

МИНИСТРЕСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
(национальный исследовательский университет)»
Институт социально-гуманитарных наук
Факультет «Психология»
Кафедра «Психология развития и возрастное консультирование»

РАБОТА ПРОВЕРЕНА

Рецензент, к. психол.н., доц. кафедры
теор. и прикл. психологии ЮУрГГПУ

_____ Н.В. Крыжановская
_____ 2019г.

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой
д-р психол.н., доцент

_____ Е.А.Рыльская
_____ 2019г.

**ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И
НАПРАВЛЕННОСТИ ЛОКУСА КОНТРОЛЯ У МЕДИЦИНСКИХ
РАБОТНИКОВ**

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА
К ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЕ
ЮУрГУ – 37.05.02.2019.053.ПЗ ВКР

Руководитель работы

доцент

_____ В.В. Козлов
_____ 2019г.

Автор работы

студент группы СГ–570

_____ Е.Э.Зарубин
_____ 2019г.

Нормоконтролер

зав.уч.лабораторией

_____ А.А.Колмогорцева
_____ 2019г.

Челябинск 2019

АННОТАЦИЯ

Зарубин Е. Э. Взаимосвязь эмоционального выгорания и направленности локуса контроля у медицинских работников

Челябинск: ЮУрГУ, - СГ-570

47 с., 4 табл., 2 рис., библиогр. список – 50 наим.

Выпускная квалификационная работа посвящена исследованию взаимосвязи эмоционального выгорания и направленности локуса контроля у медицинских работников.

Актуальность темы эмоционального выгорания обусловлена своим широким распространением. Изучение данной проблемы необходимо, так как она непосредственно влияет на психологическое здоровье сотрудников, на физическое здоровье, а также на эффективность в профессиональной сфере.

В результате проведённого исследования были выявлены взаимосвязи между эмоциональным истощением и показателем общей интернальности, деперсонализацией и показателем общей интернальности, а также интернальностью в области межличностных отношений. Также взаимосвязь была выявлена между редукцией профессиональных достижений и интернальностью в области неудач, а также интернальностью в области производственных отношений. Результаты данного исследования могут лечь в основу создания рекомендаций по выявлению сотрудников, склонных к возникновению синдрома эмоционального выгорания, а также профилактики синдрома эмоционального выгорания.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	6
ГЛАВА 1 ВЗАИМОСВЯЗЬ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И НАПРАВЛЕННОСТИ ЛОКУСА КОНТРОЛЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.....	9
1.1 Понятие синдрома эмоционального выгорания и его специфика.....	9
1.2 Понятие локуса контроля и его специфика.....	16
ГЛАВА 2 ПРОГРАММА ИССЛЕДОВАНИЯ.....	25
2.1 Цель, задачи, объект и предмет исследования.....	25
2.2 Методы исследования.....	25
2.3 Методы математической обработки данных.....	29
ГЛАВА 3 АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ	30
3.1 Исследование уровня эмоционального выгорания у медицинских работников.....	30
3.2 Исследование уровня субъективного контроля у медицинских работников.....	32
3.3 Исследование взаимосвязи между синдромом эмоционального выгорания и направленностью локуса контроля у медицинских работников.....	36
ВЫВОДЫ.....	39
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	41
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	43

ВВЕДЕНИЕ

В современном мире проблема изучения эмоционального выгорания является как никогда актуальной, так как сейчас для большинства людей профессиональная деятельность – одна из ведущих. А ведь именно необходимость работать в однообразном или же напряженном режиме способствует развитию такого состояния. Особенно это актуально для медицинских работников, так как их работа максимально связана с взаимодействием с людьми, на них лежит ответственность за жизнь и здоровье пациентов, обращающихся к ним за помощью. Ведь для того, чтобы качественно выполнять свою работу, ставить верные диагнозы и назначать эффективное лечение, необходимо обладать как физическим, так и психологическим здоровьем.

Проблемой эмоционального выгорания в отечественной литературе занимались В.В. Бойко, В.Е. Орёл, Д.Г. Трунов и другие. Среди зарубежных исследователей, занимавшихся данной проблемой, можно выделить таких, как К. Маслач, А.М. Ричардсен, Дж. Фрейденберг и другие.

Вместе с тем, проблема эмоционального выгорания у медицинских работников до сих пор является актуальной.

Также нельзя не сказать о таком феномене, как локус контроля. Суть данного феномена заключается в том, что личность приписывает свои успехи либо же неудачи только внутренним (интернальность) или же внешним (экстернальность) факторам.

Данное понятие в психологию ввел Джулиан Роттер в 1954 году. Также изучением локуса контроля занимались Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, С.Р. Пантिलеев, В.В. Столыпин и другие.

Выявление взаимосвязи между данными явлениями позволит дать медицинским работникам конкретные рекомендации для повышения своей эффективности в профессиональной сфере.

Цель исследования: выявить взаимосвязь синдрома эмоционального выгорания и направленности локуса контроля у медицинских работников.

Задачи исследования:

1. Определить уровень эмоционального выгорания у медицинских работников.
2. Определить направленность локуса субъективного контроля у медицинских работников.
3. Выявить наличие взаимосвязи между синдромом эмоционального выгорания и направленностью локуса субъективного контроля у медицинских работников.

Объект исследования: Степень выраженности синдрома эмоционального выгорания медицинских работников.

Предмет исследования: Взаимосвязь выраженности синдрома эмоционального выгорания и направленности локуса субъективного контроля у медицинских работников.

В работе использовались следующие методики: тест-опросник «Уровень субъективного контроля» (УСК) (Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд А.М.) и «Опросник выгорания Маслач» (вариант для медицинских работников) (К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой).

В качестве метода математической обработки данных в исследовании проводился корреляционный анализ между данными методик «УСК» и «Опросника выгорания Маслач» (вариант для медицинских работников) с применением коэффициента корреляции Спирмена.

Выпускная квалификационная работа состоит из введения, 3-х глав, выводов, заключения, списка литературы (всего 50 наименований). В тексте работы имеется 4 таблицы и 2 рисунка. Общий объем работы 46 страниц.

Апробация работы. Основные положения дипломного исследования обсуждались на XXXVII студенческой международной научно-практической конференции Молодежный научный форум (25 февраля 2019 г., г. Москва).

По теме исследования опубликована 1 работа: Зарубин Е.Э. Взаимосвязь эмоционального выгорания и направленности локуса контроля у медицинских работников. // Молодежный научный форум: электр. сб. ст. по мат. XXXVII междунар. студ. науч.-практ. конф. № 7(37).

ГЛАВА 1 ВЗАИМОСВЯЗЬ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И ЛОКУСА КОНТРОЛЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

1.1 Понятие синдрома эмоционального выгорания и его специфика

Согласно определению отечественного исследователя Е.С. Агапитовой, синдром эмоционального выгорания представляет собой состояние эмоционального и умственного истощения человека, а также физическое утомление, формирующееся и развивающееся вследствие хронического профессионального стресса [2]. При этом Е.С. Агапитова подчеркивает, что развитие этого синдрома в первую очередь характерно для тех работников, чья трудовая деятельность связана с оказанием помощи и услуг другим людям (к их числу чаще всего относятся сотрудники МЧС и правоохранительных органов, работники социальных служб, специалисты медицинского профиля) [1].

В качестве синонимов данного термина можно наиболее часто употребляются «синдром психического выгорания», «информационный невроз» [6].

Синдром эмоционального выгорания впервые описан в 1974 г. американским психиатром Х. Фрейнденбергом. Впоследствии исследование этого синдрома было продолжено социальным психологом К. Маслач [24]. По его мнению, содержание СЭВ определяется все более нарастающим эмоциональным и физическим истощением, кроме того развитием у человека отрицательной самооценки и отрицательного отношения к собственной профессиональной деятельности [7].

Отечественный психолог В.В. Бойко рассматривает СЭВ как механизм психологической защиты личности, вырабатывающийся в результате различных психотравмирующих воздействий со стороны внешней среды и заключающийся в полном или частичном исключении эмоций и чувств [8].

Синдром эмоционального выгорания состоит из 3 основных компонентов. Характеристика этих компонентов более подробно рассмотрена в таблице 1 [10].

Таблица 1 – Характеристика основных компонентов СЭВ

Компонент структуры СЭВ	Характеристика (проявления)
Эмоциональное истощение	Снижение выраженности эмоциональных реакций на происходящее, апатия, агрессивность, злость, гнев, тревожность, раздражительность, симптомы депрессивного состояния
Деперсонализация	Обезличивание других людей, негативизм, циничность установок и чувств по отношению к окружающему.
Редуцирование личных достижений	Отрицательное оценивание своей личности и себя как профессионала, негативизм по отношению к трудовым обязанностям, снижение уровня профессиональной мотивации

Специфические особенности многих профессий способны приводить к формированию у работников следующих симптомов синдром эмоционального выгорания [11]:

- эмоциональная отстраненность, которая выражается в полном или частичном исключении переживаний, чувств и эмоций из профессиональной деятельности;

- дефицит эмоциональной сферы, который проявляется в ощущении человеком отсутствия возможности к эмпатии и эмоциональному соучастию к происходящему;

- личностная отстраненность, которая проявляется в потере интереса к другим людям (окружающие начинают восприниматься исключительно как объекты для манипуляций со стороны человека);

- психосоматические и психовегетативные нарушения, соматизация, возникающая даже от мыслей о субъектах своей служебной деятельности [11].

Помимо признаков синдрома эмоционального выгорания как механизма психологической защиты, исследователи выделяют также характерные ему общие признаки [20]:

1. Физические симптомы: утомление, изменение веса, нарушения режима сна и бодрствования, нарушения дыхания, тошнота и рвота, головокружение, чрезмерная потливость, дрожь, головная боль, повышение артериального

давления, воспалительные заболевания кожи, болезни сердечно сосудистой системы и ЖКТ.

2. Эмоциональные симптомы: скудность или бедность проявлений эмоций и чувств, пессимизм, апатия, цинизм и черствость, агрессия, злость, тревожность, трудности концентрации внимания, утрата интересов и идеалов, надежд, планов и профессиональных перспектив, выраженное ощущение одиночества.

3. Поведенческие симптомы: рабочее время превышает 45 часов в неделю, безразличие к еде, минимальная физическая нагрузка, вредные привычки (алкоголизм, табакокурение), повышается частота и вероятность возникновения несчастных случаев – падений, травм, аварий [48].

4. Интеллектуальные симптомы: выраженное снижение интереса к развитию и обучению, различным новшествам в профессиональной сфере специалиста и к альтернативным подходам в решении трудовых задач, проблем, предпочтение шаблонных решений творческому подходу к решению возникающих проблем.

5. Социальные симптомы: значительное снижение уровня социальной активности, контактов с окружающими, снижение интереса к хобби, досугу, интересам, ощущение изолированности и одиночества, непонимания со стороны других людей [14].

Исследователи, занимающиеся изучением формирования и развития синдрома эмоционального выгорания (Н.А. Аминов, Е.И. Кальченко, В.Е. Орел, В.В. Бойко и другие) выявили и описали 3 главных фактора, оказывающих наиболее сильное влияние на возникновение СЭВ. К этим факторам относятся личностный, ролевой и организационный. Далее опишем каждый фактор более подробно [23].

1. Личностный фактор. Полученные результаты проведенных исследований взаимосвязи личностных особенностей и синдрома эмоционального выгорания позволяют говорить о том, что такие характеристики личности, как возраст, семейный статус, а также стаж профессиональной деятельности не оказывают значимого влияния на формирование СЭВ [31].

Исследователь Х. Фрейденберг, впервые обративший внимание на изучение СЭВ, характеризует тех лиц, которые склонны к его возникновению как сочувствующих, склонных к компромиссу, эмпатичных, гуманных, мягких, увлекающихся, идеалистов, с ярко выраженной направленностью на людей, и, вместе с тем, неустойчивых, интровертированных, склонных к самоанализу и одержимых навязчивыми мыслями [34].

В.В. Бойко, в свою очередь, выделяет другие особенности личности специалиста, которые способствуют формированию и развитию синдрома эмоционального выгорания: склонность к эмоциональной холодности, склонность к чрезмерному переживанию негативных обстоятельств трудовой деятельности, низкая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности [8].

2. Ролевой фактор. На сегодняшний день доказано существование взаимосвязей между ролевой конфликтностью, ролевой неопределенностью и проявлениями синдрома эмоционального выгорания [45].

Немаловажно, что служебная деятельность в ситуации распределенной между сотрудниками ответственности препятствует развитию синдрома эмоционального выгорания, и, напротив, в условиях недифференцированного и неравномерного распределения ответственности вероятность развития синдрома эмоционального выгорания значительно повышается, даже если при этом рабочая нагрузка крайне низкая [37].

3. Организационный фактор. Возникновение синдрома эмоционального выгорания тесно связано с условиями напряженной психоэмоциональной деятельности, определяющейся через интенсивность эмоционального межличностного общения на работе, нагрузку на восприятие, внимание и память, а также на все системы переработки и интерпретации получаемой информации, через ситуацию принятия ответственных решений. В качестве организационных факторов, повышающих риск формирования и развития синдрома эмоционального выгорания, выделяют также неэффективную организацию

трудовой деятельности и неблагоприятную психологическую атмосферу в рабочем коллективе [1].

Дж. Гринберг предлагает рассматривать эмоциональное выгорание как пятиступенчатый прогрессирующий процесс [38].

- Первая стадия эмоционального выгорания ("медовый месяц"). Работник обычно доволен работой и заданиями, относится к ним с энтузиазмом. Однако по мере продолжения рабочих стрессов профессиональная деятельность начинает приносить все меньше удовольствия, и работник становится менее энергичным.

- Вторая стадия эмоционального выгорания ("недостаток топлива"). Появляются усталость, апатия, могут возникнуть проблемы со сном. При отсутствии дополнительной мотивации и стимулирования у работника теряется интерес к своему труду или исчезают привлекательность работы в данной организации и продуктивность его деятельности [44]. Возможны нарушения трудовой дисциплины и отстраненность (дистанцирование) от профессиональных обязанностей. В случае высокой мотивации работник может продолжать гореть, подпитываясь внутренними ресурсами, но в ущерб своему здоровью [25].

- Третья стадия эмоционального выгорания (хронические симптомы). Чрезмерная работа без отдыха, особенно у "трудоголиков", приводит к таким физическим явлениям, как измождение и подверженность заболеваниям, а также психологическим переживаниям - хронической раздражительности, обостренной злобе или чувству подавленности, "загнанности в угол". Постоянное переживание нехватки времени (синдром менеджера).

- Четвертая стадия эмоционального выгорания (кризис). Как правило, развиваются хронические заболевания, в результате чего человек частично или полностью теряет работоспособность. Усиливаются переживания неудовлетворенности собственной эффективностью и качеством жизни.

- Пятая стадия эмоционального выгорания ("пробивание стены"). Физические и психологические проблемы переходят в острую форму и могут спровоцировать

развитие опасных заболеваний, угрожающих жизни человека. У работника появляется столько проблем, что его карьера находится под угрозой [26].

Динамическая модель Б. Перлмана и Е.А. Хартмана представляет четыре стадии эмоционального выгорания [26].

- Первая стадия - напряженность, связанная с дополнительными усилиями по адаптации к ситуационным рабочим требованиям. Такую напряженность вызывают два наиболее вероятных типа ситуаций. Первый: навыки и умения недостаточны, чтобы соответствовать статусно-ролевым и профессиональным требованиям. Второй: работа может не соответствовать его ожиданиям, потребностям или ценностям. Те и другие ситуации создают противоречие между субъектом и рабочим окружением, что запускает процесс эмоционального выгорания.

- Вторая стадия сопровождается сильными ощущениями и переживаниями стресса. Многие стрессогенные ситуации могут не вызывать соответствующих переживаний, поскольку происходит конструктивное оценивание своих возможностей и осознаваемых требований рабочей ситуации. Движение от первой стадии эмоционального выгорания ко второй зависит от ресурсов личности и от статусно-ролевых и организационных переменных.

- Третья стадия сопровождается реакциями основных трех классов (физиологические, аффективно-когнитивные, поведенческие) в индивидуальных вариациях.

- Четвертая стадия представляет собой эмоциональное выгорание как многогранное переживание хронического психологического стресса. Будучи негативным последствием психологического стресса, переживание выгорания проявляется как физическое, эмоциональное истощение, как переживание субъективного неблагополучия - определенного физического или психологического дискомфорта. Четвертая стадия образно сопоставима с "затуханием горения" при отсутствии необходимого топлива [40].

Согласно модели М. Буриша развитие синдрома эмоционального выгорания проходит ряд стадий. Сначала возникают значительные энергетические затраты - следствие экстремально высокой положительной установки на выполнение профессиональной деятельности. По мере развития синдрома появляются чувство усталости, которое постепенно сменяется разочарованием, снижением интереса к своей работе. Следует отметить, что развитие эмоционального выгорания индивидуально и определяется различиями в эмоционально-мотивационной сфере, а также условиями, в которых протекает профессиональная деятельность человека [39].

В настоящее время нет единого взгляда на структуру синдрома эмоционального выгорания, но, несмотря на это, можно сказать, что он представляет собой личностную деформацию вследствие эмоционально затрудненных и напряженных отношений в системе «человек-человек» [41]. Последствия выгорания могут проявляться как в психосоматических нарушениях, так и в сугубо психологических (когнитивных, эмоциональных, мотивационно-установочных) изменениях личности. То и другое имеет непосредственное значение для социального и психосоматического здоровья личности [11].

У людей, пораженных синдромом эмоционального выгорания, как правило, выявляется сочетание психопатологических, психосоматических, соматических симптомов и признаков социальной дисфункции. Наблюдаются хроническая усталость, когнитивная дисфункция (нарушения памяти, внимания), нарушения сна, личностные изменения. Возможно развитие тревожного, депрессивного расстройств, зависимостей от психоактивных веществ, суицид. Общими соматическими симптомами являются: головная боль, гастроинтестинальные (диарея, синдром раздраженного желудка) и кардиоваскулярные (тахикардия, аритмия, гипертония) нарушения.

Таким образом, синдром эмоционального выгорания определяется как один из аспектов профессиональной деформации личности и рассматривается психологами как механизм психологической защиты личности от психического

перенапряжения. Разные авторы приводят различные определения термина СЭВ, но все эти определения связывают СЭВ с психическим и эмоциональным истощением, физической усталостью, вызванным чрезмерными психоэмоциональными перегрузками, которые возникают в результате выполнения профессиональной деятельности.

1.2 Понятие локуса контроля, история его изучения и его специфика

Понятие локуса контроля впервые ввёл Джулиан Роттер - американский психолог, специалист в области клинической психологии, психологии здоровья, психологии личности, социальной психологии, теории социального научения. Наиболее известен как теоретик социального научения [47]. Роттер разработал "Шкалу интернальности-экстернальности" в 1966 году для измерения этих индивидуальных различий. Он разработал также ряд личностных опросников: "Градации устремленности", "Бланки незаконченных предложений", "Шкала межличностного доверия" и другие.

Локус контроля - это понятие, отражающее склонность человека приписывать причины событий внешним или внутренним факторам [18]. Выделяются два крайних типа локализации локуса контроля: интернальный и экстернальный [46].

Дж. Роттер показал, что человек во взаимодействии с окружающим миром приобретает обобщенный опыт, особый тип обобщенных ожиданий о контроле возникновения поведенческих подкреплений в результате успешных или неуспешных действий. Если человек ожидает, что подкрепления зависят от его собственного поведения, то говорят об интернальном локусе контроля, если ожидает контроля подкреплений силами извне – об экстернальном. Согласно Дж. Роттеру, локус контроля не является врожденной и неизменной личностной чертой. Конструкт следует рассматривать как континуум экстернальность–интернальность, и убеждения людей в отношении различных сфер жизни могут быть расположены на всех точках между полюсами. Понятие локуса контроля

органично вписалось в методологически близкий контекст концепций реципрокного детерминизма и каузальной атрибуции [28].

Так, А. Бандура, отводя значимую роль когнитивным процессам в опосредовании связи между стимулом и реакцией, вводит в модель реципрокного детерминизма понятие «самоподкрепление» [4]. Он обнаружил, что подкрепление, осуществляемое самим субъектом, оказывается эффективнее подкреплений от внешней среды; в результате самоудовлетворения от достижения целей у человека появляется специфический мотив прилагать больше усилий в желаемом направлении, а уровень внутренней мотивации человека обычно связан с типом и ценностью побуждений [9].

В свою очередь, Ф. Хайдер даёт понятие о локусе каузальности, который выражает ситуативное или устойчивое осознание человеком в качестве причины наступления того или иного события собственное поведение или внешние средовые обстоятельства [5].

Подобным образом интернальность понимал Б. Вайнер при исследовании мотивации достижения успеха и избегания неудач. Согласно Б. Вайнеру, люди с высокой (результатирующей) мотивацией достижения интернальны в том смысле, что воспринимают успех как связанный с собственными способностями и усилиями, а неудачу – как вызванную недостатком усилий [12].

Таким образом, А. Бандура, Ф. Хайдер и Б. Вайнер подтверждают статус локализации разных аспектов контроля в качестве реально влияющего на поведение человека фактора субъективного отношения к ответственности за происходящие события [22].

Локус контроля может быть отнесен к одной из важнейших характеристик самосознания, определяющей особенности поведенческих реакций в широком спектре социального взаимодействия и проявляющейся в чувстве ответственности, уровне активности и степени воздействия на обстоятельства жизни [13].

Концепция локуса контроля является следствием теории социального научения Дж. Роттера [28]. По его мнению, интернальность и экстернальность являются достаточно устойчивыми свойствами личности, сформированными в процессе ее социализации [17]. Основным элементом теории социального научения является ожидание индивида, что его поведение приведет к желаемому вознаграждению. Проблема контроля социального поведения изучается в разных аспектах в философии, социологии, психологии при рассмотрении возможностей и способностей человека управлять своим поведением (конформизм, отчуждение, самодетерминация, самоактуализация, аномия и др.) [15].

Различные аспекты концепции локуса контроля отражены в теориях и концепциях поведения: вера в судьбу или случай как проявление неэффективности общественной системы (Ч. Веблен), вера в судьбу как защитный механизм, дающий возможность сохранить самоуважение в случае жизненных неудач (Р. Мертон) [29]. Созвучна подходу Дж. Роттера типология социального характера, предложенная Д. Рисменом, который выделил «направляемых изнутри» и «направляемых другими». Поведение «направляемых изнутри» регулируется внутренними целями и ценностями, а «направляемых другими» - ценностями, внешними по отношению к ним [50].

Психологические аспекты локуса контроля отражены в концепции компетентности Р. Уайта, которая рассматривает способность человека, а иногда и потребность, эффективно влиять на свое социальное окружение. В теории мотивации достижения Д. Маккеланда и Дж. Аткинсона фиксируется связь высокой потребности в достижении с верой в свои силы и верой в свои способности [19].

Другой аспект проблемы локуса контроля отражен во фрустрационной теории С. Розенцвейга. Согласно его подходу в обычных житейских ситуациях люди по-разному реагируют на трудности в достижении своих целей. Одни обвиняют себя (интрапунитивная реакция), другие связывают неудачи с внешними обстоятельствами (экстрапунитивная реакция) [9].

Анализируя процесс принятия решения, Р. Голдсмит и Н. Сэлин фиксируют наличие двух моделей: ориентацию на оценку и изменение неопределенности ситуации или на полезность решения задачи. Аналогичный момент в процессе принятия решения Ю. Забродин связывает с критериями принятия решения и выделяет критерий минимальной субъективной неопределенности и критерий максимальной эффективности.

Можно предположить, что в общем случае экстернальный локус контроля формирует ориентацию на состояние, а интернальный - ориентацию на результат. В этой связи важно и то, что локус контроля проявляется как характеристика общей активности личности, которая, по мнению К.А. Абульхановой-Славской, имеет две составляющие: уровень инициативы и уровень ответственности [16].

Несмотря на выраженный личностный аспект локуса контроля, должна учитываться и ситуативная детерминация его проявления [33]. Моменты интернального и экстернального контроля могут быть выделены в поведении каждой личности, что позволяет говорить не о жесткой локализации, а о превалировании и выраженности интернального или экстернального контроля [21].

Локальные проявления субъективного контроля и его регулирующая функция в отношении социального поведения имеют достаточно широкую вариативность и связаны как с личностными, так и с фоновыми параметрами социального взаимодействия и особенностями заданной ситуации [3].

Внутренняя локализация контроля над значительными личностными событиями связана, как показали многочисленные исследования, с адекватным самопознанием, самостоятельностью в принятии и выполнении решений, низкой или средней конформностью, активностью в познавательной деятельности, уверенностью в себе, хорошей саморегуляцией, более оптимистическим мировоззрением, терпимостью, милосердием и доброжелательностью в отношениях с людьми [49].

У интерналов ярко выражена независимость, они болезненно реагируют на попытки манипулирования, избегают выяснения отношений, конфликтов, направлены на реализацию своих способностей, на дело, наиболее полно реализуют свой творческий потенциал (по сравнению с экстерналами). Интерналы лучше информированы и более адекватно оценивают как собственные психологические особенности, так и физическое здоровье [30].

Психологическая характеристика экстерналов (людей, у которых преобладает внешний, экстернальный локус контроля) включает в себя следующие личностные особенности:

1. Выраженные самозащитные реакции и механизмы по типу «агрессии и нападения».
2. Осознание причин личностных событий как расположенных вовне (в других людях, событиях, случайностях), в отличие от интерналов, которые интерпретируют значимые события как результат собственной деятельности.
3. Экстрапунитивность, обвинение других в конфликтах.
4. Конформность, зависимость от других людей, уступчивость.
5. Неуверенность в себе, частая несогласованность образов реального и идеального «Я».
6. Неадекватность самооценки.
7. Тревожность, склонность к депрессивным состояниям и психическим заболеваниям.
8. Недостаточно развитая саморегуляция, эмоциональная неустойчивость, низкая самоактуализация.
9. Нерациональное использование психической энергии, недостаточная реализация творческого потенциала [32].

Характерными чертами интерналов являются: эмоциональная стабильность, моральная нормативность, доверчивость, воображение, общительность и сила воли. Большое число исследований показало значимую и положительную корреляцию экстернальности с тревожностью и депрессивностью, догматизмом,

авторитаризмом. В целом экстерналы характеризуются фаталистическими наклонностями [36].

Ситуация шанса неодинаково влияет на состояние интерналов и экстерналов. Интернальному локусу контроля конгруэнтной является квалификативная ситуация, требующая навыка, а экстернальному - вероятностная, шансовая. Интерналы в ситуации шанса делают больше ошибок, чем в ситуации навыка, демонстрируя высокий уровень тревожности при решении вероятностных задач. Постоянная необходимость действовать в ситуации шанса оказывает неблагоприятное воздействие на интерналов [35]. Поэтому среди них чаще встречаются люди тревожные и депрессивные. Неудача в ситуации, требующей навыка, мастерства переживается наиболее остро интерналами. Интерналы в неконгруэнтных ситуациях демонстрирует более последовательное и менее изменчивое поведение, чем экстерналы.

Локус контроля изучался в связи с временной перспективой, отражающей общее представление личности о прошлом, настоящем и будущем. По сравнению с экстерналами у интерналов временная перспектива имела более широкий диапазон как в будущем, так и в прошлом, независимо от личного или безличного характера событий [43]. У экстерналов временная перспектива укорочена и малособытийна. Интерналы в большей степени обладают целевой перспективой, у них более определенные цели. Экстерналы демонстрируют ситуативное поведение на фоне отсутствия долгосрочных прогнозов.

Индивидам с выраженным интернальным локусом контроля свойственна большая удовлетворенность жизнью и оптимизм. Интернальный локус контроля связан с поддержанием осмысленности жизни. Экстернальность положительно связана с отчуждением личности, что приводит к ее невротизации, подавленности, снижает общую удовлетворенность жизнью. Интернальный локус контроля способствует нормальному функционированию личности, обеспечивает чувство уверенности и самоуважения.

Интернальность локуса контроля выступает в качестве ценности и для интерналов, и для экстерналов. Для них образ идеального человека является более интернальным, чем они сами [42].

Высокая вариабельность поведения экстерналов имеет в определенном смысле защитную функцию. Если интерналы склонны не воспринимать информацию, угрожающую их самосознанию, то экстерналы не проявляют такой особенности. При самооценке экстерналы выделяют большее количество отрицательных черт у себя, чем интерналы и ощущают меньшую потребность отвергать или забывать нежелательную для них информацию. «Защитными» экстерналами считаются люди с низкой верой в других и высоким уровнем экстернальности. «Истинными» экстерналами признаются субъекты, отличающиеся высокой верой в людей и высоким показателем экстернальности. Демонстрация «защитной» экстернальности характерна исключительно для мужчин [22].

Интерналам свойственно стремление к повышению своей информированности относительно значимых для них событий и процессов, что обеспечивает большую степень контроля над событиями. В ситуации принятия решения интерналы преимущественно ориентируются на имеющуюся информацию о содержании задач, в то время как экстерналы больше учитывают социальные требования. Интерналы оценивают успех в зависимости от трудности задачи и тратят больше времени на обдумывание решения [16].

Связь локуса контроля с различными формами социальной активности достаточно противоречива и опосредуется принадлежностью к определенной социальной группе, доходом, образованием, этнической принадлежностью, политическими взглядами, полом [43].

Тенденция приписывать свою продуктивность собственным способностям и усилиям у интерналов чаще имеет место в ситуации успеха, нежели неудачи, но в случае неудачи интерналы в меньшей степени склонны обвинять случай. Интерналы повышают свою настойчивость после успеха и снижают после неудачи в большей степени, чем экстерналы. Экстерналы переживают успех

независимо от трудности задачи и могут довольствоваться успешным решением легкой задачи. Неудача в решении легкой задачи сильнее фрустрирует интерналов [29].

Интерналы выше, чем экстерналы оценивают связь продуктивности деятельности и вознаграждения. В трудовой деятельности интерналы больше, чем экстерналы, убеждены, что усердная работа ведет к высокой продуктивности и способствует получению высокого вознаграждения. Интернально контролируемые работники больше удовлетворены работой, чем экстерналы. Интерналы оценивают руководство с точки зрения участия работников в принятии решения. Интернально ориентированные руководители чаще стремятся использовать убеждение, а экстернально контролируемые - принуждение. Экстерналов в большей степени устраивает руководство с директивным стилем управления. Руководители-интерналы демонстрируют уважение профессиональных качеств работников, экстерналы используют в большинстве случаев официальный статус [27].

По сравнению с экстерналами интерналы достигают более высокого профессионального статуса, они, как правило, больше зарабатывают, в большей степени удовлетворены содержанием работы. У экстерналов исполнение всех видов обязанностей опережает уровень возложения на себя ответственности за выполнение этих обязанностей, в то время как у интернально контролируемых работников выполнение обязанностей сопровождается принятием личной ответственности за качество выполнения. При этом интерналы занижают уровень личной ответственности за выполнение непрямых обязанностей [15].

Интернально ориентированные работники показывают высокий уровень продуктивности, если они работают самостоятельно, сами определяют способы выполнения задания, сами ведут учет результатов труда и осуществляют выпуск конечной продукции. По мере увеличения частоты контроля у интерналов падает продуктивность, а у экстерналов повышается. Интерналы работают хуже, если

они лишены возможности самоорганизации и самоконтроля своей деятельности и не обладают автономией труда.

Умение личности преодолевать жизненные трудности также зависит от ее локуса контроля. Интернальный локус контроля обеспечивает защиту от развития состояния тревожности, депрессии, положительно коррелирует с лечением соматических заболеваний. Интерналы чаще применяют превентивные меры по отношению к угрозе заболеваний, трудным жизненным ситуациям [27]. Большую стойкость проявляют интерналы к внешним социальным воздействиям. Суждения интерналов более независимы от мнений окружающих людей. Уступчивость экстерналов находится в зависимости от статуса источника информации. Чем выше статус источника, тем больше экстерналы изменяют свои аттитюды. На мнение интерналов статус информации практически не влияет. Интерналы не испытывают острых негативных переживаний по поводу постигших их несчастий, быстро восстанавливают достигнутый уровень жизни при возрастании общей интернальности [28].

Таким образом, субъективный контроль - это понятие, отражающее склонность человека приписывать причины событий внешним или внутренним факторам. Разработкой данной проблемы занимались различные исследователи, среди которых можно назвать Дж. Роттера, Д. Рисмена, Р. Уайта и других. Выделяются два крайних типа локализации локуса контроля: интернальный и экстернальный. В зависимости от того, какой тип субъективного контроля преобладает у человека, выделяются и определенные личностные особенности.

ГЛАВА 2 ПРОГРАММА ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Цель, задачи, объект и предмет исследования

Цель исследования: выявить взаимосвязь синдрома эмоционального выгорания и направленности локуса контроля у медицинских работников.

Задачи исследования:

1. Определить уровень эмоционального выгорания у медицинских работников.
2. Определить направленность локуса субъективного контроля у медицинских работников.
3. Выявить наличие взаимосвязи между синдромом эмоционального выгорания и направленностью локуса субъективного контроля у медицинских работников.

Объект исследования: Степень выраженности синдрома эмоционального выгорания и направленность локуса контроля медицинских работников.

Предмет исследования: Взаимосвязь выраженности синдрома эмоционального выгорания и направленности локуса субъективного контроля у медицинских работников.

Гипотеза исследования: Степень выраженности синдрома эмоционального выгорания и направленность локуса субъективного контроля у медицинских работников взаимосвязаны между собой.

Выборка: В исследовании принимали участие 60 врачей Челябинской областной клинической больницы оториноларингологического отделения, а также консультативной поликлиники.

2.2. Методы исследования

Для подтверждения гипотезы нашего исследования были использованы следующие методики: Опросник «УСК» и «Опросник выгорания Маслач» (вариант для медицинских работников).

Опросник «УСК»

Основой этой методики является концепция локуса контроля Джулиана Роттера, с той разницей, что, согласно теории Роттера, локус контроля универсален по отношению к любым видам ситуаций: и в сфере достижения, и в сфере неудач, а авторы методики исходили из возможности разнонаправленных сочетаний уровня субъективного контроля в разных ситуациях, что имеет под собой эмпирические подтверждения. В связи с этим авторы методики выделили в тесте субшкалы: локус контроля в области производственных и семейных достижений, в ситуациях достижения и неудачи, в области здоровья.

Опросник «Уровень субъективного контроля» включает в себя 44 пункта.

Описание шкал:

Шкала общей интернальности (Ио).

Высокий показатель по этой шкале соответствует высокому уровню субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями: интернальный контроль, интернальная личность. Такие люди считают, что большинство важных событий в их жизни есть результат их собственных действий, что они могут ими управлять, и, таким образом, они чувствуют свою собственную ответственность за эти события и за то, как складывается их жизнь в целом. Обобщение различных экспериментальных данных позволяет говорить об интерналах как о более уверенных в себе, более спокойных и благожелательных, более популярных в сравнении с экстерналами. Их отличает более позитивная система отношений к миру и большая осознанность смысла и целей жизни.

Низкий показатель по этой шкале соответствует низкому уровню субъективного контроля: экстернальный контроль, экстернальная личность. Такие люди не видят связи между своими действиями и значимыми для них событиями их жизни, не считают себя способными контролировать их развитие. Они полагают, что большинство событий их жизни является результатом случая или действия других людей. Обобщение различных экспериментальных данных позволяет говорить об экстерналах как о людях с повышенной тревожностью,

обеспокоенностью. Их отличает конформность, меньшая терпимость к другим и повышенная агрессивность, меньшая популярность в сравнении с интерналами.

Шкала интернальности в области достижений (Ид).

Высокие показатели по этой шкале соответствуют высокому уровню субъективного контроля над эмоционально положительными событиями и ситуациями.

Низкие показатели по шкале свидетельствуют о том, что человек приписывает свои успехи, достижения и радости внешним обстоятельствам – везению, счастливой судьбе или помощи других людей.

Шкала интернальности в области неудач (Ин).

Высокие показатели по этой шкале говорят о развитом чувстве субъективного контроля по отношению к отрицательным событиям и ситуациям, что проявляется в склонности обвинять самого себя в разнообразных неприятностях и страданиях.

Низкие показатели свидетельствуют о том, что человек склонен приписывать ответственность за подобные события другим людям или считать их результатом невезения.

Шкала интернальности в семейных отношениях (Ис).

Высокие показатели означают, что человек считает себя ответственным за события, происходящие в его семейной жизни.

Низкие указывают на то, что субъект считает не себя, а своих партнеров причиной значимых ситуаций, возникающих в его семье.

Шкала интернальности в области производственных отношений (Ип).

Высокие показатели свидетельствует и том, что человек считает свои действия важным фактором организации собственной производственной деятельности, складывающихся отношении в коллективе, своего продвижения и т.д.

Низкие указывают на то, что человек склонен приписывать более важное значение внешним обстоятельствам — руководству, товарищам по работе, везению-невезению.

Шкала интернальности в области межличностных отношений (Им).

Высокие показатели свидетельствуют о том, что человек считает именно себя ответственным за построение межличностных отношений с окружающими.

Низкие указывают на то, что человек склонен приписывать более важное значение в этом процессе обстоятельствам, случаю или окружающим его людям.

Шкала интернальности в отношении здоровья и болезни (Из).

Высокие показатели свидетельствуют о том, что человек считает себя во многом ответственным за свое здоровье: если он болен, то обвиняет в этом себя и полагает, что выздоровление во многом зависит от его действий.

Человек с низкими показателями по этой шкале считает болезнь и здоровье результатом случая и надеется на то, что выздоровление придёт в результате действий других людей, прежде всего врачей.

Опросник выгорания Маслач.

В большинстве случаев профессиональное выгорание представляется как деструктивный процесс потери профессиональной эффективности, снижения коммуникативных качеств и развития нервно-психической дезадаптации вплоть до необратимых изменений личности. Причиной профессионального выгорания являются как неудовлетворительные условия работы, так и индивидуальные особенности личности работника. Наиболее тяжёлой является работа, предполагающая эмоциональный контакт с людьми в качестве обязательной составляющей производственного процесса, например профессия учителя, менеджера, врача, следователя и т.д.

Опросник состоит из 22 пунктов, по которым возможно вычисление значений 3-х шкал: «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация», «Редукция профессиональных достижений».

«Эмоциональное истощение» проявляется в переживаниях сниженного эмоционального тонуса, повышенной психической истощаемости и аффективной лабильности, утраты интереса и позитивных чувств к окружающим, ощущении «пресыщенности» работой, неудовлетворенностью жизнью в целом. В контексте

синдрома перегорания «деперсонализация» предполагает формирование особых, деструктивных взаимоотношений с окружающими людьми.

«Деперсонализация» проявляется в эмоциональном отстранении и безразличии, формальном выполнении профессиональных обязанностей без личностной включенности и сопереживания, а в отдельных случаях – в негативизме и циничном отношении. На поведенческом уровне «деперсонализация» проявляется в высокомерном поведении, использовании профессионального сленга, юмора, ярлыков.

«Редукция профессиональных достижений» отражает степень удовлетворенности медицинского работника собой как личностью и как профессионалом. Неудовлетворительное значение этого показателя отражает тенденцию к негативной оценке своей компетентности и продуктивности и, как следствие, - снижение профессиональной мотивации, нарастание негативизма в отношении служебных обязанностей, тенденцию к снятию с себя ответственности, к изоляции от окружающих, отстраненность и неучастие, избегание работы сначала психологически, а затем физически.

2.3 Методы математической обработки данных

Статистические расчеты в исследовании проводились с помощью стандартного пакета статистических программ SPSS Statistics 23.

В качестве методов математической обработки данных в исследовании была проведена проверка выборки на нормальность с помощью теста Колмогорова-Смирнова, также проводился корреляционный анализ между данными методик «УСК» и «Опросника выгорания Маслач» (вариант для медицинских работников) с применением коэффициента корреляции Спирмена.

ГЛАВА 3 АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1 Исследование уровня эмоционального выгорания у медицинских работников

В данном параграфе описаны результаты исследования уровня эмоционального выгорания у медицинских работников.

Для диагностики уровня выраженности синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников использовался «Опросник выгорания Маслач» (вариант для медицинских работников).

На выборке испытуемых проведена процедура диагностики уровня выраженности синдрома эмоционального выгорания по данным методики «Опросник выгорания Маслач», подсчета среднего значения по каждой шкале методики и сравнения его с нормативными значениями методики.

Полученные результаты приведены в таблице 2.

Таблица 2 – Результаты диагностики уровня выраженности синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников по методике «Опросник выгорания Маслач»

	Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Редукция профессиональных достижений
Среднее значение в выборке	26,15	11,87	35,78
Нормативное значение (средний уровень)	16-24	6-10	31-36

Как видно из таблицы, в выборке медицинских работников средние показатели эмоционального истощения и деперсонализации находятся в зоне высоких значений, а средние показатели редукции профессиональных достижений находятся в зоне средних значений.

Это означает, что в целом медицинские работники склонны переживать снижение эмоционального тонуса, повышенную психическую истощаемость и аффективную лабильность, вероятно утрата интереса и позитивных чувств к окружающим, ощущение «пресыщенности» работой, неудовлетворенностью жизнью в целом. Кроме того, у них выражены эмоциональное отстранение и безразличие, формальное выполнение профессиональных обязанностей без личностной включенности и сопереживания, а иногда – негативизм и циничное отношение.

Однако при этом у них наблюдается умеренная степень удовлетворенности собой как личностью и как профессионалом. У них не выражена тенденция к негативной оценке своей компетентности и продуктивности.

Далее, исходя нормативных значений по методике, были определены уровни выраженности показателей синдрома эмоционального выгорания для каждого испытуемого.

Полученные данные распределения показателей по методике «Опросник выгорания Маслач» в количестве человек представлены на рисунке 1.

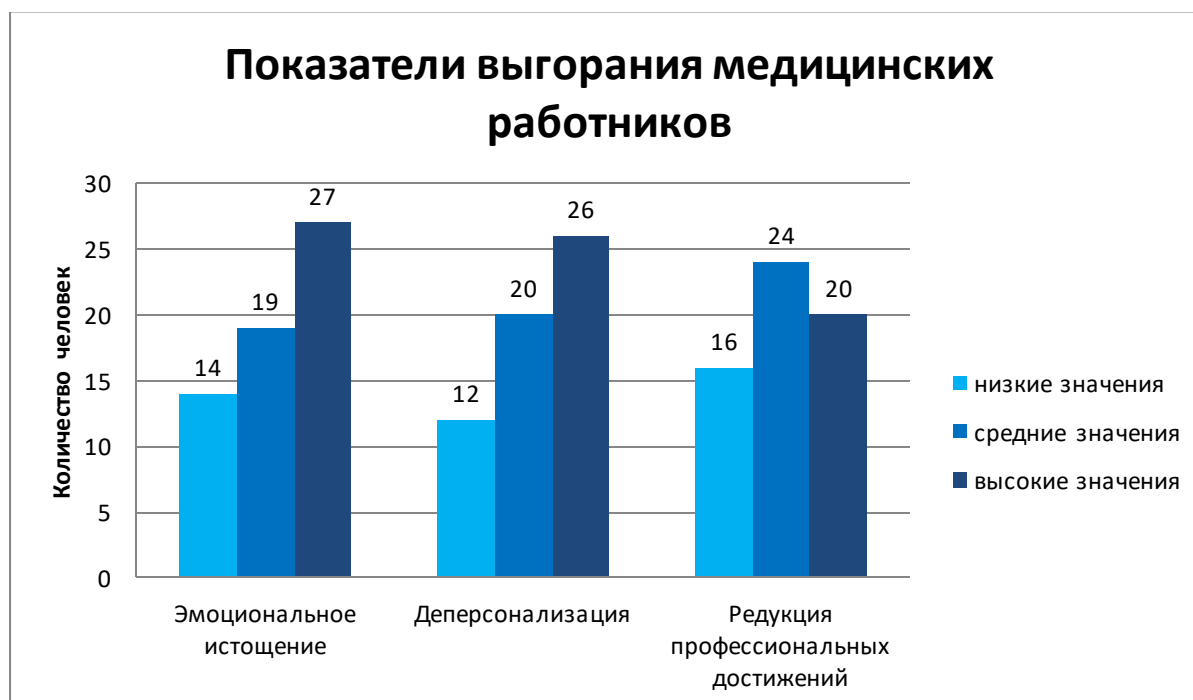


Рисунок 1 – Распределение уровней выраженности показателей по методике «Опросник выгорания Маслач» у медицинских работников

Рисунок показывает, что для большинства медицинских работников характерны высокие значения по показателям эмоционального истощения и деперсонализации (27 человек и 26 человек из 60 соответственно). Также у достаточно большого количества медицинских работников наблюдаются высокие значения по показателю редукции профессиональных достижений (20 человек из 60). Низкие значения по шкалам методики представлены в выборке у меньшего количества медицинских работников. Это позволяет говорить о том, что большая часть медицинских работников испытывают эмоциональное выгорание, связанное с их профессиональной деятельностью. Так, многие работники на данный момент переживают снижение эмоционального тонуса, повышенную психическую истощаемость и аффективную лабильность, ощущение «пресыщенности» работой, неудовлетворенностью жизнью в целом. У них можно наблюдать выраженное эмоциональное отстранение и безразличие, формальное выполнение своих профессиональных обязанностей без личностной включенности и сопереживания, а иногда они могут проявлять негативизм и циничное отношение к окружающим. Также у немалого числа медицинских работников диагностирована удовлетворенность собой как личностью и как профессионалом и склонность к негативной оценке собственной компетентности и продуктивности.

3.2 Исследование уровня субъективного контроля у медицинских работников

На выборке медицинских работников проведена процедура диагностики уровня субъективного контроля по данным методики на определение уровня субъективного контроля (УСК, автор – Дж. Роттер, в адаптации Е.Ф. Бажина, С.А. Голыкиной, А.М. Эткинда) и подсчета среднего значения и стандартного отклонения по каждой шкале методики.

Полученные результаты приведены в таблице 2.

Как видно из таблицы, средние значения наиболее высоки по показателям интернальности в области неудач, в области производственных отношений и в

отношении здоровья и болезни. Наименьшие значения выявлены по показателям общей интернальности, интернальности в области достижений и в области межличностных отношений.

Таблица 3 – Результаты диагностики уровня субъективного контроля у медицинских работников по методике на определение уровня субъективного контроля (УСК)

	Шкала общей интернальности	Шкала интернальности в области достижений	Шкала интернальности в области неудач	Шкала интернальности в области семейных отношений	Шкала интернальности в области производственных отношений	Шкала интернальности в области межличностных отношений	Шкала интернальности в отношении здоровья и болезни
Среднее значение (стены)	6,02	4,32	6,06	4,95	6,54	5,28	6,36
Стандартное Отклонение	2,56	1,42	3,10	3,14	3,02	3,08	2,76

Как видно из таблицы, в целом для медицинских работников характерен в большей степени интернальный тип контроля в области неудач, в области производственных отношений, в отношении здоровья и болезни, общей интернальности (контроль над любыми значимыми ситуациями в жизни) и экстернальный тип контроля в области достижений, семейных и межличностных отношений.

Далее уровни выраженности показателей по каждой шкале методики диагностировались индивидуально для каждого медицинского работника по данным среднего значения и стандартного отклонения.

Полученные данные результатов диагностики по уровням субъективного контроля в количестве человек представлены на рисунке 2.



Рисунок 2 – Распределение уровней субъективного контроля по методике «УСК» у медицинских работников

Рисунок показывает, что для большинства медицинских работников характерно развитое чувство субъективного контроля над основными значимыми событиями в своей жизни, они считают, что могут влиять на них и на собственную жизнь в целом, рассматривают происходящее как результат собственных действий. Также для них характерно развитое чувство субъективного контроля над отрицательными событиями и ситуациями в их жизни, они имеют склонность обвинять самих себя в происходящих неприятностях и переживаниях. Кроме того, они склонны чувствовать ответственность за свое здоровье: в случае болезни они видят в этом свою вину и возлагают на себя ответственность за свое выздоровление. В профессиональной деятельности большая часть медицинских работников склонны полагаться на себя и считать, что они способны оказывать влияние на отношения с начальником и коллегами, управлять ими и нести за них ответственность. Они считают, что их трудовая карьера и продвижение по службе зависят в большей степени от них самих.

Однако большая часть медицинских работников приписывает собственный успех и достижения случаю или помощи других людей, также они склонны считать не себя, а своих партнеров причиной значимых ситуаций, возникающих в его семье. В области межличностных отношений многие медицинские работники приписывают более важное значение обстоятельствам, случаю или окружающим их людям.

Вероятно приписывание ответственности за собственную жизнь и происходящие в ней события, а также за свои неудачи самому себе может быть связано с наличием симптомов эмоционального выгорания, которые оказывают влияние на самооценку человека. Однако в профессиональной сфере, находясь в фазе сопротивляемости стрессам, медицинские работники, тем не менее, ощущают собственную значимость и способность влиять на коллег и выполнять возникающие задачи.

Полученные данные по выборке могут быть связаны с тем, что медицинские работники в целом характеризуются высоким уровнем личной ответственности за результаты своей профессиональной деятельности. Это, соответственно, приводит к большей выраженности таких состояний как апатия, тревога и депрессия. Они несут ответственность за все неудачи на работе, в итоге самооценка страдает сильнее, и они более к неудовлетворенности собой. Кроме того, благодаря большому уровню личной ответственности, они склонны видеть собственную ответственность за свою жизнь в целом. Однако они ярче чувствуют фрустрацию своих потребностей и, как следствие, менее удовлетворены происходящим в случае, если ситуация их не устраивает или, когда они неспособны на нее повлиять.

3.3 Исследование взаимосвязи между синдромом эмоционального выгорания и направленностью локуса субъективного контроля у медицинских работников

В данном параграфе работы описаны результаты исследования взаимосвязи между синдромом эмоционального выгорания и направленностью локуса субъективного контроля у медицинских работников.

Для диагностики взаимосвязи уровня синдрома эмоционального выгорания и направленности локуса контроля у медицинских работников использовались «Опросник выгорания Маслач» (вариант для медицинских работников) и методика диагностики уровня субъективного контроля (УСК) Д.Б. Роттер в адаптации Е.Ф. Бажина, С.А. Голынкиной и А.М. Эткинда.

По результатам диагностики медицинских работников была исследована корреляционная взаимосвязь уровня выраженности синдрома эмоционального выгорания и направленности локуса контроля.

Для определения взаимосвязи был проведен корреляционный анализ с помощью рангового коэффициента корреляции r_s Спирмена.

Таблица 4 – Взаимосвязи между синдромом эмоционального выгорания и направленностью локуса субъективного контроля у медицинских работников

Шкалы методик	Шкала общей интернальности	Шкала интернальности в области достижений	Шкала интернальности в области неудач	Шкала интернальности в области семейных отношений	Шкала интернальности в области производственных отношений	Шкала интернальности в области межличностных отношений	Шкала интернальности в области здоровья и болезни
Эмоциональное истощение	0,489*	0,148	0,290*	0,001	0,045	0,046	0,032
Деперсонализация	0,365*	0,167	-0,026	0,176	-0,067	0,391*	-0,165
Редукция проф. достижений	0,037	-0,003	0,422*	0,135	0,578**	-0,169	0,211

Условные обозначения: * – $p \leq 0,05$; ** – $p \leq 0,01$

Результаты, представленные в таблице, иллюстрируют наличие значимых взаимосвязей между шкалами методики «Опросник выгорания Маслач» (вариант для медицинских работников) и методики диагностики уровня субъективного контроля (УСК) Д.Б. Роттер в адаптации Е.Ф. Бажина, С.А. Голынкиной и А.М. Эткинды.

Показатели по шкале «Эмоциональное истощение» положительно коррелируют с показателями общей интернальности ($r=0,489$; $p<0,05$) и интернальности в области неудач ($r=0,290$; $p<0,05$). Следовательно, чем более выражено у медицинского работника эмоциональное истощение при синдроме выгорания, тем в большей степени для него характерно развитое чувство субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями (т.е. интернальный контроль, интернальность личности), а также развитое чувство субъективного контроля по отношению к отрицательным событиям и ситуациям, что проявляется в склонности обвинять самого себя в разнообразных неприятностях и страданиях.

Вероятно, склонность медицинских работников считать, что большинство важных событий в их жизни представляет собой результат их собственных действий, что они могут ими управлять, приводит к высокой ответственности за происходящее. Приписывание самому себе причин неудач в жизни приводит к обвинению самого себя в разнообразных неприятностях и страданиях. При неудачности попыток исправить ситуацию чрезмерный уровень ответственности за происходящее ведет к повышенной психической истощаемости и аффективной лабильности, утрате интереса и позитивных чувств к окружающим и неудовлетворенностью жизнью в целом.

Показатели по шкале «Деперсонализация» положительно коррелируют с показателями общей интернальности ($r=0,365$; $p<0,05$) и интернальности в области межличностных отношений ($r=0,391$; $p<0,05$). Следовательно, чем более выражена у медицинского работника деперсонализация при синдроме выгорания, тем в большей степени для него характерно развитое чувство субъективного

контроля над любыми значимыми ситуациями (интернальность личности и локуса контроля), а также больше выражена склонность считать именно себя ответственным за построение межличностных отношений с окружающими.

Можно предположить, что имея склонность быть ответственным за большинство событий в своей жизни и построение межличностных отношений с окружающими, медицинский работник при неэффективности контроля над ситуацией со временем начинает проявлять защитные стратегии поведения, эмоционально отстраняться, перестает проявлять личностную включенность и сопереживать окружающим, нередко демонстрируя циничность и негативизм.

Показатели по шкале «Редукция профессиональных достижений» положительно коррелируют с показателями интернальности в области неудач ($r=0,422$; $p<0,05$) и интернальности в области производственных отношений ($r=0,578$; $p<0,01$). Следовательно, чем более выражена у медицинского работника редукция профессиональных обязанностей при синдроме выгорания, тем в большей степени для него характерно развитое чувство субъективного контроля по отношению к отрицательным событиям и ситуациям (проявляется в склонности обвинять самого себя в разнообразных неприятностях и страданиях), и тем он в большей степени склонен считать свои действия важным фактором организации собственной производственной деятельности, складывающихся отношений в коллективе, своего продвижения и т.д.

Это может быть связано с тем, что при склонности считать собственные действия важным фактором организации своей производственной деятельности, и сталкиваясь с неудачами в профессиональной сфере, обвиняя в неудачах себя, медицинский работник начинает негативно оценивать свою профессиональную компетентность и продуктивность. Как следствие, мы можем наблюдать снижение профессиональной мотивации, нарастание негативизма в отношении служебных обязанностей, тенденцию к снятию с себя ответственности, к изоляции от окружающих, отстраненность и неучастие, избегание работы.

ВЫВОДЫ

1. Определен уровень эмоционального выгорания у медицинских работников: в выборке средние показатели эмоционального истощения и деперсонализации находятся в зоне высоких значений, а средние показатели редукции профессиональных достижений находятся в зоне средних значений.

Кроме того, у них выражены эмоциональное отстранение и безразличие, формальное выполнение профессиональных обязанностей без личностной включенности и сопереживания, а иногда – негативизм и циничное отношение. Однако при этом у них наблюдается умеренная степень удовлетворенности собой как личностью и как профессионалом. У них не выражена тенденция к негативной оценке своей компетентности и продуктивности.

2. Определена направленность локуса контроля у медицинских работников для большинства медицинских работников характерно развитое чувство субъективного контроля над основными значимыми событиями в своей жизни, они считают, что могут влиять на них и на собственную жизнь в целом, рассматривают происходящее как результат собственных действий.

Также для них характерно развитое чувство субъективного контроля над отрицательными событиями и ситуациями в их жизни, они имеют склонность обвинять самих себя в происходящих неприятностях и переживаниях.

Кроме того, они склонны чувствовать ответственность за свое здоровье. Однако большая часть медицинских работников приписывает собственный успех и достижения случаю или помощи других людей, также они склонны считать не себя, а своих партнеров причиной значимых ситуаций, возникающих в его семье.

3. Выявлена взаимосвязь эмоционального выгорания и направленности локуса контроля у медицинских работников: чем более выражено у медицинского работника эмоциональное истощение при синдроме выгорания, тем в большей степени для него характерно развитое чувство субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями, а также развитое чувство субъективного контроля по отношению к отрицательным событиям и ситуациям, что

проявляется в склонности обвинять самого себя в разнообразных неприятностях и страданиях.

Чем больше выражена у медицинского работника деперсонализация при синдроме выгорания, тем в большей степени для него характерно развитое чувство субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями, а также больше выражена склонность считать именно себя ответственным за построение межличностных отношений с окружающими.

Следовательно, чем более выражена у медицинского работника редуция профессиональных обязанностей при синдроме выгорания, тем в большей степени для него характерно развитое чувство субъективного контроля по отношению к отрицательным событиям, тем он в большей степени склонен считать свои действия важным фактором организации собственной производственной деятельности, складывающихся отношении в коллективе, своего продвижения и т.д.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной работе была рассмотрена проблема взаимосвязи эмоционального выгорания и направленности локуса контроля у медицинских работников.

В теоретической части работы рассматривались понятие синдрома эмоционального выгорания, различные точки зрения авторов по поводу содержания феномена эмоционального выгорания, факторы его формирования, общие признаки синдрома эмоционального выгорания, а также стадии развития данного феномена.

Также было рассмотрено понятие локуса контроля, концепции локуса контроля различных авторов, изучавших данный феномен, были рассмотрены особенности людей, обладающих интернальным и экстернальным локусом контроля.

Целью практической части работы являлось выявление взаимосвязи эмоционального выгорания и направленности локуса контроля у медицинских работников.

Исследование проводилось на группе медицинских работников Челябинской областной клинической больницы оториноларингологического отделения, а также консультативной поликлиники.

В результате исследования были обнаружены взаимосвязи между показателями по шкале «Эмоциональное истощение» и показателями общей интернальности и интернальности в области неудач. Это говорит о том, что медицинский работник, который испытывает эмоциональное истощение при синдроме эмоционального выгорания, больше склонен обвинять себя в неудачах, возникающих как на работе, так и в других сферах жизни.

Также выявлено, чем больше выявлена деперсонализация при синдроме эмоционального выгорания, тем больше медицинский работник считает, что именно он ответственен в большей мере за построение и поддержание межличностных отношений. При неэффективности контроля над ситуацией,

медицинский работник начинает эмоционально отстраняться от людей, перестаёт сопереживать людям.

Было выявлено, что медицинские работники, считающие собственные действия важным фактором организации свои профессиональные действия, столкнувшись с неудачами в профессиональной сфере, начинают негативно оценивать свою компетентность. И как следствие, наблюдается снижение профессиональной мотивации, изоляция себя от окружающих, избегание работы и ответственности.

Таким образом, можно говорить о взаимосвязи синдрома эмоционального выгорания и направленности локуса контроля. Своевременное выявление сотрудников с синдромом эмоционального выгорания и выявление направленности их локуса контроля позволит оказать более эффективную помощь в борьбе с этим синдромом.

Перспективы дальнейших исследований в данном направлении могут быть связаны с расширением выборки испытуемых. Так, например, можно провести более масштабное исследование среди врачей разных регионов Российской Федерации.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Аболин, Л.М. Психологические механизмы эмоциональной устойчивости человека. / Л.М. Аболин. – Казань: Изд-во Казанского ун-та, 2004. – 262 с.
2. Агибалова Т.В. Синдром «эмоционального выгорания» / Агибалова Т.В., Козин В.А. // Независимость личности. –2012. –Т.4, № 2(9). – С –. 33 – 41.
3. Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания.: СПб.: 2001. 288 с.
4. Аракелов Н.Е., Лысенко Е.Е. Локус контроль и методы его исследования // Психологический журнал, 1997. - Т. 4. - №2 - С. 34 - 38.
5. Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд А.М. Метод исследования уровня субъективного контроля // Психологический журнал, 1984. - Т. 5. - №3. С. 152 - 162.
6. Башенкова Л. А., Кухарская Е. В. Диагностика синдрома эмоционального выгорания и мероприятия, направленные на его предупреждение // Среднее профессиональное образование. 2015. №11. С. 43 – 45.
7. Березенцева, Е.А. Профессиональный стресс как источник профессионального выгорания / Е.А. Березенцева // Управление образованием: теория и практика. – 2014. – №4. – С. 162-170.
8. Бойко В. В. Синдром «эмоционального выгорания в профессиональном общении.»: СПб.: 1999. 99-105 с.
9. Бокова О.А. К вопросу о теоретических основах изучения психологических феноменов ответственности и локуса контроля // Мир науки, культуры, образования. 2014. № 5 (48). С. 181–183.
10. Водопьянова, Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика // Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – СПб.: Питер, 2008. – 336 с.
11. Водопьянова Н.Е. Синдром «психического выгорания» в коммуникативных профессиях // Психология здоровья / Под ред. Г.С. Никифорова. СПб., 2000.
12. Даболин Л.М., Психологические механизмы эмоциональной устойчивости человека. Казань: изд-во Казанского университета, 1987. 261 с.

13. Елисеев О.П. Локус контроля: Практикум по психологии личности / О.П. Елисеев. СПб.: Питер, 2003. - 568 с.
14. Журавлева, А.Л. Стресс, выгорание, совладание в современном контексте / А.Л. Журавлева; под ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011. – 512 с.
15. Задворная О.Л., Алексеев В.А., Борисов К.Н., Касаткина Н.С., Шурандина И.С. Развитие профессиональных компетенций в подготовке управленческих кадров здравоохранения // МИР (Модернизация. Инновации. Развитие). 2015. Т. 6. № 4. С. 283-288.
16. Зимачева Е. М. Способы вербальной презентации образа "Я" и самоотношения субъекта: автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / Е.М. Зимачева; МГУ им. М. В. Ломоносова. - М., 1997. - 20 с. - Библиогр.:20с.
17. Калинина А.О. Факторы, влияющие на формирование субъективного контроля / А.О. Калинина. - М.: ВЛАДОС, 2004. - 383 с.
18. Карпенко Л.А. - История психологии в лицах. Персоналии. // Психологический лексикон. Энциклопедический словарь в шести томах / Ред. - сост. Л.А. Карпенко. Под общ. ред. А.В. Петровского. - М.: ПЕР СЭ, 2005. - 784 с.
19. Кондаков И.М., Нилопец М.Н. Экспериментальное исследование структуры и личностного контекста локуса контроля // Психологический журнал, 1995. - Т. 16. - №1. - С. 43 - 51.
20. Ларин, Н.А. К вопросу современного исследования эмоционального выгорания / Н.А. Ларин // Наука молодых. – 2015. – С. 116-120.
21. Леви Т.С. Динамика локуса контроля в процессе личностно-развивающей работы, основанной на телесном движении // Московский психотерапевтический журнал. -2008. -№4. -С. 167-178.
22. Лустина Е.Ю. Типология личности и «локус контроля»: социально-психологический аспект. Перспективы науки, №6(81), 2016, С.40-42.
23. Мандель, Б.Р. Психология стресса: учеб. пособие / Б.Р. Мандель. – М.: Флинта, 2014. – 252 с.

24. Маслач К. Профессиональное выгорание: как люди справляются. Статья 1978 год. URL: <http://psy.piter.com> (дата обращения 1.12.2016).
25. Огнерубов Н. А., Огнерубова М. А. Синдром эмоционального выгорания у врачей-терапевтов // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. 2015. №2. С. 307-318.
26. Орел, В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования / В.Е. Орел // Психологический журнал. – 2001. – №1. – С. 48-52.
27. Пантилеев С.Р. - Методы измерения локуса контроля // Общая психодиагностика / Под ред. А. А. Бодалева, В.В. Столина. М.: Изд. МГУ, 1987. с.18, 23, 278-285.
28. Повякель Н.И. Теория социального научения (Дж. Роттер) / Н.И. Повякель. - СПб.: Питер, 2005. - 49 с.
29. Реан А.А. Проблемы и перспективы развития концепции локуса контроля личности // Психологический журнал. 1998. № 4. С. 3–12.
30. Реан А.А. Психология изучения личности. СПб.: Изд-во Михайлова, 1999.
31. Ронгинская Т.И. Синдром эмоционального выгорания в социальных профессиях // Психол. журнал. 2002. Т. 23. № 3. С. 85-95.
32. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии / С.Л. Рубинштейн. — СПб.: Питер, 1999. — 781 с.
33. Собчик Л.Н. - Диагностика индивидуально-типологических свойств и межличностных отношений. Практическое руководство. СПб., 2002. С.47 - 58.
34. Теперкина, М.В Способы предупреждения синдрома «эмоционального выгорания» / М.В. Теперкина // Вестник Московского университета. Сер.6. Психология. – 2006. – №6. – С.35-55.
35. Тропотяга П.А. Локус контроля и эмоциональное отношение к будущему как психологические предпосылки профессионального становления личности. // Сибирский психологический журнал. — 2008. – № 27. — С. 102-106.
36. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. СПб.: Питер, 1997.

37. Шишкова И.М. Сравнительное изучение эмоционального выгорания в профессиональной деятельности (на примере врачей и педагогов) / И.М. Шишкова // Электронный научный журнал «Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие» www.humjournal.rzgmu.ru. – 2013.– №3. – С. 112-117.
38. Chen KY, Yang CM, Lien CH, Chiou HY, Lin MR, Chang HR, et al. Burnout, Job Satisfaction, and Medical Malpractice among Physicians. *International Journal of Medical Sciences*. 2013. 10(11). С. 1471-1478.
39. Cox T., Griffiths A. (ed.) *The Burnout Companion to Study and Practice. A Critical Analysis*, L. 1998.
40. De Oliveira GS Jr., Chang R., Fitzgerald PC, Almeida MD, Castro-Alves LS, Ahmad S, et al. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of united states anesthesiology trainees. *Anesthesia & Analgesia*. 2013. № 117(1). С. 182–193.
41. Grenglass E.R., Burke R.J., Konarsi R., (1998). Components of burnout, resources, and gender-related differences // *J. of Applied Social Psychology*. 1998. V. 28 (12). P. 1088-1106.
42. Hans T. A meta-analysis of the effects of adventure programming on locus of control // *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2000. № 30(1). P.33-60.
43. Holland J. H., Holyoak K. J., Nisbett R. E., Thagard P. *Induction: Processes of Inference, Learning, and Discovery*. - Cambridge, MA: MIT Press, 1986.
44. Karazmann R. (1994): *Das Burnout-Syndrom. Phänomenologie, Verlauf, Vergleich*. Vortrag an der österreichischen van Swieten-Tagung vom 27. 10. 1994.
45. Lesage FX., Berjot S., Altintas E., Paty B. Burnout among occupational physicians: a threat to occupational health systems. A nationwide crosssectional survey. *Ann Occup Hyg* 2013. № 57(7). С. 913-919.
46. Rotter J.B., and Mulry R.-C. Internal versus external control of reinforcement and decision time // *Journal of Personality and Social Psychology*. - 1965, - №2 - P.598-604.

47. Rotter J.B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement // Psychological Monographs. 1966. Vol. 80 (Whole № 609).
48. Schaap C.P.D.R., Kladler A.J. (1993): Burn out: Diagnostik und Behandlung. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 1/93, 45–61.
49. Siefert K. H. Theorien der Berufswahle und der beruflichen Entwicklung // Handbuch der Berufs psychologie. Göttingen, 1977.
50. Super D. E. et al. Vocational Development: A Framework of Research. - N.Y., 1957.