

Введение Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) – это состояние эмоционального и физического истощения, возникающее вследствие продолжительного воздействия профессиональных стрессов средней интенсивности [1]. Несмотря на то, что стресс имеет физиологическую природу и является нормальным компонентом повседневной жизни, слишком сильный или продолжительный во времени стресс неблагоприятен для представителей всех профессий. В большей степени риску выгорания подвержены люди, чей труд связан с высокой ответственностью и повседневными обязанностями. Другими словами, СЭВ свойственен людям, которые постоянно сталкиваются с негативными переживаниями других людей и оказываются лично вовлечёнными в них. Главную роль в синдроме «выгорания» играют эмоционально затруднённые отношения в системе человек-человек, например, педагог-ученик, социальный работник-клиент, врач-пациент, руководитель-подчинённый. Взаимоотношения между социальным работником и клиентом, попавшим в трудную жизненную ситуацию – одна из важнейших проблем социальной работы [2-6]. Таким образом, социальные работники, сочетающие в своей работе, как правило, несколько специальностей – психолога, педагога, менеджера подвергнуты СЭВ в не меньшей, а зачастую даже в большей степени, чем врачи. В научной литературе описано 3 фактора, способствующих развитию синдрома эмоционального выгорания – личностный, ролевой и организационный. По мнению В.В. Бойко «эмоциональное выгорание – это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранное психотравмирующее воздействие» [1].

Специалисты выделяют 5 ключевых групп симптомов, характерных для СЭВ: физические, эмоциональные, поведенческие, интеллектуальные и социальные. Анализ литературных источников по проблеме исследования [1,7-13] (Табл. 1) свидетельствует, что в наибольшей степени СЭВ подвержены психиатры и терапевты, а также врачи с небольшим стажем. Молодые врачи испытывают эмоциональный шок при столкновении с реальной действительностью [3]. В данных исследованиях использовались опросник В.В. Бойко [1], госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS [8-13] и специально разработанная Maslach & Jackson (1981) методика Maslach Burnout Inventory (MBI) [1].

Специальность	Отсутствует	Формируется	Сформирован
Психиатр	21,8	35,1	43,1
Терапевт	37,5	30,4	32,1
Хирург	37,1	37,1	25,8
Главный врач	59,0	33,3	7,7
Стоматолог	38,2	31,3	30,5

Среди основных мероприятий, направленных на предупреждение СЭВ, авторы в качестве одного из эффективных средств приводят двигательную активность. Хорошую разгрузку дают дозированная ходьба, бег, плавание, танцы [7]. В связи с этим, целью настоящей работы являлось выявление особенностей, частоту встречаемости синдрома эмоционального выгорания в зависимости от уровня физической активности для

своевременного планирования превентивных мероприятий. Экспериментальная часть Исследования проводилась на базе социальных служб г. Казани и Республики Татарстан в сентябре – октябре 2012 гг. В эксперименте принимали участие три группы испытуемых в возрасте 30–40 лет: выпускники факультета социотехнических систем Казанского государственного технологического университета по специальности «Социальная работа» (132 чел.). Из совокупной выборки нами были выделены две группы: группа А (45 чел.) (специалисты с высоким уровнем физической активности, которые регулярно в течение длительного времени (не менее года) занимаются фитнес-клубах), группа Б (56 чел.) (специалисты со средним уровнем физической активности, не имеющие регулярных занятий фитнесом, но предпочитающие ходьбу или езду на велосипеде вместо поездки на автомобиле) и группа В (31 чел.) (с низким уровнем физической активностью, не посещающие фитнес-клубы, отказывающиеся от любых доступных форм двигательной активности) В работе использованы общепринятые методики «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко), теста К. Томаса, методики «Когнитивная ориентация (локус контроля)» Дж. Роттера, методики «Диагностика индивидуально-типологических свойств» (Л.Н. Собчик), 16-ти факторный личностный опросник Кеттелла. Для измерения уровня тревожности использовали методику Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина [6]. Результаты и их обсуждение Анализ результатов опросника показал, что 19,4 % специалистов оценивали свою работу как тяжелую, а 38,7 % отметили, что она «тяжелее, чем всегда». 12,9 % респондентов ответили, что в процессе работы сталкивались с эмоциональным стрессом, 12,9 % испытывали тревожные и даже депрессивные состояния, 43,6 % – словесным оскорблениям и угрозам. Отмечая особенности своей профессиональной деятельности, 32,3 % респондентов отметили, что она связана со значительными эмоциональными и психическими перегрузками, 30,6 % – с дефицитом времени, а 58,7 % отметили, что их работа заключается в общении с большим количеством пессимистически настроенных людей. Так, 43,6 % всех социальных работников считают, что их профессиональная деятельность связана с недостаточным участием в принятии решений, а 27,4 % – с малой самостоятельностью в работе. Из общего числа опрошенных 54,8 % отмечают, что их работа затрудняет взаимоотношения с родными и близкими. 90,3 % социальных работников полагают, что необходимо оказывать адресную социальную помощь населению, а 37,1 % отметили, что за время работы стали жестче относиться к потенциальным клиентам, попавшим в трудную жизненную ситуацию. Результаты тестирования показали, что сложившегося СЭВ нет ни у одного из респондентов с высокой двигательной активностью, у 12% опрошенных СЭВ находится в фазе формирования с начальной степенью выраженности, т.н. «напряжением» (по В.В. Бойко) [1]. По методике Водопьяновой по субшкале «эмоциональное истощение» у 7,8 % выявлен

высокий уровень, у 32,5 % – средний, а у 59,7 % – низкий уровень «выгорания». По субшкале «деперсонализация» у 15,6 % обследуемых определялся высокий, у 32,8 % – средний и у 51,6 % – низкий уровень «выгорания». По субшкале «редукция личностных достижений» у 18,4 % специалистов выявлен высокий, у 45,4 % – средний, а у 36,2% низкий уровень «выгорания». Причем у 21,5 % социальных работников одновременно отмечались средние показатели «выгорания» по двум, у 7,6 % по трем субшкалам, а у 6,3 % обследованных по двум субшкалам выявлены высокие показатели. Эти результаты существенно отличаются от данных других авторов, например при диагностики СЭВ у оперативных работников [9]. Высокий уровень средних значений у социальных работников соответствует стилю межличностного поведения «ответственный-великодушный» (7,8%), низкий уровень «недоверчивый-скептический» – (2,7%) с высоким уровнем физической активности; с низким уровнем физической активности высокий уровень «ответственный-великодушный» (8,4%), низкий уровень «недоверчивый-скептический» (2,0%); с низким уровнем физической активности высокий уровень «ответственный-великодушный» (8,9%), низкий уровень «недоверчивый-скептический» (2,3%); у специалистов по социальной работе с высоким уровнем физической активности высокий уровень «ответственный-великодушный» (6,3%), низкий уровень «недоверчивый-скептический» (2,5%), с малоподвижным уровнем жизни: высокий уровень «ответственный-великодушный» (6,4%), низкий уровень «недоверчивый-скептический» (3,2%), со средним уровнем физической активности высокий уровень «сотрудничающий-конвенциональный» (7,5%), низкий уровень «недоверчивый-скептический» (2,1%). Анкетный опрос специалистов с позитивным отношением к физической культуре позволил выявить основные мотивы занятий (табл. 2). Представители группы Б предпочитают заниматься самостоятельно (38%), практически не уделяя внимания технической стороне вопроса (только 11% опрошенных изъявляли желание контролировать технику выполнения упражнений). Однако 34% представителей группы Б считали необходимым получать методические рекомендации во время занятий и контролировать физиологические показатели (17%). Специалисты с высоким уровнем физической активностью в большей степени нуждались во внимании тренера (23%), контроле техники (27%) и физиологических показателей (25%). Результаты настоящего исследования свидетельствуют о разнице в степени выраженности СЭВ специалистов с разным уровнем физической активности. Несмотря на различие в мотивации к занятиям фитнесом, полученные в ходе исследования результаты убедительно свидетельствуют о том, что в профессиональной деятельности социальных работников необходимо уделять особое внимание созданию благоприятных условий для систематических занятий физической культурой, что в свою очередь способствует профилактике

возникновения синдрома эмоционального выгорания. Таблица 2 -

Мотивационная сфера специалистов Мотивы Группа А (n=45) Группа Б (n=56) 1. Общения $2,78 \pm 0,26$ $4,15 \pm 0,19$ 2. Познания $3,15 \pm 0,17$ $2,75 \pm 0,16$ 3. Материальных благ $2,56 \pm 0,18$ $4,16 \pm 0,15$ 4. Развития характера и психических качеств $3,57 \pm 0,17$ $4,58 \pm 0,19$ 5. Физического совершенствования $3,83 \pm 0,16$ $4,96 \pm 0,04$ 6. Улучшения самочувствия и здоровья $2,55 \pm 0,16$ $4,15 \pm 0,19$ 7. Эстетического удовольствия и здоровья $2,82 \pm 0,14$ $4,12 \pm 0,21$ 8. Направленность на коллективизм $3,76 \pm 0,18$ $4,82 \pm 0,16$ 9. Потребность в одобрении $2,63 \pm 0,19$ $5,00 \pm 0,00$ 10. Повышение престижа, желание славы $4,75 \pm 0,18$ $3,25 \pm 0,15$ 11. Приобретение полезных для жизни умений и знаний $2,56 \pm 0,14$ $3,54 \pm 0,16$ 12. Субъективные $2,32 \pm 0,18$ $3,96 \pm 0,23$ 13. Объективные $2,45 \pm 0,12$ $2,27 \pm 0,13$ · Различия достоверны при $p < 0,05$