которую они должны выполнять, и, следовательно, имеют больше шансов реализовать себя в задачах работы со студентами и достижения целей обучения. Внутренний интерес и «драйв», типичный для самоактуализирующихся людей, связан с большей вовлеченностью в работу, которая предупреждает умственное истощение<sup>183</sup>.

Целью нашего исследования стало изучение особенностей эмоционального выгорания и экзистенциальной исполненности у врачей-психиатров.

Основным методом исследования является психологическое тестирование. В качестве диагностического инструментария выбраны две методики:

- Опросник профессионального выгорания К. Маслач (в адаптации Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова (2001) и
- Шкала экзистенции А. Лэнгле и К. Орглер, направленная на определение экзистенциальной исполненности, как она субъективно ощущается испытуемым.

---

<sup>181</sup> Pines A. M. Career burnout. Causes and cures / A. M. Pines, E. Aronson. – N.Y., The Free Press, 1988. – 229 p.

<sup>182</sup> Лэнгле А. Смысл, чувство и счастье / А. Лэнгле // Учёные записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. – 2015. – Том 23. – № 1. – С. 7–15.

<sup>183</sup> Tomic W. The Open University, Heerlen, the Netherlands Existential Fulfillment And Teacher Burnout / W. Tomic, W. J. G. Evers, A. Brouwers // European Psychotherapy. – 2004. – №1. – P. 65-73.

Опросник профессионального выгорания К. Маслач (в адаптации Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова (2001) предназначен для измерения основных показателей синдрома профессионального выгорания: эмоционального истощения, деперсонализации и редукции профессиональных достижений.

На основе выраженности профессионального выгорания, весь объем выборки был разделен на две группы: экспериментальная – врачи с выраженными признаками синдрома эмоционального выгорания (куда вошли врачи с высокими показателями (7–9 баллов) и крайне высокими показателями (10 и более баллов)) и контрольная – врачи без ярко выраженных признаков данного синдрома (куда вошли врачи с низкими показателями (3–4 балла).

Выявлено, что для группы врачей с СЭВ средний балл по шкале «общий показатель экзистенциальной исполненности» составил 142 балла, и это является низким показателем. Такие люди не ощущают жизнь как наполненную смыслом и могут находиться в дисгармонии с миром. Для группы врачи без СЭВ средний балл по шкале общий показатель экзистенции составил 223 балла, что относится к среднему уровню общей экзистенциальной исполненности. Испытуемые являются более открытыми к этому миру и новым возможностям, они ощущают доступно и ясно свою жизнь (рис. 3.4).

Для группы врачей с СЭВ по субшкале «Самодистанцирование» были выявлены преимущественно низкие показатели (24,7 балла), что указывает на короткую дистанцию испытуемого по отношению к себе, у человека ограничена возможность к рефлексии, он погружен в самого себя с эмоциональной точки зрения. Такая ситуация характерна при чрезмерных ситуативных нагрузках, которые сопровождают такую профессию, как врач. Для группы врачей без СЭВ по субшкале «Самодистанцирование» были выявлены преимущественно средние показатели (35,7 балла), что соответствует большей ясности восприятия самого себя и способности рефлексировать свой жизненный опыт.

По субшкале «Самотрансценденция» для экспериментальной группы выявлено также преимущественно преобладание низких показателей (47,9 балла), что свидетельствует об эмоциональной уплощенности и скудности эмоциональных переживаний.

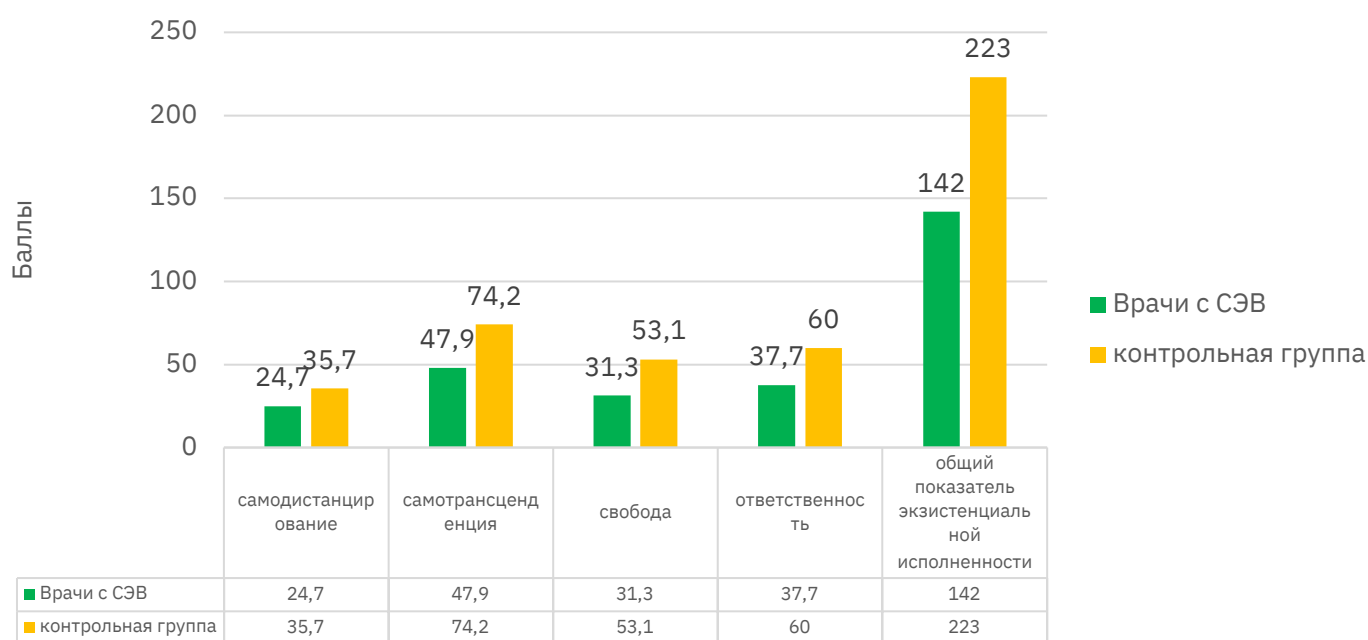


Рисунок 3.4 – Результаты изучения уровня экзистенциальной исполненности врачей двух исследовательских групп

Для них жизнь рассматривается с формальной точки зрения, лишенная эмоциональной наполненности. А недостаток этой эмоциональности может приводить к тому, что человек будет с трудом понимать свои эмоции, что может привести к непониманию себя и своих желаний. В сочетании с низкими показателями по шкале «самодистанцирование» можно сделать предположение о том, что врачи, переживая длительные психотравмирующие факторы, начинают дистанцироваться от своего эмоционального состояния, чтобы иметь возможность продолжать работу в том же темпе и качестве. И это приводит к эмоциональному уплощению.

Для группы испытуемых без СЭВ по шкале «Самотрансценденция» характерны преимущественно средние значения (74,2 балла). Врачи без СЭВ воспринимают жизнь более ярко, испытывают разный спектр эмоций и способны на них опираться.

Анализируя полученные данные по шкале «Свобода», у врачей с синдромом эмоционального выгорания обнаружили преимущественно низкие значения (31,3 балла), что указывает на сложности с принятием решения у данной категории испытуемых, сопровождающимся чувством неуверенности и мучительности выбора. У группы испытуемых врачей без СЭВ выявлено преобладание средних значений по данной субшкале (53,1 балла). Данный факт указывает на большую уверенность испытуемых в принятии решений, ощущение ясности и понимания своего решения в контексте собственной экзистенции.

Субшкала «Ответственность» указывает на способность доводить до конца решения, принятые на основе личных ценностей. У группы испытуемых с СЭВ выявлены преимущественно низкие оценки по данной субшкале (37,7 балла), что указывает на низкую персональную вовлеченность в жизнь. Жизнь воспринимается как нечто абстрактное, что не поддается планированию, и человек здесь выступает в роли зрителя происходящих событий. Для испытуемых без СЭВ выявлены средние значения по данной шкале (60 баллов), что проявляется в большей включенности в жизнь в качестве активного участника, большей ответственности за события, происходящие в ней.

При выявлении значимых различий мы установили статистически значимые различия между группами врачей с СЭВ и без СЭВ в восприятии и субъективной оценке по всем субшкалам и общему показателю экзистенции (табл. 3.1).

Врачи с СЭВ склонны к эмоционально уплощенным оценкам, сомнениям и нерешительности при принятии решения, неуверенности в собственных действиях и некоем уровне отстраненности и безразличия к происходящим событиям в жизни. Врачи без СЭВ более стабильно воспринимают свое существование, склонны действовать, не погружаться в сомнения, более устойчивы в ситуации неопределенности, ощущают эмоции ярче и насыщеннее и готовы брать ответственность на себя за свои действия.

**Таблица 3.1 – Уровень значимости различий в показателях экзистенциальной исполненности у врачей экспериментальной и контрольной групп**

Критерий	U эм	U кр		Вывод о значимости
		$p \leq 0.01$	$p \leq 0.05$	
Самодистанцирование	120.5	292	338	Различия значимы
Самотрансценденция	53	292	338	Различия значимы
Свобода	19	292	338	Различия значимы
Ответственность	8	292	338	Различия значимы
Общий показатель экзистенциальной исполненности	12.5	292	338	Различия значимы

Итак, на основе полученных результатов, можно говорить о том, что врачи с СЭВ характеризуются низким уровнем по четырем субшкалам и общему показателю экзистенции. Врачи без СЭВ имеют средние значения по четырем субшкалам и общему показателю экзистенции. Обнаружены статистически значимые различия между двумя группами по средним показателям всех субшкал и общего показателя экзистенции. Врачи без СЭД ощущают свою жизнь более экзистенциально исполненной, чем врачи с СЭД, в рамках проведенного исследования.

В результате корреляционного анализа выявлена значимая корреляционная связь между шкалой «Эмоциональное истощение» и общим показателем экзистенциальной исполненности ( $r = -0,474$  при  $p \leq 0,01$ ). Чем более скудная и уплощенная эмоциональная сфера у испытуемого, тем более негативной оказывается субъективная оценка своей жизни и своего благополучия.

Результаты корреляционного анализа позволяют сделать следующие выводы:

- Между шкалой «Редукция профессиональных достижений» и шкалой «Самотрансценденция» установлена положительная связь ( $r = 0,492$  при  $p \leq 0,01$ ): чем больше испытуемый обесценивает свои профессиональные достижения и использует негативные установки по отношению к профессиональным обязанностям, тем меньше он ощущает свою ценность, способность получать удовольствие от жизни.
- Между шкалой «Редукция профессиональных достижений» и шкалой «Ответственность» установлена положительная связь ( $r = 0,373$  при  $p \leq 0,05$ ). Мы можем предположить, что чем более врачи чувствуют свою некомпетентность, тем более сложно доводить начатые дела до конца, принимать решения и придерживаться их.
- Шкалой «Редукция профессиональных достижений» и общим показателем экзистенции установлена отрицательная связь ( $r = 0,434$  при  $p \leq 0,05$ ), в связи с чем можно утверждать, что ощущение постоянных проблем на работе и чувство невозможности развиваться и правильно выполнять свои профессиональные обязанности может влиять на субъективное ощущение жизни как страдание. В данном случае установить, что является причиной, а что следствием, не представляется возможным. Мы можем сказать, субъективные переживания также могут негативно сказываться на оценке себя как профессионала.

Таким образом, врачи с синдромом эмоционального выгорания имеют сложности с определением своих желаний и своего места в мире. Они эмоционально не включены в этот мир, могут испытывать неуверенность относительно своих решений, из-за чего построение ценностной системы может быть ограничено.

### 3.3. ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ НАСТАВНИЧЕСТВО В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ КАК УСЛОВИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Подготовка медицинских работников к сложной полифункциональной деятельности является целостным, длительным и непрерывным процессом, ориентированным на формирование личностных качеств, профессиональных способностей, знаний, умений и навыков, адекватных как их личностным потребностям, так и квалификационным требованиям.

В решении этой стратегической задачи существенная роль принадлежит системе наставничества, которая способна интенсифицировать процесс профессионального становления молодого специалиста и формирования у него мотивации к самосовершенствованию, саморазвитию, самореализации в медицинской деятельности.

Именно наставничество можно считать связующим звеном во взаимодействии опытных и начинающих медицинских работников. Наставничество как способ подготовки специалиста давно уже используется в сфере здравоохранения. При этом современные исследователи и практики отмечают его недостаточную эффективность, с одной стороны, и формальность внедрения в практику работы медицинских организаций, с другой стороны. Однако нами не обнаружено работ, в которых раскрываются психологические аспекты организации профессионального наставничества в коллективе медицинской организации, с учетом реалий состояния и тенденций развития системы здравоохранения.

Констатируется противоречие между объективной важностью эффективного функционирования системы профессионального наставничества в коллективе медицинской организации и невозможностью организации данного процесса ввиду недостаточности знаний о его психологических аспектах, что препятствует разработке действенной программы организации профессионального наставничества в системе здравоохранения.

В настоящее время существует несколько определений понятий «наставничество» и «наставник». В словаре В. Даля понятие «наставник» толкуется как «учитель или воспитатель, руководитель», «наставничество» – как «звание, должность, дело наставника». Аналогично рассматривается понятие «наставник» и в Толковом словаре русского языка С. И. Ожегова и Н. Ю. Шведовой<sup>184</sup>. В Советском энциклопедическом словаре под редакцией А. М. Прохорова понятие «наставничество» трактуется как «форма коммунистического воспитания и профессиональной подготовки молодежи на производстве, в профессионально-технических училищах и т. д. передовыми опытными рабочими, мастерами, инженерно-техническими работниками. В различных формах существовало с 30-х годов, особенно распространилось с 70-х годов XX века»<sup>185</sup>.

В начале 80-х гг. XX века из США импортировалось новое значение этого слова. Наставнический опыт стал активно использоваться в менеджменте. В книге ведущего английского специалиста по вопросам обучения кадров на производстве Лесли Рая «Развитие навыков эффективного общения» отмечено, что «наставничество является самым важным и успешным методом, способствующим развитию человека. Это планомерная работа по передаче навыков от начального

---

<sup>184</sup> Ожегов С. И., Шведова Н. Ю. Толковый словарь русского языка: 72500 слов и 7500 фразеологических выражений / Рос. АН, Ин-т рус. яз., Рос. фонд культуры. – М.: Азбуковник, 1997.

<sup>185</sup> Большой энциклопедический словарь. Гл. редактор А. М. Прохоров. – М., 1997. – 1456 с.

к подчиненному. Как институт обычно существует в крупных компаниях. Возведенное директорами в ранг философии фирмы, оно становится инструментом воспитания подрастающих кадров».

В настоящее время принято считать, что наставник – человек, обладающий определенным опытом и знаниями, высоким уровнем коммуникации, стремящийся помочь своему подопечному приобрести опыт, необходимый и достаточный для овладения профессией.

Наряду со словом «наставничество» стали использоваться слова английского происхождения: «тьюторство», «менторинг», «коучинг», соответственно появились такие понятия, как «корпоративный наставник», «социальный наставник», коуч, ментор и тьютор.

Характерной особенностью наставничества является то, что оно осуществляется в трудовых коллективах в единстве с производительным трудом, представляет собой непрофессиональную педагогическую деятельность, осуществляемую на общественных началах на основе неформального контактного взаимодействия наставника с молодым специалистом.

Принимая на себя обязанности наставника, опытный медицинский работник открывает для себя ряд преимуществ:

- во-первых, наставничество помогает опытному врачу увидеть и наметить новые перспективы в сфере своей профессионально-медицинской деятельности;
- во-вторых, при успешном осуществлении данных функций наставник ощущает свой вклад в систему профессиональной адаптации молодого врача или другого медицинского работника, получает удовлетворение от общения с врачом-воспитанником;
- в-третьих, настоящий наставник всегда должен стремиться к самосовершенствованию;
- в-четвертых, выполнение функций наставника может (и должно!) помочь в развитии профессиональной карьеры врача, повышении его квалификации; способствует росту доверия к нему в коллективе медицинской организации;
- в-пятых, поскольку наставничество носит субъект-субъектный характер, врачи-наставники могут не только делиться собственным опытом с более молодыми коллегами, но также и учиться у них, расширять свой арсенал навыков и умений, осваивать современные технологии в области здравоохранения, а также стили профессиональной деятельности<sup>186</sup>.

Существует классификация видов наставничества.

Позиция «обязательного наставника» определяется целями развития медицинской организации. Такие наставники соблюдают интересы самой организации, организуют свою работу системно, ведут отчетность, обеспечивают анализ и контроль за действиями молодого врача (медицинского работника).

Другой вид наставничества – «желательный наставник» – предполагает прежде всего учет интересов молодого врача. Выбор наставника определяется именно его предпочтениями. Чаще всего этот вид наставничества является неформальной, неофициальной поддержкой молодого врача со стороны симпатизирующего ему более опытного коллеги<sup>187</sup>.

---

<sup>186</sup> Баданина Л. П. Управление адаптацией персонала / Л. П. Баданина, Л. К. Фоканова; Коми республ. академия гос. службы и упр. при главе Респ. Коми. — Сыктывкар: КРАГСИУ, 2016. – 152 с.

<sup>187</sup> Чарина Е. В. Отношения в системе «наставник-молодой специалист» в процессе профессионализации: дис. канд. психол. наук: 19.00.03 / Чарина Елена Вячеславовна. – М., 2004. – 160 с.

В связи с тем, что профессиональная адаптация молодого врача является многокомпонентным процессом, который осуществляется в соответствии с уровнями адаптационных механизмов (психофизиологический, предметно-деятельностный, социально-психологический и личностный), а также сферами самой личности, специалисты обозначают следующие составляющие его профессионального развития:

1) эмоционально-волевой компонент, критерием которого выступает профессиональная саморегуляция начинающего медицинского работника – сознательный, системно организованный процесс инициации, построения, поддержки всех видов и форм внешней и внутренней активности, направленный на достижение специалистом цели профессиональной деятельности и общения, управление ими;

2) поведенческий компонент, критерий которого – его профессиональная идентичность как определенная степень осознанного отождествления – дифференциации молодым врачом себя как представителя медицинской профессии и профессионального медицинского сообщества, проявляющаяся в его профессиональном поведении;

3) когнитивный компонент, критерием которого является профессиональное сознание молодого врача – системное качество специалиста, включающее его профессиональные знания, профессиональные установки, выполняющее интегративную функцию и определяющее отражение им профессиональной реальности;

4) ценностно-мотивационный компонент, критерий которого – его профессиональная позиция, понимаемая нами как система профессиональных ценностей, ориентаций, внутренних ожиданий, взглядов; способ реализации базовых профессиональных ценностей, в котором отражается единство социально значимых и личностных мотивов медицинской деятельности, отношения к ней.

Психологическим аспектом профессионального наставничества является психологическая природа самого процесса адаптации молодого врача, где выделяются следующие стадии:

1 стадия – ознакомления, в процессе которой молодой специалист получает информацию о новой ситуации в целом, о критериях оценки различных действий, о нормах поведения в коллективе;

2 стадия – приспособления или формального вступления – на этом этапе молодой специалист переориентируется, признавая главные элементы новой системы ценностей, но пока продолжает сохранять многие свои установки;

3 стадия – ассимиляции, когда осуществляется полное приспособление работника к среде, идентификация с новой группой.

4 стадия – идентификация, когда личные цели работника отождествляются с целями трудовой организации<sup>188</sup>.

Прохождение всех этих стадий будет быстрым и продуктивным, если будут приложены силы не только администрации медицинской организации, но и самого молодого специалиста.

В связи с этим можно определить следующие задачи в работе по оказанию помощи начинающим медицинским работникам в процессе социально-профессиональной адаптации:

---

<sup>188</sup> Баданина Л. П. Управление адаптацией персонала / Л. П. Баданина, Л. К. Фоканова; Коми республ. академия гос. службы и упр. при главе Респ. Коми. — Сыктывкар: КРАГСиУ, 2016. — 152 с.



- ↙ изучение реальных профессиональных затруднений начинающих медицинских работников, формулирование их актуальных потребностей;
- ↙ информационная и консультативная поддержка начинающих медицинских работников в выборе программ повышения квалификации, в выстраивании индивидуального образовательного маршрута их непрерывного образования;
- ↙ формирование информационного банка образовательных услуг для молодых специалистов округа;
- ↙ организация курсов повышения квалификации;
- ↙ участие в творческих лабораториях, тренингах;
- ↙ консультирование молодых специалистов;
- ↙ участие в научно-практических конференциях;
- ↙ вовлечение в экспериментальную работу;
- ↙ ликвидация пробелов в знаниях по экономическим и правовым вопросам<sup>189</sup>.

Следует учитывать, что любая смена обстановки влияет на человека, особенно если он работает с большим количеством людей. В этом случае существуют две стратегии поведения молодого врача: пассивная и активная. Для пассивной стратегии характерно подчинение личности интересам и требованиям среды. Люди не уверены в своей профессиональной компетентности, не готовы к изменению сложившегося образа жизни. Нередко кризисная ситуация вызывает у них ухудшение самочувствия, заставляя тем самым уйти от решения проблем. Они не предпринимают каких-либо активных действий, полагаясь на помощь со стороны других, или ориентируют свою активность (в какой-то мере это конструктивно) на другие сферы – семью, хобби<sup>190</sup>. Активная стратегия подразделяется на две: 1) активно-конструктивная характерна для людей с оптимистичным мировоззрением, устойчивой положительной самооценкой, реалистичным подходом к жизни и желанием достичь более высокой позиции. Это уверенное профессиональное развитие. Такая стратегия – самая прогрессивная для развития молодого специалиста; 2) активно-деструктивная стратегия характерна для людей с большими амбициями, которые способны проявлять агрессию по отношению к другим. Такие работники часто вступают в конфликты с коллегами и пациентами.

Таким образом, наставничество – это психологическое явление, в основе которого лежат психологические механизмы оказания помощи молодому медицинскому работнику в его профессиональной адаптации.

---

<sup>189</sup> Льюис Г. Менеджер-наставник. Стратегия раскрытия таланта и распространения знаний / Пер. с англ. - М.: Амалфея, 1998.

<sup>190</sup> Чарина Е. В. Отношения в системе «наставник-молодой специалист» в процессе профессионализации: дис. канд. психол. наук: 19.00.03 / Чарина Елена Вячеславовна. – М., 2004. – 160 с.

## 3.4. ПОДДЕРЖКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДОГО ВРАЧА КАК НАПРАВЛЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО НАСТАВНИЧЕСТВА В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Серьезным источником и одновременно признаком ухудшения профессионального и психологического здоровья медицинского работника является его профессиональное выгорание.

Профессиональное выгорание является синдромом, формирующимся на фоне длительного стресса и вызывающим истощение эмоциональных и творческих возможностей профессионала. Синдром выгорания представляет собой опасную профессиональную проблему для тех, чья деятельность связана с людьми – для воспитателей, педагогов, социальных работников, психологов, врачей и др. Чаще всего эмоциональное выгорание рассматривается как важная составляющая профессиональной деформации.

В психологической литературе можно встретить употребление таких терминов, как «профессиональное выгорание» и «эмоциональное выгорание», которые описывают одно и то же явление и являются синонимами.

Выделяют две группы факторов, оказывающих влияние на эмоциональное выгорание: внешние и внутренние. Внешние факторы включают в себя:

- постоянную напряженную психоэмоциональную деятельность;
- повышенную ответственность за выполнение профессиональных функций;
- наличие психологически сложного контингента, с которым необходимо взаимодействовать при выполнении профессиональных функций.

К внутренним факторам относят:

- интенсивное истощение эмоционально-энергетических ресурсов профессионала;
- склонность к эмоциональной сдержанности.

Синдром эмоционального выгорания развивается постепенно, включая несколько стадий. В начальной стадии, благодаря позитивной установке на осуществление профессиональной задачи, происходят серьезные энергетические затраты. Далее в результате развития синдрома эмоционального выгорания возникает чувство усталости, постепенно переходящее в разочарование, снижение интереса к собственной профессиональной деятельности.

Для профилактики развития синдрома эмоционального (профессионального) выгорания, особенно на начальном этапе профессиональной деятельности молодого врача, необходима организация поддержки его профессионального здоровья. И здесь особая роль принадлежит именно наставникам.

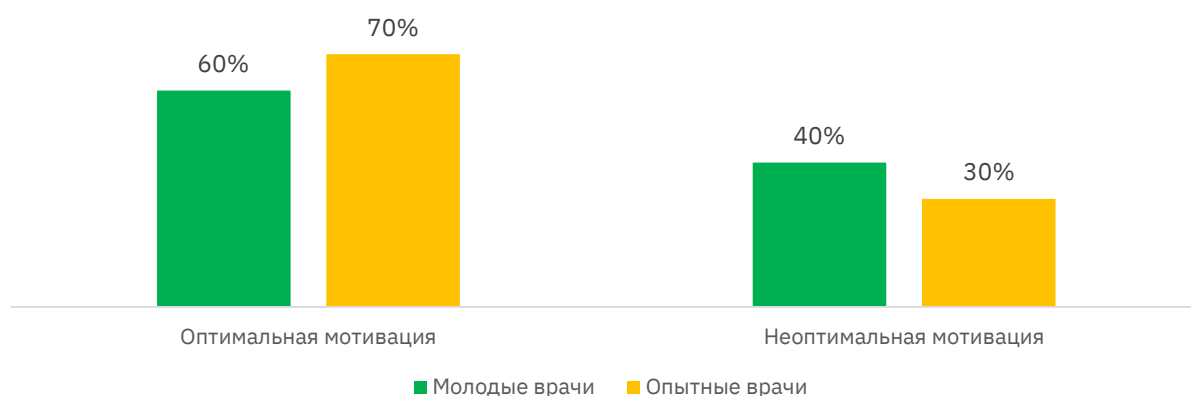
Для поддержания профессионального здоровья от наставников требуется реализация психологических функций. То есть наставник должен проводить обучение молодых медицинских работников сознательному контролю собственных эмоциональных состояний и их стабилизации или улучшению. Данная работа позволяет молодым врачам получить уверенность в себе и своих силах, навыки позитивного мышления; это помогает справиться с трудными жизненными ситуациями и преодолеть стрессы, которые в медицинской профессиональной деятельности неизбежны.

Психологические функции наставников реализуются через психологическое сопровождение молодых врачей. В наиболее общем смысле «сопровождение» понимается как совместное с кем-либо действие, направленное на поддержку сопровождаемого. Компетенции в области психологического сопровождения формируются только в процессе обучения соответствующей деятельности, в связи с чем, думается, что развитие системы наставничества в области здравоохранения так или иначе в будущем будет связано с развитием психологической грамотности самого наставника в области поддержки профессионального здоровья молодого врача.

Совершенно очевидно, что сам наставник должен обладать крепким профессиональным здоровьем, отсутствием синдрома профессионального выгорания и адекватной профессиональной мотивацией.

Готовность наставника к психологическому сопровождению молодых врачей, к поддержке его профессионального здоровья проверялась с помощью сравнительного анализа обозначенных показателей, зафиксированных в группе молодых врачей и опытных врачей в тех медицинских организациях, где реализуются практики наставничества.

Было выявлено, что, во-первых, опытные врачи в целом в большей степени, чем молодые врачи, характеризуются оптимальной профессиональной мотивацией (в исследовании использовалась методика К. Замфер в авторской модификации применительно к медицинской деятельности). В исследовании приняли участие по 30 молодых врачей в возрасте от 25 лет до 31 года и 30 опытных врачей, чей стаж профессиональной деятельности занимает от 15 лет. Результаты исследования наглядно представлены на рисунке 3.5.

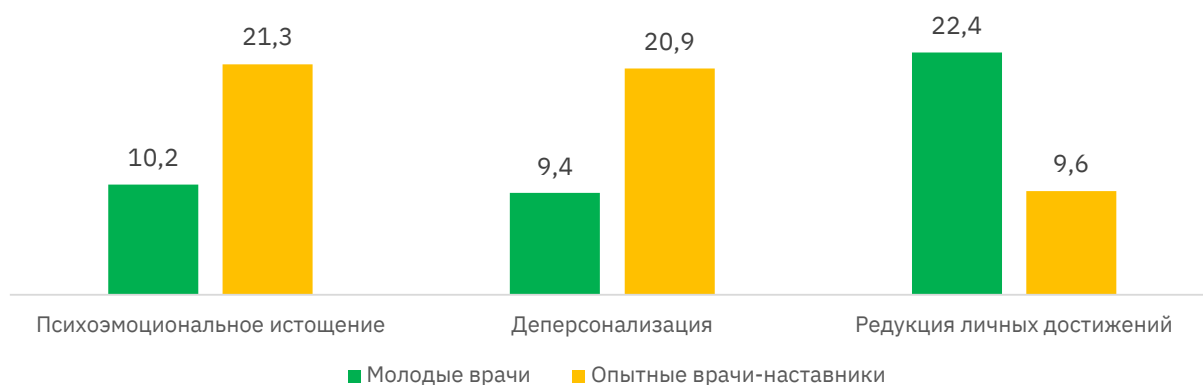


**Рисунок 3.5 – Распределение молодых врачей и их наставников по типам профессиональной мотивации (%)**

Анализируя результаты диагностики, мы видим, что 60 % опрошенных молодых врачей имеют оптимальный уровень мотивации, в то время как показатели их наставников достигают 70 %; а неоптимальный уровень мотивации по результатам тестирования у молодых врачей составляет 40 %, а показатели опытных врачей составляют 30%. Отсюда мы получаем достоверность различия показателей оптимальной мотивации у молодых и опытных врачей, она составляет 10 % ( $P < 0,1$ ); достоверность различия показателей неоптимальной мотивации молодых и опытных врачей также составляет 10 % ( $P < 0,1$ ). Если же говорить о достоверности различия показателей оптимальной мотивации и неоптимальной мотивации молодых врачей, то она составляет 20 % ( $P < 0,05$ ), а достоверность различия показателей оптимальной мотивации и неоптимальной мотивации опытных врачей – 40 % ( $P < 0,05$ ). Исходя из результата тестирования, можно сделать вывод о том, что опытные врачи-наставники больше замотивированы к работе, чем молодые врачи, хоть и разница показателей составляет 10 %, тем не менее и у молодых, и у опытных врачей преобладает оптимальная мотивация.

Однако результаты тестирования свидетельствуют о необходимости тщательного отбора наставников для организации и реализации психологического сопровождения молодых врачей и поддержки их профессионального здоровья.

Данный вывод подтверждается результатами сравнительного анализа показателей степени выраженности синдрома профессионального выгорания у молодых врачей и их наставников (методика Маслач) [2] (рис. 3.6).



**Рисунок 3.6 – Среднегрупповые показатели профессионального выгорания молодых и опытных врачей-наставников (балл)**

Несмотря на то, что показатели профессионального выгорания в группе врачей-наставников входят в диапазон средних значений, они все-таки достоверно выше, чем в группе молодых врачей, по таким параметрам, как «психоэмоциональное истощение» ( $t = 5,31$ ;  $p < 0,001$ ) и «деперсонализация» ( $t = 5,67$ ;  $p < 0,001$ ). Что касается редукции личных достижений, то опытные врачи-наставники далеки от мысли о своей некомпетентности и от чувства недовольства собой – напротив, в отличие от молодых врачей, большинство из них ценят свой вклад в систему здравоохранения и уверены в своем профессионализме.

Тем не менее результаты даже такого пилотного исследования на случайной выборке дают нам основание говорить о необходимости и целесообразности при развитии системы наставничества в здравоохранении учитывать, что наставник, по сути, выполняет психологические функции. В связи с чем необходима их подготовка к такому виду деятельности.

### 3.5. ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕФЛЕКСИИ У СТУДЕНТОВ – БУДУЩИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Непрерывно развивающийся мир, модернизация системы высшего образования в России требует от будущих специалистов самореализации в разных жизненных аспектах, профессиональной компетенции, способности принимать решения, быть ответственным, владеть должными навыками в профессиональной сфере деятельности.

Современному обществу необходимо, чтобы выпускники медицинских вузов были способны осуществлять личностный рост, планировать дальнейшее обучение и профессиональную карьеру, а также готовы нести ответственность за результаты своей профессиональной деятельности. Профессиональная подготовка будущих медицинских работников предполагает не только передачу профессиональных знаний, умений и навыков, но и формирование профессионально важ-

ных качеств их личности, таких как дисциплинированность, ответственность, психологическая гибкость, самоконтроль, стрессоустойчивость, рефлексия.

И. Н. Семенов отмечает, что в научных кругах исследование психологической реальности рефлексии для человекознания является сравнительно новым и ведется на переднем крае науки<sup>191</sup>.

И. И. Быханов подчеркивает, что в наше время одним из важных аспектов в исследованиях психологии является тема рефлексии. Темп экспериментальных, а также прикладных исследований рефлексивных процессов набирает быстрые обороты. Наряду с этим происходит углубленный анализ их теоретических оснований. Это свидетельствует о становлении особой области знания – психологии рефлексии<sup>192</sup>.

Т. Э. Сизикова, Т. В. Волошина и А. Ф. Повещенко отмечают, что в настоящее время рефлексия рассматривается как важный феномен психики, компонент способностей, она является причиной и ресурсом индивидуальной свободы, устройством самоорганизации, саморазвития и главным аспектом в социальной жизни человека. Рефлексия как предмет и объект исследования включена в науку о сознании (философия, психология, педагогика) и в науку о личности (психология, педагогика), в теорию мышления (когнитивная психология, герменевтика, дидактика) и в теорию деятельности (психология, управление)<sup>193</sup>.

Под понятием «профессиональная рефлексия» часто подразумевают сопоставление себя, своих качеств с тем, что требуется для личного опыта и профессиональной деятельности. Е. Н. Герасимова и М. В. Горшенина отмечают, что в трудах разных ученых профессиональная рефлексия соотносится с пониманием профессиональных способностей и собранности, компетентности и мастерства, а также с профессиональной ориентацией личности в период ранней молодости. Предметом профессиональной рефлексии выступает образ будущей профессии<sup>194</sup>.

В. А. Метаева считает, что в разных источниках профессиональная рефлексия определяется как анализ себя, в который включено рассмотрение причинно-следственных связей, резюмирование приобретенных знаний и построение на их базе заключений. Многие ученые отождествляют профессиональную рефлексю с профессиональной деятельностью как таковой, по этой причине ее также называют деятельностью<sup>195</sup>.

Е. И. Мишина отмечает, что в профессиональной деятельности достичь «акме» представляется возможным лишь при должной организации подготовки специалиста, включающей в себя социально-личностные и профессиональные знания и их полный анализ. Благодаря рефлексии человек лучше понимает свои внутренние процессы и склонен размышлять о себе. На разных этапах профессионального становления рефлексия развивается исключительно в личности, кото-

---

<sup>191</sup> Семенов И. Н. Современные исследования психологии рефлексии: от истории и методологии через экспериментатику к практике // Журнал Высшей школы экономики. 2013. № 2. С. 3-6.

<sup>192</sup> Быханов И. И. Исследование рефлексии в зарубежной и отечественной психологии // Дошкольное и начальное образование: современные методические подходы. 2015. С. 303-310.

<sup>193</sup> Сизикова Т. Э., Волошина Т. В., Повещенко А. Ф. Обзор исследований рефлексии в психологии: педагогическая рефлексия // Научное обозрение. 2016. № 3. С. 98-110.

<sup>194</sup> Герасимова Е. Н., Горшенина М. В. Проблемы развития профессиональной рефлексии у студентов-психологов // Психология образования в поликультурном пространстве. 2009. № 3 (4). С. 5-8.

<sup>195</sup> Метаева В. А. Профессиональная рефлексия: сущностное и формальное // Новые педагогические исследования. 2006. № 4. С. 105-108.

рая ориентирована на саморазвитие. Рефлексия соединяет все психические функции человека, таким образом помогая в выбранной профессиональной деятельности<sup>196</sup>.

К. В. Тарасова пишет, что профессиональная рефлексия позволяет увидеть ошибки в процессе работы, а также умение корректировать профессиональные задачи и находить творческий подход к их решению. Профессиональная рефлексия связана с жизнеспособностью профессионала, с успешным выполнением профессиональных требований и высоким уровнем профессионализма<sup>197</sup>.

М. В. Романова и В. В. Константинов констатируют, что профессиональная рефлексия является ключевым компонентом профессионального самоопределения студентов. В учебной деятельности она связана с параметрами личности, которые формируют профессиональную рефлексию студентов<sup>198</sup>.

В связи с вышеизложенным, под руководством авторов было проведено экспресс-исследование на выборке студентов выпускных курсов медицинских вузов города Москвы (n = 113) с помощью одной диагностической методики – «Определение стиля обучения, деятельности и рефлексивности» (ОСОДИР; авторы: П. Хони и А. Мамфорд; цель – определить теоретические и практические способности, а также стиль обучения, деятельности и рефлексивности.

Были получены следующие результаты:

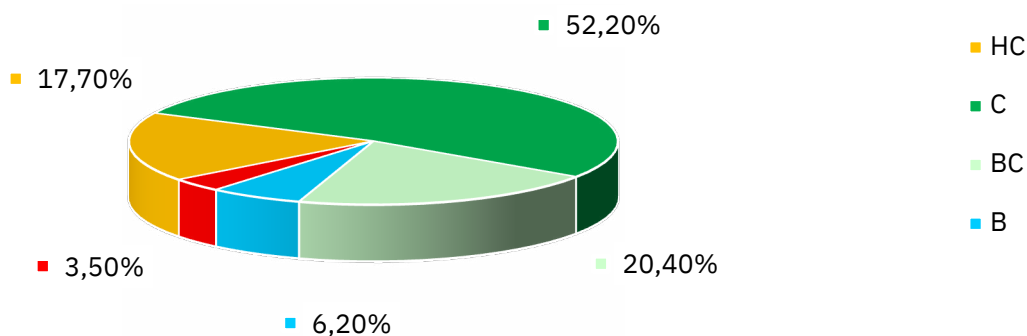
по показателю «деятель» (Д): у 4 студентов (3,5%) низкий уровень предпочитаемого стиля обучения «деятель», им не подходит такой метод обучения, как «деятель», им не свойственно выходить в лидеры, чтобы двигаться вперед, они пассивны; им тяжело взаимодействовать с другими людьми; у 20 студентов (17,7%) ниже среднего уровень предпочитаемого стиля обучения «деятель», для них менее характерно: быстро и полностью включаться в любую деятельность, открытость, доброжелательность и энтузиазм; у 59 студентов (52,2%) средний уровень предпочитаемого стиля обучения «деятель», им в средней степени свойственна: экстраверсивность, нацеленность на поиск ощущений, инициативность, импульсивность, легкость на подъем; у 23 студентов (20,4%) выше среднего уровень предпочитаемого стиля обучения «деятель», у них в большей степени выявлено: умение общаться, открытость, инициативность и активные действия; медленная, методическая работа им надоедает; у 7 студентов (6,2%) высокий уровень стиля обучения «деятель», для них предпочтителен метод обучения «деятель», т.к. он хорошо подходит их стилю, привычки обучения; они обучаются методом проб и ошибок через конкретную деятельность; обучающиеся-деятели нетерпеливы, не ждут указаний, желают все сделать сами; их дни заполнены действиями, изучив что-нибудь, они сразу переходят к следующему (рис. 3.7; 3.8).

---

<sup>196</sup> Мишина Е. И. Становление личностной рефлексии будущих специалистов: автореф. дисс... к.псих.н.: 19.00.01. Москва, 2011. 24 с.

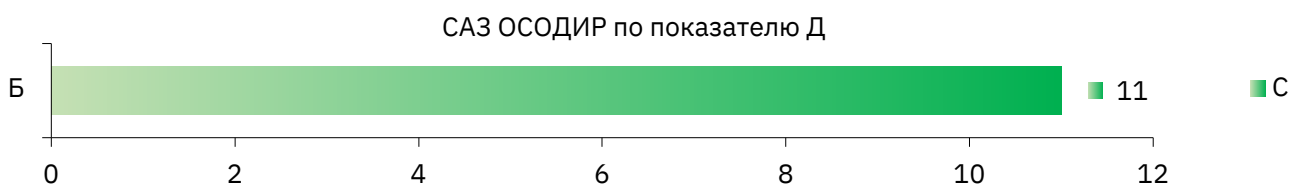
<sup>197</sup> Тарасова Е. В. Рефлексия и смысло-жизненные ориентации как компоненты жизнеспособности психолога // Институт психологии Российской академии наук. 2018. № 1. С. 109-128.

<sup>198</sup> Романова М. В., Константинов В. В. Профессиональная рефлексия и личностные характеристики студентов будущих педагогов-психологов // Известия ПГПУ им. В. Г. Белинского. 2012. № 28. С. 1330-1333.



**Рисунок 3.7 – Результаты процентного распределения студентов медицинских вузов по показателю «Деятель» (Д)**

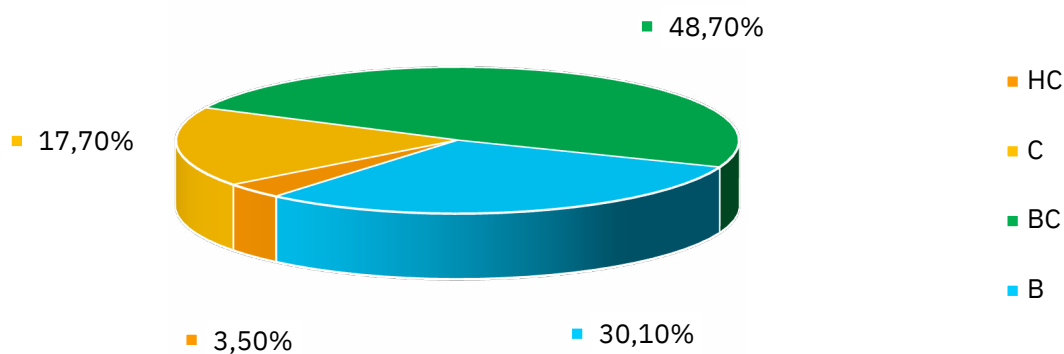
**Примечание:** Н – низкий уровень; HC – ниже среднего уровень; C – средний уровень; BC – выше среднего уровень; B – высокий уровень.



**Рис. 3.8 — Среднегрупповые показатели по шкале «Деятель» методики ОСОДИР**

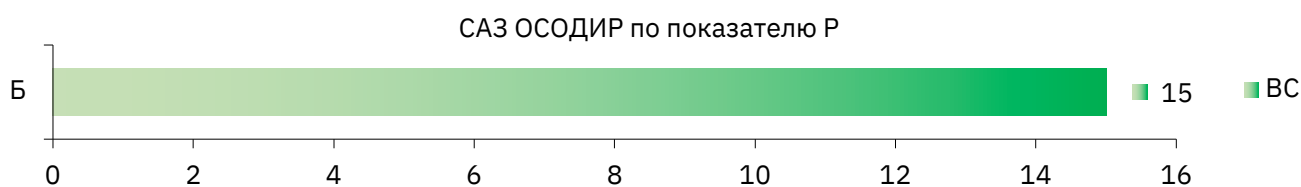
**Примечание:** САЗ – среднее арифметическое значение; ОСОДИР – «Определение стиля обучения, деятельности и рефлексивности»; Д – деятель; Б – балл; С – средний уровень.

по показателю «рефлексирующий» (Р): у 4 студентов (3,5%) ниже среднего уровень предпочитаемого стиля обучения «рефлексирующий», им в меньшей степени свойственно тщательно исследовать проблемы, добираться до сути явления, повторять и пересматривать изучаемое; у 20 студентов (17,7%) средний уровень предпочитаемого стиля обучения «рефлексирующий», им в средней степени свойственно: тщательное наблюдение и обдумывание, принятие решений в собственном ритме, без давления извне и жестких сроков; у 55 студентов (48,7%) выше среднего уровень предпочитаемого стиля обучения «рефлексирующий», для них в большей степени характерно: наблюдать действие со стороны, осторожность, методологичность, интровертность; у 34 студентов (30,1%) высокий уровень предпочитаемого стиля обучения «рефлексирующий», им подойдет метод обучения «рефлексирующий», т.к. он хорошо подходит их психологическому типу; такие студенты любят заранее подготовиться, изучить существо вопроса, выслушать мнения других людей; живут по принципу «ожидай и смотри»; обучающиеся-рефлексирующие будущие медицинские работники пытаются размышлять, сразу не отвечают на вопрос, предпочитают подумать над ответом; они ищут больше информации, у них широкое разнообразие взглядов (рис. 3.9; 3.10).



**Рисунок 3.9 – Результаты процентного распределения студентов медицинских вузов по показателю «Рефлексирующий» (P)**

**Примечание:** HC – ниже среднего уровень; C – средний уровень; BC – выше среднего уровень; B – высокий уровень.



**Рисунок 3.10 — Среднегрупповые показатели по шкале «Рефлексирующий» методики ОСОДИР**

**Примечание:** САЗ – среднее арифметическое значение; ОСОДИР – «Определение стиля обучения, деятельности и рефлексивности»; P – рефлексирующий; Б – балл; BC – выше среднего уровень.

по показателю «теоретик» (Т): у 8 студентов (7,1%) был зафиксирован ниже среднего уровень предпочитаемого стиля обучения «теоретик», они в меньшей степени сильны в сфере выдвижения гипотез, теорий, моделей и системного мышления; у 37 студентов (32,7%) средний уровень предпочитаемого стиля обучения «теоретик», у них выявлено в средней степени стремление к освоению рациональных и логичных идей и концепций, к изучению сложных, интересных вопросов; у 56 студентов (49,6%) выше среднего уровень предпочитаемого стиля обучения «теоретик», им в большей степени свойственны объективность, рациональная интеллигентность, методичность исследования связей между идеями, событиями и ситуациями, стремление проверять методологию и логику, анализ сложных ситуаций; у 12 студентов (10,6%) высокий уровень стиля обучения «теоретик», им предпочтителен стиль обучения «теоретик», т.к. он хорошо подходит их привычке обучения; они любят беседы с известными и компетентными врачами-учеными, структурированную деятельность, анализировать причины успеха и ошибок в медицинской профессиональной деятельности, стараются классифицировать все разрозненные факты и наблюдения и вписать их в рациональную схему (рис. 3.11; 3.12).



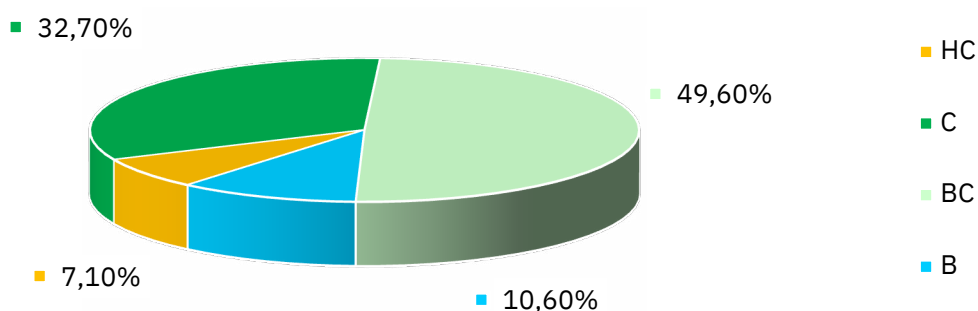


Рисунок 3.11 – Результаты процентного распределения студентов медицинских вузов по показателю «Теоретик» (Т)

Примечание: HC – ниже среднего уровень; C – средний уровень; BC – выше среднего уровень; B – высокий уровень.

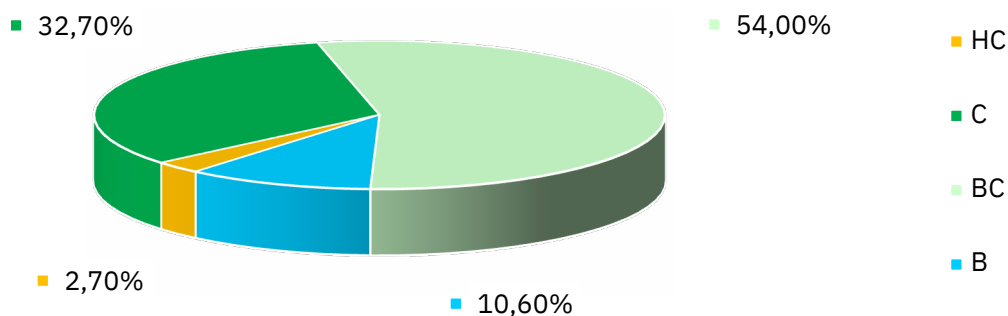


Рисунок 3.12 – Среднегрупповые показатели по шкале «Теоретик» методики ОСОДИР

Примечание: САЗ – среднее арифметическое значение; ОСОДИР – «Определение стиля обучения, деятельности и рефлексивности»; Т – теоретик; Б – балл; BC – выше среднего уровень.

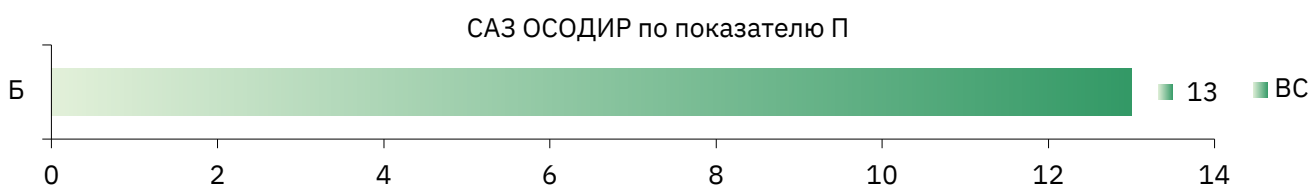
- по показателю «прагматик» (П): у 3 студентов (2,7%) ниже среднего уровень предпочитаемого стиля обучения «прагматик», им в меньшей мере подходит метод обучения «прагматик», т.к. им сложнее сконцентрироваться на практических действиях, проектировании как таковом, сложно разработать план действий по достижению цели; у 37 студентов (32,7%) средний уровень предпочитаемого стиля обучения «прагматик», им в средней степени характерно: практическое применение идей, теорий и методов, поиск результативного плана действия по достижению цели, изучение способов и методик, которые помогают в достижении желаемого результата. Например, научиться эффективно вести переговоры в неудобной ситуации, произвести хорошее впечатление, владеть своим временем; у 61 студента (54%) выше среднего уровень предпочитаемого стиля обучения «прагматик», у них в большей мере выявлены: практичность, энергичность, нетерпеливость часто предпочитают максимально быстро решить возникшую проблему; к новым проблемам относятся как к вывозу, который делает их сильнее. Их лозунг: «Я хочу найти наилучший путь»; у 12 студентов (10,6%) высокий уровень стиля обучения «прагматик», для них предпочтителен метод обучения «прагматик», т.к. он хорошо подходит их стилю, привычке обучения; они целесообразные реалисты, быстро и уверенно работают над идеями, которые их привлекают; сразу же пробуют применить полученные знания в жизни; они не любят продолжительных рассуждений и долгих разговоров, в жизни демонстрируют себя как практический человек, которому привычно совершать конкретные поступки и выводы (рис. 3.13; 3.14).
- общие результаты исследования с помощью опросника «Определение стиля обучения, деятельности и рефлексивности» (ОСОДИР): у 39 студентов (34,5%) средний уровень рефлексивности, им в средней степени свойственно: выделение себя из внешнего мира и оппозиционирование себя относительно этого мира как субъекта объекту, постановка целей, то есть планирование действий в уме и предвидение их результатов, обобщенное отражение окружающего мира, распознавание, ясность, то есть соотношение полученного опыта с новой

информацией, контроль и управление поведением, отдавать себе отчет в том, что происходит; у 71 студента (62,8%) выше среднего уровень рефлексивности, для них в большей мере характерно: самосознание, осмысление своего опыта, поступков, действий, состояний, речи, чувств, возможностей, характера, задач, целей, предназначения, отношений к себе и к другим; а также им свойственен предметный и критический анализ знания, его содержания, способов познания, осознание и понимание своих задатков и характера, выход за рамки своего «я», сравнение свое «я» с другими; только у 3 студентов (2,7%) выявлен высокий уровень рефлексивности.



**Рисунок 3.13 – Результаты процентного распределения студентов медицинских вузов по показателю «Прагматик» (П).**

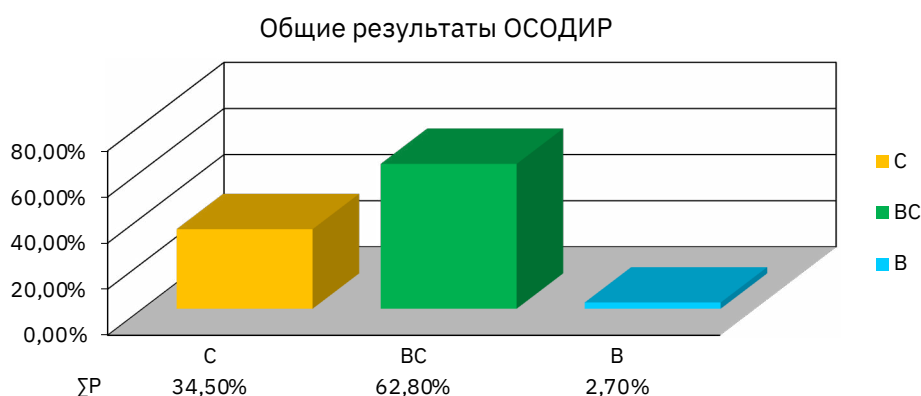
**Примечание:** HC – ниже среднего уровень; C – средний уровень; BC – выше среднего уровень; B – высокий уровень.



**Рисунок 3.14 – Среднегрупповые показатели по шкале «Прагматик» методики ОСОДИР**

**Примечание:** САЗ – среднее арифметическое значение; ОСОДИР – «Определение стиля обучения, деятельности и рефлексивности»; П – прагматик; Б – балл; BC – выше среднего уровень.

Они обладают продуктивным мышлением, им свойственны сомнения и критичность в своих рассуждениях, оценка и познание своего психического состояния, его актов, анализ себя, своей деятельности и окружающих людей (рис. 3.15).



**Рисунок 3.15 – Процентное распределение студентов – будущих медицинских работников по уровню развития профессиональной рефлексии.**

**Примечание:** ОСОДИР – «Определение стиля обучения, деятельности и рефлексивности»;  $\Sigma P$  – суммарное значение; C – средний уровень; BC – выше среднего уровень; B – высокий уровень.

Проведенное исследование показало, что одним из важных направлений образовательного процесса в медицинских вузах должно стать формирование у будущих медицинских работников профессиональной рефлексии, обуславливающей развитие профессионально важных качеств личности врача.

### 3.6. ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВЗАИМОСВЯЗИ КОММУНИКАбельНОСТИ И МОТИВАЦИИ УСПЕХА У ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Для исследования были отобраны два блока диагностических методик.

Блок 1. Методики диагностики коммуникабельности:

- Коммуникабельны ли вы? (КЛВ; автор – В. Ф. Ряховский, цель – выявить степень коммуникабельности);
- Тестируем коммуникабельность (ТК; цель – определить уровень коммуникабельности человека);
- Приятно ли с вами общаться? (ПЛСВО; цель – определить уровень общительности);

Блок 2. Методики диагностики мотивации успеха:

- Изучение мотивации успеха (ИМУ; цель – выявить особенности мотивации успеха);
- Мотивация к успеху (МКУ; автор – Т. Элерс; цель – оценить силу стремления к достижению цели, к успеху);
- Диагностика мотивации успеха и боязни неудачи (ДМУИБН; автор – А. А. Реан; цель – определить уровень мотивации успеха и боязни неудачи).

В исследовании приняли участие 69 врачей общей практики в возрасте от 25 до 34 лет. Все врачи дали информированное согласие. Исследование проходило в рамках повышения квалификации врачей.

Экспресс-диагностика, выполненная с помощью теста «Коммуникабельны ли Вы?», показала, что:

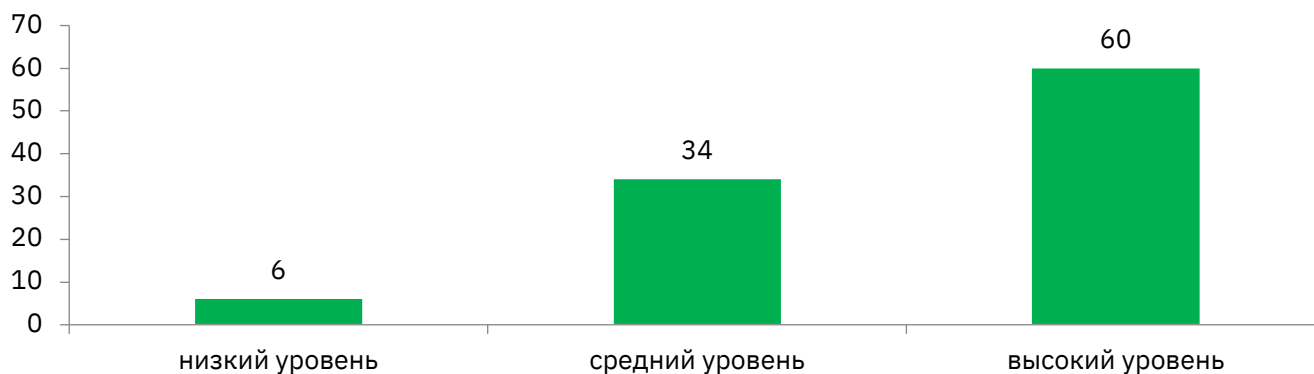
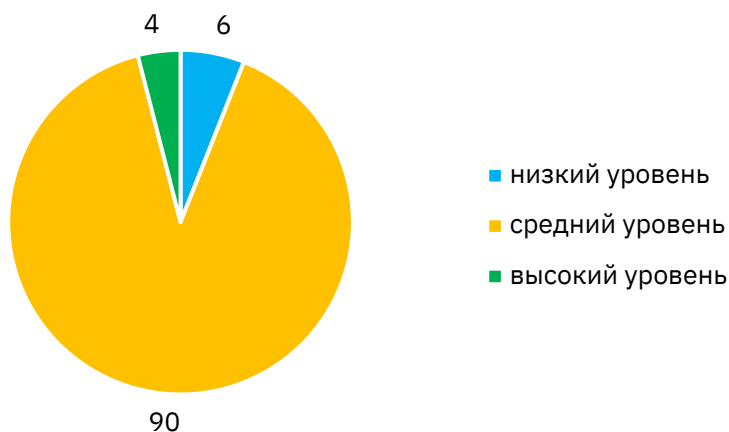


Рисунок 3.16 – Гистограмма. Результат диагностики степени коммуникабельности с помощью опросника «Коммуникабельны ли Вы?» (КЛВ)

1. 6% обследованных врачей обладают низким уровнем коммуникабельности; им свойственны замкнутость, холодность, стремление отгородиться от лишних эмоций и от общения с другими людьми;
2. У 24 медицинских работников (34%) выявлен средний уровень коммуникабельности; для них характерно достаточно легко заводить новые знакомства;
3. Большинство врачей (60%) характеризуются высоким уровнем коммуникабельности; их отличает хорошие навыки общения с людьми (рис. 3.1).

Результаты исследования уровня коммуникабельности с помощью опросника «Тестируем коммуникабельность» (ТК) показали, что (рис. 3.17):

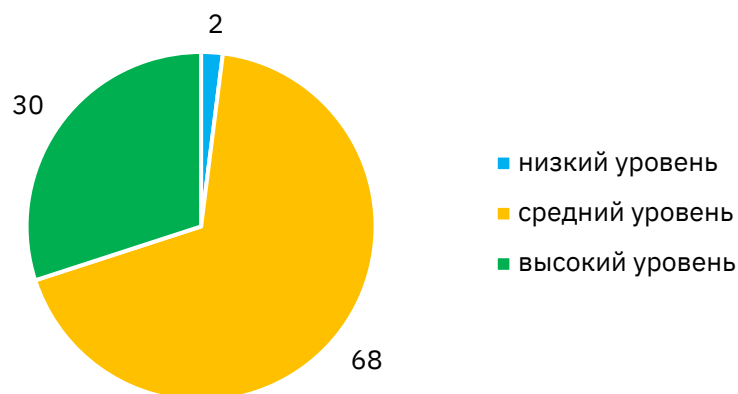


**Рисунок 3.17 – Диаграмма. Результат диагностики коммуникабельности с помощью опросника «Тестируем коммуникабельность» (ТК)**

1. У 6% врачей выявлен низкий уровень коммуникабельности; им свойственна закрытость в общении;
2. 90% врачей характеризуются средним уровнем коммуникабельности; их отличает достаточно хорошая способность в построении межличностных отношений;
3. Только у 4% врачей выявлен высокий уровень коммуникабельности; им свойственно без труда устанавливать отношения с окружающими.

Результаты диагностики уровня общительности с помощью опросника «Приятно ли с вами общаться?» (ПЛСВО) показали, что:

1. Низкий уровень общительности выявлен только у одного респондента;
2. У 47 врачей общей практики (68%) выявлен средний уровень общительности; им свойственна достаточная легкость и непринужденность в общении;
3. У 21 врача, принявших участие в нашем исследовании (30%), выявлен высокий уровень общительности; их отличает высокая общительность и непринужденность в выстраивании межличностных отношений (рис. 3.18).



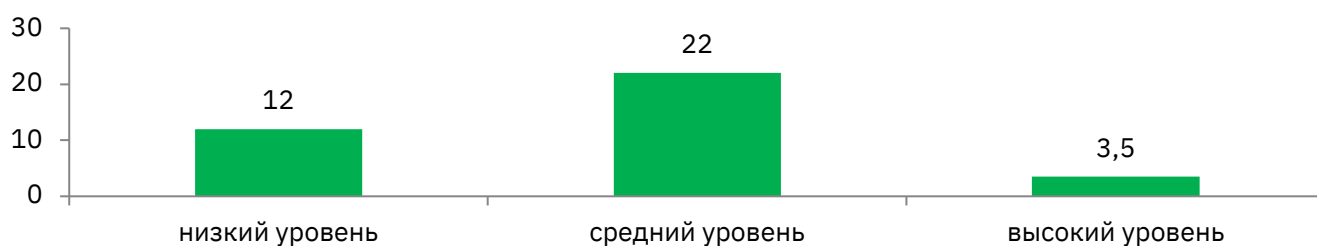
**Рисунок 3.18 – Диаграмма. Результаты диагностики уровня общительности с помощью опросника «Приятно ли с вами общаться?» (ПЛСВО).**

Результаты диагностики особенностей мотивации успеха с помощью опросника «Изучение мотивации успеха студента» (ИМУС) показали:

По уровню экстерниоризации успеха:

По каналу успех как материальный уровень жизни:

1. 12% молодых врачей общей практики, принявших участие в нашем исследовании, характеризуются низкими показателями по каналу успех как материальный уровень жизни;
2. У 15 врачей (22%) выявлен средний уровень по каналу успех как материальный уровень жизни; им свойственно обдумывать свои действия и решения, но успех для них все-таки не ограничивается материальным состоянием;
3. У 66% врачей выявлен высокий уровень по каналу успех как материальный уровень жизни, их отличает то, что такие люди рассматривают свой успех только как материальное состояние (рис. 3.19).



**Рисунок 3.19 – Гистограмма. Результаты диагностики уровня успеха как материального уровня жизни с помощью опросника «Изучение мотивации успеха студента» (ИМУС)**

По каналу успех – удача:

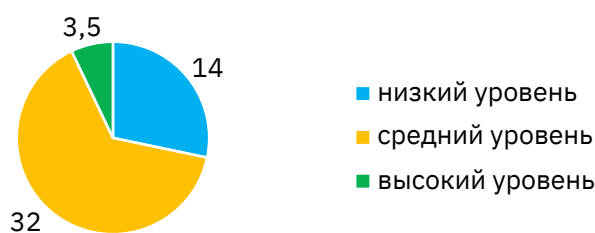
1. 12% врачей отличает отношение к успеху как к своему заслуженному призванию, а не простому стечению обстоятельств;
2. У 26 врачей (37%) выявлен средний уровень по каналу успех – удача, для них характерно полагаться не только на свои силы, но и на внешние обстоятельства;
3. У 35 опрошенных врачей (51%) выявлен высокий уровень по каналу успех – удача, им свойственно полагаться только на удачу (рис. 3.20).



**Рисунок 3.20 – Гистограмма. Результаты диагностики уровня успех – удача с помощью опросника «Изучение мотивации успеха студента» (ИМУС)**

По каналу успех – признание:

1. Низкий уровень по каналу успех – признание выявлен только у 10 опрошенных врачей, что составляет 12% от общего числа респондентов;
2. У 32% респондентов выявлен средний уровень по каналу успех – признание; им свойственно адекватно оценивать свои успехи за проделанную работу;
3. Большинство же молодых врачей (54%) характеризуются высокими показателями по каналу успех – признание; их отличают завышенные требования к оцениванию их деятельности (рис. 3.21).



**Рисунок 3.21 – Диаграмма. Результаты диагностики уровня успех – признание с помощью опросника «Изучение мотивации успеха» (ИМУС)**

По каналу успех – власть выявлено:

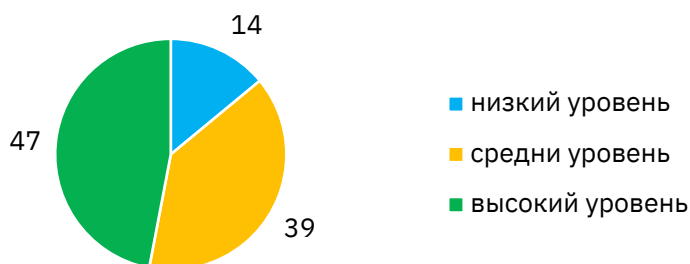
1. Большинство опрошенных врачей (51%) имеют низкий уровень по каналу успех – власть; их отличает отсутствие интереса к управлению над другими;
2. У 30% врачей выявлен средний уровень по каналу успех – власть; им свойственно в редких случаях брать инициативу в свои руки;
3. Только у 13 респондентов, что составляет 19% от общего числа опрошенных врачей, выявлены высокие показатели по каналу успех – власть; им свойственно господствовать над другими, стремление держать все под своим контролем (рис. 3.22).



**Рисунок 3.22 – Гистограмма. Результаты диагностики уровня успех – власть с помощью опросника «Изучение мотивации успеха» (ИМУС)**

По общему каналу экстерииоризации успеха:

1. У 10 врачей (14%) выявлен низкий уровень экстерииоризации успеха; для них характерно не обращать внимания на внешние факторы, влияющие на успех, а концентрироваться на себе и своих личных качествах;
2. У 27 врачей (39%) выявлен средний уровень экстерииоризации успеха; им свойственно оценивать свои возможности по заслугам, и они испытывают положительные эмоции в ситуации любого успеха в работе;
3. У 32 врачей общей практики (47%) выявлен высокий уровень экстерииоризации успеха; их отличает то, что они всегда полагаются исключительно на внешние обстоятельства (рис. 3.23).

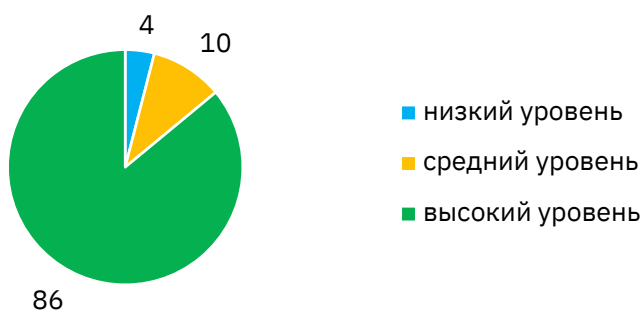


**Рисунок 3. 23 – Диаграмма. Результаты диагностики экстерииоризации успеха с помощью опросника «Изучение мотивации успеха» (ИМУС)**

По уровню интерииоризации успеха:

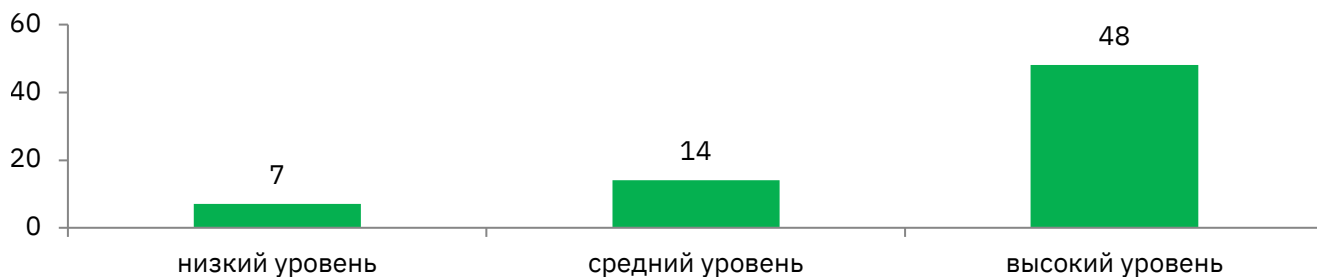
По каналу успех как результат собственной деятельности:

1. У 3 врачей (4%) выявлен низкий уровень по каналу успех как результат собственной деятельности; их отличает неспособность в полной мере оценивать свои возможности, они полагаются на случай;
2. 10% врачей продемонстрировали средний уровень по каналу успех как результат собственной деятельности; им свойственно в равной мере полагаться на свои собственные силы и на удачу;
3. У 59 врачей (86%) выявлен высокий уровень по каналу успех как результат собственной деятельности; их характеризует способность оценивать свои силы и полагаться только на себя (рис. 3.24).



**Рисунок 3.24 — Диаграмма. Результаты диагностики уровня успех как результат собственной деятельности с помощью опросника «Изучение мотивации успеха» (ИМУС)**

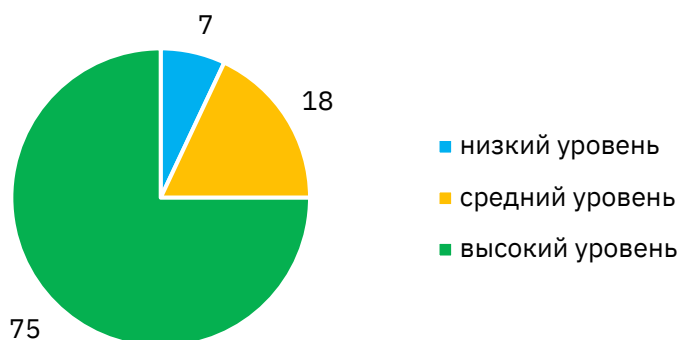
По каналу личный успех (рис. 3.25):



**Рисунок 3.25 – Гистограмма. Результаты диагностики уровня личного успеха с помощью опросника «Изучение мотивации успеха» (ИМУС)**

1. 7% врачей характеризуются низким уровнем по каналу личный успех; их отличает принятие побед не как своих достижений, а как достижений за счет других;
2. 14% – средним уровнем по каналу личный успех; им свойственно адекватно оценивать свои успехи и достижения;
3. У 54 опрошенных врачей общей практики (48%) выявлен высокий уровень по каналу личный успех; для них характерно завышать свои личные достижения и даже принимать чужие победы на свой счет.

По каналу успех как психическое состояние (рис. 3.26):

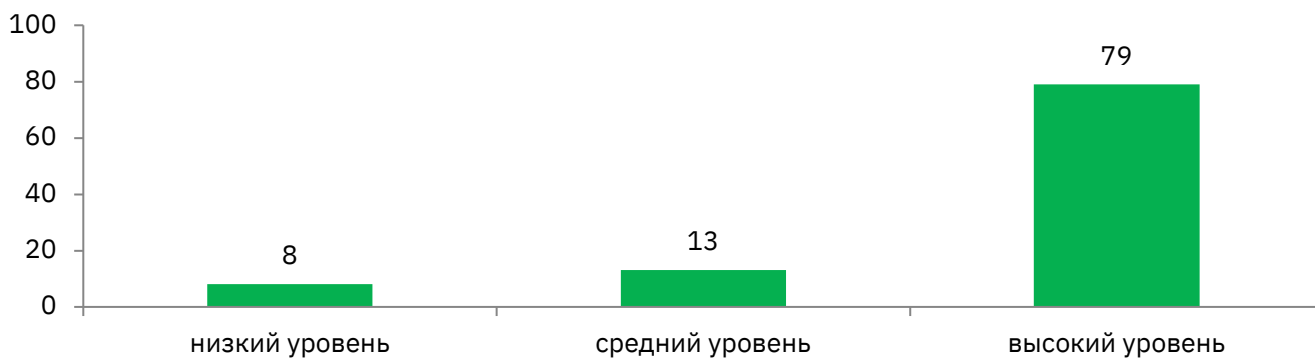


**Рисунок 3.26 – Диаграмма. Результаты диагностики уровня успеха как психического состояния с помощью опросника «Изучение мотивации успеха» (ИМУС)**

1. У 5 врачей (7%) выявлен низкий уровень по каналу успех как психическое состояние;
2. У 13 врачей (18%) выявлен средний уровень по каналу успех как психическое состояние; им свойственно адекватно воспринимать свои успехи в достижении цели;
3. У 51 врача (75%) выявлен высокий уровень по каналу успех как психическое состояние; им характерно ставить все на карту и сильно переживать из-за своих проигрышей.

По каналу успех как преодоление препятствий были получены схожие данные (рис. 3.27):



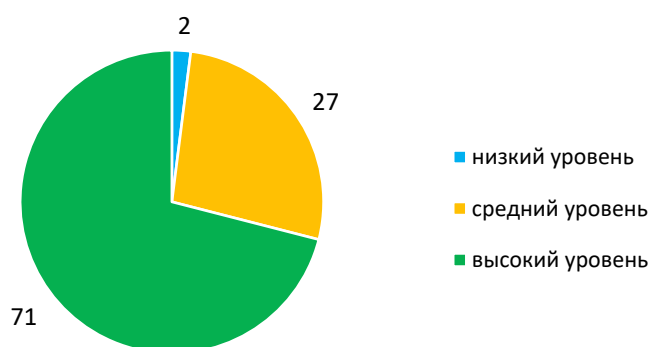


**Рисунок 3.27 – Гистограмма. Результаты диагностики уровня успеха как преодоления препятствия с помощью опросника «Изучение мотивации успеха» (ИМУС)**

1. У 5 врачей (8%) выявлен низкий уровень по каналу успех как преодоления препятствий; их отличает убеждение в том, что, чтобы добиться успеха, не стоит преодолевать себя и ставить перед собой непосильные задачи;
2. У 9 врачей (13%) выявлен средний уровень по каналу успех как преодоления препятствий; им свойственно преодолевать себя, но только в том случае, если они уверены в своих силах;
3. У 55 врачей (79%) выявлен высокий уровень по каналу успех как преодоления препятствий; для них характерно ставить перед собой большие цели и добиваться желаемого – это придает им уверенности в своих силах.

По каналу успех – призвание:

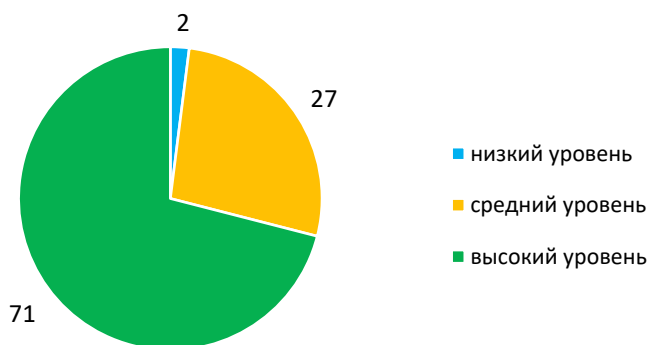
1. Только у одного врача (2%) выявлен низкий уровень по каналу успех-призвание; его отличает неспособность проявлять себя творчески;
2. У 19 врачей (27%) выявлен средний уровень по каналу успех-призвание; им свойственно находить в своей работе интерес, она для них – это «дело по душе»;
3. У 49 врачей (71%) выявлен высокий уровень по каналу успех-призвание; их характеризует служение высшей идее (рис. 3.28).



**Рисунок 3.28 – Диаграмма. Результаты диагностики уровня успех – призвание с помощью опросника «Изучение мотивации успеха» (ИМУС)**

Таким образом, по общему каналу интериоризации успеха:

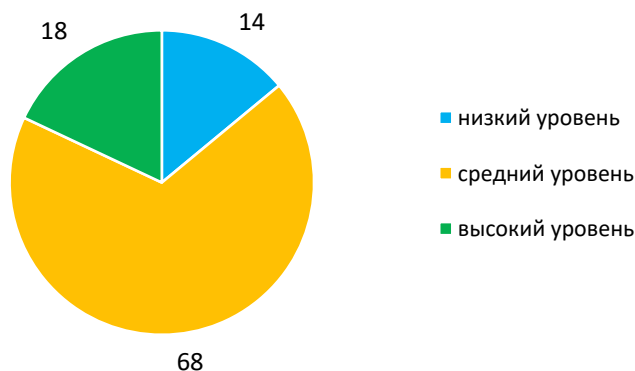
1. Только у 2 врачей, принявших участие в нашем исследовании (3%), выявлен низкий уровень интериоризации успеха; их отличает то, что они способны полагаться на случай, а не на свои силы;
2. У 13 врачей (19%) выявлен средний уровень интериоризации успеха; их характеризует достаточное приложение усилий на то, чтобы добиться успеха самому, а не надеяться на ситуацию;
3. У абсолютного большинства врачей общей практики (78%) выявлен высокий уровень интериоризации успеха; им свойственно полагаться исключительно на свои умения и навыки (рис. 3.29).



**Рисунок 3.29 – Диаграмма. Результаты диагностики интериоризации успеха с помощью опросника «Изучение мотивации успеха» (ИМУС)**

Результаты диагностики силы стремления к достижению цели с помощью опросника «Мотивация к успеху» (МКУ) показали:

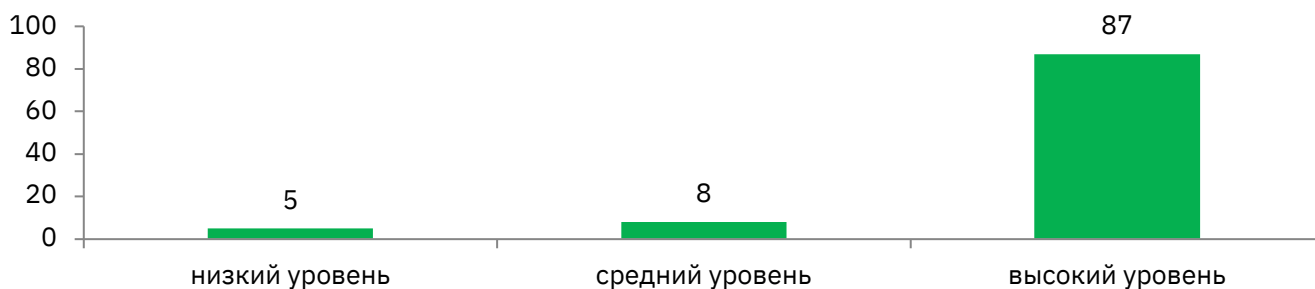
1. У 10 врачей общей практики (14%) выявлен низкий уровень силы стремления к достижению цели; их отличает неспособность принимать решения, необходимые для достижения результата;
2. У 47 врачей (68%) выявлен средний уровень силы стремления к достижению цели; им свойственно в нужный момент активизироваться в определенной сфере для достижения нужного результата;
3. Только у 12 врачей (18%) выявлен высокий уровень силы стремления к достижению цели; их характеризует стремление всегда добиваться своей цели (рис. 3.30).



**Рисунок 3.30 – Диаграмма. Результаты диагностики силы стремления к достижению цели с помощью опросника «Мотивация к успеху» (МКУ)**

Наибольший интерес представляют результаты диагностики уровня мотивации успеха и боязни неудачи с помощью опросника «Диагностика мотивации успеха и боязни неудачи» (ДМУИБН):

1. Только у трех молодых врачей (5%) выявлен низкий уровень мотивации успеха и боязни неудачи; их отличает потребность избежать наказания, порицания;
2. У 6 врачей (8%) выявлен средний уровень мотивации успеха и боязни неудачи; им свойственно трудолюбие, потребность в достижении успеха;
3. 87% врачей характеризуются высоким уровнем мотивации успеха и боязни неудачи; их характеризует настойчивость в достижении цели, целеустремленность, ответственность, упорство и настойчивость (рис. 3.31).



**Рисунок 3.31 – Гистограмма. Результаты диагностики уровня мотивации успеха и боязни неудачи с помощью опросника «Диагностика мотивации успеха и боязни неудачи» (ДМУИБН)**

Для выявления общего уровня коммуникабельности и мотивации успеха были стандартизированы показатели всех методик (табл. 3.2).

**Таблица 3.2 – Сводные данные по блоку методик диагностики коммуникабельности**

Уровни коммуникабельности / аббревиатуры методик	Н – низкий	НС – ниже среднего	С – средний	ВС – выше среднего	В – высокий
КЛВ	0 - 6	7 - 12	13 - 19	20 - 25	26 - 32
ТК	0 - 49	50 - 99	100 - 199	200 - 279	280 - 300
ПЛСВО	0 - 3	4 - 8	9 - 13	14 - 17	18 - 20
<b>Σ</b>	<b>0 - 59</b>	<b>60 - 120</b>	<b>121 - 232</b>	<b>233 - 322</b>	<b>323 - 352</b>

**Примечания:** КЛВ – «Коммуникабельны ли Вы?»; ТК – «Тестируем коммуникабельность»; ПЛСВО – «Приятно ли с Вами общаться?»; Σ - суммарный балл.

Выявлено, что:

1. Ни у одного врача (0%) не зафиксирован низкий уровень коммуникабельности;
2. 4% врачей можно охарактеризовать как малообщительных людей (ниже среднего уровень коммуникабельности);
3. Абсолютное большинство врачей (89%) характеризуются средним уровнем коммуникабельности; им присуща легкость в общении, они достаточно быстро могут вступать в контакт с окружающими, в том числе и с пациентами;
4. У 4 врачей (7%) – выше среднего уровень коммуникабельности; им свойственно достаточно высокие способности взаимодействия с окружающими;
5. Ни у одного из обследованных врачей не выявлен (0%) высокий уровень коммуникабельности (рис. 3.32).



Рисунок 3.32 – Диаграмма. Результаты общей диагностики коммуникабельности врачей общей практики

Таблица 3.3 — Сводные данные по блоку методик диагностики мотивации успеха

Уровни мотивации успеха / аббревиатуры методик	Н – низкий	НС – ниже среднего	С – средний	ВС – выше среднего	В – высокий
ИМУС	36 - 65	66 - 94	95 - 122	123 - 151	152 - 180
МКУ	0 - 6	7 - 13	14 - 20	21 - 27	28 - 32
ДМУИБН	1 - 7	8 - 9	10 - 11	12 - 13	14 - 20
<b>Σ</b>	<b>37 - 79</b>	<b>80 - 117</b>	<b>118 - 154</b>	<b>155 - 192</b>	<b>193 - 232</b>

**Примечания:** ИМУС – «Изучение мотивации успеха студентов»; МКУ – «Мотивация к успеху»; ДМУИБН – «Диагностика мотивации успеха и боязни неудач»; Σ - суммарный балл.

Общий уровень мотивации успеха у врачей общей практики представлен на рисунке 3.33.

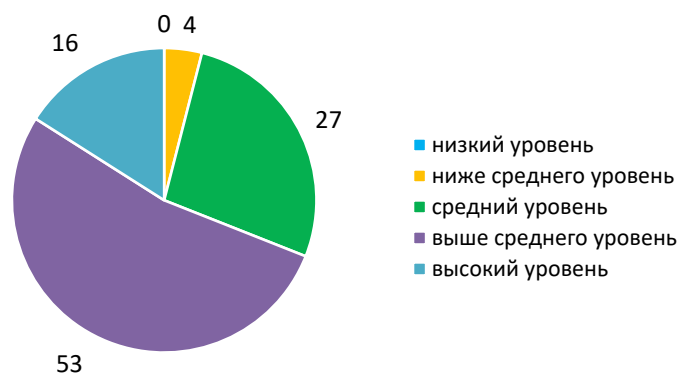


Рисунок 3.33 – Диаграмма. Результаты общей диагностики мотивации успеха врачей общей практики

1. Ни у одного врача не был зафиксирован низкий уровень мотивации успеха;
2. Только у трех врачей (4%) выявлен ниже среднего уровень мотивации успеха; их характеризует достаточно низкий уровень стремления к достижению цели, они больше ориентированы на избежание неудач, чем на успех;
3. Почти треть опрошенных врачей (27%) характеризуются средним уровнем развития мотивации успеха; им присуще активизироваться в нужный момент для достижения желаемого результата;

4. У большинства же врачей (53%) зафиксирован выше среднего уровень мотивации успеха; им свойственно проявлять инициативу для достижения поставленной задачи, они ориентированы скорее на достижение успеха, чем избегание неудач;

5. 8 врачей общей практики, что составляет 16% от выборки, характеризуются высоким уровнем мотивации успеха; им свойственно стремление всегда добиваться своей цели, они прикладывают к профессиональной деятельности и для достижения цели максимум усилий и всегда ориентированы на успех.

Далее по результатам исследования была проведена математическая обработка результатов с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена (табл. 3.4).

**Таблица 3.4 – Сводная таблица коэффициентов корреляции**

Методики	ИМУС											МКУ	ДМУИБН	Σ	
	ЭУ					ИУ									Σ
	УКМУЖ	У-У	У-П	У-В	ΣЭУ	УКРСД	ЛУ	УКПС	УКПП	У-Пр	ΣИУ				
КЛВ (ОУО)	<b>0,360</b>	0,075	<b>0,251</b>	0,137	<b>0,258</b>	<b>0,255</b>	0,090	<b>0,281</b>	0,142	0,201	0,239	<b>0,273</b>	-0,100	<b>0,382</b>	<b>0,260</b>
ТК	0,050	0,165	0,038	-0,089	0,011	-0,057	0,016	-0,120	-0,102	0,089	-0,044	-0,031	-0,041	<b>0,269</b>	-0,004
ПЛСВО	0,038	0,031	0,051	-0,166	0,095	0,148	0,125	-0,123	-0,106	0,053	0,021	-0,036	0,056	0,210	0,000
Σ	0,001	0,162	-0,007	-0,077	0,017	-0,008	0,035	-0,082	-0,086	0,114	-0,008	0,004	-0,048	<b>0,320</b>	0,030

\* -  $p < 0,01$  ( $r = 0,33$ ); \*\* -  $p < 0,05$  ( $r = 0,25$ )

**Примечание:** КЛВ (ОУО) – коммуникабельны ли вы? (оценка уровня общительности), ТК – тестируем коммуникабельность, ПЛСВО – приятно ли с вами общаться; ИМУС – изучение мотивации успеха студента, ЭУ – экстернизация успеха, УКМУЖ – успех как материальный уровень жизни, У-У – успех – удача, У-П – успех – признание, У-В – успех – власть, ΣЭУ – суммарный балл по экстернизации успеха, ИУ – интериоризация успеха, УКРСД – успех как результат собственной деятельности, ЛУ – личный успех, УКПС – успех как психическое состояние, УКПП – успех как преодоление препятствий, У-Пр – успех – призвание, ΣИУ – суммарный балл по интериоризации успеха, МКИ – мотивация к успеху, ДМУИБН – диагностика мотивации успеха и боязни неудачи, Σ – сумма.

Полученные результаты математической обработки данных говорят о том, что существует взаимосвязь между:

- высоким уровнем общительности и высоким уровнем успеха, как материальный уровень жизни, высоким уровнем успех – призвание, высоким уровнем успеха, как психическое состояние. Врачи с высоким уровнем общительности предпочитают всегда ориентироваться на успех;
- средним уровнем коммуникабельности и высоким уровнем мотивации успеха;
- общим уровнем выраженности коммуникативных способностей и высоким уровнем мотивации успеха.

## 3.7. ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ СИЛЫ ВОЛИ ВРАЧЕЙ И ИХ МОТИВАЦИИ К УСПЕХУ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Аппарат диагностики:

Блок 1. Методики диагностики силы воли врачей:

- Определение развития волевых качеств (ОРВК; автор – Е. Н. Прошицкая; цель – определить уровень развития волевых качеств);
- Сила воли (СВ; цель – измерить силу воли);
- Тест на силу воли (ТНСВ; цель – определить степень силы воли);

Блок 2. Методики диагностики мотивации успеха:

- Изучение мотивации успеха студента (ИМУС; цель – выявить особенности мотивации успеха);
- Мотивация к успеху (МКУ; автор – Т. Элерс; цель – оценить силу стремления к достижению цели, к успеху);
- Диагностика мотивации успеха и боязни неудачи (ДМУИБН; автор – А. А. Реан; цель – определить уровень мотивации успеха и боязни неудачи).

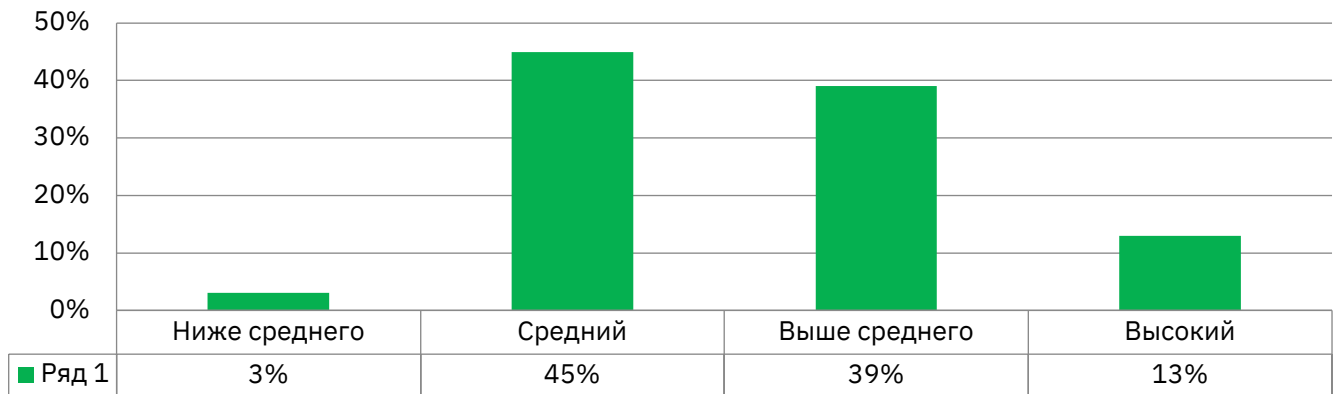
Для математической обработки результатов исследования использовался метод ранговой корреляции Спирмена.

Всего было обследовано 60 врачей поликлиники в возрасте от 35 до 44 лет со стажем профессиональной деятельности от 11 до 20 лет.

В результате исследования получены следующие результаты:

Результаты диагностики волевых качеств врачей с помощью опросника «Определение развития волевых качеств» (ОРВК) показали:

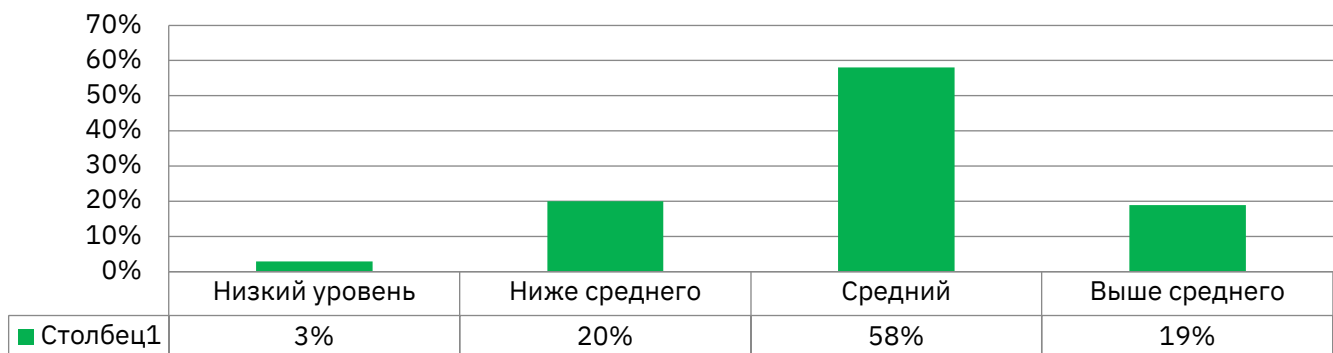
- 1) У 3% врачей поликлинического профиля выявлен уровень развития волевых качеств ниже среднего; малоразвиты волевые качества, необходимо развивать волевые качества, т.к. это необходимое условие для успешного преодоления внешних и внутренних препятствий.
- 2) У 27 врачей поликлиники (45%) выявлен средний уровень развития волевых качеств; таким специалистам в делах не хватает инициативности и настойчивости, хотя такие медицинские работники и выполняют все в срок и способны усердно работать.
- 3) У 39% врачей поликлиники выявлен уровень развития волевых качеств выше среднего; для них характерно проявлять настойчивость и инициативность, они выполняют работу на достаточно высоком уровне.
- 4) У 8 врачей (13%) выявлен высокий уровень развития волевых качеств; им соответствуют такие волевые качества, как решительность, самостоятельность, настойчивость как в жизни, так и в профессиональной деятельности, они способны блестяще справиться с работой (рис. 3.34).



**Рисунок 3.34 — Гистограмма. Результаты диагностики развития у врачей поликлинического профиля волевых качеств с помощью опросника «Определение развития волевых качеств» (ОРВК)**

Результаты диагностики силы воли с помощью опросника «Сила воли» (СВ) показали:

- 1) что низкий уровень силы воли выявлен только у двух респондентов; им свойственно не доводить доверенное дело до конца.
- 2) 20% врачей поликлиники характеризуются ниже среднего уровнем развития силы воли; слабости управляют ими, неумение ждать, любое промедление может приводить их в отчаяние.
- 3) большинство врачей (58%) характеризуются средним уровнем развития силы воли; их характеризует обладание неплохой выдержкой, такие специалисты неплохо справляются с работой. С одной стороны, этого вполне достаточно для нормальной жизни, а с другой – у них всегда есть повод немного поработать над собой.
- 4) У 11 врачей (19%) выявлен уровень силы воли выше среднего; им свойственно ответственно подходить к работе, они никогда не подводят тех, кто что-то им доверил. Такие врачи готовы тщательно прорабатывать какие-либо проекты, усидчиво готовиться к принятию верного решения (рис. 3.35).



**Рисунок 3.35 – Гистограмма. Результаты диагностики измерения силы воли с помощью опросника «Сила воли» (СВ)**

Результаты диагностики силы воли с помощью опросника «Тест на силу воли» (ТНСВ) показали, что достаточно большое количество врачей обладают средним и выше среднего уровнями развития силы воли (рис. 3.36).

- 1) у 18 врачей поликлиники (30%) выявлен средний уровень силы воли; им свойственно не в полной мере сосредотачиваться на достижении своей цели, но положенную работу выполняют достаточно старательно и неплохо, однако недостаточный уровень развития силы воли может привести к возникновению формализма в работе.

2) у 48% респондентов был выявлен уровень силы воли выше среднего; им свойственно проявлять упорство и целеустремленность при выполнении своей работы, и, если они столкнутся с препятствием, то начнут действовать, чтобы преодолеть его.

3) 6 респондентов (10%) выявлен высокий уровень силы воли; их отличает способность приложить массу волевых усилий, чтоб достичь своих целей, они очень упорны и целеустремленны, их не страшат ни новые поручения, ни сложные задания.

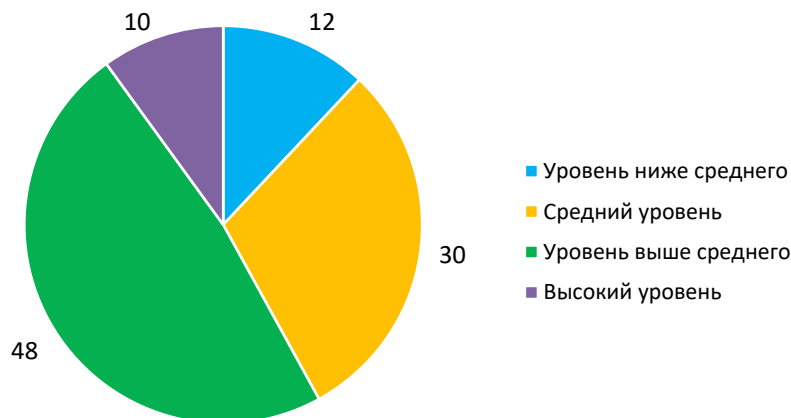


Рисунок 3.36 – Диаграмма. Результаты диагностики определения силы воли с помощью опросника «Тест на силу воли» (ТНСВ)

Результаты диагностики экстерниоризации успеха с помощью опросника «Изучение мотивации успеха» (ИМУС) показали, что:

1) только двое врачей, принявших участие в нашем исследовании (3%), характеризуются низким уровнем экстерниоризации успеха; для них характерно слабое проявление внешней мотивации на успех;

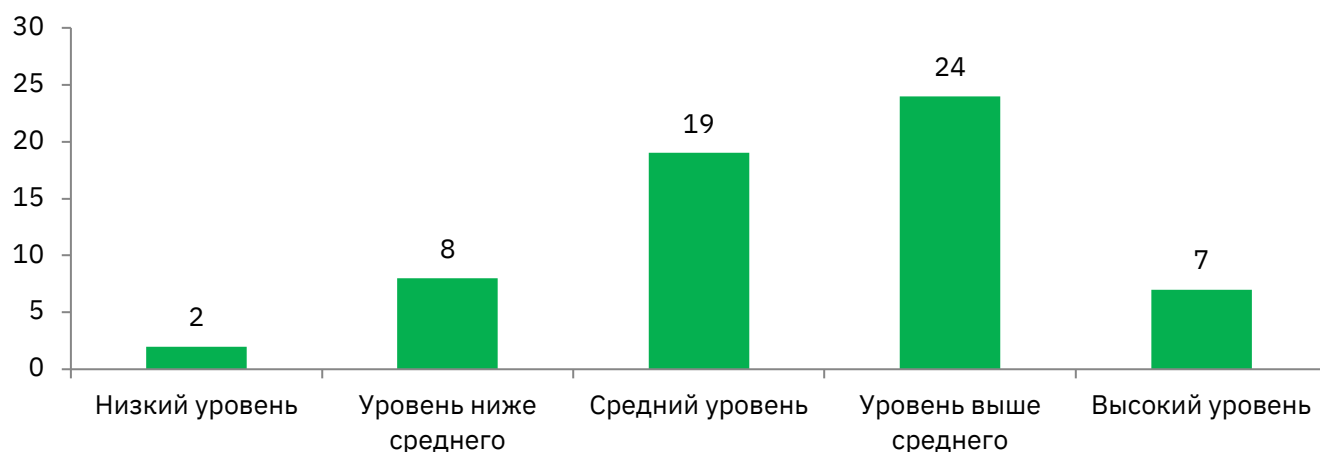
2) у 8 врачей поликлиники (13%) выявлен уровень экстерниоризации успеха ниже среднего; им свойственно не сильно выраженное проявление внешней мотивации, направленной на удачу, признание.

3) 19 врачей (32%) характеризуются средним уровнем экстерниоризации успеха; для них характерна неопределенная направленность как внешней мотивации, так и внутренней.

4) 24 врача (40%) имеют уровень экстерниоризации успеха выше среднего; им свойственно в большей мере проявлять внешнюю мотивацию, направленную на успех и на карьеру, они обладают стремлением к признанию и власти.

5) 7 врачей поликлинического профиля (12%) характеризуются высоким уровнем экстерниоризации успеха; их отличает высокое проявление внешней мотивации к успеху, для них успех – это материальный уровень жизни, удача, признание и власть (рис. 3.37).





**Рисунок 3.37 – Диаграмма. Результаты диагностики экстерииоризации успеха с помощью опросника «Изучение мотивации успеха» (ИМУС)**

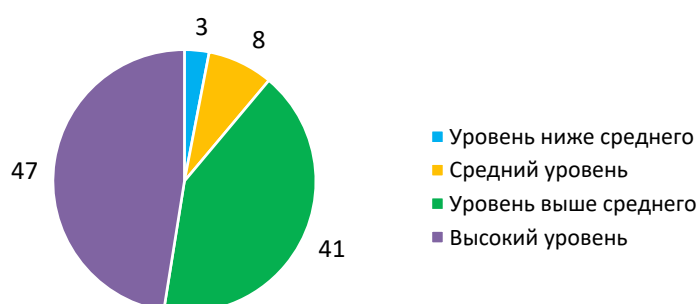
Результаты диагностики интериоризации успеха с помощью опросника «Изучение мотивации успеха студента» (ИМУС) показали схожие данные (рис. 3.38).

1) у 3 врачей (4%) выявлен уровень интериоризации ниже среднего; им свойственно не сильно выраженное проявление внутренней мотивации, направленной на результат собственной деятельности.

2) у 6 респондентов (8%) – выявлен средний уровень интериоризации успеха; для них характерна неопределенная направленность, как внутренней мотивации, так и внешней.

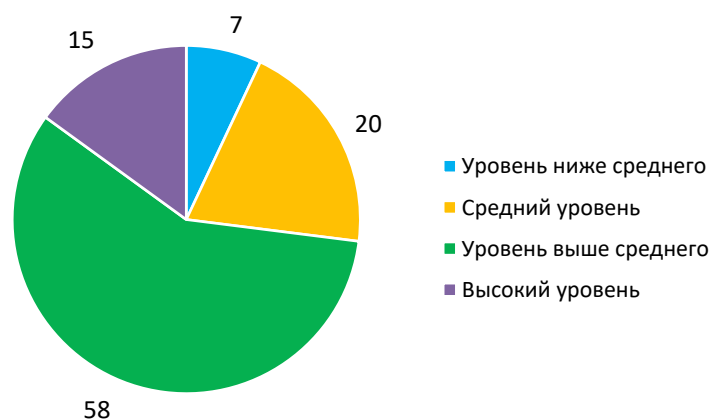
3) 30 врачей (47%) имеют уровень интериоризации успеха выше среднего; им свойственно в большей мере проявлять внутреннюю мотивацию, направленную на успех, они обладают стремлением к преодолению препятствий, личного успеха.

4) 21 респондент (41%) характеризуются высоким уровнем интериоризации успеха; их отличает высокое проявление внутренней мотивации к успеху, для них успех – это результат собственной деятельности, личный успех, психическое состояние, призвание.



**Рисунок 3.38 – Диаграмма. Результаты диагностики интериоризации успеха с помощью опросника «Изучение мотивации успеха» (ИМУС).**

Обобщенные результаты диагностики особенностей мотивации успеха с помощью опросника «Изучение мотивации успеха» (ИМУС) представлены на рисунке 3.39.



**Рисунок 3.39 – Диаграмма. Результаты диагностики выявления особенностей мотивации успеха с помощью опросника «Изучение мотивации успеха» (ИМУС)**

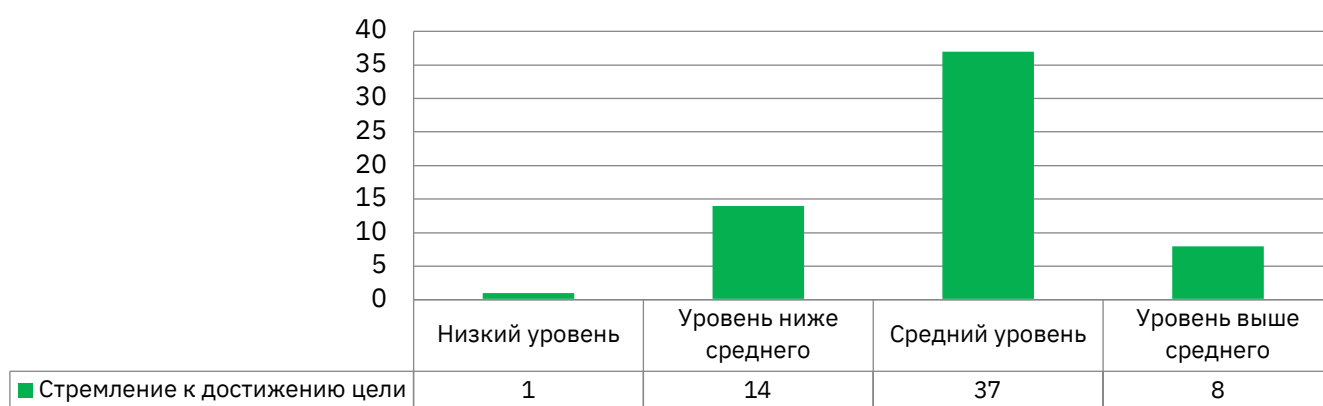
Результаты диагностики стремления к достижению цели с помощью опросника «Мотивация к успеху» (МКУ) показали:

1) 1 респондент (2%) – уровень к достижению цели низкий; его характеризует бездействие и незаинтересованность к каких-либо делах, он мало стремится достичь профессионального мастерства или успеха.

2) 14 врачей (23%) – уровень к достижению цели ниже среднего; им свойственно иметь малую целеустремленность в работе, что может служить одним из признаков развития синдрома эмоционального выгорания.

3) 37 врачей (62%) – уровень к достижению цели средний; им свойственно стремиться к чему-то плодотворному, но они могут бросить начатые дела, если цель им покажется недостижимой.

4) 8 врачей (13%) – уровень к достижению цели выше среднего; их отличает сильное стремление и мотивированность к успеху и при достаточно большой работе они способны добиться поставленной цели (рис. 3.40).



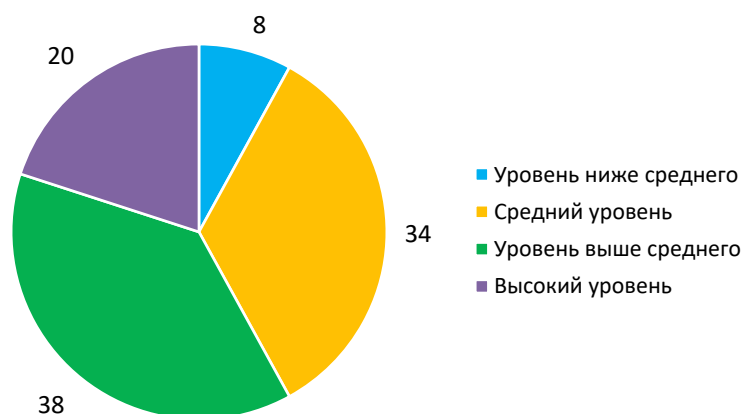
**Рисунок 3.40 – Гистограмма. Результаты диагностики стремления к достижению цели с помощью опросника «Мотивация к успеху» (МКУ)**

Результаты диагностики определения уровня мотивации успеха и боязни неудач с помощью опросника «Диагностика мотивации успеха и боязни неудачи» (ДМУИБН) показали:

1) 8% респондентам свойственна мотивация на неудачу (боязнь неудачи).

2) 38% респондентов характеризуются уровнем мотивации успеха и боязни неудач выше среднего; им свойственна умеренная ориентация на успех.

3) у 20% врачей поликлинического профиля выявлен высокий уровень мотивации успеха и боязни неудач; их отличает высокий уровень стремления к успеху (рис. 3.41).



**Рисунок 3.41 – Диаграмма. Результаты диагностики определения уровня мотивации успеха и боязни неудач с помощью опросника «Диагностика мотивации успеха и боязни неудачи» (ДМУИБН)**

С целью выявления общего уровня сформированности у врачей поликлинического профиля силы воли и мотивации на успех были составлены сводные таблицы с описанием каждого уровня. Суммарное значение баллов, набранное респондентом при прохождении трех психодиагностических методик, отражает определенный уровень развития у него силы воли (табл. 3.4) и мотивации успеха (табл. 3.6)

**Таблица 3.6 – Сводные результаты диагностики силы воли врачей поликлинического профиля**

Уровни силы воли / аббревиатуры методик	Н – низкий	НС – ниже среднего	С – средний	ВС – выше среднего	В – высокий
ОРВК	0 – 7	8 – 14	15 – 22	23 – 29	30 – 36
СВ	0 – 4	5 – 9	10 – 14	15 – 19	20 – 24
ТНСВ	0 – 20	21 – 40	41 – 60	61 – 80	81 – 100
Σ	0 – 32	33 – 64	65 – 97	98 – 129	130 – 160

**Примечание:** ОРВК – Определение развития волевых качеств; СВ – сила воли; ТНСВ – Тест на силу воли; Σ – суммарный балл.

На рисунке 3.42 представлены обобщенные результаты исследования силы воли у врачей поликлинического профиля.

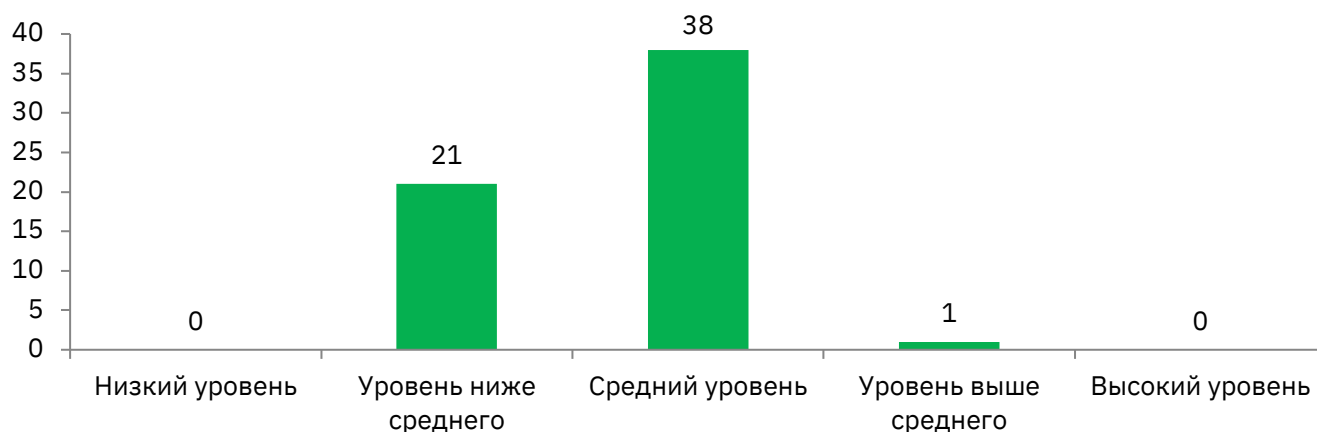


Рисунок 3.42 – Гистограмма. Сводные результаты диагностики силы воли врачей поликлинического профиля

Таблица 3.7 – Сводные результаты диагностики мотивации успеха врачей поликлиники

Уровни мотивации успеха/ аббревиатуры методик	Н – низкий	НС – ниже среднего	С – средний	ВС – выше среднего	В – высокий
ИМУС	36 – 65	66 – 24	25 – 122	123 – 151	152 – 180
МКУ	1 – 6	7 – 13	14 – 19	20 – 26	27 – 32
ДМУИБН	0 – 4	5 – 8	9 – 12	13 – 16	17 – 20
<b>Σ</b>	<b>37 – 75</b>	<b>78 – 115</b>	<b>118 – 153</b>	<b>156 – 193</b>	<b>196 – 232</b>

**Примечание:** ИМУС – изучение мотивации успеха; МКУ – мотивация к успеху; ДМУИБН – диагностика мотивации успеха и боязни неудачи; Σ – суммарный балл.

Обобщенные данные об особенностях развития у врачей поликлинического профиля мотивации успеха представлены на рисунке 3.43.

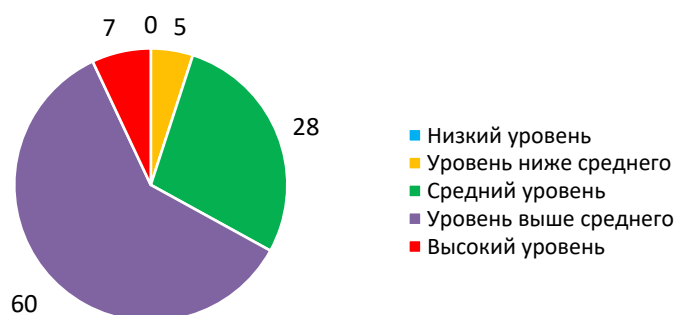


Рисунок 3.43 – Диаграмма. Сводные результаты диагностики мотивации успеха врачей поликлинического профиля

Был проведен корреляционный анализ между:

а. результатами методики «Определение развития волевых качеств» (ОРВК) по определению уровня развития волевых качеств и результатам диагностики по блоку методик диагностики мотивации успеха врачей (по каждой из методик);

б. результатами методики «Сила воли» (СВ) по определению уровня силы воли и результатами диагностики по блоку методик диагностики мотивации успеха врачей (по каждой из методик);

в. результаты методики «Тест на силу воли» (ТНСВ) по определению измерения силы воли и результатами диагностики по блоку методик диагностики мотивации успеха врачей (по каждой из методик).

Результаты расчетов коэффициентов корреляции представлены в таблице 3.8.

**Таблица 3.8 – Сводная таблица коэффициентов корреляции**

Показатели	ИМУС									МКУ	ДМУИБН	Σ
	ЭУ				ИУ							
	УКМУЖ	У-У	У-Призн	У-В	УКРСД	ЛУ	УКПС	УКПП	У-Призв			
ОРВК	<b>0,363</b>	<b>0,283</b>	<b>0,322</b>	<b>0,341</b>	<b>0,349</b>	0,197	<b>0,325</b>	<b>0,42</b>	<b>0,444</b>	<b>0,369</b>	<b>0,285</b>	<b>0,533</b>
СВ	0,203	0,127	<b>0,429</b>	<b>0,331</b>	0,264	0,105	<b>0,366</b>	<b>0,304</b>	<b>0,483</b>	0,209	0,067	<b>0,427</b>
ТНСВ	<b>0,328</b>	<b>0,329</b>	0,267	0,239	<b>0,38</b>	0,062	0,232	<b>0,343</b>	<b>0,338</b>	<b>0,521</b>	<b>0,454</b>	<b>0,487</b>
Σ	<b>0,359</b>	<b>0,332</b>	<b>0,406</b>	<b>0,351</b>	<b>0,45</b>	0,187	<b>0,352</b>	<b>0,459</b>	<b>0,498</b>	<b>0,501</b>	<b>0,397</b>	<b>0,62</b>

\* -  $p < 0,01$  ( $r = 0,35$ ); \*\* -  $p < 0,05$  ( $r = 0,27$ )

**Примечание:** ОРВК – Определение развития волевых качеств; СВ – Сила воли; ТНСВ – Тест на силу воли; ИМУС – Изучение мотивации успеха; ЭУ – Экстериоризация успеха; УКМУЖ – Успех как материальный уровень жизни; УУ – Успех-удача; У-Призн – успех признание, УВ – Успех власть; ИУ – Интериоризация успеха; УКРСД – Успех как результат собственной деятельности; ЛУ – Личный успех; УКПС – Успех как психическое состояние; УКПП – Успех как преодоление препятствий; У-Призв – успех призвание; МКУ – Мотивация к успеху; ДМУИБН – Диагностика мотивации успеха и боязни неудачи; Σ – общее значение.

Результаты проведенных исследований позволили выявить и сильные, и слабые стороны профессионально-личностного развития врачей и доказать целесообразность разработки и реализации целевых программ их психологической поддержки.

# СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Аксенова Е. И., Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Профессиональные деформации медицинских работников: сущность, структура, особенности диагностики, профилактики и коррекции: монография. Электронный ресурс. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2022. 265 с.
2. [Бонкало Т. И., Полякова О. Б. Взаимосвязь видов рабочего стресса у практических психологов, оказывающих помощь населению в постковидный период // Человеческий капитал. 2023. № 11-1 \(179\). С. 243-249. DOI: \[10.25629/НС.2023.11.24\]\(#\)](#)
3. Бонкало Т. И., Полякова О. Б. Взаимосвязь индивидуально-типологических особенностей и агрессивных установок подростков с тяжелыми нарушениями речи // [Актуальные проблемы психологического знания](#). 2023. № 1 (62). С. 205-217. DOI: [10.51944/20738544\\_2023\\_1\\_205](#)
4. Бонкало Т. И., Полякова О. Б. Гендерные особенности взаимосвязи алекситимии и эмоциональной стабильности лиц юношеского возраста в период пандемии COVID-19 // Труды научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: сб. науч. тр. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. С. 320-327.
5. Бонкало Т. И., Полякова О. Б. Здоровьесберегающие технологии в учебной и профессиональной деятельности: учебник для обучающихся по направлениям медицинского и психологического образования. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. 206 с.
6. Бонкало Т. И., Полякова О. Б. Ментальное здоровье: дайджест. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. 57 с.
7. Бонкало Т. И., Полякова О. Б. Мотивация трудовой деятельности медицинских работников: психологические исследования: монография. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. 200 с.
8. Бонкало Т. И., Полякова О. Б. Проблемы профессиональной подготовки будущих медицинских работников в условиях онлайн-обучения: опыт пандемии COVID-19: монография. Электронный ресурс. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2022. 152 с.
9. Бонкало Т. И., Полякова О. Б. Профессиональное здоровье: дайджест. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2024. 68 с.
10. Бонкало Т. И., Полякова О. Б. Психологические основы профессиональной деятельности: уч.-метод. пособие для обучающихся по направлениям медицинского образования. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 326 с.
11. Бонкало Т. И., Полякова О. Б. Психология кризисных состояний: учебник для обучающихся по направлениям медицинского и психологического образования. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. 340 с.

12. [Бонкало Т. И., Полякова О. Б. Специфика адаптивных психических состояний и свойств медицинских работников в постковидный период // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2022. № 4. С. 421-435. DOI: \[10.24412/2312-2935-2022-4-421-435\]\(#\)](#)
13. Бонкало Т. И., Полякова О. Б. Специфика профессионального стресса медицинских работников в постковидный период // [Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины](#). 2023. № 31(s2). С. 1197-1201. DOI: [10.32687/0869-866X-2023-31-s2-1197-1201](#)
14. Бонкало Т. И., Полякова О. Б. Специфика самочувствия, активности и настроения как составляющих эмоционального здоровья студенческой молодежи // [Здоровье мегаполиса](#). 2023. Т. 4. № 4. С. 52-60. ISSN 2713-2617. DOI: [10.47619/2713-2617.zm.2023.v.4i4;52-60](#)
15. [Бонкало Т. И., Полякова О. Б. Стресс в профессиональной деятельности медицинских работников: уч.-метод.](#) пособие для обучающихся по направлениям медицинского образования. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 229 с.
16. [Бонкало Т. И., Полякова О. Б. Стрессоустойчивость и стрессоустойчивое поведение: уч.-метод.](#) пособие для обучающихся в системе профессионального образования. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 193 с.
17. [Бонкало Т. И., Полякова О. Б. Эмоциональное истощение как фактор возникновения и развития невротических состояний медицинских работников // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. № 28\(S2\). С. 1208-1214. DOI: \[10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1208-1214\]\(#\)](#)
18. Бонкало Т. И., Полякова О. Б., Горохова И. В. Основы профессиологии и профориентации: уч.-метод. пособие для обучающихся по всем направлениям высшего образования. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 169 с.
19. Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Вектор карьерных ориентаций студенческой молодежи в постковидный период // [Системная психология и социология](#). 2023. № 1 (45). С. 45-55. DOI: [10.25688/2223-6872.2023.45.1.04](#)
20. Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Здоровье: дайджест. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. 51 с.
21. Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Общественное здоровье: дайджест. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2024. 48 с.
22. [Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Основы психической саморегуляции деятельности медицинских работников: уч.-метод.](#) пособие для обучающихся по направлениям медицинского образования. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 436 с.
23. [Полякова О.Б., Бонкало Т.И. Особенности малоадаптивных форм и видов вины медицинских работников в постковидный период // Здравоохранение Российской Федерации. 2023. Т. 67. № 5. С. 430-435. DOI: \[10.47470/0044-197X-2023-67-5-430-435\]\(#\)](#)
24. Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Особенности профессиональной рефлексии у студентов – будущих медицинских работников // [Труды научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента](#). М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2022. С. 80-87.
25. Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Особенности профиля профессионального кризиса медицинских работников с профессиональными деформациями в условиях пандемии COVID-19 // [Здравоохранение Российской Федерации](#). 2022. № 66(6). С. 521-528. DOI: [10.47470/0044-197X-2022-66-6-521-528](#)

26. Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Особенности психосоматизации медицинских работников с профессиональными деформациями // *Здравоохранение Российской Федерации*. 2020. № 64(5). С. 278-286. DOI: [10.46563/0044-197X-2020-64-5-278-286](https://doi.org/10.46563/0044-197X-2020-64-5-278-286)
27. Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Особенности самооценки индекса отношения к собственному здоровью студенческой молодежи // *Здоровье мегаполиса*. 2023. Т. 4. № 3. С. 4-12. DOI: [10.47619/2713-2617.zm.2023.v.4i3;4-12](https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2023.v.4i3;4-12)
28. Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Особенности эмоционального интеллекта современных супружеских пар // *Актуальные проблемы психологического знания*. 2023. № 4 (65). С. 9-22. DOI: [10.51944/20738544\\_2023\\_4\\_9](https://doi.org/10.51944/20738544_2023_4_9)
29. Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Психическое здоровье: дайджест. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. 64 с.
30. Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Психологическое здоровье: дайджест. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. 54 с.
31. Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Психология посттравматического стресса: учебник. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. 292 с.
32. [Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Специфика жизнестойкости работников здравоохранения с профессиональными деформациями // \*Здравоохранение Российской Федерации\*. 2022. № 66\(1\). С. 67-75. DOI: \[10.46563/0044-197X-2022-66-1-67-75\]\(https://doi.org/10.46563/0044-197X-2022-66-1-67-75\)](#)
33. Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Специфика понимания детерминант успеха профессиональной подготовки студентами – будущими психологами // *Ярославский педагогический вестник*. 2023. № 4 (133). С. 163-169. DOI: [10.20323/1813-145X\\_2023\\_4\\_133\\_163](https://doi.org/10.20323/1813-145X_2023_4_133_163)
34. [Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Специфика физиологического стресса населения, находящегося в самоизоляции из-за пандемии COVID-19 // \*Здравоохранение Российской Федерации\*. 2021. № 65\(5\). С. 432-439. DOI: \[10.47470/0044-197X-2021-65-5-432-439\]\(https://doi.org/10.47470/0044-197X-2021-65-5-432-439\)](#)
35. [Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Физиологические симптомы нервно-психического напряжения у медицинских работников с профессиональными деформациями // \*Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины\*. 2020. № 28\(S2\). Р. 1195-1201. DOI: \[10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1195-1201\]\(https://doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1195-1201\)](#)
36. [Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Физическое здоровье: дайджест. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. 58 с.](#)
37. Bonkalo T. I., Polyakova O. B., Bonkalo S. V., Kolesnik N. T., Sorokoumova E. A. Development of ethnic social identity among the members of ethnic community organizations as the factor of preventing the spread of nationalist in a multicultural society // *Biosci. Biotechnol. Res. Asia*. 2015. № 12(3). P. 2361-2372. DOI: [10.13005/bbra/1912](https://doi.org/10.13005/bbra/1912)
38. Polyakova O. B., Bonkalo T. I. The specificity of the vitality of health care workers with professional deformations // *Health Care of the Russian Federation*. 2022. № 66(1). P. 67-75. DOI: [10.47470/0044-197x-2022-66-1-67-75](https://doi.org/10.47470/0044-197x-2022-66-1-67-75)



## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

**Бонкало Татьяна Ивановна** – доктор психологических наук, доцент, ведущий научный сотрудник отдела исследований общественного здоровья ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва.

**Полякова Ольга Борисовна** – кандидат психологических наук, доцент, практический психолог Центра психологии развития, г. Москва.

Научное электронное издание

**Бонкало** Татьяна Ивановна, **Полякова** Ольга Борисовна

# АКТУАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Корректор И. Д. Баринская

Дизайнер-верстальщик А. В. Усанов

Объем данных 3.5 МБ

Дата подписания к использованию: 14.03.2024

[URL: https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/monografii/](https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/monografii/)

ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»,  
115088, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9  
Тел.: +7 (495) 530-12-89  
Электронная почта: [niiozmm@zdrav.mos.ru](mailto:niiozmm@zdrav.mos.ru)



НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА

**ДВИГАЕМ НАУКУ  
ВПЕРЕД!**



НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА



МОСКВА  
2 0 2 4