

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

"ПЕРМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНО-
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ"

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИИ

Кафедра практической психологии

Выпускная квалификационная работа бакалавра

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО
ИНТЕЛЛЕКТА**

Работу выполнил:
студент V курса группы Z1151
заочного отделения
направление 37.03.01
«Психология»,
профиль «Психология»
Пугин Павел Евгеньевич

(подпись)

«Допущена к защите в ГЭК»
Зав. кафедрой

(подпись)

« ____ » _____ 2018 г.

Руководитель:
доктор психологических наук,
профессор кафедры практической
психологии
Волочков Андрей Александрович

(подпись)

ПЕРМЬ
2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	3
Глава 1 Социальный интеллект и психологическое здоровье – проблема взаимосвязи.....	7
1.1 Социальный интеллект: обзор отечественных и зарубежных исследований.....	7
1.2 Психологическое здоровье – понятие, концепции и характеристики	12
1.3 Профессиональная среда медицинских работников и развитие личности.....	19
1.4 Постановка проблемы и задач исследования	24
Глава 2 Организация и методы эмпирического исследования.....	26
2.1 Организация исследования.....	26
2.2 Методики исследования.....	27
2.2.1 Тест MSCEIT-07 состоит из 8 секций:	27
2.2.2 Шкала SWLS удовлетворенностью жизнью	28
2.2.3 Тест жизнестойкости Мадди.....	29
2.2.4 Тест "Смыслжизненные ориентации"	30
Глава 3 Результаты исследования и их обсуждение	33
3.1 Анализ взаимосвязей эмоционального интеллекта с характеристиками психологического здоровья медицинских работников	33
3.2 Результаты сравнения характеристик психологического здоровья медицинских работников с разным уровнем эмоционального интеллекта.	40
3.3 Результаты анализа структуры личности медицинских работников..	45
Выводы	47
Заключение	50
Библиографический список	52
Приложение	57

ВВЕДЕНИЕ

Современная наука рассматривает человека как открытую систему, обладающую определенным внутренним содержанием и обменивающуюся энергией, веществом и информацией с окружающей средой. Существует ряд профессий, в которых человек начинает испытывать чувство внутренней эмоциональной опустошённости вследствие необходимости постоянных контактов с другими людьми. «Ничто не является для человека такой сильной нагрузкой и таким сильным испытанием, как другой человек», – эту метафору можно положить в основу проблематики психологическое здоровье медицинских работников (Демин, 2005г)

Медицинские работники, постоянно сталкивающиеся со страданием людей, вынуждены воздвигать своеобразный барьер психологической защиты от пациента, становиться менее эмпатичными, иначе им грозит психологическая нестабильность. Сюда же следует отнести психологические трудности принимающего, безусловного общения, описанные К. Роджерсом и Э. Фроммом.

При этом несущий бремя «груза общения» специалист вынужден постоянно находиться в гнетущей атмосфере чужих отрицательных эмоций, служить то утешителем, а то, напротив, – мишенью для раздражения и агрессии. А ведь психика наша от природы устроена так, что мы не можем оставаться равнодушными к проявлениям эмоций со стороны окружающих, мы как бы «заражаемся» ими. К этому добавляются ещё и вторичные переживания по поводу чужих проблем, вызванные незримым, но ощутимо давящим на плечи грузом ответственности. Следствием всего этого может являться помимо собственного ухудшения здоровья человека ещё и стойкое снижение результативности его работы. Итог известен и ёмко описан словами классика: «Ещё один сгорел на работе» (Пугин, 2017).

Актуальностью и социальной значимостью выбранной темы является то, что показатели состояния здоровья медицинских работников, продолжительность их жизни отличаются от средне-статистических показателей в худшую сторону. Исследования условий труда медицинских работников и их здоровья позволили установить, что работа в лечебных учреждениях предъявляет значительные требования к организму работающего, его физическому состоянию и выносливости, объему оперативной и долговременной памяти, способностям противостоять основным вредным профессиональным факторам: биологическим, психоэмоциональным и эргономическим (Ананьев, 2012).

Объект исследования - психологическое здоровье и эмоциональный интеллект медицинских работников.

Предмет исследования – различия в характеристиках психологического здоровья медицинских работников в зависимости от уровня эмоционального интеллекта.

Исследовательские гипотезы:

1. Эмоциональный интеллект и характеристики психологического здоровья медицинских работников статистически достоверно взаимосвязаны.
2. Медицинские работники с разным уровнем эмоционального интеллекта имеют различия в характеристиках психологического здоровья.
3. Медицинские работники с разным образовательным статусом имеют различия в характеристиках психологического здоровья и показателях эмоционального интеллекта.

Цель исследования - изучить различия в характеристиках психологического здоровья в зависимости от уровня эмоционального интеллекта медицинских работников.

Задачи исследования:

1. Изучить литературу по проблеме взаимосвязи эмоционального интеллекта с характеристиками психологического здоровья.

2. Выявить и охарактеризовать взаимосвязи эмоционального интеллекта и психологического здоровья в выборке медицинских сотрудников.

3. Выявить и охарактеризовать различия в характеристиках психологического здоровья в контрастных по уровню эмоционального интеллекта выборках.

Методологическая и теоретическая основа исследования. При проведении исследования опирались на методологические принципы отечественной психологии, в частности, принципы деятельностного, системного и личностного подходов, разработанные в трудах С.Л. Рубинштейна, Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева, Б.Г. Ананьева, Б.Ф. Ломова. Теоретическую основу исследования составили современные исследования эмоционального интеллекта (Дж. Мейер, Дж.Д. Карузо, П. Сэловей, Д. Гоулман, Р. Бар-Он, Д.В. Люсин, И.В. Плужников, И.Н. Андреева и др.); зарубежные и отечественные концепции психологического здоровья (М.Ф.Секач, Г.С.Никифоров, Г.Олпорт и др.).

Методы исследования. Для решения поставленных задач и проверки гипотез были использованы как общенаучные методы (теоретический анализ научных источников по проблеме исследования, констатирующий эксперимент), так и психодиагностические методики для сбора эмпирических данных. Для анализа эмпирических данных применялись математико-статистические методы.

Научная новизна и теоретическая значимость исследования. Полученные данные уточняют теоретические представления об эмоциональном интеллекте как психологическом феномене и особенностях его проявления у медицинских работников.

Практическая значимость результатов. Результаты исследования могут найти практическое применение в различных областях психологической практики: психологическом просвещении, консультировании,

психопрофилактической и психокоррекционной работе. Они могут быть использованы в работе психологов и психологических служб системы здравоохранения в целях поддержания эффективности их профессиональной деятельности, а также при разработке личностно-ориентированных программ профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских работников.

Структура и объем работы:

Выпускная квалификационная работа состоит из введения, трех основных глав, заключения, библиографического списка и приложений. Библиографический список насчитывает 42 наименования.

Апробация исследования:

Исследовательский материал был представлен на XV научно-практической конференции ЯНПИС 25 мая 2018г. г.Пермь в Пермском государственном гуманитарно-педагогическом университете (Пугин, 2018).

ГЛАВА 1 СОЦИАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ – ПРОБЛЕМА ВЗАИМОСВЯЗИ

1.1 Социальный интеллект: обзор отечественных и зарубежных исследований

В современном обществе все более актуальным становятся понятия «эмоциональный интеллект» и «Эмоциональная компетентность». Эмоциональный интеллект представляет собой способность человека истолковывать собственные переживания и переживания окружающих с тем, что бы использовать полученную информацию для реализации своих целей (Деревянко, 2009).

Интеллект, и его высшая степень проявления – гениальность, не могут быть каким-то образом оценены (подразумевается оценочно-содержательная характеристика), то есть об интеллекте нельзя сказать, что он честный, добропорядочный, мстительный, яростный. Все эти определения связаны с личностной направленностью субъекта, характеризую содержательную сторону его мировоззрения, ценностных ориентаций, этического поведения. К примеру, о темпераменте можно сказать, что это характеристика сфера эмоций человека, которая обуславливает уровень проявление активности и использование энергии, при этом интеллект это то что помогает распоряжаться ей. И всё-таки, всё чаще в последнее время эмоции и интеллект сводят воедино, объединяя разум и чувства.

Отсюда появляется новое понятие - понятие «эмоциональный интеллект». Впервые оно было введено в обиход в 1990 г. Дж. Мейером и П. Сэловеем, которые определяли эмоциональный интеллект как «группу ментальных способностей, способствующих осознанию и пониманию

собственных эмоций и эмоций окружающих» (Комплексный план действий ВОЗ).

В 1995 г., после опубликования Дэниелем Гоулманом книги «Emotional Intelligence» («Эмоциональный интеллект»), началось активное исследование этого вопроса, делались попытки не только понять природу и закономерности формирования и развития этого явления, но и применить его на практике. В своей книге Дэниель Гоулман определяет эмоциональный интеллект как «способ, метод, форму обращения человека с самими собой и с окружающими» (Водопьянова, 2002).

Другой ученый Р. Бар-Он определил эмоциональный интеллект как «некогнитивную способность, знания и компетентность, которые дают возможность человеку успешно справляться с различными жизненными ситуациями» (Кайбышев, 2006). Р. Бар-Он в своих работах вывел пять сфер эмоционального интеллекта: внутриличностную, межличностных отношений, адаптивную, регуляции стрессов и сферу настроения (Козлов, 2012).

Данную модель Д.В. Люсин считает «метафорической», так как само понятие «эмоциональный интеллект» должно включать когнитивный компонент, а если таковой нет, то не имеет смысла использовать термин «интеллект» (Деревянко, 2009).

Р. Бар-Он для измерения вышеуказанных сфер создал так называемую анкету EQ-i, чтобы определить эмоциональный коэффициент (аналог коэффициента интеллекта). Принципиально новым явилось то, что в отличие от тех методик, которые в основном изучали эмоциональный интеллект у взрослых, у данной анкеты появилась реальная возможность изучать детскую популяцию (от 6-18 лет).

В отечественной науке теория о единстве интеллекта и аффекта нашла свое отражение в трудах Л.С. Выготского, С.Л. Рубинштейна, А.Н. Леонтьева, А.Р. Лурия, Б.В. Зейгарник, О.К. Тихомирова.

Т.И.Солодкова рассматривает эмоциональный интеллект как совокупность материальных способностей, обеспечивающих идентификацию, понимание причин и управление как собственными эмоциями, так и эмоциями других людей для успешного достижения целей и задач другой деятельности (профессиональной деятельности, общения). Он включает в себя внутриличностный компонент (понимание и управление собственными эмоциями) и межличностными (понимание и управление эмоциями других людей) (Куликов, 2004).

Развитой форме эмоционального интеллекта соответствует «знание о том, как изменить свое негативное настроение на позитивное». Более того, индивид с высоким уровнем эмоционального интеллекта «берет на себя ответственность за собственное эмоциональное состояние» (Леонтьев, 2006).

Развитие эмоционального интеллекта, как механизма осознанной регуляции, управления собственными эмоциями и эмоциями других людей может позитивно влиять на межличностное взаимодействие, снижать риск возникновения профессиональных деструкций, что является важным для профессии, связанных с общением (Куликов, 2004).

Выявлено, что развитый эмоциональный интеллект имеет большое значение для позитивного самоотношения специалистов социальной сферы. Значительное место в жизни человека принадлежит профессиональной деятельности. При этом роль носит не только позитивный, но и порой негативный характер по отношению к личности исполнителя, вызывая профессиональные деформации. Среди представителей профессий сферы «человек-человек» наиболее уязвимы к профессиональному стрессу специалисты помогающих профессий (врачи, педагоги, социальные работники, психологи), деятельность которых связана с длительным и эмоционально насыщенным взаимодействием с людьми. Необходимость быть постоянно вовлеченным во внутренний мир другого человека, сопричастным

его негативным переживаниям является угрозой собственной эмоциональной устойчивости помогающего специалиста (Леонтьев, 2006).

По мнению Д.В. Люсина в последние годы исследователи подчеркивают значимость эмоционального интеллекта в профессиональной деятельности помогающих специалистов, его ведущую роль в формировании самоотношения. Таким образом, развитый эмоциональный интеллект может оказаться важнейшим критерием позитивного самоотношения и успешности профессиональной деятельности помогающих специалистов (Милакова, 2007).

Способность воспринимать эмоции позволяет по физическому состоянию и мыслям, по внешнему виду и поведению идентифицировать свои собственные эмоции и эмоции других людей, а так же умения точно выражать свои эмоции другим людям. Способность повышать эффективность мышления с помощью эмоций позволяет направить мышление на действительно важные задачи, повышая качества умственной активности.

Понимание эмоций- способность классифицировать эмоции, распознавать связи между словами и эмоциями, интерпретировать значения эмоций, осознавать переходы от одной эмоции к другой и возможное дальнейшее развитие эмоций.

Управление эмоциями- умение использовать информацию, которую дают эмоции, вызывать эмоции или отстраняться от них в зависимости от их информативности и пользы (Милакова, 2007).

Д.Гоулмон подчеркивает, что способности эмоционального интеллекта определяют самосознание личности. Развитый внутриличностный эмоциональный интеллект обеспечивает высокое эмоциональное самосознание: внимание к своим внутренним ощущениям, осознание воздействия чувств на собственное психологическое состояние, способность открыто говорить о своих переживаниях, а так же формирования адекватной

самооценки. Личность с адекватной самооценкой осознает свои сильные стороны и пределы своих возможностей, с готовностью обучаться навыкам, которыми плохо владеет, принимает конструктивную критику и отзывы о своей работе, умеет обратиться за помощью. Все вышеперечисленные качества рассматриваются исследователями как основные факторы сохранения специалистами эмоциональной устойчивости (Никифоров, 2005).

Способность управлять собственными эмоциями позволяет контролировать свои разрушительные эмоции и импульсы, сохранять спокойствие и рассудительность в проблемные ситуации, в условиях сильного стресса, повышать самоуверенность, толерантность к ситуациям неопределенности.

Способность повышать эффективность мышления с помощью эмоций способствует высокой адаптивности, гибкости, инициативности, оптимизму, стремлению к самосовершенствованию.

Высокий межличностный эмоциональный интеллект обеспечивает социальную чуткость и эффективное управление отношениями. Способность к эмпатии, умение поставить себя на место другого человека, понимать не высказанные чувства является самым базовым профессиональным качеством помогающего специалиста. Управление отношениями позволяет специалистам инициировать и содействовать изменениям клиента (пациента), поддерживать личным примером, проявлять неподдельный интерес к тем, кому оказывается профессиональная помощь, эффективно разрешать конфликты, принимая чувства и позиции всех участников конфликтной ситуации (Леонтьев, 2006).

Таким образом, обзор отечественных и зарубежных исследований по проблеме социального интеллекта позволяет сделать следующие выводы:

- 1) В современной психологии активно исследуется феномен эмоционального интеллекта, подчеркивается его непосредственная связь с отношением личности к собственному «Я»: влияние на самооценку,

эмоциональное самосознание, на принятие собственных чувств, в том числе разрушительных. Однако на сегодняшний день практически не существует эмпирических исследований взаимосвязи эмоционального интеллекта и самоотношения.

2) Эмоциональный интеллект влияет на формирование положительной самооценки и эмоционального самосознания, однако, развитый эмоциональный интеллект у помогающих специалистов также является основой для самоидеализации, формирования защитного отношения к себе.

Таким образом, развитый эмоциональный интеллект может быть важным критерием позитивного самоотношения и успешности профессиональной деятельности в области помогающих профессий.

1.2 Психологическое здоровье – понятие, концепции и характеристики

Актуальность психологического здоровья обусловлена в первую очередь определяющим значением самого феномена здоровья для жизнедеятельности человека. Понятие «здоровье» синкретично, то есть характеризуется сложностью, многозначностью и неоднородностью. Важнейшей составляющей здоровья человека является психологическое здоровье, которое служит основой эффективности, как профессиональной деятельности, так и общего благополучия человека и, по мнению М.Ф.Секача должно рассматриваться как «непременное условие социальной стабильности и прогнозируемости процессов, происходящих в обществе (Дубровина, 2009)

Прежде чем обратиться к определению понятия психологическое здоровье, необходимо обратиться к понятию здоровья в целом. Под термином здоровья понимают состояние любого живого организма, при котором он в целом и все его органы способны полностью выполнять свои

функции; отсутствие недуга, болезни. Отметим, что в соответствии с уставом Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «здоровье является состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов». По определению ВОЗ, здоровье в медико-санитарной статистике рассматривается на двух уровнях- индивидуальном и популяционном. На индивидуальном уровне здоровье – это отсутствие выявленных заболеваний и расстройств, на популяционном – это процесс снижения уровня заболеваемости, индивидуальности и смертности (Сафина, 2007).

В настоящее время есть несколько определений понятия здоровье, содержащих пять основных критериев, характеризующих здоровье человека:

- полное физическое, умственное, духовное и социальное благополучие;
- отсутствие болезни;
- способность к полноценному исполнению необходимых социальных функций;
- нормальное функционирование организма человека в окружающей среде;
- способность к адаптации в постоянно меняющихся условиях существования (Солодкова, 2010).

Совокупность качеств, установок и функциональных способностей, позволяющих человеку адаптироваться к окружающей среде, представляет собой психологическое здоровье личности. В соответствии с определением ВОЗ, это такое состояние благополучия, когда человек способен справляться с жизненными стрессами, плодотворно работать, максимально реализуя свой потенциал и внося вклад в жизнь общества.

Человек является сложной живой системой, активность которой регулируется на разных уровнях, взаимосвязанных между собой. Так

Г.С.Никифоров рассматривает такие 3 специфические уровни психического здоровья: социальный, психологический и биологический.

На биологическом уровне здоровье предполагает динамическое равновесие функций всех внутренних органов, а так же адекватное реагирование на воздействие окружающего мира.

Здоровая психика отличается положительными эмоциональным состоянием, определяющим устойчивый характер реагирования на различные факты, события и явления. Преобладающее эмоциональное состояние (грусть, чувство тревоги, радость и т.п.) – настроение и эмоциональный фон, на котором проходит жизнь человека во всех ее проявлениях. Эмоциональное состояние имеет решающее значение для психологического здоровья человека и является его надежным индикатором. Негативное эмоциональное состояние указывает на ухудшение здоровья в целом и психологического здоровья в частности.

Здоровая личность, по мнению Г.Олпорта, имеет широкие границы Я, может посмотреть на себя со стороны, активно участвует в трудовых, семейных и социальных отношениях. Помимо этого зрелая личность способна к теплым социальным отношениям, эмпатична, имеет реалистическое восприятие, опыт и притязания. Способна к самопознанию и чувству юмора, обладает целью жизненной философией.

Понятие «психологическое здоровье», по мнению И.В. Дубровиной, относится к личности в целом, в отличие от термина «психическое здоровье», который имеет отношение, прежде всего, к отдельным психическим процессам и механизмам. Психологическое здоровье рассматривается в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа и позволяет анализировать собственно психологический аспект проблем психического здоровья в отличие от медицинского, социологического, философского и других аспектов (Дубровина, 1999).

Психологическое здоровье заключается в том, что человек находит достойное, с его точки зрения, удовлетворяющее его место в познаваемом, переживаемом им мире. Оно предполагает интерес к жизни, свободу мысли и инициативу, увлеченность какой-либо областью научной или практической деятельности, активности и самостоятельности, ответственность и способность к риску, вера в себя и уважение другого, разборчивость в средствах достижения цели, способность к сильным чувствам и переживаниям, осознание своей окружающих людей, творчество в самых разных сферах жизни и деятельности (Черноскутова, 2011).

Концепция психологического здоровья Дубровиной И.В. рассматривает проблемы развития личности в условиях определенного образовательного пространства, которые влияют на состояние психологического здоровья личности. Данная концепция отдает приоритет психопрофилактике возникновения проблем, в том числе через мониторинг и коррекцию параметров образовательного пространства.

Дубровина И.В. выделяет в своей концепции психологического здоровья несколько уровней:

1. Первый уровень психологического здоровья – к данному уровню относятся дети, не нуждающиеся в психологической помощи, устойчиво адаптированные к любой среде, обладающие активным творческим отношением к действительности и резервом для преодоления стрессовых ситуаций. Уберите «детей», напишите просто «людей».

2. Ко второму адаптивному уровню относится большая часть относительно «благополучных» детей, которые в целом адаптированы к социуму, однако проявляют отдельные признаки дезадаптации по результативности диагностических исследований, обладают повышенной тревожностью. У этих детей нет достаточного запаса прочности психического здоровья, им нужны групповые занятия профилактически-

развивающей направленности. Эта группа относительного риска, она достаточно многочисленна.

3. К третьему низкому уровню психического здоровья, ассимилятивно-аккомодативному, относятся дети с нарушением баланса процессов ассимиляции и аккомодации, т.е. дети, не способные к гармоничному взаимодействию или же проявляющие глубинную зависимость от факторов внешнего влияния среды. У таких детей дезадаптация может активно проявляться в эпатажном поведении, в конфликтах с ровесниками, в домашних аффективных капризах и т.д. Для детей с преобладанием процессов аккомодации, напротив, характерно приспособничество к требованиям внешнего мира в ущерб личностным интересам и потребностям. Это тихие, «удобные» дети, они старательны и прилежны, гордость родителей. Таких детей в пример ставят педагоги, не всегда замечающие, что они пребывают в состоянии стойкого эмоционального дискомфорта. Данной группе детей нужно уделять особой внимание (Шастина, 2012).

Психологическое здоровье делает личность самодостаточной. По мнению Дубровиной И.В. мы вооружаем (точнее, должны вооружать) ребенка соответственно его возрасту, средствами самопринятия, саморазвития и самопонимания, в контексте взаимодействия с окружающими людьми и в условиях экономических, культурных, экологических и социальных реальностей окружающей среды (Шкала SWLS, 2012).

Необходимо заметить, что психологическое здоровье является необходимым источником и условием полноценного функционирования и развития человека в процессе его жизнедеятельности.

Исследования В.Э. Пахальян, И.В. Дубровиной, О.В. Хухлаевой показали, что, с одной стороны, психологическое здоровье – условие адекватного выполнения людьми их культурных, социальных и возрастных

ролей, с другой стороны, оно обеспечивает возможность непрерывного развития человека на протяжении всей его жизни. Непрерывность развития представляет собой важное свойство психологического здоровья и условие адекватного выполнения профессиональной роли. Психологическое здоровье – это динамическая совокупность психических свойств и состояний личности, которые обеспечивают состояние гармонии, полноценного функционирования человека в процессе жизнедеятельности, осознание своей индивидуальности и своеобразия всех окружающих людей, высокий потенциал достижения благополучия в жизни.

Содержательно «высшие проявления человеческого духа» наиболее адекватно раскрываются в понятии «жизнестойкость», введенном в научный аппарат С. Мадди. Жизнестойкость определяется автором как интегративная характеристика личности, ответственная за успешность преодоления личностью жизненных трудностей. Жизнестойкость («hardiness») предполагает психологическую живучесть и расширенную эффективность человека, являясь показателем психического здоровья человека.

В отечественных исследованиях также выделяются виды ресурсов человека, раскрывающие содержание понятия «жизнестойкость». Так, в качестве важных информационных и инструментальных ресурсов человека обозначают: способность контролировать ситуацию; использование методов или способов достижения желаемой цели; способность к адаптации, интерактивные техники изменения себя и окружающей ситуации; способность к когнитивной структуризации и осмыслению ситуации (Захаров, 2014).

Рассматривая здоровье как гармоничное равновесие физиологических, психических, социальных аспектов человеческого существования, Я.В. Малыхина указывает на целесообразность выделения личного (принадлежащего индивиду в феноменальном и ноуменальном смысле) превентивного ресурса, а не личностного (принадлежащего индивиду только

в феноменальном, социальном смысле). Личный (индивидуальный) превентивный ресурс рассматривается как комплекс способностей индивида, реализация которых позволяет сохранять баланс адаптационно-компенсаторных механизмов. Отлаженная работа данного комплекса обеспечивает психическое, соматическое и социальное благополучие человека и, в соответствии с направленностью личности, создает условия для открытия им своей уникальной идентичности и последующей самореализации (Калашникова, 2011).

Ведущим критерием, показателем профессионального здоровья, по мнению специалистов, может быть только профессиональная работоспособность (Козлов, 2012). Исследователи определили несколько групп факторов работоспособности. Первая группа факторов – факторы физического состояния, связанного с физической работоспособностью. Вторая группа факторов – факторы психического состояния, наиболее часто соотносимого с умственной работоспособностью. Третья группа факторов – это психосоциальные и социально-психологические факторы личности и коллектива. Учёные, рассматривая профессиональное здоровье как совокупность конкретных характеристик специалиста (включая социально-психологические особенности его личности), отвечающих требованиям профессиональной деятельности и обеспечивающих ее высокую эффективность, приходят к выводам, что сохранение профессионального здоровья при одновременном обеспечении эффективности трудовой деятельности непременно связано с процессами психологической профессиональной адаптацией специалиста. Признаками профессиональной дезадаптации являются, как возникновение негативных психических состояний человека, так и снижение эффективности его деятельности. Как показывают исследования, данные показатели тесно связаны между собой (Комплексный план действий ВОЗ)

Таким образом, анализ литературы по проблеме изучения психологического здоровья позволяет сделать следующие выводы:

1) Психологическое здоровье личности представляет собой совокупность качеств, установок и функциональных способностей, позволяющих человеку адаптироваться к окружающей среде.

2) Г.С.Никифоров рассматривает такие 3 специфические уровни психического здоровья: социальный, психологический и биологический.

3) Здоровая личность, по мнению Г.Олпорта, имеет широкие границы Я, может посмотреть на себя со стороны, активно участвует в трудовых, семейных и социальных отношениях. Помимо этого зрелая личность способна к теплым социальным отношениям, эмпатична, имеет реалистическое восприятие, опыт и притязания.

4) Психологическое здоровье рассматривается в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа и позволяет анализировать собственно психологический аспект проблем психического здоровья в отличие от медицинского, социологического, философского и других аспектов.

1.3 Профессиональная среда медицинских работников и развитие личности

Медицина относится к отраслям с производственными факторами риска: здесь и нервно-эмоциональные нагрузки, и значительные физические усилия, поскольку от работников постоянно требуется концентрация внимания, повышенная трудоспособность, выносливость – зачастую в экстремальных ситуациях. Есть и иные факторы риска: вынужденная рабочая поза, напряжение анализаторных систем, дискомфортный микроклимат, различные химические вещества и лекарственные препараты, биологические факторы,

физические факторы – ультразвук, неионизирующие излучения, ионизирующий фактор.

Труд большинства медицинских работников осуществляется в таких условиях, что на них воздействует комплекс неблагоприятных производственных факторов различной природы, нервно-эмоционального перенапряжения, высокой ответственности. К числу психологических стресс-факторов, эффект которых сказывается на медицинском персонале, относятся: большое количество контактов с больными людьми и их родственниками; постоянное соприкосновение с чужими проблемами и чужой болью, с негативными эмоциями, которые несут отрицательную энергию; повышенные требования к профессиональной компетентности врача и к служению другим, самоотдаче; ответственность за жизнь и здоровье других людей; производственная среда с новыми факторами социального риска, такими как преступность, наркомания, бездомность и др. (Дружилов, 2012)

Медицинские работники, постоянно сталкивающиеся со страданием людей, вынуждены воздвигать своеобразный барьер психологической защиты от пациента, становиться менее эмпатичными, иначе им грозит эмоциональное выгорание. Сюда же следует отнести психологические трудности принимающего, безусловного общения, описанные К. Роджерсом и Э. Фроммом. По существу эмоциогенность заложена в самой природе медицинского труда, причём спектр эмоций весьма разнообразен (Демина, 2005).

В результате профессиональной деятельности наблюдаются эмоциональное истощение, снижение эмпатии, снижение восприятия проблем пациента и безразличие к проблемам общения с коллегами. Возникает ощущение предела своих возможностей, физических и душевных сил, снижение интереса к деятельности и к дальнейшему росту, черствость и

цинизм в оценке собственной деятельности и деятельности коллег, возникает ощущение беспомощности и бессмысленности деятельности.

Переживание профессиональных деструкций сопровождается психической напряженностью, психологическим дискомфортом, а в отдельных случаях конфликтами и кризисными явлениями.

В медицинских вузах врачей практически не готовят к тому, что надлежит делать в тех случаях, когда ничего уже сделать нельзя, когда и современнейшие медицинские технологии, и фармакологическая помощь утрачивают свое значение перед лицом уже неотвратимой смерти. Как надлежит вести себя с умирающим человеком? Как себя держать, соприкасаясь с реакцией горя его родственников? Как донести до родственников больного то, что он навсегда останется инвалидом практически без единого шанса дальнейшей реабилитации? Ощущение собственной беспомощности в подобных ситуациях приводит к усилению дискомфорта, врач переживает свою неадекватность, утрату профессиональной компетентности, испытывает сильное чувство вины.

Поведение медицинских работников, работающих в экстремальных условиях, тяготеет к двум крайностям – дистанцирование и полное слияние. Когда дистанция пространственная и эмоциональная между вами и другим человеком слишком мала, вы «заражаетесь» его состоянием, как бы втягиваетесь в него, как втягиваются в воронку, где растворяетесь и теряете «чувство себя». Это один вариант возникновения синдрома эмоционального выгорания.

Другой вариант — человек настолько жёсток по своей структуре, что просто не подпускает других к себе. На общение он идет, подстегивая себя, как бичом, словом «должен». В этой группе люди, как будто компенсирующие недостаточность своей личной жизни. Например, у человека нет своих детей или не ладятся отношения с ними, и человек

компенсирует то, что у него не складывается в частной жизни, в отношениях с окружающими (Никифоров, 2006).

Успешность медицинской деятельности во многом определяется способностью медицинского работника вступать в эффективные межличностные контакты со всеми участниками лечебного процесса: пациентами, их родственниками, коллегами (Волочков, 2010-2017). Особая роль традиционно отводится взаимоотношениям, возникающим между врачом и пациентом, поскольку, как пишет в своей книге «Личность и неврозы» В.Н. Мясищев (1960), эти отношения, сам их характер, являются специфическим психотерапевтическим фактором, влияющим на результат лечения.

У медицинского работника, который в начале своей профессиональной карьеры очень бурно переживал все события, тяжело влияющие на психику больных (страдания, операции, кровотечения, смерть), постепенно развивается определённая эмоциональная сопротивляемость.

Основным психологическим качеством, обеспечивающим стрессоустойчивость, является уровень личностной зрелости специалиста. Здесь подразумевается степень осознания себя, способность брать на себя ответственность, принимать решения и делать выбор, умение строить гармоничные взаимоотношения с другими людьми, открытость изменениям и принятие своего и чужого опыта во всём его разнообразии. Так, исследование, проведённое П. В. Румянцевой, показало, что чем выше уровень профессионального мастерства и субъективного контроля специалиста, то есть склонности принимать на себя ответственность за своё поведение в эмоционально значимых ситуациях, тем меньше проявляется у него синдром эмоционального выгорания (Репина, 2015).

Еще один важный аспект низкого уровня эмоционального интеллекта является, как правило, следствием неконструктивного общения с коллегами и руководством. Хороший климат внутри коллектива, чувство достаточной

эмоциональной поддержки от коллег и администрации – это мощный ресурс предупреждения и устранения профессионального стресса. Чувство защищённости в коллективе, наличие надёжной опоры среди коллег, возможность доверительно обсуждать вопросы, связанные со стрессом в работе, позволяют снизить напряжённость, тревогу, а также нередкие агрессивные проявления.

М. Эвелин подчёркивает, что руководители, принимая на работу сотрудников, должны рассматривать персонал как свой наиболее ценный ресурс и заботиться о том, чтобы его сохранить. Сотрудников, впервые приступивших к работе, необходимо реалистически и адекватно ввести в курс дела, можно организовать систему наставничества для обеспечения качественной, количественной и клинической сторон работы, а также содействовать закреплению индивидуального наставника (Никифоров, 2006).

Таким образом, теоретическое изучение профессиональной среды медицинских работников и развития личности позволяет сделать следующие выводы:

1) Труд большинства медицинских работников осуществляется в таких условиях, что на них воздействует комплекс неблагоприятных производственных факторов различной природы, нервно-эмоционального перенапряжения, высокой ответственности.

2) Успешность медицинской деятельности во многом определяется способностью медицинского работника вступать в эффективные межличностные контакты со всеми участниками лечебного процесса: пациентами, их родственниками, коллегами. В связи с этим изучение психологического здоровья и эмоционального интеллекта весьма важно для медицинских работников.

1.4 Постановка проблемы и задач исследования

Анализ литературных источников по проблеме исследования эмоционального интеллекта в структуре психологического здоровья медицинских работников малоизучено. Ввиду того что это специалисты, в чьих руках здоровье нашего общества, очень важно не упустить из виду характеристики психологического здоровья и психологического благополучия.

Объект исследования - психологическое здоровье и эмоциональный интеллект медицинских работников.

Предмет исследования – различия в характеристиках психологического здоровья медицинских работников в зависимости от уровня эмоционального интеллекта.

Характеристики психологического здоровья могут различаться, что позволяет сформулировать следующие основные предположения:

1. Эмоциональный интеллект и характеристики психологического здоровья медицинских работников статистически достоверно взаимосвязаны.
2. Медицинские работники с разным уровнем эмоционального интеллекта имеют различия в характеристиках психологического здоровья.
3. Медицинские работники с разным образовательным статусом имеют различия в характеристиках психологического здоровья и показателях эмоционального интеллекта.

Цель исследования - изучить различия в характеристиках психологического здоровья в зависимости от уровня эмоционального интеллекта медицинских работников.

Задачи исследования:

1. Изучить литературу по проблеме взаимосвязи эмоционального интеллекта с характеристиками психологического здоровья.

2. Выявить и охарактеризовать взаимосвязи эмоционального интеллекта и психологического здоровья в выборке медицинских сотрудников.

3. Выявить и охарактеризовать различия в характеристиках психологического здоровья в контрастных по уровню эмоционального интеллекта выборках.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Организация исследования

Исследование проводилось в Клинике здоровья «Медлайф» г.Пермь. Клиника включает в себя огромное количество отделений: центр женского здоровья, центр эстетической красоты, фитнес центр, терапевтический центр, центр лабораторной диагностики, центр функциональной диагностики и центр стоматологических услуг.

В качестве испытуемых выступили 102 врача и медицинских сестер в возрасте от 20 до 65 лет, из них женщин – 85 и 17 – мужчин. Средний стаж работы в выборке медицинских работников составил 19,5 лет.

Тестирование испытуемых проводилось небольшими группами или индивидуально на добровольной основе. Испытуемые получали инструкции и бланки ответов.

Эмпирическое исследование проводилось в несколько этапов:

1. На первом этапе осуществлялся подбор диагностического инструментария, измеряющего особенности эмоционального интеллекта и психологического здоровья.

2. На втором этапе после проведения диагностики первичные данные были сведены в таблицу исходных данных, далее результаты диагностики были обработаны в программе Basic Statistica 7.0. (Приложение 1).

3. На третьем этапе исследования полученные при статистической обработке были проинтерпретированы. Анализ результатов сопровождался представленным иллюстрированным материалом (таблицы, диаграммы, схемы).

2.2 Методики исследования

Для достижения целей исследования использовались следующие методики:

1. Тест MSCEIT-07,
2. Шкала SWLS удовлетворенностью жизнью Динера
3. Тест жизнестойкости Мадди,
4. Тест Смысложизненных ориентаций

Выбранные методики отвечают требованиям валидности и надежности.

2.2.1. Тест MSCEIT-07 состоит из 8 секций:

Секция	Название шкалы
Секция А	Способность к восприятию, оценке и выражению эмоций – оценивание лиц
Секция В	Способность к распознаванию эмоций, эффективных для фасилитации конкретной деятельности или настроения
Секция С	Способность к пониманию взаимоперехода эмоций и механизмов их изменчивости
Секция D	Способность к регуляции собственных эмоциональных состояний
Секция Е	Способность к восприятию, оценке и выражению эмоций – оценивание живописи
Секция F	Способность к соединению вербализованной эмоции и недифференцированного ощущения
Секция G	Способность к объединению эмоциональной информации в более интегративные единицы (понимание взаимодействия эмоций)
Секция Н	Способность к регуляции эмоциональных состояний других людей

Их можно использовать в исследовании, но интерпретировать результаты с ними следует с большой осторожностью (оценивать как

приблизительные), поскольку надежность первичных шкал не «дотягивает» до стандарта. Из полученных первичных шкал можно вычислить вторичные шкалы, которые будут означать:

- Способность к восприятию, оценке и выражению эмоций
- Способность к эмоциональной фасилитации мышления
- Способность к пониманию и анализу эмоциональной информации
- Способность к рефлексивной регуляции эмоций в процессе

эмоционального и интеллектуального развития

А так же из первичных шкал можно вычислить суммарные шкалы, которые будут означать:

- Опытный домен эмоционального интеллекта
- Стратегический домен эмоционального интеллекта
- Суммарная шкала эмоционального интеллекта

2.2.2. Шкала SWLS удовлетворенностью жизнью

Автор методики – Э.Динер

Адаптация и нормирование – Д.А. Леонтьев и Е.Н. Осин

Цель методики - диагностика уровня субъективной удовлетворенности жизнью.

Методика состоит из 5 вопросов, ответы респондентов оценивались по пятибальной шкале Лайкерта, тем самым, минимальный бал 5, максимальный 25.

Шкала субъективного счастья измеряет эмоциональное переживание индивидом собственной жизни как целого, отражающее общий уровень психологического благополучия. Основное предназначение методики - массовые, особенно кросс-культурные и межгрупповые социально-психологические исследования: результаты оказываются устойчивыми и сравнимыми благодаря простой и однозначной внутренней структуре.

2.2.3 Тест жизнестойкости Мадди

Тест жизнестойкости представляет собой русскоязычную адаптацию англоязычного опросника Hardiness Survey, разработанного американским психологом Сальваторе Мадди (Maddi) в 1984 году. Оригинальный вариант адаптации на русский язык был выполнен Д.А. Леонтьевым, Е.И. Рассказовой, которая была сокращена и подвергнута повторной валидизации Е.Н. Осиным и Е.И. Рассказовой, сокращённый вариант опросника был переведён и валидизирован на русском языке М.В. Алфимовой и В.Е. Голимбет.

В интерпретации С. Мадди жизнестойкость включает три сравнительно автономных компонента:

- вовлеченность в процесс жизни - убежденность в том, что участие в происходящем дает максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для личности. В основе вовлеченности лежит уверенность в себе - восприятие человеком своей способности успешно действовать в той или иной ситуации (самоэффективность);

- уверенность в подконтрольности значимых событий своей жизни и готовность их контролировать - убежденность в том, что борьба позволяет влиять на результат происходящего. На уровень контроля влияет стиль мышления (индивидуальный способ объяснения причин происходящих событий);

- принятие вызова жизни - убежденность человека в том, что все происходящие с ним события способствуют его развитию за счет приобретения опыта. Принятие вызова (риска) - это отношение человека к принципиальной возможности изменяться (Кайбышев, 2006).

Ничего не понятно, надо описать процедуру. Это тест, опросник или проективная методика, сколько вопросов, открытые, закрытые, как подсчитываются баллы и что они обозначают.

2.2.4 Тест "Смыслоразножизненные ориентации"

Тест "Смыслоразножизненные ориентации" (методика СЖО) Д. А. Леонтьева позволяет оценить "источник" смысла жизни, который может быть найден человеком либо в будущем (цели), либо в настоящем (процесс) или прошлом (результат), либо во всех трех составляющих жизни. Тест СЖО является адаптированной версией теста "Цель в жизни" (Purpose-in-Life Test , PIL) Джеймса Крамбо и Леонарда Махолика. Методика была разработана на основе теории стремления к смыслу и логотерапии Виктора Франкла и преследовала цель эмпирической валидации ряда представлений из этой теории. На основе факторного анализа адаптированной Д.А.Леонтьевым версии этой методики отечественными исследователями (Леонтьев, Калашников, Калашникова) был создан тест СЖО, включающий, наряду с общим показателем осмысленности жизни, также пять субшкал, отражающих три конкретных смыслоразножизненных ориентации (цели в жизни, насыщенность жизни и удовлетворенность самореализацией) и два аспекта локуса контроля (локус контроля-Я и локус контроля-жизнь). Тест СЖО содержит 20 пар противоположных утверждений, отражающих представление о факторах осмысленности жизни личности. В тесте СЖО жизнь считается осмысленной при наличии целей, удовлетворении, получаемом при их достижении и уверенности в собственной способности ставить перед собой цели, выбирать задачи из наличных, и добиваться результатов. Важным является ясное соотнесение целей – с будущим, эмоциональной насыщенности – с настоящим, удовлетворения – с достигнутым результатом, прошлым. Ситуация предоставляет каждому человеку возможность сделать в настоящем определенный выбор в виде поступка, действия или бездействия. Основой такого выбора является сформированное представление о смысле жизни или его отсутствии. Совокупность осуществленных, актуализированных выборов

формирует "прошлое", которое неизменно, вариациям подвержены лишь его интерпретации. "Будущее" есть совокупность потенциальных, ожидаемых результатов усилий, предпринимаемых в настоящем, в этой связи будущее принципиально открыто, а различные варианты ожидаемого будущего имеют разную мотивирующую притягательность.

В тесте используются следующие субшкалы:

1. Цели в жизни. Баллы по этой шкале характеризуют наличие или отсутствие в жизни испытуемого целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу. Низкие баллы по этой шкале даже при общем высоком уровне осмысленности жизни (ОЖ) будут присущи человеку, живущему сегодняшним или вчерашним днем. Вместе с тем высокие баллы по этой шкале могут характеризовать не только целеустремленного человека, но и прожектера, планы которого не имеют реальной опоры в настоящем и не подкрепляются личной ответственностью за их реализацию. Эти два случая несложно различить, учитывая показатели по другим шкалам СЖО.

2. Процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни. Содержание этой шкалы совпадает с известной теорией о том, что единственный смысл жизни состоит в том, что чтобы жить. Этот показатель говорит о том, воспринимает ли испытуемый сам процесс своей жизни как интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом. Высокие баллы по этой шкале и низкие по остальным будут характеризовать гедониста, живущего сегодняшним днем. Низкие баллы по этой шкале – признак неудовлетворенности своей жизнью в настоящем; при этом, однако, ей могут придавать полноценный смысл воспоминания о прошлом или нацеленность на будущее.

3. Результативность жизни или удовлетворенность самореализацией. Баллы по этой шкале отражают оценку пройденного отрезка жизни, ощущение того, насколько продуктивна и осмысленна была прожитая ее

часть. Высокие баллы по этой шкале и низкие по остальным будут характеризовать человека, который доживает свою жизнь, у которого все в прошлом, но прошлое способно придавать смысл остатку жизни. Низкие баллы - неудовлетворенность прожитой частью жизни.

4. Локус контроля – Я (Я – хозяин жизни). Высокие баллы соответствуют представлению о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и задачами и представлениями о ее смысле. Низкие баллы – неверие в свои силы контролировать события собственной жизни.

5. Локус контроля – жизнь или управляемость жизни. При высоких баллах – убеждение в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь. Низкие баллы – фатализм, убежденность в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, что свобода иллюзорна, и бессмысленно что-либо загадывать на будущее.

Математико-статистическая обработка результатов исследования проводилась в программе Statistika 7.0.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

3.1 Анализ взаимосвязей эмоционального интеллекта с характеристиками психологического здоровья медицинских работников

В ходе проведения исследования была сформулирована гипотеза о том, что эмоциональный интеллект и характеристики психологического здоровья медицинских работников статистически достоверно взаимосвязаны. В соответствии с этой гипотезой поставлена задача - выявить и охарактеризовать взаимосвязи эмоционального интеллекта и психологического здоровья в выборке медицинских сотрудников. Для решения этой задачи нами использовался корреляционный анализ. Результаты анализа содержатся в Табл. 1 и Рис. 1-2.

На основе полученных в ходе диагностики медицинских работников результатов, данные были подвергнуты математико-статистической обработке. Проанализируем результаты, полученные в ходе эмпирической части исследования.

Проверка нормальности распределения переменных через значения описательных статистик представлены в Приложении 2.

Распределение можно считать близким к нормальному, если:

А) мода, медиана и среднее близки по своим значениям;

Б) значения асимметрии и эксцесса по выборке не превышают (по абсолютной величине) значений своих стандартных ошибок.

В нашем случае, существенных расхождений в моде, медиане и среднем для всех переменных не наблюдается. Значения эксцессии не превышают значения своих стандартных ошибок. Следовательно, распределение можно признать нормальным и для проведения исследования необходимо использовать метод корреляции Пирсона.

Для анализа взаимосвязей эмоционального интеллекта и характеристик психологического здоровья был применен корреляционный анализ по Пирсону. Результаты по общей выборке медицинских работников представлены в таблице 1.

Таблица 1.

**Результаты корреляционного анализа
в общей выборке медицинских работников
(n = 105; значимые корреляции при $p < 0,05$)**

№	Показатели психологического здоровья	ВОВ	ПАНз	EQ_страт
2	Вовлеченность (по Мадди)	-0,23	-0,26	-0,22
3	Ктрл (контроль (по Мадди)	-0,25		
5	ЖСТ (жизнестойкость, по Мадди)	-0,20		
7	Процесс (ориентация на процесс, тест СЖО)		-0,26	
10	ЛК_Ж (локус контроля Жизнь, тест СЖО)		-0,20	
11	ОЖ (осмысленность жизни, тест СЖО)		-0,26	

Примечание: ВОВ – способность к восприятию, оценке и выражению эмоций; ПАНз – способность к пониманию и анализу эмоциональной информации; EQ_страт – стратегический домен эмоционального интеллекта.

Как видно из таблицы 1, способность к восприятию, оценке и выражению эмоций в группе медицинских работников отрицательно коррелирует с автономными компонентами жизнестойкости. То есть активная вовлеченность в процесс жизни, уверенность в подконтрольности значимых событий своей жизни и убежденность человека в том, что все происходящие с ним события способствуют его развитию за счет приобретения опыта снижают способность человека к восприятию, оценке и выражению эмоций.

Кроме того, способность к пониманию и анализу эмоциональной информации отрицательно коррелирует с компонентами жизнестойкости и смысложизненными ориентациями, а стратегический домен эмоционального интеллекта отрицательно коррелирует с вовлеченностью в процесс жизни (-0,22, при $p \leq 0,05$).

Таким образом, высокий уровень выраженности смысложизненных ориентаций и жизнестойкости свойственен медицинским работникам с менее развитым эмоциональным интеллектом. От чего он зависит в группах в более и менее развитым уровнем рассмотрим далее (Приложение 4).

На основе кластерного анализа общая выборка медицинских работников была поделена на две группы: в первую вошли работники с относительно низким уровнем эмоционального интеллекта (39 человек), во вторую группу вошли работники с наиболее высоким уровнем развития эмоционального интеллекта (40 человек). Далее был проведен корреляционный анализ отдельно в каждой выборке медицинских работников (Приложение 5).

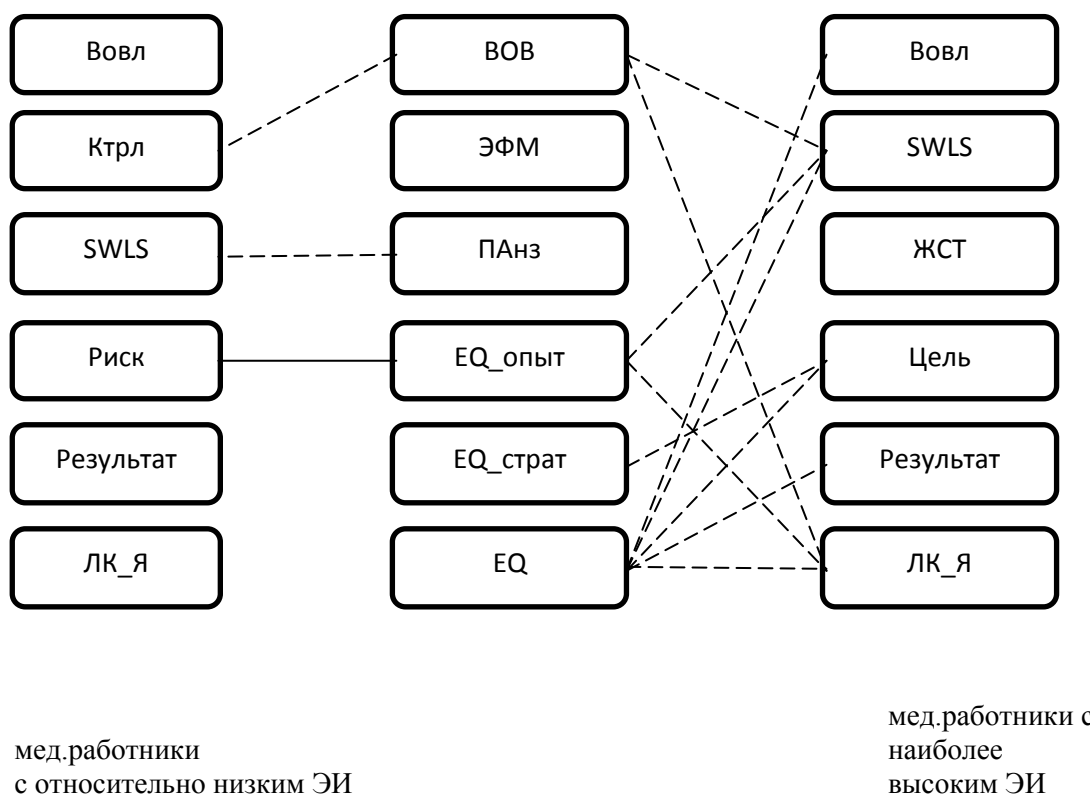
Так, в выборке медицинских работников с относительно низким уровнем развития эмоционального интеллекта обнаружены следующие взаимосвязи (Рисунок 1).

Низкий уровень развития способности к восприятию, оценке и выражению эмоций отрицательно коррелирует с уверенностью в подконтрольности событий своей жизни ($-0,45$, при $p \leq 0,05$). Чем ниже способность человека сознательно управлять собственными эмоциями, тем меньше его готовность контролировать значимые события в своей жизни.

Низкий уровень развития способности к пониманию и анализу эмоциональной информации отрицательно коррелирует с удовлетворенностью жизнью ($-0,33$, при $p \leq 0,05$), то есть такие медики менее удовлетворены жизнью.

Опытный домен эмоционального интеллекта положительно коррелирует с показателем жизнестойкости «принятие вызова жизни» ($0,35$, при $p \leq 0,05$). Низкий уровень развития способности к восприятию, оценке и выражению эмоций и способности по использованию эмоций для повышения эффективности мышления и деятельности свойственны медицинским работникам, убежденным в том, что все происходящие с ними события способствуют развитию за счет приобретения опыта.

Рис. 1. Схема корреляционных связей между показателями эмоционального интеллекта и психологического здоровья в выборках медицинских работников с разным уровнем развития ЭИ



Примечание: Вовл – вовлеченность; Ктрл – контроль; SWLS – самооценка удовлетворенностью жизнью, счастье; ЛК_Я – локус контроля Я; BOB- способность к восприятию, оценке и выражению эмоций; ЭФМ – способность к эмоциональной фасилитации мышления; ПАНз - способность к пониманию и анализу эмоциональной информации; EQ_опыт – опытный домен эмоционального интеллекта; EQ_страт – стратегический домен эмоционального интеллекта; EQ – суммарная шкала эмоционального интеллекта; ЖСТ – жизнестойкость.

В выборке медицинских работников с наиболее высоким уровнем эмоционального интеллекта обнаружены несколько иные значимые взаимосвязи. Так, способность к восприятию, оценке и выражению эмоций и опытный домен эмоционального интеллекта отрицательно коррелирует с удовлетворенностью жизнью (-0,35 и -0,31 при $p \leq 0,05$ соответственно) и локус-контролем Я (-0,42 и -0,32 при $p \leq 0,05$ соответственно). Медицинские работники с высоким уровнем восприятия, оценки и выражения эмоций, сознательным контролем над своим эмоциональным состоянием в меньшей

степени удовлетворены жизнью, они не верят в свои силы контролировать события собственной жизни.

Стратегический домен эмоционального интеллекта отрицательно коррелирует с целью (-0,36, при $p \leq 0,05$). Высокий уровень способности к пониманию, анализу эмоциональной информации и к сознательной регуляции эмоций для личностного роста и улучшения межличностных отношений свойственен медицинским работникам, живущим одним днем, неставящим далеко идущих целей.

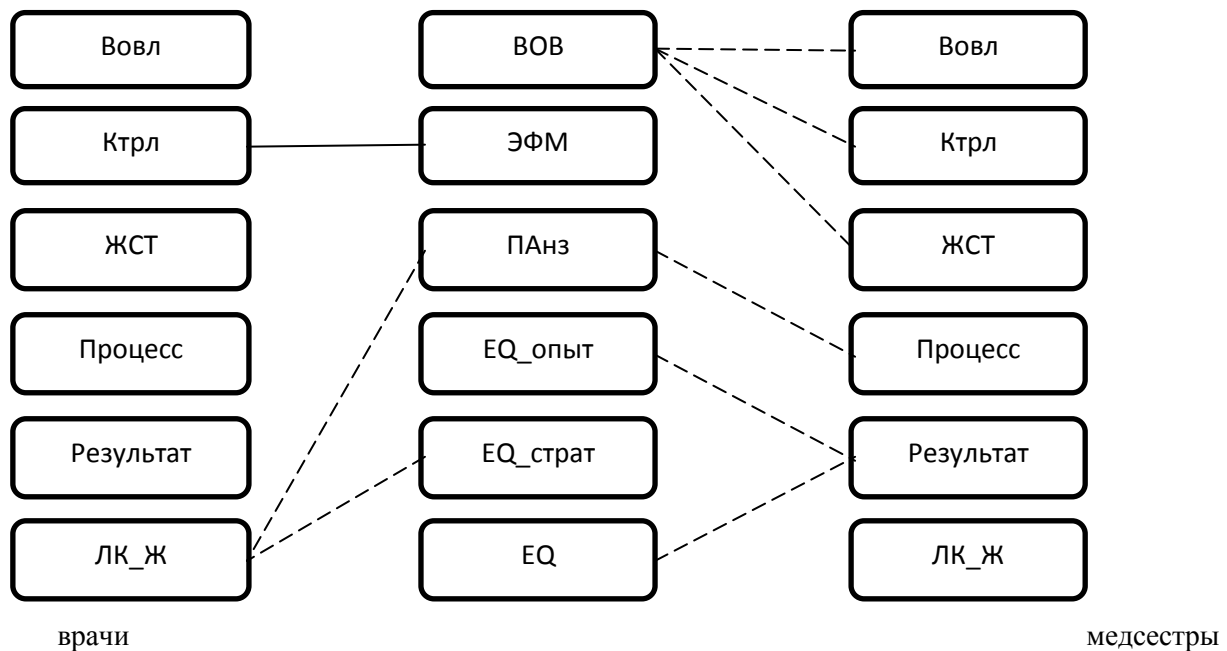
Общий показатель эмоционального интеллекта отрицательно коррелирует с рядом показателей психологического здоровья медицинских работников:

- удовлетворенность жизнью (-0,37, при $p \leq 0,05$),
- вовлеченность в процесс жизни (-0,34, при $p \leq 0,05$),
- цели в жизни (-0,55, при $p \leq 0,05$),
- результативность жизни (-0,34, при $p \leq 0,05$),
- локус-контроля Я (-0,45, при $p \leq 0,05$).

Таким образом, медицинские работники с высоким уровнем эмоционального интеллекта, то есть способные сознательно управлять эмоциями, анализировать и правильно воспринимать их, имеют низкий уровень удовлетворенности жизнью, отсутствие вовлеченности в собственную жизнь, стремление жить сегодняшним днем и неудовлетворенность прожитой частью жизни. Получается, что медицинские работники с высоким уровнем эмоционального интеллекта становятся как-бы заложниками эмоционального выгорания. То есть чем больше они ориентируются в мире эмоций своих и чужих, тем больше вероятность снижения психологического здоровья.

Кроме того, был проведен корреляционный анализ в выборках врачей и медицинских сестер (рисунок 2).

Рис. 2. Схема корреляционных связей между показателями эмоционального интеллекта и психологического здоровья в выборках врачей и медицинских сестер



Примечание: Вовл – вовлеченность; Ктрл – контроль; ЖСТ – жизнестойкость; ЛК_жизнь – локус контроля жизнь; ВОВ- способность к восприятию, оценке и выражению эмоций; ЭФМ – способность к эмоциональной фасилитации мышления; ПАНз - способность к пониманию и анализу эмоциональной информации; EQ_опыт – опытный домен эмоционального интеллекта; EQ_страт – стратегический домен эмоционального интеллекта; EQ – суммарная шкала эмоционального интеллекта; ЖСТ – жизнестойкость.

Так, в выборке врачей способность к эмоциональной фасилитации мышления положительно коррелирует с уверенностью в подконтрольности значимых событий своей жизни (0,29, при $p \leq 0,05$). То есть чем выше способность врачей использовать эмоции для повышения эффективности мышления, тем выше их уверенность в подконтрольности значимых событий своей жизни. Другими словами, чем больше врач использует свои эмоции для активизации мышления и деятельности, тем больше он способен контролировать событий.

Локус контроля жизнь отрицательно коррелирует со способностью к пониманию и анализу эмоциональной информации (-0,28, при $p \leq 0,05$) и стратегическим доменом эмоционального интеллекта (-0,28, при $p \leq 0,05$).

Врачи с высоким уровнем контроля за своей жизнью, событиями, происходящими с ними, в меньшей степени способны к анализу эмоциональной информации и понимаю того, что происходит в людях в эмоциональном плане. Можно предположить, что эмоциональная сфера врачей мешает им держать все под контролем.

В выборке медицинских сестер, в свою очередь обнаружены отрицательные корреляции между:

- способность к восприятию, оценке и выражению эмоций с вовлеченностью в процесс жизни ($-0,34$, при $p \leq 0,05$), уверенностью в подконтрольности значимых событий своей жизни ($-0,44$, при $p \leq 0,05$), жизнестойкостью ($-0,35$, при $p \leq 0,05$). Чем выше способность медицинских сестер адекватно воспринимать, оценивать и выражать эмоции, тем ниже их вовлеченность в процесс жизни и уверенность в том, что они могут контролировать события своей жизни, а, следовательно, и ниже общая жизнестойкость. То есть такой компонент эмоционального интеллекта, как способность к восприятию и оценке эмоций является фактором, снижающим жизнестойкость и подконтрольность жизни.

- Способность к пониманию и анализу эмоциональной информации с ориентацией на процесс жизни ($-0,37$, при $p \leq 0,05$), то есть чем выше способность медицинских сестер к пониманию и анализу эмоциональной информации, тем ниже их ориентация на процесс жизни, сам процесс жизни таких людей не воспринимается как интересный и эмоционально насыщенный.

- Ориентация на результат жизни с опытным доменом эмоционального интеллекта ($-0,30$, при $p \leq 0,05$) и эмоциональным интеллектом ($-0,34$, при $p \leq 0,05$). Чем выше медицинских сестер удовлетворенность самореализацией, тем ниже показатели эмоционального интеллекта. То есть ориентация на результативность жизни является фактором, снижающим уровень эмоционального интеллекта у младшего медицинского персонала.

Таким образом, корреляционный анализ, проведенный в выборках врачей и медицинских сестер, показал специфику взаимосвязей показателей социального интеллекта с другими компонентами личности. Это выражается в следующем:

1) Способность к восприятию, оценке и выражению эмоций в группе медицинских работников с относительно низким уровнем эмоционального интеллекта взаимосвязана с показателем жизнестойкости, тогда, как в выборке медицинских работников с наиболее высоким уровнем эмоционального интеллекта этот же показатель связан с самооценкой удовлетворенности в жизни и локусом контроля.

2) Опытный домен эмоционального интеллекта в группе медицинских работников с относительно низким уровнем эмоционального интеллекта положительно взаимосвязан с показателем жизнестойкости «принятие риска», а в выборке медицинских работников с наиболее высоким уровнем эмоционального интеллекта этот же показатель отрицательно связан с самооценкой удовлетворенностью жизнью и локусом контроля.

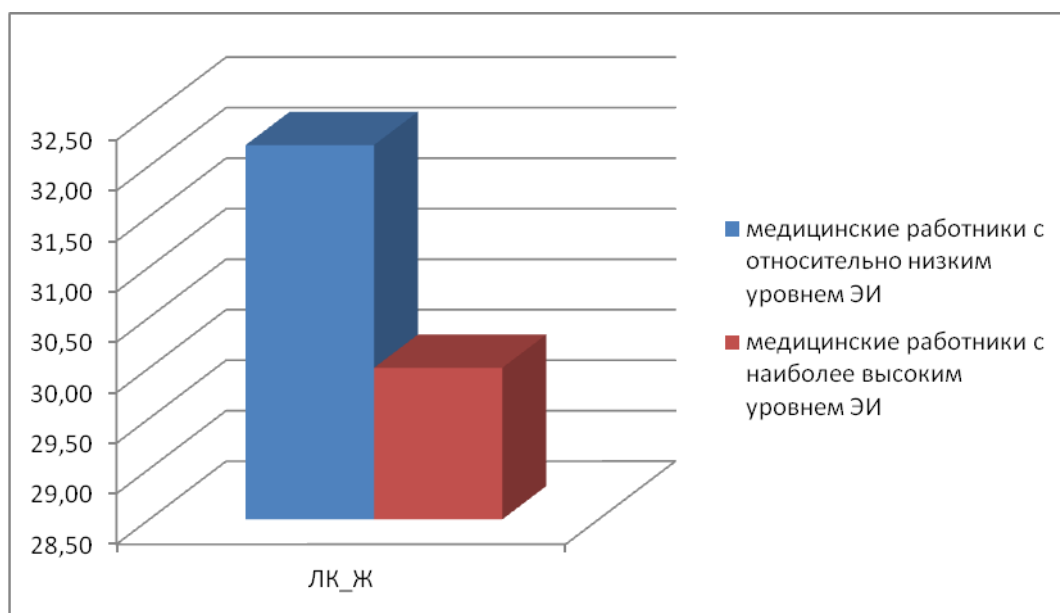
3.2 Результаты сравнения характеристик психологического здоровья медицинских работников с разным уровнем эмоционального интеллекта

Вторая гипотеза исследования связана с тем, что медицинские работники с разным уровнем эмоционального интеллекта имеют различия в характеристиках психологического здоровья. В связи с этим была поставлена задача - выявить и охарактеризовать различия в характеристиках психологического здоровья в контрастных по уровню эмоционального интеллекта выборках. Для проверки данной гипотезы был использован Т-критериальный анализ Стьюдента, результаты которого представлены на Рис.2.

Сравнение характеристик психологического здоровья медицинских работников с разным уровнем эмоционального интеллекта осуществлялось с помощью Т-критериального анализа Стьюдента (Приложение 5, рисунок 2).

Медицинские работники с разным уровнем эмоционального интеллекта статистически значимо отличаются лишь по одному показателю «локус-контроля жизнь».

Рис. 2. Графическое отображение статистически значимых различий между показателями психологического здоровья в выборках медицинских работников с разным уровнем развития ЭИ



Примечание: ЛК_Ж – локус контроля жизнь.

У медицинских работников с низким уровнем эмоционального интеллекта локус контроля жизнь выше, то есть они убеждены в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь. Медицинские работники с наиболее высоким уровнем эмоционального интеллекта, напротив, убеждены в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, что свобода выбора иллюзорна и бессмысленно что-либо загадывать на будущее.

Третья гипотеза исследования была связана с предположением о том, что медицинские работники с разным образовательным статусом имеют различия в характеристиках психологического здоровья и показателях эмоционального интеллекта. Для подтверждения данной гипотезы также использовался Т-критериальный анализ, результаты его представлены в Табл.2, Рис.3-4.

Кроме того, был проведен анализ различий в показателях эмоционального интеллекта и психологического здоровья в выборках врачей и медицинских сестер (таблица 2, рисунок 3).

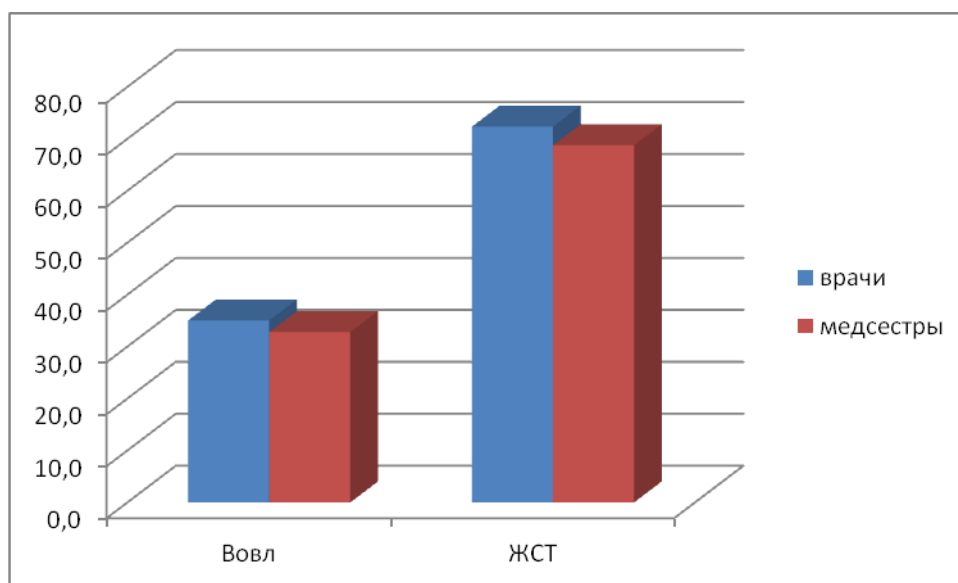
Таблица 2. – Значимые различия в показателях эмоционального интеллекта и психологического здоровья в выборках врачей и медицинских сестер

	Врачи (n = 50)	Медсестры (n=52)	t	p
ЭФМ	0,392	0,371	2,2	0,033
EQ_опыт	0,430	0,417	2,5	0,013
Вовл	35,0	32,8	2,4	0,020
ЖСТ	72,3	68,8	2,3	0,026

Примечание: ЭФМ – способность к эмоциональной фасилитации мышления; EQ_опыт – опытный домен эмоционального интеллекта; Вовл – вовлеченность; ЖСТ – жизнестойкость.

Как видно из таблицы 2, у врачей в большей степени представлены такие показатели как жизнестойкость ($t=2,3$, при $p \leq 0,026$), вовлеченность в процесс жизни ($t=2,4$, при $p \leq 0,020$), опытный домен эмоционального интеллекта ($t=2,5$, при $p \leq 0,013$), способность к эмоциональной фасилитации мышления ($t=2,2$, при $p \leq 0,033$).

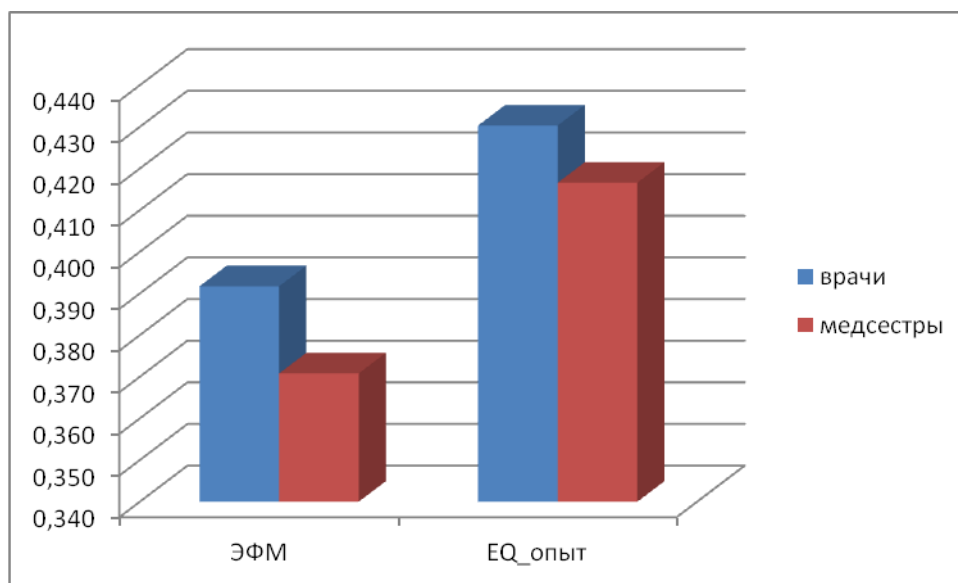
Рис. 3. Графическое отображение статистически значимых различий между показателями психологического здоровья в выборках врачей и медицинских сестер



Примечание: Вовл – вовлеченность; ЖСТ – жизнестойкость.

Как видно из рис.3 у врачей выше показатели жизнестойкости: вовлеченность в процесс жизни и суммарный показатель по жизнестойкости, то есть они убеждены в том, что участие в происходящем дает максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для личности, что придает им силы и показатель жизнестойкости также повышается на этом фоне.

Рис. 4. Графическое отображение статистически значимых различий между показателями эмоционального интеллекта в выборках врачей и медицинских сестер



Примечание: ЭФМ – способность к эмоциональной фасилитации мышления; EQ_опыт – опытный домен эмоционального интеллекта

Способность к эмоциональной фасилитации мышления и опытный домен эмоционального интеллекта в большей степени представлен в выборке врачей. То есть некоторые показатели эмоционального интеллекта в большей степени представлены в выборке врачей.

Таким образом, Т-критериальный анализ, проведенный между выборками врачей и медицинских сестер, позволяет сделать следующие выводы:

1) Медицинские работники с разным уровнем эмоционального интеллекта статистически значимо отличаются лишь по одному показателю «локус-контроля жизнь». Данный показатель выше в выборке медицинских работников с относительно низким уровнем эмоционального интеллекта.

2) Существуют значимые различия по показателям психологического здоровья и эмоционального интеллекта в пользу врачей.

3.3 Результаты анализа структуры личности медицинских работников

Факторный анализ позволил нам выявить и охарактеризовать структуру личности медицинских работников с разным уровнем эмоционального интеллекта (Приложение 6, таблица 3)

№	Показатели	Низкий ЭИ (n = 40)		Высокий ЭИ (n = 40)	
		Ф1	Ф 2	Ф1	Ф 2
1	EQ	0,28	-0,83	-0,08	-0,73
2	SWLS	0,41	-0,20	0,03	0,83
3	ЛК_Ж	0,90	-0,05	0,27	0,56
4	ОЖ	0,89	0,12	0,96	0,00
5	ЖСТ	0,47	0,58	0,90	0,31
Собственные числа		2,06	1,08	1,81	1,64
Доля дисперсии (%)		41,3%	21,7%	36,1%	32,8%

Примечание: EQ – суммарная шкала эмоционального интеллекта; ЖСТ – жизнестойкость; SWLS – самооценка удовлетворенностью жизнью, счастье; ЛК_Ж – локус контроля жизнь, ОЖ – суммарная шкала смысловых ориентаций.

Так, в выборке медицинских работников с относительно низким уровнем эмоционального интеллекта обнаружено два фактора в структуре личности. В первый фактор в долей объяснимой дисперсии 41,3% вошли показатели локус-контроля жизнь и общий показатель смысловых ориентаций. Таким образом, убеждение в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь является центрообразующим качеством в структуре смысловых ориентаций данной категории медицинских работников. Обозначим данный фактор как «локус-контроля жизнь».

Во второй фактор с долей объяснимой дисперсии 21,7% вошли эмоциональный интеллект и жизнестойкость, то есть при низком уровне эмоционального интеллекта обнаруживается высокая жизнестойкость

медицинских работников. Обозначим данный фактор как «низкий эмоциональный интеллект как предиктор жизнестойкости».

В выборке медицинских работников с наиболее высоким уровнем эмоционального интеллекта также обнаружено два фактора в структуре личности. В первый фактор с долей объяснимой дисперсии 36,1% вошли общий показатель смысложизненных ориентаций и жизнестойкость, то есть при высоком уровне стремления к поиску смысла жизни обнаруживается высокий уровень жизнестойкости. Обозначим данный фактор как «смысложизненные ориентации как фактор жизнестойкости».

Во второй фактор с долей объяснимой дисперсии 32,8% вошли эмоциональный интеллект, удовлетворенность жизнью и локус-контроля жизнь. То есть при высоком уровне развития эмоционального интеллекта обнаруживается низкий уровень удовлетворенности жизнью и убежденность в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, что свобода выбора иллюзорна и бессмысленно что-либо загадывать на будущее. Обозначим данный фактор как «эмоциональный интеллект как фактор снижающий удовлетворенность и поиск смысла жизни».

Таким образом, факторный анализ позволил обнаружить различия в структуре личности медицинских работников с разным уровнем эмоционального интеллекта.

ВЫВОДЫ

Проведенное эмпирическое исследование позволяет сделать следующие выводы:

1) Корреляционный анализ позволил выявить взаимосвязь между показателями эмоционального интеллекта и характеристиками психологического здоровья медицинских работников. Так, медицинские работники с высоким уровнем эмоционального интеллекта, то есть способные сознательно управлять эмоциями, анализировать и правильно воспринимать их, имеют низкий уровень удовлетворенности жизнью, отсутствие вовлеченности в собственную жизнь, стремление жить сегодняшним днем и неудовлетворенность прожитой частью жизни. Получается, что медицинские работники с высоким уровнем эмоционального интеллекта становятся как-бы заложниками эмоционального выгорания. То есть чем больше они ориентируются в мире эмоций своих и чужих, тем больше вероятность снижения психологического здоровья.

Кроме того, корреляционный анализ, проведенный в выборках врачей и медицинских сестер, показал специфику взаимосвязей показателей социального интеллекта с другими компонентами личности. Таким образом, гипотеза исследования подтвердилась - эмоциональный интеллект и характеристики психологического здоровья медицинских работников статистически достоверно взаимосвязаны.

2) Т-критериальный анализ позволил обнаружить лишь одно статистически значимое различие у медицинских работников с относительно низким и наиболее высоким уровнем эмоционального интеллекта – locus контроля жизнь. Медицинские работники с наиболее высоким уровнем эмоционального интеллекта убеждены в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, что свобода выбора иллюзорна и бессмысленно что-либо загадывать на будущее.

У врачей в большей степени представлены такие показатели как жизнестойкость ($t=2,3$, при $p \leq 0,026$), вовлеченность в процесс жизни ($t=2,4$, при $p \leq 0,020$), опытный домен эмоционального интеллекта ($t=2,5$, при $p \leq 0,013$), способность к эмоциональной фасилитации мышления ($t=2,2$, при $p \leq 0,033$).

3) Факторный анализ позволил обнаружить различия в структуре личности медицинских работников с разным уровнем эмоционального интеллекта. Так, в выборке медицинских работников с относительно низким уровнем эмоционального интеллекта обнаружено два фактора в структуре личности: «локус-контроля жизнь» и «низкий эмоциональный интеллект как предиктор жизнестойкости».

В выборке медицинских работников с наиболее высоким уровнем эмоционального интеллекта также обнаружено два фактора в структуре личности: «смыслоразностные ориентации как фактор жизнестойкости» и «эмоциональный интеллект как фактор снижающий удовлетворенность и поиск смысла жизни».

Таким образом, гипотезы исследования подтвердились полностью.

На основании полученных результатов был разработан ряд рекомендаций:

1) Принимая на себя ответственность за характер переживания стресса, человек начинает обретать контроль над собой и при этом душевно переходит из положения жертвы к состоянию уцелевшего. Необходимо начать с того, чтобы сформировать в себе установку на то, что работа может и должна доставлять удовольствие и возрождать, развивать личные ресурсы.

2) Наиболее эффективными на Западе, да и в ряде регионов нашей страны являются групповые формы работы: специальные занятия в группах профессионального и личностного роста, повышения коммуникативной компетентности (Балинтовский метод).

- 3) Необходимо рассчитывать, обдуманно распределять все свои нагрузки.
- 4) Учиться переключаться с одного вида деятельности на другой.
- 5) Не пытаться всегда и во всем быть лучшими.
- 6) Психологическое просвещение, призванное информировать сотрудников медицинского учреждения о причинах, признаках синдрома «профессионального выгорания» и способах его профилактики и коррекции.
- 7) Индивидуальное психологическое консультирование медицинских работников.

Профилактика выгорания наиболее действенна при соблюдении таких психологических условий, как повышение профессиональной мотивации медицинских работников, улучшение отношений организационного окружения, социальной поддержки, формирование конструктивных совладающих стратегий и позитивных взглядов на жизнь.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Как известно, каждый исторический период в развитии психологической науки характеризуется своими приоритетными направлениями и проблемами, различным уровнем популярности объектов исследования. В настоящее время в зарубежной и отечественной психологии наблюдается рост интереса к изучению эмоционального интеллекта. Внимание исследователей к проблеме эмоционального интеллекта, по мнению американского психолога Дж.Б. Кэрролла, связано с тем, что данный конструкт хорошо согласуется с представлениями житейской психологии и расширяет сложившиеся научные представления о разнообразии человеческих способностей, тем самым, обогащая психологию.

В теоретическом плане концепция эмоционального интеллекта отражает идею единства аффективных и интеллектуальных процессов. С точки зрения практики данный конструкт получил свое развитие в связи с исследованием успешности человека в различных сферах жизни и деятельности. Перспективность и обоснованность использования понятия эмоционального интеллекта показаны во множестве работ, выполненных в рамках различных отраслей психологии.

Так, в исследованиях Р.К. Купера, А. Савафа, Д. Гоулмана, Х. Вейзингера и др. эмоциональный интеллект рассматривается как основополагающий фактор успешности жизнедеятельности человека; в работах Дж. Сиаррочи, Ф.П. Дина и С. Андерсона и др. как предпосылка психического и физического здоровья. Роль эмоционального интеллекта как фактора продуктивной социально-психологической адаптации студентов изучена С.П. Деревянко, как интраличностного фактора эффективной социализации молодежи Т.П. Шемякиной и С.А. Богомаз; как условие и фактор эффективной управленческой деятельности эмоциональный интеллект изучался А.С. Петровской, И.А. Егоровым, Т.А. Панковой. В

работе О.А. Айгуновой эмоциональный интеллект рассмотрен как важный элемент потенциала личности математически одаренных учащихся юношеского возраста (*Баякина О. А., 2009*).

В целом исследователи единодушны в признании факта, что высокий уровень эмоционального интеллекта является предпосылкой просоциального и иного позитивного поведения, а низкий уровень его развития связан с различными формами социальной дезадаптации.

Американскими психологами Дж.Д. Мейером, П. Сэловеем и Д.Р. Карузо сформулировано теоретическое положение о том, что эмоциональный интеллект может рассматриваться как важный психологический ресурс личности, развитие которого, с одной стороны, способствует оптимальному функционированию человека, установлению конструктивных и взаимно продуктивных межличностных отношений, а, с другой, снижает риск возникновения различных форм личностной деструкции и социальной дезадаптации. Однако данный аспект в исследовании проблемы эмоционального интеллекта пока не получил дальнейшей научной разработки.

Естественно, что данное диссертационное исследование не охватывает всех аспектов поставленной проблемы. Перспективными направлениями исследования могут стать вопросы взаимосвязи эмоционального интеллекта с такими личностными ресурсами как жизнестойкость, самоэффективность и увлеченность работой у представителей педагогической профессии, а также изучение особенностей проявления эмоционального интеллекта и его отдельных компонентов в зависимости от типа эмоциональной направленности личности.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. *Ананьев Б.А.* Введение в психологию здоровья [Текст] / Б.А. Ананьев. – СПб.: Питер, 2012.
2. *Андреева В.В.* Психолого-педагогические предпосылки развития эмоционального интеллекта у студентов [Текст] / В.В. Андреева, Л. М. Емельянова, Пути и формы совершенствования фармацевтического образования. Создание новых физиологически активных веществ. – 2016.
3. *Артемцева Н.Г.* Отношение к психологическому здоровью личности: проблема измерения [Текст]/ Н. Г. Артемцева, Т. В. Галкина Процедуры и методы экспериментально-психологических исследований. – 2016.
4. *Байкова Л.А.* Психология здоровья: психическое, психологическое и социальное здоровье гендерно-возрастных групп населения [Текст] / Л.А. Байкова, Сборник трудов конференции. – 2008.
5. *Баякина О. А.* Соотношение понятий психического и психологического здоровья личности [Текст] / О. А. Баякина, Известия Самарского научного центра РАН. 2009. №4-5.
6. *Бирюкова А.* Интеллект как основа развития личности: понятия и определения интеллекта [Текст] / А. Бирюкова, Аналитика культурологии. 2009. №14.
7. *Бойко В.В.* Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других/ В.В. Бойко. – М.: Наука, 1996. – 154 с.
8. *Водопьянова Н.Е.* Психическое выгорание/ Н.Е. Водопьянова, Стоматолог. – М.: Медицина, 2002. – № 7.
9. *Волочков А.А.* тест MSCEIT-07/ А.А. Волочков, А.Ю. Попов, 2010 – 2017 гг.
10. *Гоуман Д.* Эмоциональное лидерство: Искусство управления людьми на основе эмоционального интеллекта [Текст]/ Д. Гоуман, Р. Бояцис, Э. Макки - М., «Альпина Бизнес Букс», 2010

11. *Гюлмамедов А.Б.*, Личностные акмедетерминанты студентов, обучающихся в учреждениях среднего профессионального образования [Текст]/ А.Б. Гюлмамедов, Научный поиск. – 2016 – №. 2.
12. *Демина Л.Д.* Факторы становления и развития социального интеллекта личности / Л. Д. Демина, Н.А.Лужбина, Известия АлтГУ. – 2005 - №2.
13. *Деревянко С.П.* Эмоциональный интеллект: проблемы категориальности // Психология в современном информационном пространстве: материалы международной конференции / С.П. Деревянко, СГУ – Смоленск: Издательство СмолГУ, 2009. с.108-112
14. *Дружилов С.А.* Экология человека и профессиональное здоровье трудящихся: психологический подход [Текст] / С.А. Дружилов, Международный журнал экспериментального образования. 2012. №12.
15. *Дубровина И.В.* Психическое и психологическое здоровье в контексте психологической культуры личности [Текст]/ И.В. Дубровина, Вестник практической психологии образования, 2009, №3
16. *Дубровина И.В.* Психология. Учебник для студентов средних педагогических учебных заведений [Текст]/ И.В. Дубровина, Е.Е. Данилова, А.М. Прихожин; под ред. И.В. Дубровиной. – М., Издательский центр «Академия», 1999
17. *Захаров С.* Синдром выгорания у врачей стигма профессионализма или расплата за сочувствие?/С. Захаров//Интернет: http://forums.rusmedserv.com/show_thread.php?t=8748. Дата доступа 20.06.2014 г.
18. *Кайбышев В.Т.* Профессионально детерминированный образ жизни и здоровье врачей в условиях современной России [Текст] /В.Т. Кайбышев, Медицина труда и промышленная экология, 2006.
19. *Калашникова С.А.* Личностные ресурсы и психологическое здоровье человека: соотношение содержания понятий [Текст]/ С.А. Калашникова, Гуманитарный вектор. Серия: Педагогика, психология. 2011. №2.

20. *Козлов В.В.* Заключительная лекция: Медицинская статистика и доказательная медицина. [Текст] / В.В. Козлов, Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого. Красноярск, 2012.
21. Комплексный план действий ВОЗ в области психического здоровья на 2013-2020 годы. <http://psychiatr.ru/news>.
22. *Куликов Л. В.* Психогигиена личности [Текст] / Л. В. Куликов СПб., 2004. 464 с.
23. *Леонтьев Д.А.* тест жизнестойкости Мадди/ Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова, Тест жизнестойкости. — М.: Смысл, 2006
24. *Леонтьев Д.А.* тест Смысложизненных ориентаций Д.А. Леонтьев, 2006г.
25. *Лукьянченко Н.В.* Взаимосвязь рабочей мотивации и профессионально значимых качеств личности руководителя с его психологическим здоровьем [Текст]/ Н.В. Лукьянченко, Экономика и управление в современных условиях. — 2015.
26. *Люсин Д.В.* Современные представления об эмоциональном интеллекте// Социальный интеллект: Теория, измерения, исследования [Текст]/ под ред. Д.В.Люсина, Д.В. Ушакова — М.: Институт психологии РАН, 2010
27. *Люсин Д.В.* современные представления об эмоциональном интеллекте // Социальный интеллект: Теория, измерение, исследования [Текст]/ под ред. Д.В. Люсина, Д.В. Ушакова. — М.: Институт психологии РАН, 2009.
28. *Мадди С.Р.* Смыслообразование в процессе принятия решений // С.Р. Мадди, Психологический журнал. 2005. Т. 1. № 6. С. 87-101.
29. *Малыхина Я.В.* Социально-психологические аспекты системной профилактики «общего девиантного синдрома» [Текст]/ Я.В. Малыхина, автореф. ... канд. дис. психол. наук. СПб.: РПГУ 2004.
30. *Милакова В.В.* психологические особенности профессионального самоопределения будущих специалистов помогающих профессий

социономического типа [Текст] / В.В. Милакова, Автореф. Диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук– Астрахань, 2007

31. *Никифоров Г.С.* Практикум по психологии здоровья [Текст] / Г.С. Никифоров, СПб.: Питер, 2005.

32. *Никифоров Г.С.* Проблема профессионального обслуживания // Психология профессионального здоровья [Текст]/ Г.С. Никифоров, СПб.: Речь, 2006

33. *Пугин П.Е.* Доклад по психологии личности "Интеллект и развитие личности"[Текст]/ П.Е. Пугин– Пермь: Перм. гос. гум.-пед.ун-т, 2015г.

34. *Пугин П.Е.* Психологическое здоровье медицинских работников в зависимости от уровня эмоционального интеллекта [Текст] / П.Е. Пугин // Сб. материалов XV науч.-практ. конф. ЯНПИС. 25 мая 2018 г. – Пермь: Перм. гос. гум.-пед.ун-т, 2018. (в печати)

35. *Пугин П.Е.*, Курсовая работа «Гендорные различия эмоционального выгорания медицинских работников» [Текст] / П.Е. Пугин, Пермь: Перм. гос. гум.-пед.ун-т, 2017г.

36. *Репина Е.В.* психологическое здоровье подростков и старшеклассников в зависимости от успешности обучения: выпускная работа бакалавра [Текст]/ Е.В. Репина. – Пермь: Институт психологии Пермского государственного гуманитарно-педагогического университета, 2015.

37. *Сафина О.Г.* Автореферат диссертации г.Санкт-Петербург/ О.Г. Сафина Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, 2007г.- 3с.

38. *Солодкова Т.И.* Эмоциональный интеллект как личностный ресурс преодоления синдрома выгорания и его развитие у педагогов [Текст] / Т.И. Солодкова автореферат диссертации кандидата психологических наук, Иркутск, 2010.

39. *Ушаков Д.В.* [Текст]/ Д.В. Ушаков, вырезка из газеты, 2009

40. *Черноскутова Т.О.* Развитие уровня эмоционального интеллекта и волевых качеств личности на примере курсантов военного и студентов технического вузов [Текст] / Т.О. Черноскутова, Психопедагогика в правоохранительных органах, 2011.
41. *Шастина*, [Текст], 2012
42. Шкала SWLS удовлетворенностью жизнью Динера/ Журнал "Психологические науки" № 6, 2012г.

ПРИЛОЖЕНИЕ