

ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ


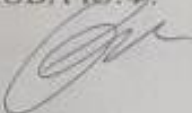
Кафедра психології


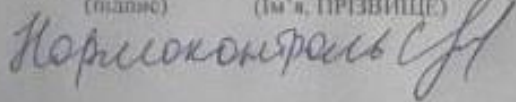
На правах рукопису

ВОРОБІЙОВА ЮЛІЯ ФЕДОРІВНА

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ
МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ З РІЗНИМ СТАЖЕМ РОБОТИ

Спеціальність: 053 «Психологія»
(код) (назва спеціальності)
Освітня програма Психологія
(назва)
Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня бакалавр

Науковий керівник:
ПРІСНЯКОВА Л.М., 
канд. психол. наук, доцент
виконав ВОРОБІЙОВА Ю.Ф. 

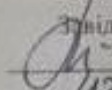
РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ
Протокол засідання кафедри психології
№ 101 від 15.01.2024
Завідувач кафедри психології
 Людмила ПРІСНЯКОВА
(підпис) (ім'я, ПРІЗВИЩЕ)


Дніпро, 2024__

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ**

Кафедра психології
Освітній ступінь бакалавр
Спеціальність 053 «Психологія»
Освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Звідувач кафедри психології

Людмила ПРІСНЯКОВА
«12» 02 2024 року

**ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ
ВОРОБІЙОВА ЮЛІЯ ФЕДОРІВНА**

1. Тема роботи: «Психологічні особливості емоційного вигорання мед. працівників з різним стажем роботи».
2. Науковий керівник роботи:
Затверджені наказом вищого навчального закладу від « » 20__ року №
3. Строк подання роботи на кафедру:
4. Мета кваліфікаційної роботи: вивчити вплив внутрішніх та зовнішніх факторів на формування емоційного вигорання медичних працівників під час виконання ними своїх професійних обов'язків.
5. Завдання кваліфікаційної роботи
 - на основі аналізу наукової літератури з проблеми формування синдрому емоційного вигорання, виділити зовнішні та внутрішні чинники та його складові;
 - підібрати комплекс психодіагностичних методик, що дозволять визначити чинники, які впливають на емоційне вигорання медичних працівників;
 - дослідити розповсюдженість професійної деформації, визначити зовнішні та внутрішні фактори, які впливають на формування синдрому емоційного вигорання у медичних працівників;

провести групування, аналіз та математико-статистичну обробку матеріалу дослідження;

розробити практичні рекомендації щодо профілактики та подолання емоційного вигорання у медичних робітників.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ

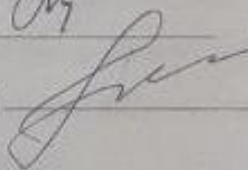
№ з/п	Назва етапів дипломного проекту (роботи)	Строк виконання етапів проекту (роботи)	Примітка
1.	Вступ	Жовтень 23 р.	виконано
2.	I Розділ	Листопад – грудень 23 р.	виконано
3.	II Розділ	Січень 24 р.	виконано
4.	Робота в цілому	Лютий 24 р.	виконано

Науковий керівник



ПРИСНЯКОВА Л.М.

Здобувач вищої освіти



ВОРОБЕЙОВА Ю.Ф.

Дата видачі завдання 16.09.

2023 р.

АНОТАЦІЯ

Воробйова Ю.Ф. Психологічні особливості емоційного вигорання мед. працівників з різним стажем роботи / Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «бакалавр» за спеціальністю 053 Психологія (освітньо-професійна програма «Психологія». ВНПЗ ДГУ, Дніпро, 20__.

Зміст анотації

У цей час достатньо багато приділяється уваги вивченню професійної шкоди, у тому числі й у роботі лікарів. Але це стосується насамперед шкоди хімічної, фізичної або біологічної природи: отрути, випромінювання, інфекцій і т.п.. Шкідливості емоційних або стресових фактори, імовірно, через їх «очевидність» не передбачені до вивчення на основних медичних факультетах та їх не ураховують в належній мірі, як шкідливі фактори в процесі професійної діяльності. Проте, саме стресові фактори, особливо - професійні, тобто діючі переважно при виконанні основних обов'язків фахівця, в контакті «людина-людина » здатні приводити до розвитку всіляких розладів - від невротичних до психосоматичних. Останні, у свою чергу, можуть ускладнюватися психосоматичними розладами та соматичними катастрофами.

Професійна діяльність медичних працівників пов'язана з неминучими емоційними й моральними перевантаженнями. Це є основою для виникнення так званих професійних особистісних деформацій - таких як синдром емоційного вигорання, адиктивне поведження у вигляді роботоголізма, ургентної адикції, мобінгу, зловживання психоактивними речовинами. Останні, у свою чергу, являють собою психологічне підґрунтя для розвитку різних психосоматичних і невротичних розладів, а також алкоголізму та табакопаління.

В той же час багато чисельні зовнішні та внутрішні чинники формування синдрому емоційного вигорання визначені недостатньо чітко, а наукові

роботи, присвячені цьому питанню, поодинокі та визначають лише окремі аспекти даної проблеми.

Постійна втома, спустошеність, відчуття відсутності соціальної підтримки, постійні докори, незадоволення професією. Спілкування з медичними працівниками показує, що багато кому з лікарів та медичних сестер притаманні всі прояви цього феномену.

Актуальність роботи. Полягає саме у комплексному підході до визначення зовнішніх та внутрішніх чинників розвитку синдрому емоційного вигорання медичних працівників.

Об'єкт дослідження: емоційне вигорання медичних працівників.

Предмет дослідження – психологічні особливості емоційного вигорання мед. працівників з різним стажем роботи.

Мета дослідження – вивчити вплив внутрішніх та зовнішніх факторів на формування емоційного вигорання медичних працівників під час виконання ними своїх професійних обов'язків.

Гіпотеза робоча: дослідження полягає в тому, що деякі внутрішні та зовнішні чинники (характер професійної діяльності та психологічні особливості медичного працівника) можуть впливати на їх емоційне вигорання.

Завдання дослідження:

1. На основі аналізу наукової літератури з проблеми формування синдрому емоційного вигорання, виділити зовнішні та внутрішні чинники та його складові.

2. Підібрати комплекс психодіагностичних методик, що дозволять визначити чинники, які впливають на емоційне вигорання медичних працівників.

3. Дослідити розповсюдженість професійної деформації, визначити зовнішні та внутрішні фактори, які впливають на формування синдрому емоційного вигорання у медичних працівників.

4. Провести групування, аналіз та математико-статистичну обробку матеріалу дослідження.

5. Розробити практичні рекомендації щодо профілактики та подолання емоційного вигорання у медичних робітників.

Теоретичну основу дослідження склали ідеї щодо природи загального адаптаційного синдрому (Г.Сельє), концепція синдрому емоційного вигорання (К.Маслач; В.В.Бойко), теорії розвитку особистості в її професійній діяльності.

Методи дослідження:

- Теоретичний (спостереження, аналіз наукової літератури);
- Емпіричний (бесіда, психодіагностика: діагностика);
- Математико-статистичний (аналіз порівняння груп за методом Стьюдента).

Для проведення емпіричного дослідження були відібрані такі методики: діагностика професійного «вигорання», автори - американські психологи К. Маслач і С. Джексон (адаптація Н. Є. Водоп'янової);

Теоретичне значення роботи полягає в уточненні зовнішніх та внутрішніх факторів формування дезадаптації медичних працівників в процесі їх професійної праці у вигляді синдрому емоційного вигорання.

Практичне значення роботи полягає у підборі комплексу психодіагностичних методик для діагностики синдрому емоційного вигорання з метою формування та проведення психологічних заходів з його профілактики.

ABSTRACT

Vorobyova Yu.F. Psychological features of emotional burnout honey. employees with different work experience / Qualification work for obtaining a bachelor's degree in the specialty 053 Psychology (educational and professional program "Psychology". VNPZ DSU, Dnipro, 20__.

Abstract content

Currently, quite a lot of attention is paid to the study of professional damage, including in the work of doctors. But this applies primarily to harm of a chemical, physical or biological nature: poison, radiation, infections, etc., as harmful factors in the process of professional activity. However, it is stress factors, especially professional ones, that is, those acting primarily during the performance of the main duties of a specialist, in person-to-person contact, that can lead to the development of all kinds of disorders - from neurotic to psychosomatic. The latter, in turn, can be complicated by psychosomatic disorders and somatic disasters.

The professional activity of medical workers is associated with inevitable emotional and moral overload. This is the basis for the emergence of so-called professional personal deformations - such as emotional burnout syndrome, addictive behavior in the form of workaholism, urgent addiction, mobbing, and substance abuse. The latter, in turn, represent the psychological basis for the development of various psychosomatic and neurotic disorders, as well as alcoholism and smoking.

At the same time, many external and internal factors in the formation of emotional burnout syndrome are not clearly defined, and scientific works devoted to this issue are rare and determine only certain aspects of this problem.

Constant fatigue, emptiness, a feeling of lack of social support, constant reproaches, dissatisfaction with the profession. Communication with medical workers shows that many doctors and nurses experience all manifestations of this phenomenon.

Relevance of the work. It consists precisely in an integrated approach to determining the external and internal factors in the development of the syndrome of emotional burnout among medical workers.

Study object: emotional burnout of medical workers.

Study subject is the psychological characteristics of emotional burnout in nursing workers with different work experience.

Study purpose is to study the influence of internal and external factors on the formation of emotional burnout of medical workers when performing their professional duties.

Working hypothesis: the study is that some internal and external factors (the nature of professional activity and psychological characteristics of a medical worker) can influence their emotional burnout.

Study tasks:

1. Based on the analysis of scientific literature on the problem of the formation of emotional burnout syndrome, identify external and internal factors and their components.
2. To select a set of psychodiagnostic techniques to determine the factors influencing the emotional burnout of medical workers.
3. To study the prevalence of professional deformation, to determine external and internal factors influencing the formation of emotional burnout syndrome among medical workers.
4. Carry out grouping, analysis and mathematical statistical processing of the research material.
5. To develop practical recommendations for preventing and overcoming emotional burnout among medical workers.

The theoretical basis of the study was formed by ideas about the nature of the general adaptation syndrome (G. Selye), the concept of **emotional burnout** syndrome (K. Maslach; V.V. Boyko), and the theory of personality development in its professional activities.

Research methods:

- theoretical (observation, analysis of scientific literature);
- empirical (conversation, psychodiagnostics: diagnostics);

- mathematical and statistical (analysis of comparison of groups using the Student's method).

The following methods were selected for the empirical research: diagnosis of professional "burnout", authors - American psychologists K. Maslach and S. Jackson (adaptation by N.E. Vodopyanova).

The theoretical significance of the work consists in clarifying the external and internal factors of the formation of maladjustment of medical workers in the process of their professional work in the form of emotional burnout syndrome.

The practical significance of the work consists in the selection of a set of psychodiagnostic methods for diagnosing the syndrome of emotional burnout with the aim of forming and carrying out psychological measures for its prevention.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	9
------------	---

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД НАУКОВОЇ ЛІТЕРАТУРИ З ПИТАНЬ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТРЕСУ, АДАПТАЦІЙНИХ МЕХАНІЗМІВ ОСОБИСТОСТІ ТА СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ	15
1.1. Огляд наукової літератури з питань психологічного стресу та стресостійкості особистості	15
1.2. Соціально-психологічна адаптація особистості: визначення, формування, механізми	18
1.3. Синдром емоційного вигорання: погляд на проблему.....	25
1.4. Особливості формування та проявів синдрому емоційного вигорання у медичних працівників.....	400
Висновки до першого розділу	56
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	59
2.1. Організація та методичне забезпечення емпіричного дослідження .	59
2.2. Результати емпіричного дослідження синдрому емоційного вигорання медичних працівників середнього рівня	66
Висновки до другого розділу	97
РОЗДІЛ 3. ТРЕНІНГ СПРЯМОВАНИЙ НА КОРЕКЦІЮ ТА СНИЖЕННЯ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	105
Висновки до третього розділу	112
ВИСНОВКИ	113
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	Ошибка! Закладка не определена.
ДОДАТКИ	

ВСТУП

У цей час достатньо багато приділяється уваги вивченню професійної шкоди, у тому числі й у роботі лікарів. Але це стосується насамперед шкоди хімічної, фізичної або біологічної природи: отрути, випромінювання, інфекцій і т.п.. Шкідливості емоційних або стресових фактори, імовірно, через їх «очевидність» не передбачені до вивчення на основних медичних факультетах та їх не ураховують в належній мірі, як шкідливі фактори в процесі професійної діяльності. Проте, саме стресові фактори, особливо - професійні, тобто діючі переважно при виконанні основних обов'язків фахівця, в контакті «людина-людина » здатні приводити до розвитку всіляких розладів - від невротичних до психосоматичних. Останні, у свою чергу, можуть ускладнюватися психосоматичними розладами та соматичними катастрофами (інсульты, інфаркти й т.п.), бути причиною смерті або інвалідизації [2].

Професійна діяльність медичних працівників пов'язана з неминучими емоційними й моральними перевантаженнями. Це є основою для виникнення так званих професійних особистісних деформацій - таких як синдром емоційного вигорання, адиктивне поведження у вигляді роботоголізма, ургентної адикції, мобінгу, зловживання психоактивними речовинами (переважно - алкоголем на основі детензивного механізму). (Короленко Ц.П., Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А., Бойко В.В., Макаров В.В.Дереча,В.В., Дереча Г.И., Юр'єва Л.М.)[2]. Останні, у свою чергу, являють собою психологічне підґрунтя для розвитку різних психосоматичних і невротичних розладів, а також алкоголізму та табакопаління. Крім шкідливих для здоров'я наслідків зазначені процеси можуть привести до професійної дезадаптації й функціональної деградації як окремих фахівців, так і цілих колективів[2; с. 73].

В той же час багато чисельні зовнішні та внутрішні чинники формування синдрому емоційного вигорання визначені недостатньо чітко, а наукові

роботи, присвячені цьому питанню, поодинокі та визначають лише окремі аспекти даної проблеми.

Постійна втома, спустошеність, відчуття відсутності соціальної підтримки, постійні докори, незадоволення професією. Спілкування з медичними працівниками показує, що багато кому з лікарів та медичних сестер притаманні всі прояви цього феномену.

Актуальність роботи. Полягає саме у комплексному підході до визначення зовнішніх та внутрішніх чинників розвитку синдрому емоційне вигорання, медичних працівників.

Об'єкт дослідження: емоційне вигорання медичних працівників.

Предмет дослідження – психологічні особливості емоційного вигорання медичних сестер з різним стажем роботи.

Мета дослідження – вивчити вплив внутрішніх та зовнішніх факторів на формування емоційного вигорання медичних працівників під час виконання ними своїх професійних обов'язків.

Гіпотеза робоча: дослідження полягає в тому, що деякі внутрішні та зовнішні чинники (характер професійної діяльності та психологічні особливості медичного працівника) можуть впливати на їх емоційне вигорання.

Наукова гіпотеза: полягає у припущенні впливу зовнішньої еко-системи та сформованого психотипу особистості медичного працівника на психологічні зміни по типу емоційного вигорання в формуванні системи взаємовідносин у професійній діяльності людина-людина.

Завдання дослідження:

1. На основі аналізу наукової літератури з проблеми формування синдрому емоційного вигорання, виділити зовнішні та внутрішні чинники та його складові.

2. Підібрати комплекс психодіагностичних методик, що дозволять визначити чинники, які впливають на емоційне вигорання медичних працівників.

3. Дослідити розповсюдженість професійної деформації, визначити зовнішні та внутрішні фактори, які впливають на формування синдрому емоційного вигорання у медичних працівників.

4. Провести групування, аналіз та математико-статистичну обробку матеріалу дослідження.

5. Розробити практичні рекомендації щодо профілактики та подолання емоційного вигорання у медичних робітників.

Полігон дослідження: Дослідження проводилось на базі КМО «Міська лікарня № 1» м.Верходніпровська, в ньому приймали участь 83 робітника середнього медичного персоналу, загальний стаж роботи від 1 років до 20 років у медицині.

Методологічну основу дослідження становлять розроблені в психології принципи детермінації психічних явищ, єдності психіки та діяльності (О.М.Леонтьєв, Л.С.Виготський, С.Л.Рубінштейн, Г.С.Костюк та інші).

Теоретичну основу дослідження склали ідеї щодо природи загального адаптаційного синдрому (Г.Сельє), концепція синдрому **емоційного вигорання** (К.Маслач; В.В.Бойко), теорії розвитку особистості в її професійній діяльності. [16; с. 370]

Методи дослідження:

- Теоретичний (спостереження, аналіз наукової літератури);
- Емпіричний (бесіда, психодіагностика: діагностика);
- Математико-статистичний (аналіз порівняння груп за методом Стьюдента).

Для проведення емпіричного дослідження були відібрані такі методики: діагностика професійного «вигорання», автори - американські психологи К. Маслач і С. Джексон (адаптація Н. Є. Водоп'янової); «Визначення психічного вигорання», Фарбер Берри, в адаптації - Рукавишникової А.А.; «Стреси та стресостійкість» (Ю. Щербатих); «Ваш характер» (Г.Айзенка); **“Визначення рівня самоактуалізації особистості”** (автор - О. В. Лазукін), методика «Інтегральна

задоволеність працею», методика Я. Стреляу для вивчення нервових процесів, діагностика мотивації схвалення Д.Марлоу і Д. Крауна.

Теоретичні представлені у вигляді системного підходу та аналізу психологічної теорії особистості та їх соціалізації, адаптації, дезадаптації Сельє.

Теоретичне значення роботи полягає в уточненні зовнішніх та внутрішніх факторів формування дезадаптації медичних працівників в процесі їх професійної праці, у вигляді синдрому емоційного вигорання.

Практичне значення роботи полягає у підборі комплексу психодіагностичних методик для діагностики синдрому емоційного вигорання з метою формування та проведення психологічних заходів з його профілактики.

Особистий внесок здобувача: 1. Воробйова Ю.Ф. ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІ А-43 Актуальні проблеми юриспруденції та психології: матеріали IV Всеукр. наук.-практ. конф. (Дніпро, 15 грудня 2023 р.). Дніпро: ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет»..

2.. Пріснякова Л. М., Воробйова Ю. ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ СЕРЕДНЬОГО РІВНЯ (405 -407). The 5th International scientific and practical conference “Current challenges of science and education” (January 15-17, 2024) MDPC Publishing, Berlin, Germany. 2024. 612 p.

Структура роботи: Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновку, списку використаних джерел,містить 18 таблиць та 13 рисунків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД НАУКОВОЇ ЛІТЕРАТУРИ З ПИТАНЬ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТРЕСУ, АДАПТАЦІЙНИХ МЕХАНІЗМІВ ОСОБИСТОСТІ ТА СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ

1.1. Огляд наукової літератури з питань психологічного стресу та стресостійкості особистості

У перекладі з англійської мови «стрес» означає тиск, натяг, зусилля, а також зовнішній вплив, що створює цей стан. Передбачається, що англійське слово «stress» походить від латинського «stringere» - зтягувати [22; с. 34].

Поняття «стрес» піддавалося з часом суттєвих змін і стало більш широким. Слово «стресор» стало означати не лише фізичне, а й суто психологічний вплив, а слово «стрес» - реакцію не тільки на фізично шкідливі впливи, але і на будь-які події, що викликають негативні емоції.

Наукові статті про стрес, як правило, починається зі скарг на відсутність чітких визначень, а в словниках дається не якесь одне, а безліч співіснують. У короткому Оксфордському словнику - п'ять визначень стресу, серед них є такі: спонукає і принуждаюча сила; зусилля або велика витрата енергії; сили, що роблять вплив на організм [18; с. 174].

Сельє виділив три стадії стресу. Перша - реакція тривоги, що виражається у мобілізації всіх ресурсів організму. За нею настає стадія опору, коли організму вдається (за рахунок попередньої мобілізації) успішно впоратися із зовнішніми впливами. У цей період може спостерігатися підвищена стресостійкість. Якщо ж дію шкідливих чинників довго не вдається усунути і подолати, настає третя стадія - виснаження. Пристосувальні можливості організму знижуються. У цей період він гірше чинить опір новим «вредностям», збільшується небезпека захворювання [99; с. 15-29].

Пізніше Сельє запропонував розрізняти два види стресу дистрес (від англійського слова distress - виснаження, нещастя) і еустресс. Сам по собі

еустресс Сельє став розглядати як позитивний фактор, джерело підвищення активності, радості від зусилля і успішного подолання. При еустресс відбувається активізації процесівсамосвідомості, осмислення дійсності, пам'яті. Дистрес ж настає лише при дуже частих і надмірних стресах, в таких поєднаннях несприятливих факторів, коли переважає не радість подолання, а почуття безпорадності, безнадійності, свідомістьнадмірності, непосильність і небажаність, «образливої несправедливості» необхідних зусиль [30; с. 178].

В останні роки відзначають умовність повного поділу фізіологічного і психічного стресу. Фізіологічний стрес пов'язаний з реальним подразником. Психологічний стрес характернийтим, що під час нього людинаоцінює майбутню ситуацію на основі індивідуальних знань і досвіду, як загрозову, важку. У свою чергу психологічний стрес ділиться на інформаційний та емоційний. Інформаційний стрес розвивається тоді, коли виникає інформаційне перевантаження, тобто людина не справляється із завданням, не встигає приймати правильні рішення в необхідному темпі при високому ступені відповідальності. Для цього виду стресу характерно погіршення пам'яті, зниження концентрації уваги і посилення відволікання [32; с. 367].

Емоційний стрес з'являється в ситуаціях загрози, небезпеки, образи і т.д., коли людина протягом тривалого часу залишається один на один зі своїми переживаннями. При цьому наголошується зростання напруги, неспокою, тривоги, погіршується сон. Акуратні люди можуть стати нечепурами, а товариські - замкнутими. Можливо як поява депресії, безпорадності, так і емоційних вибухів. Цей вид стресу небезпечний тим, що в його прояві виникають думки і фрази, що містять загрозу самогубства [6; с. 123].

Але які б визначення не давали різні автори, завжди в якості центральної ланки стресу передбачається та сама неспецифічна реакція організму, що має незалежно від причини стресу, свої закономірності розвитку. Спробуємо розібратися в цьому центральному (фізіологічному і біохімічному) ланці стресу, щоб зрозуміти яким чином психічні переживання, емоційні реакції

переходять в тілесні розлади: хвороби всіх органів або загальне фізичне нездужання [48].

Що виникає при стресі складні фізіологічні та біохімічні зрушення - це прояв давньої, що сформувалася в ході еволюції оборонної реакції, або як її називають, «реакції боротьби і втечі».

Ця реакція миттєво включалася у наших предків при найменшій загрозі, забезпечуючи з максимальною швидкістю мобілізацію сил організму, необхідних для боротьби з ворогом або втечі від нього [44; с. 105].

Якщо говорити про стресостійкості, то, перш за все, визначимо це поняття. Б.Х. Варданян визначає стресостійкість як особливе взаємодія всіх компонентів психічної діяльності, у тому числі емоційних. Він пише, що стресостійкість «...можна більш конкретно визначити як властивість особистості, що забезпечує гармонійне відношення між всіма компонентами психічної діяльності в емоціогенній ситуації і, тим самим, сприяє успішному виконанню діяльності» [112; с. 304].

На одну з істотних сторін стресостійкості звертає свою увагу П.Б. Зільberman, кажучи про те, що стійкість може бути недоцільним явищем, що характеризує відсутність адекватного відображення ситуації, що змінилася, що свідчить про недостатню гнучкість, пристосовності. Він же пропонує свою і, на наш погляд, одну з найбільш вдалих трактувань стресостійкості, розуміючи під нею «.. інтегративне властивість особистості, що характеризується такою взаємодією емоційних, вольових, інтелектуальних та мотиваційних компонентів психічної діяльності індивідуума, що забезпечує оптимальне успішне досягнення мети діяльності в складній емотивної обстановці » [64; с. 203].

Таким чином, стресостійкість – це самооцінка здібності та можливості подолання екстремальної ситуації пов'язана з ресурсом особистості чи запасом, потенціалом різних структурно-функціональних характеристик, що забезпечують загальні види життєдіяльності та специфічні форми поведінки, реагування, адаптації і т.д.

Як впливає з наведених визначень стресостійкості, даний феномен (якість, риса, властивість) розглядається в основному, з функціональних позицій, як характеристика, що впливає на продуктивність (успішність) діяльності [94; с. 264].

Отже, стрес - це психофізіологічна реакція, яка є невід'ємною частиною нашого життя. Уникнути його в умовах нашого існування неможливо, та це не завжди і треба, тому що стрес має здатність загартовувати психіку людини і готувати його до більш складних ситуацій в майбутньому. Кожна людина має своє поняття про стрес, кожен переживає ту чи іншу подію по-різному, тому говорити про те, що «ось це» треба уникати, а «ось це» треба пережити, не можна [27; с. 353].

1.2. Соціально-психологічна адаптація особистості: визначення, формування, механізми

Поняття "адаптація" (від лат. Пристосування) використовується в даний час у багатьох галузях пізнання- біології, філософії, соціології, соціальної психології, етики, педагогіки та ін.. По суті вивчення цієї проблеми знаходиться на стику різних галузей знання і є найважливішим, перспективним підходом у комплексному вивченні людини [1; с. 261].

У широкому, філософському, аспекті під адаптацією розуміють «...будь-які взаємодії індивіда і середовища, при яких відбувається узгодження їх структур, функцій і поведінки». У роботах, виконаних у цьому аспекті, адаптація розглядається як спосіб зв'язку особистості і макросоціума, підкреслюється зміна суспільного становища людини, придбання нової соціальної ролі, тобто адаптація співвідноситься з соціалізацією [10; с. 47-50].

Адаптація у вузькому, соціально-психологічному, значенні розглядається як взаємини особистості з малою групою, найчастіше - виробничої або студентської. Тобто процес адаптації розуміється як процес

входження особистості в малу групу, засвоєння нею норм, що склалися, відносин, заняття певного місця в структурі відносин між її членами [41; с. 144].

Особливості вивчення адаптації полягають в тому, що, по-перше, відносини індивіда і суспільства розглядаються як опосередковані малими групами, членом яких є індивід, по-друге, мала група сама стає однією зі сторін, що беруть участь в адаптаційному взаємодії, утворюючи нове соціальне середовище - сферу найближчого оточення, до якого пристосовується людина [51; с. 16].

При вивченні адаптації одним з найбільш актуальних питань є питання про співвідношення адаптації та соціалізації. Процеси соціалізації та соціальної адаптації тісно взаємопов'язані, тому що відображають єдиний процес взаємодії особистості і суспільства. Часто соціалізація пов'язується лише із загальним розвитком, а адаптація - з пристосувальними процесами вже склалася особистості в нових умовах спілкування та діяльності. Явище соціалізації визначається як процес і результат активного відтворення індивідом соціального досвіду, здійснюваного у спілкуванні і діяльності. Поняття соціалізації більшою мірою має відношення до соціального досвіду, розвитку та становленню особистості під впливом суспільства, інститутів та агентів соціалізації. У процесі соціалізації формуються механізми взаємодії особистості з середовищем.

Таким чином, в ході соціалізації людина виступає як об'єкт, що сприймає, приймає, засвоює традиції, норми, ролі, створені суспільством. Соціалізація, у свою чергу, забезпечує нормальне функціонування індивіда в суспільстві [24; с. 28].

У ході соціалізації здійснюються розвиток, формування і становлення особистості, в той же час соціалізація особистості є необхідною умовою адаптації індивіда в суспільстві. Соціальна адаптація є однією з основних механізмів соціалізації, одним із шляхів більш повної соціалізації [77; с. 114-119].

Соціальна адаптація - це:

- Постійний процес активного пристосування індивіда до умов нової соціального середовища;

- Результат цього процесу [84; с. 137].

Соціальна адаптація - це інтегративний показник стан у людини, що відображає його можливості виконувати певні біосоціальні функції, а саме: адекватне сприйняття навколишньої дійсності і власного організму; адекватна система відносин і спілкування з оточуючими; здатність до праці, навчання, до організації дозвілля та відпочинку; мінливість (адаптивність) поведінки відповідно до ролями очікуваннями інших.

Змістом соціальної адаптації є зближення цілей і ціннісних орієнтацій групи і входить в неї індивіда, засвоєння ним норм, традицій, групової культури, входження у рольову структуру групи [3; с. 107–115].

У ході соціальної адаптації здійснюється не тільки пристосування індивіда до нових соціальних умов, а й реалізація його потреб, інтересів і прагнень. Особистість входить в нове соціальне оточення, стає його повноправним членом, самостверджується і розвиває свою індивідуальність. У результаті соціальної адаптації формуються соціальні якості спілкування, поведінки та предметної діяльності, прийняті в суспільстві, завдяки яким особистість реалізує свої прагнення, потреби, інтереси і може самовизначитися [54; с. 56-59].

Адаптація соціальна - процес активного пристосування людини до нової середовищі за допомогою різних соціальних коштів. Основним способом соціальної адаптації є прийняття норм і цінностей нової соціального середовища (групи, колективу, організації, регіону, в які входить індивід), що склалися тут форм соціальної взаємодії (формальних і неформальних зв'язків, стилю керівництва, сімейних та сусідських відносин і т. д.), а також форм і способів предметної діяльності (наприклад, способів професійного виконання робіт або сімейних обов'язків) [43; с. 112].

А.Г. Ковальов розрізняє дві форми соціальної адаптації: активну, коли індивід прагне впливати на середовище, щоб змінити її (у т. ч. ті норми, цінності, форми взаємодії, які він повинен опанувати), і пасивну, коли він не прагне до такого впливу і зміни. Показником успішної соціальної адаптації є високий соціальний статус індивіда в даному середовищі, а також його задоволеність цим середовищем у цілому (наприклад, задоволеність роботою та її умовами, винагородою, організацією і т. д.). Показник низької соціальної адаптації - переміщення індивіда в іншу соціальне середовище (плинність кадрів, міграція і т. д.) або поведінка, що відхиляється [83; с. 103].

Як вважає І. А. Георгієва, в основі розвитку механізмів соціальної адаптації, її сутності, лежить активна діяльність людини, ключовим моментом якої є потреба в перетворенні істотної соціальної дійсності. Тому сам процес формування механізмів соціальної адаптації особистості невіддільний від усіх видів перетворень індивідів і проходить в трьох основних фазах: діяльності, спілкуванні, самосвідомості, що характеризують його соціальну сутність [11; с. 34].

Соціальна діяльність - ведучий і специфічний механізм в організації адаптації людини. Важливі такі складові його види, як спілкування, гра, навчання, праця, що здійснюють повноцінну включеність, активне пристосування індивіда в соціальне середовище. Сам же механізм адаптації в соціальній діяльності особистості має закономірні етапи: потреба індивіда, потреби, мотиви ухвалення рішення, реалізація та підведення підсумків, її оцінка.

Далі цей механізм може повторитися в залежності від досягнутих результатів.

Соціальне спілкування - найважливіший механізм соціальної адаптації людини, який спрямовує і розширює коло засвоєння соціальних цінностей при контакті з іншими індивідами, соціальними групами [34; с. 512].

Соціальне самосвідомість особистості - механізм соціальної адаптації особистості, у якому здійснюється формування і осмислення своєї соціальної приналежності і ролі.

На думку І. А. Георгієвої, існують і такі механізми соціальної адаптації особистості, як:

1. Когнітивний, що включає всі психічні процеси, пов'язані зі спінанням: відчуття, сприйняття, уявлення, пам'ять, мислення, увагу і т.д.
2. Емоційний, що включає різні моральні почуття і емоційні стани: занепокоєння, клопотаність, співчуття, осуд, тривога і т.д.
3. Практичний (поведінковий), що пропонує певну спрямовану діяльність людини в соціальній практиці. У цілому, всі ці механізми соціальної адаптації особистості складають повну єдність [82; с.272].

В основі соціальної адаптації особистості лежить активне чи пасивне пристосування, взаємодія з існуючою соціальним середовищем, а також здатність змінювати і якісно перетворювати саму особистість людини.

Процес соціальної адаптації носить конкретно-історичний характер, який по різному впливає на особистість або підштовхує її до певного вибору механізмів дії в заданому контексті часу [2; с. 231-244].

Дослідження Г. Д. Волкова та Н. Б. Оконської показують, що процес соціальної адаптації необхідно розглядати на трьох рівнях:

1. Товариства (макросередовище) - цей рівень дозволяє виділити процес соціальної адаптації особистості в контексті соціально-економічного, політичного і духовного розвитку суспільства.
2. Соціальна група (мікросередовище) - вивчення цього процесу допоможе виокремити причини, розбіжність інтересів індивідуума з соціальною групою (трудова колектив, родина і т.д.).
3. Індивідуальна (внутрішособистісна адаптація) - прагнення досягти гармонії, збалансованості внутрішньої позиції і її самооцінки з позиції інших індивідуумів [38; с. 34-36].

Аналіз літератури показав, що єдина класифікація соціальної адаптації відсутня. Це пояснюється тим, що людина входить у широку систему професійних, ділових, міжособистісних, соціальних відносин, які дозволяють йому адаптуватися в даному соціумі. Система соціальної адаптації включає різні види адаптивних процесів:

- Виробнича та професійна адаптація;
- Побутова (вирішує різні аспекти у формуванні певних навичок, установок, звичок, спрямованих до розпорядку, традиціям, існуючим відносинам між людьми в колективі, в групі поза зв'язку зі сферою виробничої діяльності);
- Дозвільна (передбачає формування установок, здібностей до задоволення естетичних переживань, прагнення до підтримання здоров'я, фізичного вдосконалення);
- Політична та економічна;
- Адаптація до форм суспільної свідомості (наука, релігія, мистецтво, мораль та інші);
- До природи та ін [97; с. 84-89].

Як вважають Г. Д. Волков, Н. Б. Оконська в себе види адаптації взаємопов'язані між собою, але домінуючим тут є соціальна. Повна соціальна адаптація людини включає:

- Управлінську,
- Економічну,
- Педагогічну,
- Психологічну,
- Професійну,
- Виробничу адаптацію [23; с. 19-21].

Розглянемо докладніше перераховані види соціальної адаптації.

Управлінська (організаційна) адаптація. Без управління неможливо надати людині сприятливі умови (на роботі, в побуті), створити передумови

для розвитку його соціальної ролі, впливати на нього, забезпечувати діяльність, що відповідає інтересам суспільства і особистості [45; с. 405].

Економічна адаптація - це складний процес засвоєння нових соціально-економічних норм і принципів економічних відносин індивідів, суб'єктів. Для технології соціальної роботи тут важливий так званий "соціальний блок", що включає адаптування до реальної соціальної дійсності розмірів допомоги по безробіттю, рівнем зарплати, пенсій та допомог. Вони повинні відповідати не тільки фізіологічним, але й соціокультурним потребам людини.

Педагогічна адаптація - це пристосування до системи освіти, навчання і виховання, які формують систему ціннісних орієнтирів індивіда [101; с. 79].

Психологічна адаптація. У психології адаптацію розглядають як процес пристосування органів чуття до особливостей діючих на них стимулів з метою їх кращого сприйняття і оберігання рецепторів від надмірного навантаження [4; с. 325].

Професійна адаптація - це пристосування індивіда до нового виду професійної діяльності, нового соціального оточення, умов праці та особливостей конкретної спеціальності.

Виробнича адаптація - трудова активність, ініціатива, компетентність і самостійність, удосконалюються професійні якості [84; с. 137].

Таким чином, соціальна адаптація передбачає способи пристосування, регулювання, гармонізації взаємодії індивіда із середовищем. У процесі соціальної адаптації людина виступає як активний суб'єкт, який адаптується в середі у відповідності зі своїми потребами, інтересами, прагненнями і активно самовизначається. Існують механізми соціальної адаптації особистості, процесформування яких невіддільний від усіх видів перетворень індивідів, таких як: діяльність, спілкування та самосвідомість. По суті механізмів соціальної адаптації лежить активна діяльність людини, ключовим моментом якої є потреба в перетворенні істотної соціальної дійсності [103; с. 490].

1.3. Синдром емоційного вигорання: погляд на проблему

Ще 1970-ті роки ХХ століття було введено поняття «синдром емоційного вигорання». Перш за все це поняття характерно для представників професій типу «людина – людина», які змушені постійно спілкуватися з іншими людьми, при чому не за власним вибором [90].

Декілька десятиліть назад К. Маслач дала різке формулювання: «Згорання – плата за співчуття». Звідси і пішла порада не брати на себе чужих проблем, не розчинятися в чужому «я», приділяти більше уваги своєму внутрішньому світу, не ставати рабом своїх обов'язків, усіяко уникати моногонії, не шукати у роботі порятунку від власних проблем, на кінець (і це беззаперечно) – просто спокійно виспатися [28; с. 56].

Г.Л. Станкевич зауважує, що саме через високі вимоги, які ставляться до комунікативної компетентності психолога, а також через труднощі «приймаючого», «безумовного» спілкування, виникає проблеми особистісної захищеності психологам – одне із актуальних питань професійної екології. Можливо, саме застереження, які виникають у зв'язку з цим, змушують психотерапевтів триматися за панцир свого професіоналізму, що дозволяє йому залишатися закритим і відгородженим у взаємодії з пацієнтом. Але нічого так не оголює, як прагнення бути закритим. Саме в професійній закритості ховається загроза дисоціативності переживань, яка може служити деформуючим фактором у нашій професії. Ігнорування власних невирішених проблем живить міф про те, компетентні психотерапевти можуть і повинні ефективно працювати з будь-якими пацієнтами в будь-який час і при будь-яких обставинах [42; с. 181].

Термін «емоційне вигорання» (burnout) ввів американський психіатр Герберт Фрейденберг (1974) для характеристики психологічного стану здорових людей, що знаходяться в інтенсивному і тісному спілкуванні з клієнтами, пацієнтами в емоційно насиченій атмосфері при наданні професійної допомоги. Спочатку цей термін визначався як стан знемоги ,

виснаження з відчуттям власної марності. Потім феномен «емоційного вигорання» був деталізований, в результаті чого виокремився його синдром. Б. Пельман і Е. Хартман, узагальнивши багато визначень «вигорання», визначили три головні компоненти: емоційне та / або фізичне виснаження, деперсоналізація та знижена робоча продуктивність [40,55].

Емоційне виснаження проявляється у відчуттях емоційного перенапруження і в почутті спустошеності, вичерпаності своїх емоційних ресурсів. Людина відчуває, що не може віддаватися роботі з таким же натхненням, бажанням, як раніше [111; с. 96].

Деперсоналізація пов'язана з виникненням байдужого і навіть негативного ставлення до людей в контексті професійного спілкування. Контакти з ними стають формальними, знеособленими; виникають негативні установки, що можуть спочатку мати прихований характер і виявлятися у внутрішньо стриманому роздратування, яке з часом проривається назовні і призводить до конфліктів. Подібні стани мають місце в замкнутих робочих колективах, які тривалий час (до півроку) виконують спільну діяльність [88; с. 85–95].

Знижена робоча продуктивність проявляється в заниженні самооцінки своєї компетентності (в негативному сприйнятті себе як професіонала), невдоволенні собою, негативному ставленні до себе як особистості.

Разом з тим важливим постає й соціально-психологічний напрямок вивчення феномену вигорання. Соціальний психолог К. Маслач та її колеги, досліджуючи взаємодію людей у ситуаційному контексті, виокремили такі ситуативні чинники вигорання як значна кількість клієнтів, наявність негативного зворотного зв'язку від клієнта та відсутність особистісних ресурсів для подолання стресу [92 с. 21].

Вперше на проблему психічного вигорання звернули увагу американські фахівці у зв'язку зі створенням і масовим поширенням соціальних служб в США у другій половині ХХ століття. Люди, які працюють в галузі психологічної і соціальної допомоги, за посадовими обов'язком зобов'язані

проявляти співчуття та емпатію, тривалий час контактуючи з клієнтами та їх життєвими проблемами, більш ніж фахівці інших професій піддаються ризику емоційного вигорання. На сучасному етапі розвитку зарубіжної науки феномен вигорання досліджується в психології стресових станів (вигорання як результат стресу), в межах психології професійної діяльності (вигорання як форма професійної деформації) та екзистенційної психології (вигорання як стан фізичного і психічного виснаження, що виникло в результаті довготривалого перебування в емоційно напружених ситуаціях) [14; с. 154].

Емоційне вигорання є формою професійної деформації особистості. Даний стереотип емоційного сприйняття дійсності складається під впливом ряду чинників (зовнішніх і внутрішніх). До зовнішніх відносять: хронічну напругу психоемоційної діяльності, дестабілізуючу організацію діяльності, підвищену відповідальність за виконуючі функції і операції, несприятливу атмосферу професійної діяльності, психологічно «важкий» контингент, з яким має справу професіонал в сфері спілкування. До внутрішніх відносять: схильність до емоційної ригідності, інтенсивну інтеріоризацію (сприйняття і переживання) обставин професійної діяльності, слабку мотивацію віддачі в професійній діяльності [20; с. 189].

Синдром емоційного вигорання описується як специфічний вид професійної деформації людей, які працюють в тісному контакті з пацієнтами при наданні професійної допомоги. Спершу під поняттям синдрому емоційного вигорання розуміли стан виснаження з почуттям власної непотрібності. Пізніше симптоматика даного синдрому значно розширилась за рахунок психосоматичного компоненту. Дослідники все більше пов'язували синдром з психосоматичним самопочуттям, відносили його до стану перед хвороби. В Міжнародній класифікації хвороб (МКХ – 10) синдром емоційного вигорання належить до рубрики Z73 – «Стрес, пов'язаний з труднощами підтримки нормального способу життя» [36].

Як пише ряд авторів, існує дуже багато визначень «burnout», але Фроуденбергер говорить, що професійне вигорання «є виснаженням енергії у

професіоналів у сфері соціальної допомоги, коли вони почувають себе перевантаженими проблемами інших людей.» Як він стверджує, тут виникає цинічна установка: «Навіщо хвилюватися? Це немає ніякого значення». Коли працівник вигоряє з будь-якої причини, він стає неефективним у своїх цілях і діях. Вигорання – це такий стан емоційного і фізичного виснаження, коли людина не може повноцінно функціонувати. Людині можуть діяти адекватно, якщо вони ніколи не виходять за рамки своєї професійної ролі.

Маслач підкреслює, що вигорання – це не втрата творчого потенціалу, не реакція на нудоту, а швидше «емоційне виснаження, яке виникає на фоні стресу, викликаного міжособистісним спілкуванням» [110; с. 263].

Вітчизняні дослідники (Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А.) розглядають синдром емоційного вигорання як стан «професійної деформації». Автори вказують, що симптоми вигорання проявляються у професіоналів, які працюють в системі «людина – людина», тобто у тих, хто через професійні обов'язки змушений весь свій робочий день спілкуватися з людьми. Схильність до вигорання спостерігається у представників певних професій, які наділені владою, що важко контролюється і важко обмежується. Дану точку зору підтримують А.Р. Конечний і М. Боухал, на думку яких, професійна деформація (вигорання) поступово розвивається із професійної адаптації. На прикладі медичних працівників вони прослідковують динаміку даного феномену. Певний ступінь адаптації першопочаткова природний для медичного працівника. Сильне сприйняття страждань іншої людини на початку професійної діяльності, з часом, як правило притупляється. Автори дивляться на вигорання з точки зору однієї певної професії, в той же час, підкреслюють те, що «професія ризику» обов'язково повинна належати до системи «людина – людина» [80; с. 272].

Бойко вказує, що синдром емоційного вигорання – це вироблений особистістю механізм психологічного захисту у вигляді повного чи часткового виключення емоцій (зниження їх енергетики) у відповідь на певні психотравмуючі впливи [121].

Загальні відомості про синдром емоційного вигорання

Синдром емоційного вигорання – це реакція організму, яка виникає в результаті тривалої дії професійних стресів середньої інтенсивності. На Європейській конференції ВООЗ у 2005 р. відмічено, що стрес, пов'язаний з роботою, є важливою проблемою приблизно для третини працівників країн Європейського союзу і вартість вирішення проблем з психічним здоров'ям у зв'язку з цим складає в середньому 3-4% валового національного доходу [16; с. 370].

Синдром емоційного вигорання – процес поступової втрати емоційної, когнітивної і фізичної енергії, що проявляється в симптомах емоційного, розумового виснаження, фізичної втоми, особистої відгородженості і зниження задоволення виконанням роботи. В літературі в якості синоніму емоційного вигорання, використовується термін «синдром психічного вигорання». Вигорання можна розглядати як стереотип емоційної, частіше за все професійної, поведінки. «Вигорання» - частково функціональний стереотип, оскільки дозволяє дозувати і економно витратити енергетичні ресурси. В той же час можуть виникати його дисфункційні наслідки, коли вигорання негативно відбивається на виконанні професійної діяльності і стосунках з партнерами. Інколи синдром емоційного вигорання позначається поняттям «професійне вигорання», що дозволяє розглядати це явище в аспекті особистої деформації під впливом професійних стресів [59; с. 144].

Серед професій, в яких синдром емоційного вигорання зустрічається найчастіше (від 30 до 90% працівників), слід відзначити лікарів, учителів, психологів, соціальних працівників, рятівників, працівників правоохоронних органів. Майже 80% лікарів-психіатрів, психотерапевтів, психіатрів-наркологів мають різного ступеня вираження ознаки синдрому емоційного вигорання; 7,8% – різко виражений синдром емоційного вигорання, що призводить до психосоматичних і психовегетативних порушень. За іншими даними, серед психологів-консультантів і психотерапевтів ознаки синдрому

емоційного вигорання різного вираження виявляються у 73% випадків; в 5% визначається виражена фаза виснаження, яка проявляється емоційним виснаженням, психосоматичними і психовегетативними порушеннями [63; с. 187].

Серед медичних сестер психіатричних відділень ознаки синдрому емоційного вигорання виявляються у 62,9% опитуваних. Фаза резистенції домінує в картині синдрому у 55,9%; виражена фаза виснаження визначається у 8,8% респондентів у віці 51 - 60 років і зі стажом роботи в психіатрії більше 10 років [75].

Ті чи інші симптоми вигорання мають 85% соціальних працівників. Сформований синдром відзначається у 19% респондентів, у фазі формування – у 66% [60; с. 293].

За даними англійських дослідників, серед лікарів загальної практики виявляється високий рівень тривоги в 41% випадків, клінічно виражена депресія – в 26% випадків. Третина лікарів використовує медикаментозні засоби для корекції емоційного напруження, кількість спожитого алкоголю перевищує середній рівень. У дослідженні, проведеному вітчизняними вченими у 26% терапевтів відзначається високий рівень тривожності, а у 37% - субклінічна депресія. Ознаки синдрому емоційного вигорання виявляються у 61,8% стоматологів, при чому у 8,1% - у фазі виснаження [31; с. 28-29].

Синдром емоційного вигорання спостерігається у третини працівників кримінально-виконавчої системи, які безпосередньо спілкуються із засудженими, і у третини працівників правоохоронних органів [29; с. 304].

Моделі емоційного вигорання

На даний момент існує декілька моделей емоційного вигорання, які описують даний феномен.

- Однофакторна модель емоційного вигорання (Пайнс, Аронсон). Згідно цієї моделі, вигорання - стан фізичного, емоційного і когнітивного виснаження, яке викликається тривалим перебуванням в емоційно

перевантажених ситуаціях. Виснаження виступає головною (фактором), а інші прояви дисгармонії переживань і поведінки вважають наслідком. На думку прихильників цієї моделі, ризик емоційного вигорання загрожує не тільки представникам соціальних професій.

- Двофакторна модель (Д. Дирендонк, В. Шауфелі, Х. Сікста). Синдром емоційного вигорання зводиться до двомірної конструкції, яка складається з емоційного виснаження і деперсоналізації. Перший компонент, який одержав назву «афективного», стосується сфери скарг на власне здоров'я, фізичне самопочуття, нервові напруження, емоційне виснаження. Другий - деперсоналізація - проявляється у змінах ставлення або до пацієнтів, або до себе. Він одержав назву «установочного».

- Трьохфакторна модель (К. Маслач, С. Джексон). Синдром психічного вигорання являє собою трьохмірний конструкт, який включає в себе емоційне виснаження, деперсоналізацію і редукцію особистих досягнень. Емоційне виснаження розглядається як основна складова емоційного вигорання і проявляється у зниженому емоційному фоні, байдужості і емоційному перенасиченні.

Друга складова (деперсоналізація) проявляється в деформації стосунків з іншими людьми. В одних випадках це може бути підвищення залежності від навколишніх. В інших - підсилення негативізму, цинізм установок і почуттів у відношенні до реципієнтів: пацієнтів, клієнтів і т.п.

Третя складова емоційного вигорання - редукція особистих досягнень - може проявлятися або втенденції негативно оцінювати себе, занижувати свої професійні досягнення та успіхи, негативізм у відношенні до службових достоїнств і можливостей, або у применшенні власного достоїнства, обмеженні своїх можливостей, обов'язків у відношенні до інших.

- Чотирьохфакторна модель (Firth, Mims, Iwanicki, Schwab). У чотирьох факторній моделі вигорання один із його елементів (емоційне виснаження, деперсоналізація чи редуковані професійні досягнення) поділяється на два

окремих фактори. Наприклад, деперсоналізація, пов'язана з роботою і з реципієнтами відповідної т. д.

- Процесуальні моделі емоційного вигорання розглядають вигорання як динамічний процес, який розвивається в часі і має певні фази чи стадії. Процесуальні моделі розглядають динаміку розвитку вигорання як процес зростання емоційного виснаження, внаслідок якого виникають негативні установки у відношенні до суб'єктів професійної діяльності. Спеціаліст, якого пододало вигорання, старається створити емоційну дистанцію у стосунках з ними як спосіб подолати виснаження. Паралельно розвивається негативна установка у ставленні до власних професійних досягнень (редукція професійних досягнень).

- Динамічна модель (Б. Перлман і Е.А. Хартман). Емоційне вигорання як динамічний процес, що розвивається в часі, характеризується зростаючою ступінню вираженості його проявів. Ця модель описує розвиток процесу емоційного вигорання як прояв трьох основних класів реакції на організаційні стреси. Це:

- фізіологічні реакції, що проявляються у фізичних симптомах (фізичне виснаження);

- афективно-когнітивні реакції (емоційне і мотиваційне виснаження, деморалізація/деперсоналізація);

- поведінкові реакції, які виражаються в симптоматичних типах долаючої поведінки (дезадаптація, дистанціювання від професійних обов'язків, знижена робоча мотивація і продуктивність).

Згідно процесуальної моделі (М. Буриш) розвиток синдрому емоційного вигорання проходить ряд стадій. (детальніше див. Стадії емоційного вигорання) [106,107].

Синдром емоційного вигорання проявляється в:

1. почутті байдужості, емоційного виснаження (людина не може віддаватися роботі так, як це було раніше);

2. дегуманізації (розвитку негативного ставлення до своїх колег і клієнтів);

3. негативному самосприйнятті у професійному плані - недостатність почуття професійної майстерності [98; с. 84-89].

Виділяють три основних фактори, які відіграють суттєву роль в синдромі емоційного вигорання - особистісний, рольовий та організаційний.

Особистісний фактор. Проведені дослідження показали, що так і змінні, як вік, сімейний статус, стажування роботи, ніяк не впливають на емоційне вигорання. Але у жінок в більшій степені розвивається емоційне виснаження, ніж у чоловіків, у них відсутній зв'язок мотивації(задоволення оплатою праці) і розвиток синдрому при наявності зв'язку зі значимістю роботи як мотивом діяльності, задоволеність професійним ростом. Люди, які відчувають недостатність автономності («над керувані особистості»), більше піддаються «вигоранню» [35; с. 428].

Психолог Фрейденберг описує «згораючих» як співчуваючих, гуманних, м'яких, ідеалістів, орієнтованих на людей, і - одночасно - нестійких, інтровертованих, одержимих нав'язливими ідеями (фанатичні), «полум'яних» і таких, що легко солідаризуються. Махер (Махер Е.) поповнює цей список «авторитаризмом» (авторитарним стилем керівництва) і низьким рівнем емпатії. В. Бойко вказує наступні особистісні фактори, які сприяють розвитку синдрому емоційного вигорання: схильність до емоційної холодності, схильність до інтенсивного переживання негативних обставин професійної діяльності, слабка мотивація емоційної віддачі в професійній діяльності [71; с. 271].

Рольовий фактор. Встановлений зв'язок між рольовою конфліктністю, рольовою невизначеністю і емоційним вигоранням. Робота в ситуації розподіленої відповідальності обмежує розвиток синдрому емоційного вигорання, а при нечіткій чи нерівномірно розподіленій відповідальності за свої професійні дії цей фактор різко зростає навіть при суттєво низькому трудовому навантаженні. Сприяють розвитку емоційного вигорання ті

професійні ситуації, при яких спільні зусилля не узгоджені, немає інтеграції дій, наявна конкуренція, в той же час як успішний результат залежить від узгодженості дій.

Організаційний фактор. Розвиток синдрому емоційного вигорання пов'язаний з наявністю напруженої психоемоційної діяльності: інтенсивне спілкування, підкріплення його емоціями, інтенсивне сприйняття, переробка і інтерпретація отримуваної інформації і прийняття рішень. Другий фактор розвитку емоційного вигорання – дестабілізуюча організація діяльності і неблагополучна психологічна атмосфера. Це нечітка організація діяльності і планування праці, недостатність необхідних засобів, наявність бюрократичних моментів, багато годинна робота, яка має важко вимірюваний зміст, наявність конфліктів як в системі «керівник - підлеглий», так і між колегами.

Виділяють ще один фактор, що обумовлює синдром емоційного вигорання – наявність психологічно важкого контингенту, з яким доводиться мати справу професіоналу у сфері спілкування (важкі хворі, конфліктні покупці, «важкі» підлітки і т.д.) [21; с. 113].

Виділені основні симптоми, характеризують синдром емоційного вигорання:

Функції діяльності людини, які безпосередньо пов'язані зі стресом, потребують високої інтенсивності мисленневих процесів, швидкості і великої кількості прийняття рішень, насиченості дій, швидкості реакцій на втручання зовнішніх факторів, безперервного спілкування з іншими людьми, різного статусу, різних професійних і соціальних груп. «Людський фактор» і неформальні стосунки в колективі лише додають емоційного напруження. Тривале, постійне перебування у стресі неодмінно розвиває синдром емоційного вигорання [96; с. 55].

Особлива небезпека - поєднання особистої імпульсивності, низької емоційної стійкості з неефективними стилями поведінки в конфліктних ситуаціях. Синдром емоційного вигорання високого ступеня

розвитку і виснаження спостерігається у працівників, які надають перевагу пасивній втечі від вирішення конфліктів [37; с. 108].

Синдром емоційного вигорання рідше уражає тих, хто працює в стилі «компроміс» та «співпраця».

У міру тривалості інтенсивної діяльності, впливу стрес-факторів, розвивається синдром емоційного вигорання, з'являється почуття втоми, яке змінюється розчаруванням, зниженням інтересу до своєї роботи. Далі, обов'язково відбувається зміна поведінки людини, починаються психосоматичні реакції, які переходять в серйозні захворювання, і, як результат - втрата сенсу життя і внутрішня руйнація.

Синдром емоційного вигорання має наступні прояви: почуття байдужості, емоційного виснаження, спустошення (людина не може віддаватися роботі так, як це було раніше); дегуманізація (розвиток негативного ставлення до своїх колег і клієнтів); негативне самосприйняття в професійному плані (почуття недостачі почуття професійної майстерності) [70; с. 3-8].

Фізичні симптоми: різке підвищення втомлюваності; хронічна втома; головний біль; сприйнятливості до змін зовнішнього середовища; зміни артеріального тиску; астенія (безсилля, слабкість); обмеження рухів шиї, болі в спині; мимовільні рухи - стискання кулаків, скованість; збільшення чи втрата ваги; задишка; безсоння; статеві дисфункції.

Емоційні симптоми: недостатність емоцій, не емоційність; песимізм, цинізм і черствість в роботі та особистому житті; байдужість і втома; відчуття фрустрації і безпорадності, безнадія; дратівливість, агресивність; тривога, посилення ірраціональної тривожності, нездатність зосередитися; депресія, почуття провини; нервові ридання, істерики, душевні страждання; втрата ідеалів чи надій, чи професійних перспектив; збільшення деперсоналізації власно чи інших (люди стають безликими, як манекени); переважає почуття самотності.

Поведінкові симптоми: робочий час більше 45 годин на тиждень; під час робочого дня з'являється втома і бажання перерватися, відпочити; байдужість до їжі, без надлишків; мале фізичне навантаження; виправдання вживання тютюну, алкоголю, ліків; нещасні випадки (наприклад, травми, падіння, аварії і т. д.); імпульсивна емоційна поведінка.

Інтелектуальний стан: зменшення інтересу до нових теорій та ідей в роботі; зменшення інтересу до альтернативних підходів у вирішенні проблем (наприклад, в роботі); збільшення туги, апатії чи недостача куражу, смаку та інтересу до життя; надавання переваги стандартним шаблонам, рутині, а ніж творчому підходу; цинізм чи байдужість до новизни, нововведень; мала участь чи відмова від участі у розвиваючих експериментах (тренінгах, навчанні); формальне виконання роботи.

Соціальні симптоми: немає часу чи енергії для соціальної активності; зменшення активності та інтересу до планування вільного часу, до хобі; соціальні контакти обмежуються роботою; обмежені взаємостосунки з іншими, як вдома, так і на роботі; відчуття ізоляції, нерозуміння інших та іншими; відчуття недостачі підтримки з боку сім'ї, друзів, колег [56; с. 401].

Стадії

Різні дослідники по-різному підходять до визначення стадій емоційного вигорання. Це пояснюється різноманітністю підходів до розуміння суті процесу вигорання. На даний момент існує кілька теорій, які виділяють стадії емоційного вигорання.

Дж. Грінберг пропонує розглядати емоційне вигорання як прогресуючий п'ятиступеневий процес.

Перша стадія емоційного вигорання («медовий місяць»). Працівник зазвичай задоволений роботою і завданнями, ставиться до них з ентузіазмом. Однак, в процесі продовження робочих стресів професійна діяльність починає приносити все менше задоволення і працівник стає все менше енергійним.

Друга стадія («недостача палива»). З'являється втома, апатія, можуть виникнути проблеми зі сном. За відсутності додаткової мотивації і

стимулювання у працівника втрачається інтерес до своєї праці або зникають привабливість роботи в даній організації і продуктивність його діяльності. Можливі порушення трудової дисципліни і віддаленість (дистанціювання) від професійних обов'язків. У випадку високої мотивації працівник може продовжувати горіти, підживлюючись внутрішніми ресурсами, але на шкоду власному здоров'ю.

Третя стадія (хронічні симптоми). Надмірна праця без відпочинку, особливо «трудоголіків», призводить до таких фізичних явищ, як виснаження і схильність до захворювань, а також до психологічних переживань - хронічної draжливості, загостреної злоби чи почуття пригніченості, «загнаності в кут». Постійне переживання нестачі часу (синдром менеджера).

Четверта стадія (криза). Як правило, розвиваються хронічні захворювання, в результаті чого людина частково чи повністю втрачає працездатність. Посилюються переживання невдоволеності власною ефективністю і якістю життя.

П'ята стадія емоційного вигорання («пробивання стіни»). Фізичні і психологічні проблеми переходять в гостру форму і можуть спровокувати розвиток серйозних небезпечних захворювань, які загрожують життю людини. У працівника з'являється стільки проблем, що його кар'єра знаходиться під загрозою [87; с. 43-48].

Динамічна модель Б. Перлман і Е.А. Хартман виділяє чотири стадії емоційного вигорання.

Перша стадія - напруження, пов'язане з додатковими зусиллями для адаптації до ситуаційних робочих потреб. Таке напруження викликають два найбільш імовірних типи ситуацій. Перший: навички і вміння працівника недостатні, щоб відповідати статусно-рольвим і професійним вимогам. Другий: робота може не відповідати його очікуванням, потребам чи цінностям. Ті й інші ситуації створюють протиріччя між суб'єктом і робочим оточенням, що запускає процес емоційного вигорання.

Друга стадія супроводжується сильними відчуттями і переживаннями стресу. Багато стресогенних ситуацій можуть не викликати відповідних переживань, оскільки відбувається конструктивне оцінювання своїх можливостей і усвідомлених вимог робочої ситуації. Рух від першої стадії емоційного вигорання до другої залежить від ресурсів особистості і від статусно-рольових та організаційних змінних.

Третя стадія супроводжується реакціями основних трьох класів (фізіологічні, афективно-когнітивні, поведінкові) в індивідуальних варіаціях.

Четверта стадія являє собою емоційне вигорання як багатогранне переживання хронічного психологічного стресу. Будучи негативним наслідком психологічного стресу, переживання вигорання проявляється як фізичне, емоційне виснаження, як переживання суб'єктивного неблагополуччя - певного фізичного чи психологічного дискомфорту. Четверта стадія образно співставляється з «затуханням горіння» при відсутності необхідного палива [12; с. 54].

Згідно моделі Буриша (Burisch, 1994) розвиток синдрому емоційного вигорання проходить ряд стадій. Спочатку виникають зорові енергетичні затрати - наслідок екстремально високої позитивної установки на виконання професійної діяльності. У міру розвитку синдрому з'являється почуття втоми, яке поступово змінюється розчаруванням, зниженням інтересу до своєї роботи. Варто, однак, зазначити, що розвиток емоційного вигорання індивідуальний і визначається відмінностями в емоційно-мотиваційній сфері, а також умовами, в яких протікає професійна діяльність людини [116; с. 75-93].

В розвитку синдрому емоційного вигорання М. Буриш виділяє наступні стадії чи фази:

1. Попереджуюча фаза

Надмірна участь: надмірна активність; відмова від потреб, не пов'язаних з роботою, витіснення із свідомості переживань невдач і розчарувань; обмеження соціальних контактів.

Виснаження: почуття втоми; безсоння; загроза нещасних випадків.

Зниження рівня власної участі:

У ставленні до співпрацівників, пацієнтів: втрата позитивного сприйняття колег; перехід від допомоги до нагляду і контролю; приписування вини за власні невдачі іншим людям; домінування стереотипів у поведінці у ставленні до співпрацівників, пацієнтів - поява негуманного підходу до людей..

У відношенні до інших оточуючих: відсутність емпатії: байдужість; цинічні оцінки.

У відношенні до професійної діяльності: небажання виконувати свої обов'язки; штучне продовження перерв у роботі, запізнення, закінчення роботи раніше, ніж потрібно; акцент на матеріальний аспект при одночасному незадоволенні роботою.

Зростання вимог: втрата життєвого ідеалу; почуття переживання того, що інші люди використовують тебе; заздрість.

Емоційні реакції:

Депресія: постійне почуття провини, зниження самооцінки; не обгрунтовані страхи, лабільність настрою, апатія.

Агресія: захисні установки, звинувачення інших, ігнорування власної участі в невдачах; відсутність толерантності і здатності до компромісу; недовірливість, конфлікти з оточенням.

2. Фаза деструктивної поведінки

Сфера інтелекту: зниження концентрації уваги, відсутність здатності виконувати складні завдання; ригідність мислення, відсутність уяви.

Мотиваційна сфера: відсутність власної ініціативи; зниження ефективності діяльності; виконання завдань чітко за інструкцією.

Емоційно-соціальна сфера: байдужість, уникання неформальних контактів; відсутність участі в житті інших людей або надмірна прив'язаність до однієї людини; уникання тем, пов'язаних з роботою; самодостатність, самотність, відмова від хобі, сум.

Психосоматичні реакції і зниження імунітету; нездатність до релаксації у вільний час; безсоння, сексуальні порушення; підвищення тиску, тахікардія, головні болі; болі в хребті, порушення травлення; залежність від нікотину, кофеїну, алкоголю.

Розчарування і негативна життєва установка: почуття безпорадності і безсенсовності життя; екзистенційний відчай [61,65].

1.4. Особливості формування та проявів синдрому емоційного вигорання у медичних працівників

Організація праці фахівців різних груп, пов'язаної з інтенсивним і нерідко напруженим міжособовим спілкуванням, стає останніми роками об'єктом усе більш активної уваги психології та медицини. Це повною мірою стосується медичних працівників. Особливе місце в означеному аспекті посідає проблема професійного стресу або синдрому “вигорання”. Його можна розглядати як багатовимірний феномен, що виражається в психічних і фізіологічних реакціях на широке коло ситуацій у трудовій діяльності людини, при цьому негативні наслідки професійного стресу розглядаються в декількох площинах: вплив на результати праці, психічне й фізичне здоров'я самих медпрацівників. Порівняння особливостей формування і протікання “вигорання” в трьох різних видах професійної діяльності (коли об'єктом праці є люди, матеріальні об'єкти або інформаційні потоки; комбінація перших двох) показує, що у фахівців, які працюють з людьми, професійний стрес виникає найчастіше. Уже декілька десятиріч професійний стрес у медичних працівників є об'єктом уваги й активного вивчення не тільки медичних психологів, але й клініцистів різних спеціальностей.

Щодо аналізу основних підходів до вивчення синдрому “професійного вигорання” слід зауважити, що цей феномен став предметом спеціального аналізу зовсім недавно [15; с. 154].

Термін “професійне вигорання” (англ. - “burnout”) введено американським психіатром Х. Дж. Фрейденбергером (Freudenberger) у 1974 році. Фрейденбергер ввів це поняття для характеристики психічного стану здорових людей, які інтенсивно спілкуються з клієнтами, з пацієнтами, постійно перебувають в емоційно навантаженій атмосфері при наданні професійної допомоги. Запропонувавши термін “вигорання” для опису деморалізації, розчарування й крайньої втоми, що спостерігалися у працівників психіатричних установ, Фрейденбергер розробив нову модель для розгляду дистресу й функціональних порушень, пов'язаних з роботою. Виявилось, що вона зручна і підходить для всіх лікарів і багатьох інших фахівців, зайнятих в системі охорони здоров'я. Вона сфокусована на патології професійної діяльності і виявляється засобом руйнування табу, якого лікарі зазвичай дотримувалися, обговорюючи один з одним своє внутрішнє життя, особисту боротьбу і уразливість [67; с. 245].

Дослідження синдрому “професійного вигорання” розпочалося зі співробітників медичних установ та різних громадських організацій. Ф. Сторлі - професор Школи догляду при Університеті штату Невада - проводила дослідження цього феномена на медсестрах, які працюють в кардіології. Вона зробила висновок, що цей синдром є результатом конфронтації з реальністю, коли людський дух виснажується в боротьбі з обставинами, які важко змінити. Як наслідок розвивається професійний аутизм. Необхідна робота виконується, але емоційний внесок, який перетворює завдання на творчу форму, відсутній [47].

Професор психології Каліфорнійського університету К. Маслач деталізувала це поняття, окресливши його як синдром фізичного та емоційного виснаження, що складається з розвитку негативної самооцінки, негативного ставлення до роботи та втрати розуміння та співчуття щодо клієнтів. Доктор К. Маслач підкреслює, що “професійне вигорання” - це не втрата творчого потенціалу, не реакція на нудьгу, а скоріше емоційне виснаження, що виникає на фоні стресу, викликаного міжособистісним

спілкуванням У вітчизняній та зарубіжній психології найбільш відомі узагальнення відносно даної проблеми представлені у роботах Г.М. Видай, Т.В. Зайчикової, В.І. Ковальчук, Г.В. Ложкіна, В. В. Бойко, Н. Е. Водопьянкової та ін [13; с. 156].

Найбільш популярна модель вигорання розроблена К. Маслач і С. Джексон. Вона включає три групи симптомів (чинників): емоційне виснаження, деперсоналізацію, редукцію персональних досягнень.

Емоційне виснаження розглядається як основна складова “емоційного вигорання” та характеризується зниженням емоційним фоном, байдужістю або емоційним перенасиченням [43; с. 112].

Деперсоналізація проявляється у деформації стосунків з іншими людьми. В одних випадках це може бути зростання залежності від інших людей, в інших зростання негативізму, цинічності установок і почуттів стосовно реципієнтів: пацієнтів, клієнтів, підлеглих тощо [109; с. 263].

Редукція особистісних досягнень полягає або в тенденції до негативного оцінювання себе, своїх професійних досягнень та успіхів, негативізм щодо службової гідності і можливостей, або у нівелюванні особистої гідності, обмеженні своїх можливостей, обов'язків щодо інших [95; с. 25].

Згідно з теорією Д. Спаньол і Р. Кепьюто “професійне вигорання” може розглядатися з погляду наявності трьох рівнів і трьох стадій. У індивідуума, що відчуває на собі дію “професійного вигорання” першого ступеня, проявляються помірні, нетривалі й випадкові ознаки цього процесу. Такі симптоми проявляються в легкій формі і виражені турботою про себе, наприклад, шляхом розслаблення чи організації перерв у роботі.

На другій стадії “професійного вигорання” симптоми проявляються регулярніше, мають більш затяжний характер і важче піддаються корекції. Звичайні способи розслаблення тут неефективні. Працівник може почуватися виснаженим після гарного сну і навіть після вихідних. Щоб потурбуватись про себе йому необхідні додаткові зусилля [108].

Ознаки і симптоми третьої стадії “професійного вигорання” є хронічними. Можуть виникати фізичні й психологічні проблеми, виразки чи депресії. Спроби піклуватися про себе, як правило виявляються не результативними, а професійна допомога може не давати швидкого полегшення. Працівник починає сумніватися у цінності своєї роботи, професії і життя [66; с. 43-48].

Одним з найбільш системних і комплексних прийомів розгляду аналізу синдрому “емоційного вигорання” є підхід російського вченого В.В. Бойко, який розробив власну класифікацію симптомів, що супроводжують різні компоненти “емоційного вигорання”.

Характеристика компонентів за В.В. Бойко:

Перший компонент - “напруження” - характеризується відчуттям емоційної виснаженості, втоми, викликані власною професійною діяльністю.

Він знаходить прояв у таких симптомах, як:

- 1) переживання психотравмуючих обставин - людина сприймає умови роботи та професійні міжособистісні стосунки, як психотравмуючі;
- 2) незадоволеність собою - незадоволеність власною професійною діяльністю і собою як професіоналом;
- 3) “загнаність у кут” - відчуття безвихідної ситуації, бажання змінити роботу чи професійну діяльність взагалі;
- 4) тривога й депресія - розвиток тривожності у професійній діяльності, підвищення нервовості, депресивні настрої.

Другий компонент - “резистенція” - характеризується надмірним емоційним виснаженням, що провокує виникнення та розвиток захисних реакцій, які роблять людину емоційно закритою, відстороненою, байдужою. На такому тлі будь-яке емоційне залучення до професійних справ і комунікацій викликає у людини відчуття надмірної перевтоми.

Це виявляється у таких симптомах, як:

- 1) неадекватне вибіркоче емоційне реагування - неконтрольований вплив настрою на професійні стосунки;

2) емоційно-моральна дезорієнтація - розвиток байдужості у професійних стосунках;

3) розширення сфери економії емоцій - емоційна замкненість, відчуження, бажання припинити будь-які комунікації;

4) редукція професійних обов'язків - згортання професійної діяльності, прагнення якомога менше часу витратити на виконання професійних обов'язків.

Третій компонент - “виснаження” - характеризується психофізичною перевтомою людини, спустошеністю, нівелюванням власних професійних досягнень, порушенням професійних комунікацій, розвитком цинічного ставлення до тих, з ким доводиться спілкуватися з робочих питань, розвитком психосоматичних порушень.

Тут виявляються такі симптоми, як:

1) емоційний дефіцит - розвиток емоційної не чуттєвості на тлі перевиснаження, мінімізація емоційного внеску у роботу, автоматизм та спустошення людини при виконанні професійних обов'язків;

2) емоційне відчуження - створення захисного бар'єру у професійних комунікаціях;

3) особистісне відчуження (деперсоналізація) - порушення професійних стосунків, розвиток цинічного ставлення до тих, з ким доводиться спілкуватися при виконанні професійних обов'язків та до професійної діяльності взагалі;

4) психосоматичні та психовегетативні порушення - погіршення фізичного самопочуття, розвиток таких психосоматичних та психовегетативних порушень, як розлади сну, головний біль, проблеми з артеріальним тиском, шлункові розлади, загострення хронічних хвороб тощо [88; с. 85-95].

Аналіз змісту й окремих проявів синдрому показує, що “професійне вигорання” має досить складну структуру, тобто багато симптомів, які у кожного працівника організації можуть проявлятися по різному, з

урахуванням конкретних обставин його професійної та особистісної життєдіяльності. Самі симптоми не відрізняються строгою специфічністю і можуть варіювати у широкому діапазоні - від легких реакцій типу дратівливості, підвищеної стомлюваності і так далі до невротичних і навіть психосоматичних розладів у самих працівників. Дуже важлива й вихідна особистісна структура: наприклад, у людини з психастенічними рисами значно більше шансів упадати в смуток і неспокій з приводу роботи, а в людини з ригідною особистісною структурою та ще з гіпертимними рисами більше вірогідності стати агресивнішою в спілкуванні з пацієнтами.

Нині ведеться широка полеміка з питання співвідношення таких понять як стрес і вигорання. Не дивлячись на зростаючий консенсус щодо концепції останнього, у літературі, на жаль, до цих пір відсутнє чітке розмежування між двома цими поняттями. Хоча більшість дослідників визначають стрес як невідповідність в системі “особистість - середовище” або як результат дисфункціональних ролевих взаємодій, традиційно не спостерігається повної дифініціальної операціональної згоди щодо концептуалізації професійного стресу [19; с. 144].

Серед характеристик комунікативних професій, що істотно впливають на розвиток стресу, відзначають: обмеження можливості використання наявного особистісного потенціалу; монотонність роботи; високий ступінь невизначеності в оцінці виконуваної роботи; незадоволеність соціальним статусом. І лише після цього у якості стресогенних чинників розглядають низький рівень оплати і незадовільні умови праці, вважаючи їх важливими, але не головними, як це часто здається, джерелами професійного стресу у медичних працівників [25; с. 463].

Вважається, що вигорання виступає окремим аспектом стресу, тому воно визначається і досліджується в основному як модель у відповідь реакцій на хронічні робочі стресори. Реакція вигорання починається більшою мірою як результат (наслідок) вимог, які включають стресори міжособистісного характеру. Таким чином, воно є наслідком професійного стресу, у якому

модель емоційного виснаження, деперсоналізації і зредукованих персональних досягнень є результатом дії різноманітних робочих вимог (стресів), особливо міжособистісного походження [39; с. 45].

Вигорання як наслідок професійних стресів виникає в тих випадках, коли адаптаційні можливості (ресурси) людини з подолання стресової ситуації перевищені, тобто синдром “професійного вигорання” - це відповідна реакція на тривалі робочі стреси міжособистісного спілкування.

За видом своєї діяльності медичні працівники піддаються дії різних несприятливих чинників робочого середовища і самого трудового процесу, до яких відносяться: шкідливі хімічні речовини і біологічні агенти, іонізуючі випромінювання, шуми, вібрація, канцерогени, висока нервово-психічна напруга, вимушене положення тіла під час роботи, перенапруження систем аналізаторів і ін. Забруднення повітря робочих приміщень медичних установ лікарськими речовинами може бути причиною розвитку в медичного персоналу алергічних захворювань, токсичних ушкоджень різних органів, дисбактеріозів. Багато лікарських препаратів - це промислові отрути (наприклад, бром, йод, миш'як, камфора), і за певних умов вони здатні викликати гострі і хронічні інтоксикації. Також існує загроза зараження медпрацівників інфекційними захворюваннями [53].

Серед фізичних чинників, що шкодять здоров'ю медичних працівників, слід назвати різні види іонізуючого і неіонізуючого випромінювання. Наприклад, СВ, яке широко застосовується в медичній практиці, несприятливим чином впливають на кров, серцево-судинну систему, на центральну й периферичну нервову системи [72; с. 271].

Праця більшості медичних працівників здійснюється в таких умовах, що на них впливає комплекс несприятливих виробничих чинників різної природи, нервово-емоційного перенапруження, високої відповідальності.

До психологічних стрес-факторів, ефект яких позначається на медичному персоналі, відносяться:

- велика кількість контактів з хворими людьми і їх родичами, постійне зіткнення із чужими проблемами і чужим болем, з негативними емоціями, які несуть негативну енергію;

- підвищені вимоги до професійної компетентності лікаря і до служіння іншим, самовіддачі;

- відповідальність за життя і здоров'я інших людей;

- виробниче середовище з новими чинниками соціального ризику, такими як злочинність, наркоманія, бездомність і ін.

Існує загальна стурбованість щодо того, що сама по собі спеціальність лікаря сприяє розвитку хворобливих станів. Це виявляється у розчаруванні в професії і деморалізації, наростаючій схильності до роздуму про те, щоб залишити цю професію, а також у погіршенні стану психічного здоров'я практикуючих лікарів, зниженні стійкості браків серед медиків, розвитку схильності до вживання психоактивних речовин і алкоголю. Такі тенденції приписувалися, принаймні частково, пролонгованому робочому стресу і незадоволеності роботою, які, у свою чергу, можуть бути головною детермінантою якості медичної допомоги. Протягом певного часу дані проблеми замовчувалися, і лише поняття вигорання відкрило простір для їх виявлення і творчого обговорення [105,50].

На жаль, достовірної статистики професійної захворюваності медичних працівників в Україні не існує, що пов'язане з рядом причин:

1. більшість лікарів займаються самолікуванням або лікуються у колег, не потрапляючи до статистичного обліку;

2. існує великий відсоток видачі листків тимчасової непрацездатності серед медпрацівників;

3. більшість лікарів бояться втратити роботу, тому прагнуть всіляко приховати наявність у себе патології, несумісної з їх лікарською діяльністю;

4. профілактичні і періодичні медичні огляди серед медиків проводяться формально або не проводяться зовсім;

5. недостатнім залишається рівень соціального і матеріального забезпечення професійної працевздатності медиків в нашій країні;

6. система виплат компенсацій за професійною працевздатністю з боку фондів соціального захисту і страхування далека від досконалості;

7. підтвердити професійну етіологію захворювання у медиків в реальній практиці буває достатньо складно, особливо у випадках, коли причиною захворювання стають психоемоційна напруга і стрес на робочому місці.

Створені спеціальні моделі для пояснення низької самооцінки, стресу, тривоги і депресії у хворих, але лікарі неохоче застосовують їх до себе. Накопичення спостережень і ідей про стан вигорання дозволило представникам професій, що передбачають надання медичної допомоги, розглянути приховані механізми власної лікувальної роботи, здатні привести до того, що на пізнішій стадії медики не справляються з професійними відносинами, ролями і стресами [68; с. 36].

Ключовим моментом для формування професійного стресу у медпрацівника можуть стати психологічні проблеми, які виникають, якщо ним намагаються маніпулювати пацієнти. Характер подібних маніпуляцій різноманітний: від частих дзвінків лікареві в будь-який час доби з будь-якого приводу, часто неіснуючого, до спроб залучення терапевта у вирішення своїх сімейних, сексуальних, юридичних і інших проблем. Існують випадки шантажу пацієнтом лікаря з погрозами здійснення суїциду. Психотравмуючу ситуацію нерідко створює конфлікт власної гуманності лікаря, що супроводжується одвічним питанням: чи можна дозволити пацієнтові сприймати себе як друга? У гуманізмі професії лікаря вже закладені витоки такого різновиду соціального страху, як відмовити в проханні, сказати “ні”. Особливо велика вірогідність розвитку тривожно-депресивних реакцій у лікаря при спробах пацієнтів використовувати цей чинник у своїх маніпуляціях [89; с. 153].

Проблема пацієнта переходить в проблему лікаря тоді, коли лікар втрачає віру в ефективність своєї роботи. Лікар знаходиться

в парадигмозному вакуумі і як член суспільства проявляє елементи нігілізму. Часто в нього не вистачає терпіння до тривалих зустрічей з пацієнтом без досягнення швидкого і стабільного ефекту або лікування, а також часу

і знань для того, щоб проводити психотерапевтичну роботу з кожним хворим. У результаті він працює лише на біологічному рівні патології й постійно не задоволений результатом своєї діяльності [91].

Причини вигорання медиків також криються в соціальній сфері і культурі. Фрагментарність і розшарування суспільства, зниження доступу до суспільних і сімейних ресурсів пред'являє все більш високі вимоги до роботи фахівців, диктуючи разом з тим необхідність допомоги і змін. У той же час фахівці охорони здоров'я знаходяться під невсипущою суспільною увагою. Вони перебувають у скрутному становищі, володіючи все меншою владою, стаючи одночасно все більш підзвітними [52; с. 16].

Одним з висновків, які зробив Кінг (King, 1992) під час вивчення емоційного дистресу в лікарів: “Лікарі, що працюють в медичній установі, схильні до значного особистісного дистресу. їм важко розкритися перед ким-небудь за межами своєї безпосередньої сім'ї і кола друзів. Переважаюча особливість лікарської професії - заперечувати проблеми, пов'язані з особистим здоров'ям” [58; с. 382].

Існує явна стурбованість, викликана патогенністю медичної роботи, для практикуючих лікарів, і, оскільки їх здоров'я життєво важливе для безпеки і якості допомоги, що надається ними, необхідно проявити серйозну заклопотаність психічним і фізичним благополуччям медиків. Особливо це стосується психіатрів, психотерапевтів, невропатологів, до яких часто звертаються за допомогою, коли лікують інших лікарів або намагаються знайти відповіді на питання про професійний стрес у колег. Тому особливо важливо для медичних працівників спочатку потурбуватися про себе. Парадокс полягає в тому, що здатність медичних працівників пригнічувати свої негативні емоції, пов'язані зі складною комунікацією з пацієнтами, іноді може бути їх сильною рисою, але нерідко це стає й слабкістю. У зв'язку із цим

доводиться активно переконувати лікарів, що звертатися до “людини всамоу собі” просто необхідно. Корисно пам'ятати про те, що в ситуації будь-якого стресу ми самі є одночасно й частиною наших проблем, і частиною їх рішень [73; с. 244].

Трудова діяльність медиків пов'язана з постійною відповідальністю за життя та здоров'я інших, потребує немалих душевних і енергетичних затрат. Тому не дивно, що професія медика - перша в списку серед категорій, які піддаються синдрому емоційного (професійного) вигорання (СЕВ). Це стан, коли і робота, і саме життя перестають приносити задоволення.

СЕВ у медичних працівників України досконало вивчила і описала Юр'єва Л.М. СЕВ різного ступеня є у 79% лікарів. Частіше в лікарів зі стажом роботи 10 - 14 років. В жінок – лікарів емоційне виснаження розвивається частіше. Особистості співчутливі, гуманні, м'які – це психологічний портрет тих, хто ризикує «згоріти» на роботі. Найчастіше СЕВ виникає у медичних сестер, які зіштовхуючись з негативними емоціями, самі починають відчувати підвищену емоційну напругу. Такий самий стан переживають психотерапевти, психіатри, працівники «важких» відділень [110; с. 263].

Три фази:

I – напруження (передвісником є тривалий напружений стан),

II – супротиву (уникання емоційних реакцій),

III – виснаження (зниження пам'яті, відчуття безнадійності) [62].

8 ознак професійної деформації:

1. Односторонність сприйняття і розуміння.
2. Перебільшення біологічних та недооцінка психологічних факторів хвороби.
3. Концентрація уваги тільки на одному органі, а не на організмі в цілому.
4. Перетворення лікаря на диспетчера (дільничний терапевт) чи механічного маніпулятора (хірург).
5. Втрата індивідуального підходу до пацієнта.

6. Безцеремонність лікарів (нетерплячість, хамство).
7. Відсутність терапії словом.
8. Відношення до пацієнта, як до джерела доходу.

Захист від СЕВ:

1. Використання тайм-аутів.
2. Оволодіння навиками саморегуляції.
3. Професійний розвиток і самовдосконалення.
4. Абстрагування від непотрібної конкуренції в колективі.
5. Підтримка хорошої фізичної форми [69; с. 53].

Якщо медичний працівник протягом довгого часу займається професійною діяльністю, не відчуваючи свого особистого зв'язку з нею, тобто не бачить внутрішньої цінності, не може їй дійсно віддатися, то неминуче виникає внутрішнє спустошення, тому що не відбувається діалогічного обміну, в якому людина не тільки віддає, але й одержує. Як наслідок, розлад набуває характер депресії. Емоційне вигорання — це вид депресії, що виникає без травматизації й органічних порушень, а тільки лише через поступову втрату життєвих цінностей [57; с.].

У процесі емоційного вигорання медичних працівників є дві дуже важливі індивідуально-психологічні особливості особистості — це емоційна спрямованість особистості та наявність сенсу в своїй професійній діяльності й особистому житті. Відповідно до моделі М. Буріш, розвиток синдрому емоційного вигорання проходить кілька стадій або фаз.

1. Попереджувальна фаза, що характеризується надмірною активністю, відмовою від потреб, не пов'язаних з роботою, витісненням зі свідомості переживань невдач і розчарувань, обмеженням соціальних контактів. Все це відбувається на тлі виснаження. Даються ознаки постійне почуття втоми, безсоння.

2. Наступна фаза – зниження рівня власної участі у стосунках із співробітниками та пацієнтами, згасання інтересу до професійної діяльності. Цей період характеризується втратою позитивного сприйняття колег,

переходом від допомоги до нагляду і контролю, приписуванням вини за власні невдачі іншим людям. Спостерігається й домінування стереотипів у ставленні до співробітників та пацієнтів – втрата гуманності. У поведінці переважає байдужість, цинічні оцінки оточуючих. На роботі лікар не бажає виконувати свої обов'язки, намагається штучно продовжити перерви у роботі, запізнюється, завчасно йде з роботи. Крім того, акцентує увагу на матеріальному аспекті при одночасній незадоволеності роботою.

3. Третя стадія підключає емоційні реакції, з'являються постійні депресія і агресія. Медика переслідують безпідставні страхи, постійне почуття провини, що веде до зниження самооцінки, апатії. Ситуація загострюється звинуваченнями інших, ігноруванням своєї участі в невдачах, підозрілістю і конфліктами з оточенням. Відтак починається фаза деструктивної поведінки в усіх сферах. У фахівця знижується концентрація уваги, він позбавляється здатності виконати складні завдання, проявити власну ініціативу. Для людини нормою стає постійна байдужість, уникнення неформальних контактів, відстороненість від життя інших людей або надмірна прихильність до конкретної особи. Лікар уникає тем розмови, пов'язаних із роботою, починає тяжіти до самотності, відмовляється від хобі, нудьгує [116; с. 75-93].

У слід за цим спостерігаються психосоматичні реакції і зниження імунітету. Це викликане тим, що людина не здатна до релаксації у вільний час. У результаті отримуємо безсоння, сексуальні розлади, підвищення тиску, тахікардію, болі в хребті, головні болі, розлади травлення, залежність від нікотину, кофеїну, алкоголю.

Всі ці фази призводять до розчарування і негативної життєвої установки, загострення відчуттів безпорадності та безглуздості життя, повного розпачу.

Синдром вигорання можна доволі ефективно корегувати. Звісно найкраще, коли у цьому допоможе фахівець. Не зайвою є допомога колективу, адже відверта розмова з колегами іноді заміняє групові заняття, популярні за кордоном [102; с. 8-13].

Якщо ж говорити про можливості самопомоги, фахівці радять спробувати піднятися над ситуацією, змінити кут зору на себе і значення власної роботи, подивитися на оточуючий світ з глобальнішої точки зору - не тільки зрозуміти свої цілі і уявити образ майбутнього, а відповісти собі на питання: в чому сенс того, чим займається людина і навіщо вона це робить. Сприятиме одужанню здобуття нових знань, зацікавлень, переключитись і відпочити допоможе заняття спортом або хобі. Інший спосіб – зміна діяльності, перехід у суміжну область, коли набуті знання, вміння, навички знаходять нове застосування, або ж не припиняти виконання обов'язків, а зробити їх інструментом для досягнення серйозніших цілей [85; с. 60-64].

Хоча універсального рецепту зцілення від професійного вигорання не існує, ця проблема може бути вирішена, якщо нею цілеспрямовано займатися. Кожній людині час від часу необхідно зупинитися, озирнутися навколо, побути наодинці з самим собою, подумати, звідки, куди і з ким пліч-о-пліч він іде, з якою швидкістю, а головне - навіщо, та з якою метою.

Одне з перших місць по ризику виникнення СЕВ займає професія медичної сестри. Її робочий день - це що найтісніше спілкування з людьми, в основному з хворими, що вимагають невсипущого турбування і уваги. Стикаючись з негативними емоціями, медсестра мимовільно залучається в них, через що починає і сама випробовувати підвищену емоційну напругу. Понад усе до ризику виникнення СЕВ схильні особи, що пред'являють непомірно високі вимоги до себе. Справжній медиків їх уявленні - це зразок професійної невразливості і досконалості. Ті, що входять в цю категорію особи асоціюють свою працю з призначенням, місією, тому у них стирається грань між роботою і приватним життям [84; с. 137].

Виділяють три типи медичних сестер, яким загрожує СЕВ:

1-й - "педантичний", характеризується сумлінністю, зведеною в абсолют, надмірною, хворобливою акуратністю, прагненням в будь-якій справі добитися зразкового порядку (навіть в збиток собі);

2-й - "демонстративний", прагнучий першенствувати у всьому, завжди бути на вигляді. Цьому типу властивий високий ступінь виснаженості при виконанні навіть непомітної рутинної роботи;

3-й - "емотивний", що складається з вразливих і чутливих людей. Їх чуйність, схильність сприймати чужий біль як власну граничить з патологією, з саморуйнуванням [78; с. 216].

При обстеженні медичних сестер психіатричних відділень встановлено, що СЕВ виявляється у них неадекватним реагуванням на пацієнтів і своїх колег, відсутністю емоційної залученості, втратою здібності до співпереживання пацієнтам, утомленістю, що веде до редукції професійних обов'язків і негативного впливу роботи на особисте життя [49].

Професійна діяльність працівників сфери психічного здоров'я несе в собі потенційну загрозу розвитку СЕВ. Особові риси емоційної нестійкості, боязкості, підозрілості, схильності до відчуття вини, консерватизму, імпульсної, напруженості, інтроверсії мають певне значення у формуванні СЕВ. В картині синдрому у працівників цієї сфери переважають симптоми фази "резистенції". Це виявляється неадекватним емоційним реагуванням на пацієнтів, відсутністю емоційної залученості і контакту з клієнтами, втратою здібності до співпереживання пацієнтам, утомленістю, що веде до редукції професійних обов'язків і негативного впливу роботи на особисте життя. Також достатньо виражено переживання психотравмуючих обставин (фаза "напруга"), що виявляється відчуттям фізичних і психологічних перевантажень, напруги на роботі, наявністю конфліктів з керівництвом, колегами, пацієнтами [33; с. 122].

Серед психотерапевтів і психологів-консультантів схильні СЕВ люди з низьким рівнем професійної захищеності (відсутність досвіду практичної роботи, неможливість систематичного підвищення кваліфікації ін.). Провокувати СЕВ можуть хвороби, переживання важкого стресу, психологічні травми (розлучення, смерть близького або пацієнта).

Схильні до формування СЕВ і інші категорії медичних працівників, перш за все ті, хто здійснює догляд за важкими хворими з онкологічними захворюваннями, ВІЧ/СНІДом, в опікових і реанімаційних відділеннях. Співробітники "важких" відділень постійно випробовують полягання хронічного стресу у зв'язку з негативними психічними переживаннями, інтенсивними міжособовими взаємодіями, напруженістю і складністю праці і ін. А в результаті СЕВ, що поступово формується, виникають психічна і фізична утомленість, байдужість до роботи, знижується якість надання медичної допомоги, породжується негативне і навіть цинічне відношення до пацієнтів [26,93].

Професійна діяльність соціального працівника, незалежно від виду виконуваної роботи, відноситься до групи професій з підвищеною моральною відповідальністю за здоров'я і життя окремих людей, груп населення і суспільства в цілому. Вона вимагає великого емоційного навантаження, відповідальності і має вельми невизначені критерії успіху. Негативний вплив на здоров'я роблять постійні стресові ситуації, в які потрапляє цей працівник в процесі соціальної взаємодії з клієнтом, постійного проникнення в суть його проблем, а також унаслідок особистої незахищеності і інших морально-психологічних чинників [104; с. 57-64].

Висновки до першого розділу

1. Стрес - це психофізіологічна реакція, яка є невід'ємною частиною нашого життя. Уникнути його в умовах нашого існування неможливо, та це не завжди і треба, тому що стрес має здатність загартовувати психіку людини і готувати його до більш складних ситуацій в майбутньому.

Стресостійкість – це самооцінка здібності та можливості подолання екстремальної ситуації пов'язана з ресурсом особистості чи запасом, потенціалом різних структурно-функціональних характеристик, що забезпечують загальні види життєдіяльності та специфічні форми поведінки, реагування, адаптації і т.д. Професійна деформація, що поступово розвивається у медичних працівників достатньо часто приводить до того, що при високому ступені “вигорання” наростає тенденція до негативного, нерідко навіть приховано-агресивного ставлення до пацієнтів, спілкування з ними в односторонньому напрямі шляхом критики, оцінок, тиску, від чого, природно, страждають обидві сторони.

2. Соціально-психологічна адаптація передбачає способи пристосування, регулювання, гармонізації взаємодії індивіда із середовищем. У процесі соціальної адаптації людина виступає як активний суб'єкт, який адаптується в середовищі у відповідності зі своїми потребами, інтересами, прагненнями і активно самовизначається. Існують механізми соціальної адаптації особистості, процесформування яких невіддільний від усіх видів перетворень індивідів, таких як: діяльність, спілкування та самосвідомість. По суті механізмів соціальної адаптації лежить активна діяльність людини, ключовим моментом якої є потреба в перетворенні істотної соціальної дійсності.

3. Синдром емоційного вигорання – один із видів професійної деформації особистості людей, які працюють у тісному контакті з клієнтами при наданні професійної допомоги. Синдром емоційного вигорання описав у 1974 році Фроуденбергер. Даний синдром має декілька аспектів: власне

емоційний, який було відкрито вперше, від чого синдром і отримав свою назву; інтелектуальний (сповільнення мисленнєвої діяльності, несприймання нових ідей); соціальний (важкість встановлення нових контактів, відгородження від соціуму); психосоматичний – коли людина на фізичному рівні відчуває усі проблеми, швидко втомлюється, частий головний біль, який може стійко з'являтися при приході на роботу і одразу зникати після закінчення робочого дня.

Завдяки тому, що був відкритий психосоматичний аспект, синдром емоційного вигорання відносять до стану хвороби. В Міжнародній класифікації хвороб (МКХ – 10) синдром емоційного вигорання належить до рубрики Z73– «Стрес, пов'язаний з труднощами підтримки нормального способу життя».

4. Емоційне вигорання являє собою набутий стереотип емоційної, частіше всього професійної поведінки. Синдром “Емоційного вигорання” є результатом конфронтації з реальністю, коли людський дух виснажується в боротьбі з обставинами, які важко змінити. Як наслідок розвивається професійний аутизм, або професійний стрес. Необхідна робота виконується, але емоційний внесок, який перетворює завдання на творчу форму, відсутній. Також можна стверджувати, що професійний стрес - це перш за все наслідок зниження професійної мотивації і що “вигорання” і збереження захопленості роботою - це два полюси взаємин людини і професії.

5. Професійна деформація, що поступово розвивається у медичних працівників достатньо часто приводить до того, що при високому ступені “вигорання” наростає тенденція до негативного, нерідко навіть приховано-агресивного ставлення до пацієнтів, спілкування з ними в односторонньому напрямі шляхом критики, оцінок, тиску, від чого, природно, страждають обидві сторони. Але питання про те, що тут первинне, а що є слідством, поки відкрите.

Оскільки соціальна й економічна “вартість” синдрому “вигорання” у медичних працівників дуже висока, саме тому дуже важливо виявити рівень

його сформованості, та проведення корекційно-розвиваючої роботи, що спрямована на подолання та профілактику синдрому.

Якщо медичний працівник протягом довгого часу займається професійною діяльністю, не відчуваючи свого особистого зв'язку з нею, тобто не бачить внутрішньої цінності, не може їй дійсно віддатися, то неминуче виникає внутрішнє спустошення, тому що не відбувається діалогічного обміну, в якому людина не тільки віддає, але й одержує. Як наслідок, розлад набуває характер депресії. Емоційне вигорання — це вид депресії, що виникає без травматизації й органічних порушень, а тільки лише через поступову втрату життєвих цінностей.

6. Аналіз наукової літератури з проблем психологічного та організаційного стресу та соціально-психологічної адаптації дозволив встановити, що дана проблема досить добре представлена в ній.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

2.1. Організація та методичне забезпечення емпіричного дослідження

Теоретичне дослідження проблем професійної деформації у медичних працівників дозволило нам сформулювати мету емпіричного дослідження: дослідити психологічні чинники, які формують синдром емоційного вигорання у медичних працівників.

Мета дослідження – вивчити психологічні та професійні фактори формування синдрому емоційного вигорання у медичних працівників.

Завдання:

1. При ознайомленні з науковою літературою виділити соціальні та психологічні чинники, які впливають на емоційне вигорання у медичних працівників.

2. Підібрати методичне забезпечення для проведення психодіагностичного дослідження впливу емоційних станів, акцентуації характеру, стресостійкості та адаптаційних механізмів, тривоги та депресії, задоволеності трудом, виявлення нервово-психічної стійкості, ризику дезадаптації в стресі, мотивації схвалення, мотиви вибору професії, виявлення роботи нервових процесів.

3. Провести емпіричне дослідження впливу зовнішніх та внутрішніх чинників на рівень емоційного вигорання медичних працівників середнього рівня (медичних сестер).

4. Провести групування, математичну обробку та аналіз результатів емпіричного дослідження медичних працівників.

5. Сформулювати практичні рекомендації, спрямовані на профілактику розвитку синдрому емоційного вигорання у медичних працівників та психологічну роботу з медичними працівниками з ознаками професійної

деформації. Розробити корекційну програму, спрямовану на профілактику та боротьбу з синдромом емоційного вигорання у медичних працівників.

Полігоном дослідження була КМО «Міська лікарня № 1» м. Верхньодніпровська, в ньому приймали участь 80 робітників середнього медичного персоналу, загальний стаж роботи від 1 до 20 років в медичній сфері.

Були сформовані дві групи спостереження в залежності від стажу роботи в медичній сфері: перша група включала медичних сестер зі стажем роботи від 0 до 10 років; друга – зі стажем роботи від 11 до 20 років. Медичні сестри були представлені особами жіночої статі, тому розподілу за статтю не проводилося. За віком до першої групи дослідження були віднесені жінки у віці від 19 до 35 років; до другої з 30 до 50 років.

Для проведення емпіричного дослідження були відібрані такі методики:

1. Для визначення важкості та розповсюдженості синдрому емоційного вигорання були використані психодіагностичні методики:

- «Діагностика професійного вигорання» К. Маслач і С. Джексон (адаптація Н. Є. Водоп'янової).

- Методика «Визначення психічного вигорання». Автор-розробник – Фарбер Берри, автор адаптації - Рукавишникової А.А.

2. Для визначення рівня стресостійкості особистості була використана психодіагностична методика – «Стреси та стресостійкість»(Ю. Щербатих).

3. Для визначення характеру особистості була використана психодіагностична методика – Г.Айзенка «Ваш характер».

4. Для визначення рівня самоактуалізації особистості була використана психодіагностична методика - **«Визначення рівня самоактуалізації особистості»** (автор - О. В. Лазукін).

5. Для визначення мотивації схвалення методика «Самооцінки мотивації схвалення» (Д. Марлоу та Д. Крауна).

6. Для визначення задоволеністю працею використана методика «Інтегральна задоволеність трудом» Фетіскіна Н.П., Козлова В.В., Мануйлова Г.М. [43, 50].

Матеріали дослідження були угрупованні та після цього застосовані математико-статистичні методи обробки та аналізу матеріалу: статистичні показники по критерію Стюдента, за формулами :

$$t_{\text{эмп}} = \frac{\bar{d}}{S_{\bar{d}}}; \quad \bar{d} = \frac{\sum d_i}{n} = \frac{\sum (x_i - y_i)}{n}; \quad S_{\bar{d}} = \sqrt{\frac{\sum d_i^2 - \frac{(\sum d_i)^2}{n}}{n \times (n - 1)}}; \quad k = n - 1$$

Дослідження проводилося на базі КМО «Міська лікарня № 1» м. Краматорська.

Група дослідження складається з 80 досліджуваних працівників різного професійного стажу. Дивись Додаток 3 (Таблиця 2.1.).

Аналізуючи дану таблицю можна побачити, що серед 80 респондентів - 40 мають від 0 до 10 років стажу; 40 респондентів мають стаж роботи від 11 до 20 років.

Характеристика методик дослідження синдрому емоційного вигорання медичних працівників

Кожна із зазначених методик дає можливість насамперед виявити рівень розвитку синдрому та його окремих складових. Незважаючи на різне термінологічне значення понять, які використовуються науковцями, «професійне вигорання», «емоційне вигорання», «психічне вигорання», «вигорання» та ін., вони є синонімами і розкривають ті чи інші аспекти «вигорання», як у професійній, так і в інших сферах життєдіяльності людини. Проаналізуємо кожну методику детальніше.

Були використані такі методики:

1. Діагностика професійного «вигорання» (К. Маслач, С. Джексон, в адаптації Н. Е. Водоп'янової).

Призначення. Вивчення ступеня професійного «вигорання».

Обробка результатів:

Опитувальник має три шкали: «емоційне виснаження» (9 тверджень), «деперсоналізація» (5 тверджень) і «редукція особистих досягнень» (8 тверджень). Варіанти відповідей оцінюються наступним чином: «Ніколи»; «Дуже рідко»; «Іноді»; «Часто»; «Дуже часто»; «Кожен день».

Ключ до опитувальника:

Далі перераховуються шкали і відповідні їм пункти опитувальника: «Емоційне виснаження»; «Деперсоналізація»; «Редукція особистих досягнень».

Чим більша сума балів за кожною шкалою окремо, тим більше у обстеженого виражені різні сторони «вигорання». Про тяжкість «вигорання» можна судити за сумою балів всіх шкал.

Питання до методики представленні у додатку А.

2. Методика «Визначення психічного вигорання». Автор-розробник – Фарбер Берри, автор адаптації - Рукавишникова А.А.

Методика призначена для діагностики "психічного вигорання", тобто сталого, прогресуючого, негативно забарвленого явища, яке характеризується психоемоційним виснаженням, розвитком дисфункціональних установок і поведінки на роботі, а також втратою професійної мотивації.

Обробка та інтерпретація результатів:

Ця методика має три шкали: психоемоційного виснаження (ПВ), особистісного віддалення (ОВ) і професійної мотивації (ПМ). Для визначення психічного «вигорання» в межах вказаних шкал використовують спеціальний «ключ»: ПВ – має 25 тверджень; ОВ – 24 твердження; ПМ – 23 твердження.

Питання до методики представленні у додатку Б.

3. Тест «Стреси і стресостійкість» (Ю. Щербатих).

Методика визначення стресостійкості дозволяє зрозуміти наскільки ви готові до діяльності, пов'язаної зі стресами, і не потрібно вам вживати заходів щодо її розвитку (це досягається шляхом відвідування тренінгів тощо). Крім

того, тест може надати серйозну допомогу в самодослідженні, відкрити очі на інші, досі невідомі риси характеру.

Тест складається з двадцяти трьох питань, до кожного з яких пропонується чотири варіанти відповіді. З них треба обрати тільки один. Причому на питання бажано відповідати швидко, не задумуючись.

Обробка результатів.

За кожен відповідь “а” нараховується по 4 бали, за відповіді “б” – по 1 балові. Відповіді “в” оцінюються в 2 бали кожна, відповідь під буквою “г” — у 5 балів. Складіть отримані результати.

Тест має наступні рівні: дуже високий рівень стресостійкості; високий рівень стресостійкості; середній рівень стресостійкості; низький рівень стресостійкості; дуже низький рівень стресостійкості.

Питання до методики представленні у додатку В.

4. Тест ”Ваш характер”Г. Айзенка

Мета роботи: дослідження деяких особливостей характеру особистості, визначаючи рівень інтроверсії-екстраверсії, емоційної стабільності-нестабільності.

Необхідно за кожним показником знайти суму балів, нараховуючи по одному балу за кожен відповідь, яка збігається з ключем, так потрібно вибрати скільки відповідей так чи ні.

Показник “інтроверсія-екстраверсія” характеризує індивідуально-психологічну орієнтацію людини на світ зовнішніх об’єктів (екстраверсія), або на внутрішній суб’єктивний світ (інтроверсія).

Показник “емоційна стабільність-нестабільність” біполярний і утворює шкалу, на одному полюсі якої знаходяться люди, що характеризуються надзвичайною емоційною стійкістю, чудовою адаптованістю (показник 0 – 12), а на іншому – надзвичайно знервований, нестійкий і погано адаптований тип (показник 12 – 24).



Рисунок 2.1. Шкали інтроверсії-екстраверсії, емоційної стабільності-нестабільності

Питання до методики представленні у додатку Г.

5. Тест: “Визначення рівня самоактуалізації особистості” (опитувач САМОАЛ)»(О. В. Лазукін)

Мета роботи: 1) з’ясувати загальний рівень реалізації особистістю її потенційних можливостей; 2) з’ясувати рівень самоактуалізації за окремими її виявами.

Даний тест має два ключа за допомогою яких, треба підрахувати кількість збігів відповідей з ключем, № 1 визначає загальний рівень самоактуалізації особи у відсотках. Ключ № 2 має окремі шкали опитувача САМОАЛ подані в таких пунктах: орієнтація в часі, цінності, погляд на природу людини, потреба в пізнанні, креативність (прагнення до творчості), автономність, спонтанність, само розуміння, ауто симпатія, контактність, гнучкість в спілкуванні.

Оціночна шкала

Результат 0-5 балів свідчить про низький рівень досягнень по даній шкалі, показник 5-10 балів – середній рівень розвитку, 10-15 балів – високий рівень самоактуалізації.

Результати діляться на декілька рівнів: низький рівень, середній рівень та високий рівень розвитку само актуалізації.

Питання до методики представлені у додатку Д.

6. Методика «Самооцінки мотивації схвалення» (Д. Марлоу та Д. Крауна)

Для оцінки правдивості висловлювань піддослідних в опитувальники нерідко включають так звані шкали брехливості або шкали прагнення до схвалення. Нижче наводиться один з варіантів такої шкали, розробленої Д.Марлоу і Д.Крауном, яка цілком підійде для оцінки правдивості висловлювань педагога.

Загальний підсумковий показник «мотивації схвалення» за шкалою отримують підсумовуванням всіх «працюючих» питань. Чим вище підсумковий показник, тим вище мотивація схвалення і тим, отже, вище готовність людини представити себе перед іншими як повністю відповідного соціальним нормам. Низькі показники можуть свідчити як про неприйняття традиційних норм, так і про зайвої вимогливості до себе.

Питання до методики представлені у додатку Е.

7. Методика «Інтегральна задоволеність працею» Фетіскін Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М.

Інструкція. Прочитайте кожне із запропонованих тверджень та оцініть, наскільки воно є правильним для Вас. Обведіть відповідну літеру.

Опрацювання та інтерпретація результатів

Слід перевести обрані відповіді а), б) чи в) перевести в бали за допомогою таблиці.

Підрахувати кількість балів за шкалами: інтерес до роботи; задоволеність досягненнями у роботі; задоволеність взаємовідносинами з колегами; задоволеність взаємовідносинами з керівництвом; задоволеність професійним статусом; задоволеність змістом роботи порівняно із заробітком; задоволеність умовами праці; професійна відповідальність; загальна задоволеність працею.

Середній рівень задоволеності працею визначається у 45-55% діапазоні від загальної суми балів; низький – у 1-44% діапазоні, а високий – понад 56%.

Питання до методики представлені у додатку Є.

2.2. Результати емпіричного дослідження синдрому емоційного вигорання медичних працівників середнього рівня

1. Результати емпіричного дослідження синдрому емоційного вигорання медичних працівників середнього рівня за методикою Діагностика професійного «вигорання» (К. Маслач, С. Джексон, в адаптації Н. Е. Водоп'янової)

Професор психології Каліфорнійського університету К. Маслач деталізувала поняття, окресливши його як синдром фізичного та емоційного виснаження, що складається з розвитку негативної самооцінки, негативного ставлення до роботи та втрати розуміння та співчуття щодо хворого. Доктор К. Маслач підкреслює, що “професійне вигорання” - це не втрата творчого потенціалу, не реакція на нудьгу, а скоріше емоційне виснаження, що виникає на фоні стресу, викликаного міжособистісним спілкуванням, зокрема між хворим та медичним працівником, в нашому випадку медичною сестрою.

Найбільш популярна модель вигорання розроблена К. Маслач і С. Джексон. Вона включає три групи симптомів (чинників): емоційне виснаження, деперсоналізацію, редукцію персональних досягнень.

Емоційне виснаження розглядається як основна складова “емоційного вигорання” та характеризується зниженням емоційним фоном, байдужістю або емоційним перенасиченням.

Синдром емоційного вигорання має наступні прояви: почуття байдужості, емоційного виснаження, спустошення (людина не може віддаватися роботі так, як це було раніше); дегуманізація (розвиток негативного ставлення до своїх колег і клієнтів); негативне самосприйняття в професійному плані (почуття недостачі почуття професійної майстерності).

Емоційні симптоми: недостатність емоцій, не емоційність; песимізм, цинізм і черствість в роботі та особистому житті; байдужість і втома; відчуття фрустрації і безпорадності, безнадія; дратівливість, агресивність; тривога, посилення ірраціональної тривожності, нездатність зосередитися; депресія, почуття провини; нервові ридання, істерики, душевні страждання; втрата ідеалів чи надій, чи професійних перспектив; збільшення деперсоналізації власно себе чи інших (люди стають безликими, як манекени); переважає почуття самотності.

Деперсоналізація проявляється у деформації стосунків з іншими людьми. В одних випадках це може бути зростання залежності від інших людей, в інших зростання негативізму, цинічності установок і почуттів стосовно реципієнтів: пацієнтів, клієнтів, підлеглих тощо.

Редукція особистісних досягнень полягає або в тенденції до негативного оцінювання себе, своїх професійних досягнень та успіхів, негативізм щодо службової гідності і можливостей, або у нівелюванні особистої гідності, обмеженні своїх можливостей, обов'язків щодо інших.

Результати дослідження за методикою відображені в таблиці 2.2. – 2.4.

Таблиця 2.2.

Результати дослідження емоційного вигорання у медичних працівників середнього рівня за методикою діагностики професійного вигорання (К. Маслач, С. Джексон, в адаптації Н. Е. Водоп'янової)

Шкали Рівні	Емоційне виснаження		Деперсоналізація		Редукція особистих досягнень	
	%	абс.к.	%	абс.к.	%	абс.к.
Низький рівень	50	40	2,5	2	1	1
Середній рівень	25	20	15	10	6	8
Високий рівень	25	20	20	16	20	16

Аналіз результатів дослідження за методикою свідчить про те, що низький рівень емоційного виснаження був встановлений у 50 %

досліджуваних медичних сестер, середній рівень – у 25 % та високий – також у 25 % медичних працівників середнього рівня.

Деперсоналізація низького рівня в групі досліджуваних була виявлена в 2,5 % випадків, середнього рівня – в 10 %, високого – в 20 % випадків.

Деперсоналізація проявляється у деформації стосунків з іншими людьми, як в системі медичний працівник – хворий та його родичі, так і в системі спілкування з медичними працівниками свого рангу та в медичній ієрархії. Це може проявлятися зростанням залежності від інших людей, негативізму, цинічності установок і почуттів стосовно хворих, та підлеглих.

Редукція особистісних досягнень була встановлена на низькому рівні в 1 % випадків, середньому рівні в 6 % та на високому - в 20 % випадків.

Редукція особистісних досягнень полягає в тенденції до негативного оцінювання себе, своїх професійних досягнень та успіхів, проявів негативізму щодо службової гідності і можливостей, в приниженні особистої гідності, обмеженні своїх можливостей, обов'язків щодо інших.

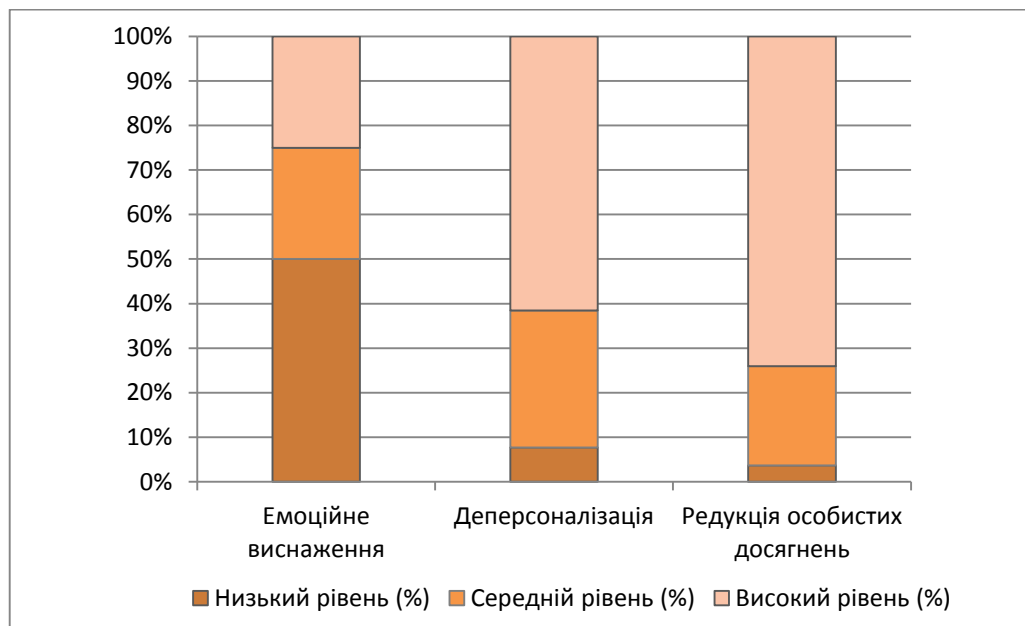


Рис. 2.2. Результати дослідження емоційного вигорання у медичних працівників середнього рівня за методикою діагностики професійного вигорання (К. Маслач, С. Джексон, в адаптації Н. Е. Водоп'янової)

Таблиця 2.3.

Результати дослідження емоційного вигорання у медичних працівників середнього рівня за методикою діагностики професійного вигорання (К. Маслач, С. Джексон, в адаптації Н. Е. Водоп'янової) в першій групі досліджуваних

Шкали Рівні	Емоційне виснаження		Деперсоналізація		Редукція особистих досягнень	
	%	абс.к.	%	абс.к.	%	абс.к.
Низький рівень	87,5	35	0	0	0	0
Середній рівень	12,5	5	5	2	2	3
Високий рівень	0	0	0	0	0	0

Подальший аналіз результатів емоційного виснаження в залежності від стажу роботи в медичній сфері дозволив встановити, що в першій групі досліджуваних переважав низький рівень емоційного виснаження та був також представлений середній рівень (87,5 та 12,5 % відповідно).

Середній рівень деперсоналізації у медичних сестер першої групи був встановлений в 5 % випадків, середній рівень редукції – в 2 % досліджуваних.

Деперсоналізація проявляється у деформації стосунків з іншими людьми, як в системі медичний працівник – хворий та його родичі, так і в системі спілкування з медичними працівниками свого рангу та в медичній ієрархії. Це може проявлятися зростанням залежності від інших людей, негативізму, цинічності установок і почуттів стосовно хворих, та підлеглих.

Редукція особистісних досягнень полягає в тенденції до негативного оцінювання себе, своїх професійних досягнень та успіхів, проявів негативізму щодо службової гідності і можливостей, в приниженні особистої гідності, обмеженні своїх можливостей, обов'язків щодо інших.

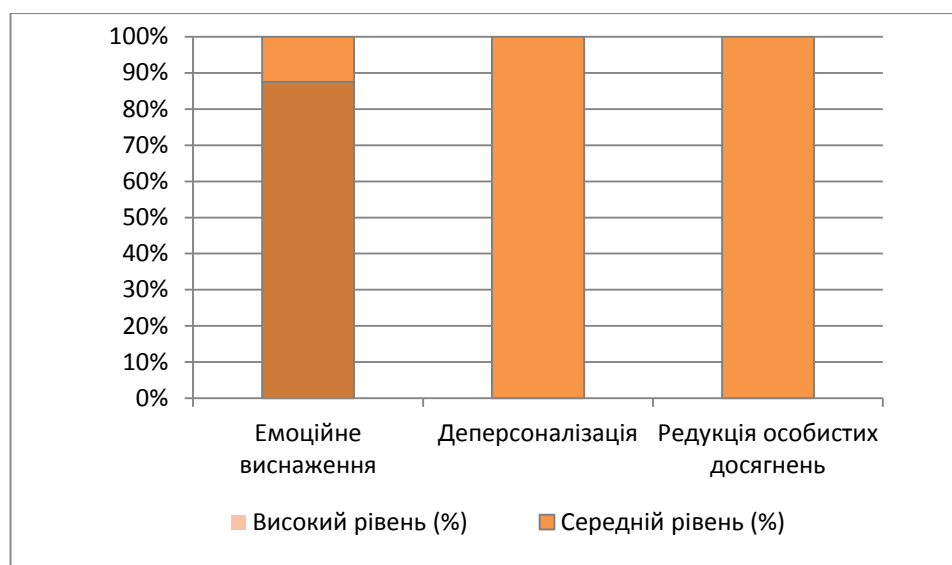


Рис. 2.3. Результати дослідження емоційного вигорання у медичних працівників середнього рівня за методикою діагностики професійного вигорання (К. Маслач, С. Джексон, в адаптації Н. Е. Водоп'янової) в першій групі досліджуваних

Таблиця 2.4.

Результати дослідження емоційного вигорання у медичних працівників середнього рівня за методикою діагностики професійного вигорання (К. Маслач, С. Джексон, в адаптації Н. Е. Водоп'янової) в другій групі досліджуваних

Рівні \ Шкали	Емоційне виснаження		Деперсоналізація		Редукція особистих досягнень	
	%	абс.к.	%	абс.к.	%	абс.к.
Низький рівень	12,5	5	2,5	2	1	1
Середній рівень	37,5	15	10	8	4	5
Високий рівень	50	20	20	16	20	16

Аналіз результатів емоційного виснаження в залежності від стажу роботи в медичній сфері дозволив встановити, що в другій групі досліджуваних переважав високий та помірний рівень емоційного виснаження (50 % та 37,5 % відповідно) та був також представлений низький рівень (12,5 %).

Деперсоналізація низького рівня у медсестер другої групи була встановлена у 2,5 відсотків досліджуваних, середнього рівня у 10 % та високого – в 20 % випадків.

Деперсоналізація проявляється у деформації стосунків з іншими людьми, як в системі медичний працівник – хворий та його родичі, так і в системі спілкування з медичними працівниками свого рангу та в медичній ієрархії. Це може проявлятися зростанням залежності від інших людей, негативізму, цинічності установок і почуттів стосовно хворих, та підлеглих.

Редукція особистих досягнень була встановлена у медсестер другої групи 1 % досліджуваних на низькому рівні, на середньому рівні – у 4 % та на високому рівні – у 20 % медсестер.

Редукція особистісних досягнень полягає в тенденції до негативного оцінювання себе, своїх професійних досягнень та успіхів, проявів негативізму щодо службової гідності і можливостей, в приниженні особистої гідності, обмеженні своїх можливостей, обов'язків щодо інших.

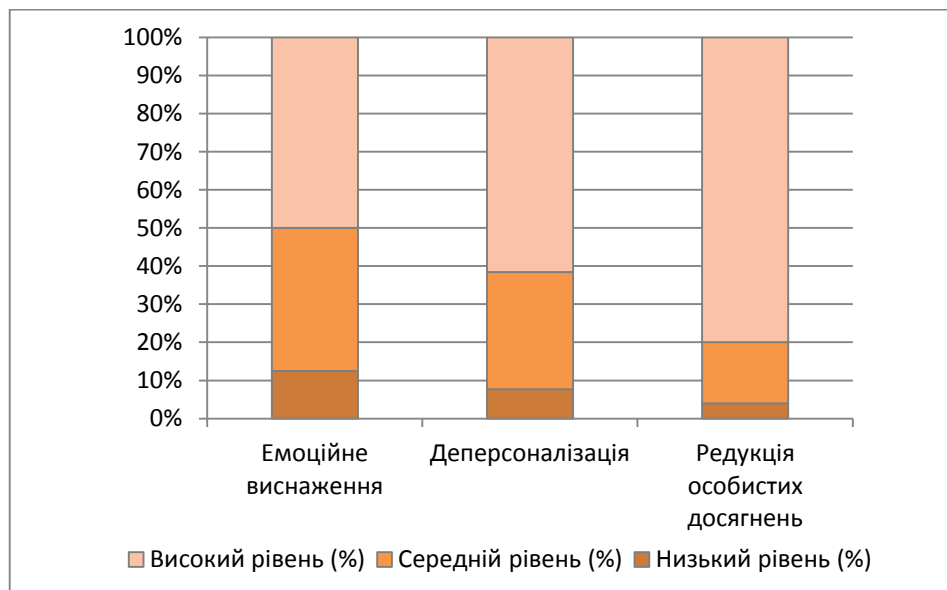


Рис. 2.4. Результати дослідження емоційного вигорання у медичних працівників середнього рівня за методикою діагностики професійного вигорання (К. Маслач, С. Джексон, в адаптації Н. Е. Водоп'янової) в другій групі досліджуваних

Таким чином, результати дослідження за методикою свідчать про наявність у медичних працівників середнього рівня проявів емоційного

виснаження: низький рівень був встановлений у 50 % досліджуваних медичних сестер, середній рівень – у 25 % та високий – також у 25 % досліджуваних.

Деперсоналізація низького рівня в групі досліджуваних була виявлена в 2,5 % випадків, середнього рівня – в 10 %, високого – в 20 % випадків.

Редукція особистісних досягнень була встановлена на низькому рівні в 1 % випадків, середньому рівні в 6 % та на високому - в 20 % випадків.

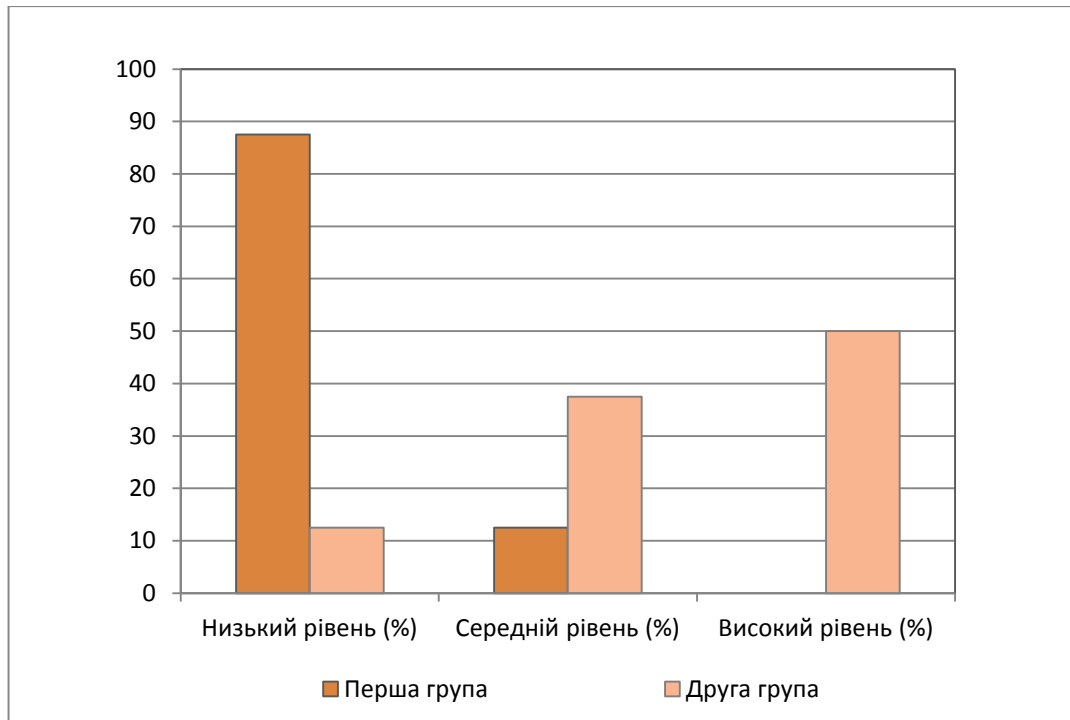


Рис. 2.5. Порівняння показника психічного вигорання медичних сестер першої та другої групи

В результаті проведеного дослідження встановлений вплив фактору стажу медичного працівника в медичній сфері, більш низькі показники емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції особистісних досягнень, що підтверджується статистичними даними проведення математичного аналізу за Стьюдентом.

Аналіз результатів емоційного виснаження в залежності від стажу роботи в медичній сфері дозволив встановити, що в першій групі досліджуваних переважав низький рівень емоційного виснаження та був також представлений середній рівень (87,5 та 12,5 % відповідно).

Середній рівень деперсоналізації був встановлений в 5 % випадків, середній рівень редукції – в 2 % досліджуваних.

Аналіз результатів емоційного виснаження в залежності від стажу роботи в медичній сфері дозволив встановити, що в другій групі досліджуваних переважав високий та помірний рівень емоційного виснаження (50 % та 37,5 % відповідно) та був також представлений низький рівень (12,5 %).

Деперсоналізація низького рівня була встановлена у 2,5 відсотків досліджуваних, середнього рівня у 10 % та високого – в 20 % випадків.

Редукція особистих досягнень була встановлена у 1 % досліджуваних на низькому рівні, на середньому рівні – у 4 % та на високому рівні – у 20 % медсестер.

Встановлена статистична значуща різниця в показниках емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції між показниками першої та другої групи з наростанням вираженості процесів у зв'язку з зростанням стажу роботи в медичній сфері.

2. Результати емпіричного дослідження синдрому психоемоційного вигорання медичних працівників середнього рівня за методикою «Визначення психічного вигорання» Автор-розробник – Фарбер Берри, в адаптації - Рукавишникової А.А.

Методика призначена для діагностики "психічного вигорання", тобто сталого, прогресуючого, негативно забарвленого явища, яке характеризується психоемоційним виснаженням, розвитком дисфункціональних установок і поведінки на роботі, а також втратою професійної мотивації, а психічне вигорання оцінюється комплексно з урахуванням емоційних, поведінкових, інтелектуальних, соціальних, фізичних або психосоматичних факторів.

У міру тривалості інтенсивної діяльності, впливу стрес-факторів, розвивається синдром емоційного вигорання, з'являється почуття втоми, яке змінюється розчаруванням, зниженням інтересу до своєї роботи. Далі,

обов'язково відбувається зміна поведінки людини, починаються психосоматичні реакції, які переходять в серйозні захворювання, і, як результат - втрата сенсу життя і внутрішня руйнація. Емоційні прояви більш детально наведені в описанні результатів дослідження за першою методикою.

Поведінкові симптоми: під час робочого дня з'являється втома і бажання перерватися, відпочити; байдужість до їжі, без надлишків; обмеження фізичного навантаження; виправдання вживання тютюну, алкоголю, ліків; нещасні випадки (наприклад, травми, падіння, аварії і т. д.); імпульсивна емоційна поведінка.

Інтелектуальний стан: обмеження використання альтернативних підходів у вирішенні проблем (наприклад, в роботі); збільшення туги, апатії чи недостача куражу, смаку та інтересу до життя; надання переваги стандартним шаблонам, рутині, а ніж творчому підходу; цинізм чи байдужість до новизни, нововведень; мала участь чи відмова від участі у розвиваючих програмах (тренінгах, навчанні); формальне виконання роботи.

Соціальні симптоми: немає часу чи енергії для соціальної активності; зменшення активності та інтересу до планування вільного часу, до хобі; соціальні контакти обмежуються роботою; обмежені взаємостосунки з іншими, як вдома, так і на роботі; відчуття ізоляції, незрозуміння інших та іншими; відчуття недостачі підтримки з боку сім'ї, друзів, колег.

Фізичні симптоми: різке підвищення втомлюваності; хронічна втома; головний біль; сприйнятливості до змін зовнішнього середовища; зміни артеріального тиску; астенія (безсилля, слабкість); обмеження рухів шиї, болі в спині; мимовільні рухи - стискання кулаків, скованість; збільшення чи втрата ваги; задишка; безсоння, статеві дисфункції. Більш виражені ознаки соматизації з боку серцево-судинної, травної, ендокринної, нервової, статевої систем.

Для вирахування усіх вище перелікованих змін методика має три шкали: психоемоційного виснаження (ПВ), особистісного віддалення (ОВ) і професійної мотивації (ПМ).

Результати дослідження за методикою відображені в таблицях 2.5 – 2.7.

Таблиця 2.5.

Результати дослідження психоемоційного вигорання у медичних працівників середнього рівня за методикою «Визначення психічного вигорання» Автор-розробник – Фарбер Берри, в адаптації - Рукавишникової А.А.

Шкали Рівні	Психоемоційне виснаження		Особистісне віддалення		Професійна мотивація		Психічне вигорання	
	%	абс.к.	%	абс.к.	%	абс.к.	%	абс.к.
Низький рівень	50	40	20	16	4	5	50	40
Середній рівень	25	20	30	31	14	19	25	20
Високий рівень	25	20	50	40	82	56	25	20

Результати дослідження за шкалою психоемоційного виснаження свідчать про те, що воно встановлено в більшому чи меншому ступені у всіх досліджуваних: психоемоційне виснаження низького рівня встановлено у 50 % медичних сестер, середнього рівня – у 25 % та високого рівня також у 25 % співробітників медичної сфери.

Синдром емоційного вигорання має наступні прояви: почуття байдужості, емоційного виснаження, спустошення (людина не може віддаватися роботі так, як це було раніше); дегуманізація (розвиток негативного ставлення до своїх колег і клієнтів); негативне самосприйняття в професійному плані (почуття недостачі почуття професійної майстерності).

Емоційні симптоми: недостатність емоцій, не емоційність; песимізм, цинізм і черствість в роботі та особистому житті; байдужість і втома; відчуття фрустрації і безпорадності, безнадія; дратівливість, агресивність; тривога, посилення ірраціональної тривожності, нездатність зосередитися; депресія, почуття провини; нервові ридання, істерики, душевні страждання; втрата ідеалів чи надій, чи професійних перспектив; збільшення деперсоналізації власно себе чи інших (люди стають безликими, як манекени); переважає почуття самотності.

Показники за шкалою особистісне віддалення дещо підвищені сумарно: низький рівень вони мають у 20 % обстежених, середній – у 30 % та високий – у 50 % медичних сестер.

Поведінкові симптоми: під час робочого дня з'являється втома і бажання перерватися, відпочити; байдужість до їжі, без надлишків; обмеження фізичного навантаження; виправдання вживання тютюну, алкоголю, ліків; нещасні випадки (наприклад, травми, падіння, аварії і т. д.); імпульсивна емоційна поведінка.

За шкалою професійної мотивації встановлений низький її рівень в 4 % випадків, середній – в 14 % та високий 82 % випадків. Професійна мотивація трансформується в напрямку її мінімалізації та спрощення, також формуються напрямки стосовно обмеження, як професійної, так і соціальної діяльності: немає часу чи енергії для соціальної активності; зменшення активності та інтересу до планування вільного часу, до хобі; соціальні контакти обмежуються роботою; обмежені взаємостосунки з іншими, як вдома, так і на роботі; відчуття ізоляції, нерозуміння інших та іншими; відчуття недостачі підтримки з боку сім'ї, друзів, колег.

Інтелектуальний стан змінюється до виключення альтернативних підходів у вирішенні проблем (наприклад, в роботі); збільшення туги, апатії чи недостача куражу, смаку та інтересу до життя; надання переваги стандартним шаблонам, рутині, а ніж творчому підходу; цинізм чи байдужість до новизни, нововведень; мала участь чи відмова від участі у розвиваючих програмах (тренінгах, навчанні); формальне виконання роботи.

Появляються та наростають фізичні та психосоматичні симптоми: різке підвищення втомлюваності; хронічна втома; головний біль; сприйнятливність до змін зовнішнього середовища; зміни артеріального тиску; астенія (безсилля, слабкість); обмеження рухів шиї, болі в спині; мимовільні рухи - стискання кулаків, скованість; збільшення чи втрата ваги; задишка; безсоння, статеві дисфункції. Більш виражені ознаки соматизації з боку серцево-судинної, травної, ендокринної, нервової, статевої систем.

Отримані результати дали можливість виявити рівень "психічного вигорання", тобто сталого, прогресуючого, негативно забарвленого явища, яке характеризується психоемоційним виснаженням, розвитком дисфункціональних установок і поведінки на роботі, а також втратою професійної мотивації.

Підсумковуючим показником даної методики є сумарна шкала психічного вигорання, яким встановлено наявність низького рівня психічного вигорання у 50 % медичного персоналу, середнього рівня – у 25 % та високого рівня у 25 % обстежуваних.

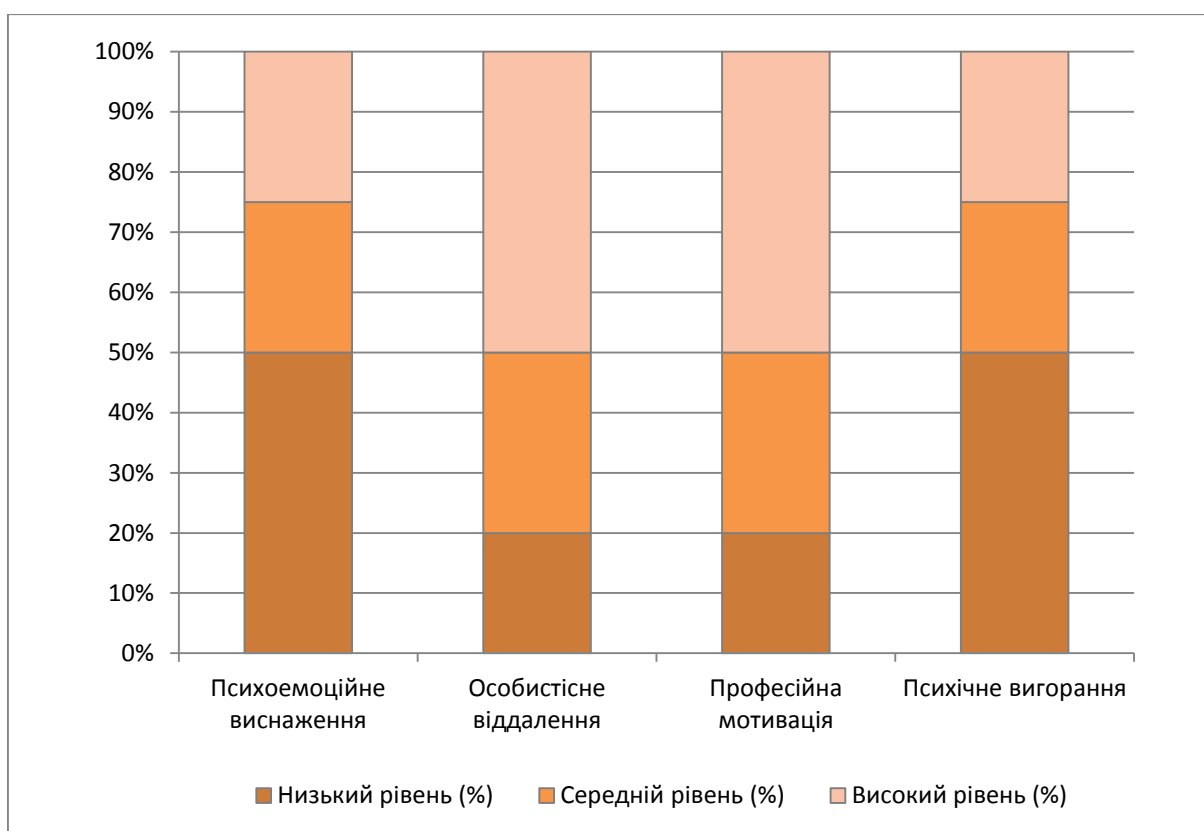


Рис. 2.6. Результати дослідження психоемоційного вигорання у медичних працівників середнього рівня за методикою «Визначення психічного вигорання» Автор-розробник – Фарбер Берри, в адаптації - Рукавишникової А.А.

Таблиця 2.6

Результати дослідження психоемоційного вигорання у медичних працівників середнього рівня за методикою «Визначення психічного вигорання» Автор-розробник – Фарбер Берри, в адаптації - Рукавишникової А.А. в першій групі

Шкали Рівні	Психоемоційне виснаження		Особистісне віддалення		Професійна мотивація		Психічне вигорання	
	%	абс.к.	%	абс.к.	%	абс.к.	%	абс.к.
Низький рівень	87,5	35	87,5	35	20	16	87,5	35
Середній рівень	12,5	5	12,5	5	25	10	12,5	5
Високий рівень	0	0	0	0	0	0	0	0

Подальший аналіз результатів психоемоційного виснаження в залежності від стажу роботи в медичній сфері дозволив встановити, що в першій групі досліджуваних переважав низький рівень емоційного виснаження та був також представлений середній рівень (87,5 та 12,5 % відповідно).

Низький та середній рівень особистісного віддалення був встановлений у всіх досліджуваних і склав відповідно (низький 87,5 % та середній рівень 12,5 %).

За шкалою професійної мотивації встановлений низький рівень її зниження в 20 % випадків та середній – в 25 % досліджуваних.

При проведенні підсумкового аналізу за цими трьома шкалами був встановлений низький та середній рівень психічного вигорання, діагностований у всіх медичних сестер першої групи: низький склав 87,5 % та середній рівень 12,5 %.

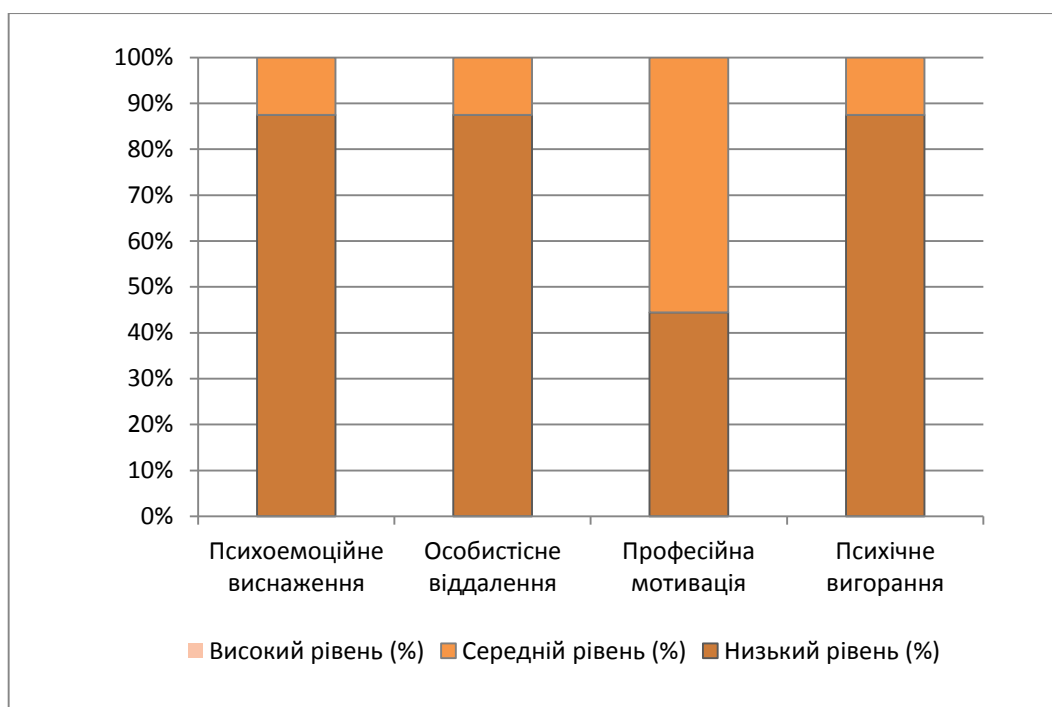


Рис. 2.7. Результати дослідження психоемоційного вигорання у медичних працівників середнього рівня за методикою «Визначення психічного вигорання» Фарбер Берри, в адаптації - Рукавишникової А.А. в першій групі

Таблиця 2.7

Результати дослідження психоемоційного вигорання у медичних працівників середнього рівня за методикою «Визначення психічного вигорання» Автор-розробник – Фарбер Берри, в адаптації - Рукавишникової А.А. в другій групі

Шкали Рівні	Психоемоційне виснаження		Особистісне віддалення		Професійна мотивація		Психічне вигорання	
	%	абс.к.	%	абс.к.	%	абс.к.	%	абс.к.
Низький рівень	12,5	5	12,5	5	12,5	5	12,5	5
Середній рівень	37,5	15	37,5	15	37,5	15	37,5	15
Високий рівень	50	20	50	20	50	20	50	20

Аналіз результатів психоемоційного виснаження в залежності від стажу роботи в медичній сфері дозволив встановити, що в другій групі

досліджуваних переважав високий та помірний рівень емоційного виснаження (50 % та 37,5 % відповідно) та був також представлений низький рівень (12,5 %).

Особистісне віддалення встановлено у всіх медичних сестер другої групи в різному ступені важкості: на низькому рівні у 12,5 %, на середньому рівні у 37,5 % та на високому рівні у 50 % досліджуваних.

Професійна мотивація у медичних сестер із стажом роботи більше 10 років знижена у всього контингенту: на низькому рівні у 12,5 %, на середньому у 37,5 % та на високому у 50 % досліджуваних.

Встановлені показники психічного вигорання на низькому рівні у 12,5 %, середньому рівні у 37,5 % та високому- у 50 % досліджуваних.

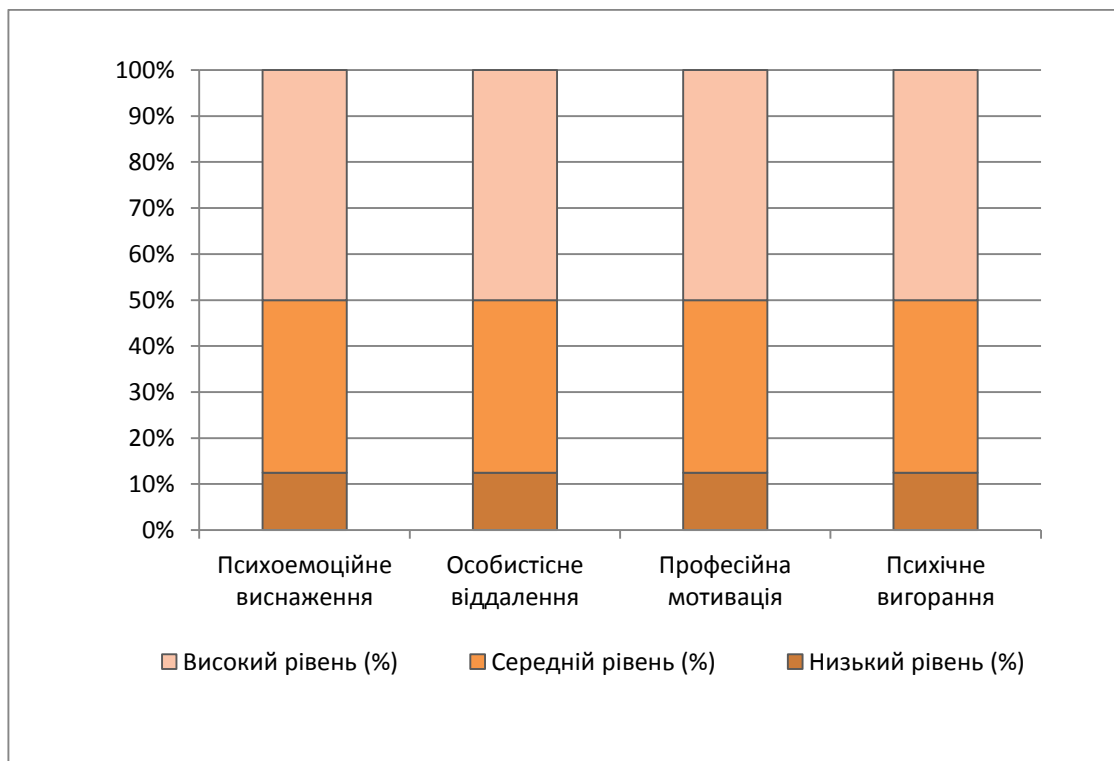


Рис. 2.8. Дослідження психоемоційного вигорання у медичних працівників середнього рівня за методикою «Визначення психічного вигорання» Автор-розробник – Фарбер Берри, в адаптації - Рукавишникової А.А. в другій групі

Таким чином, результати дослідження за методикою свідчать про наявність у медичних працівників різних проявів психоемоційного виснаження: низький рівень був встановлений у 50 % досліджуваних

медичних сестер, середній рівень – у 25 % та високий – також у 25 % досліджуваних за шкалою психоемоційне виснаження свідчать про те, що воно встановлено в більшому чи меншому ступені у всіх досліджуваних: психоемоційне виснаження низького рівня встановлено у 50 % медичних сестер, середнього рівня – у 25 % та високого рівня також у 25 % співробітників медичної сфери.

За шкалою особистісного віддалення дещо підвищені сумарно: низький рівень вони мають у 20 % обстежених, середній – у 30 % та високий – у 50 % медичних сестер.

За шкалою професійної мотивації встановлений низький її рівень в 2,5 % випадків, середній – в 37,5 % та високий 50 % випадків.

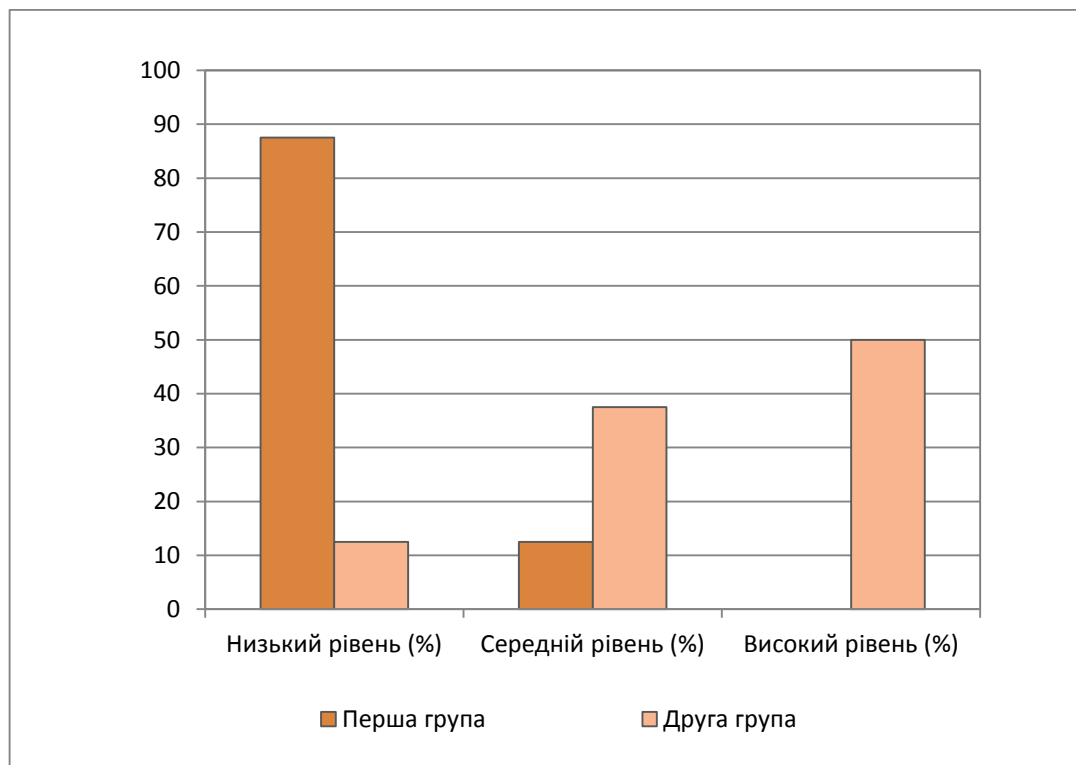


Рис. 2.9. Порівняння показника психічного вигорання медичних сестер першої та другої групи

Таким чином, при порівнянні показників психічного вигорання встановлені більш виражені його рівні у медичних сестер зі стажом роботи в медичній сфері більш 10 років у порівнянні з показниками в першій групі медичних сестер зі стажом роботи до 10 років.

При проведенні підсумкового аналізу за цими трьома шкалами був встановлений низький та середній рівень психічного вигорання, діагностований у всіх медичних сестер першої групи: низький склав 87,5 % та середній рівень 12,5 %.

Підсумковуючим показником даної методики є сумарна шкала психічного вигорання, яким встановлено наявність низького рівня психічного вигорання у 12,5 % медичного персоналу, середнього рівня – у 37,5 % та високого рівня у 50 % обстежуваних другої групи, стаж роботи в якій складає більше 10 років в медичній сфері.

В результаті проведеного дослідження встановлений вплив фактору стажу медичного працівника в медичній сфері, на формування синдрому психічного вигорання.

Аналіз результатів психоемоційного виснаження в залежності від стажу роботи в медичній сфері дозволив встановити, що в першій групі наявний переважно низький його рівень та він складає 87,5 %; представлений також середній рівень, який склав 12,5 %.

За шкалою особистісне віддалення також встановлені статистично значущі відмінності: низький рівень має місце у 87,5 % та середній у 12,5 % досліджуваних медичних сестер першої групи зі стажом роботи до 10 років.

Значення, отримані при аналізі результатів другої групи медичних сестер зі стажом роботи більше ніж 10 років за шкалою особистісного віддалення знаходяться на низькому рівні у 12,5 %, на середньому рівні – у 37,5 % та на високому рівні у 50 % досліджуваних.

За шкалою професійної мотивації встановлений низький її рівень в 12,5 % випадків, середній – в 37,5 % та високий 50 % випадків у медсестер другої групи зі стажом роботи більше 10 років.

За шкалою професійної мотивації також встановлені статистично значущі відмінності: низький рівень має місце у 20 % та середній у 25 % досліджуваних медичних сестер першої групи зі стажом роботи до 10 років, в той же час встановлений низький її рівень в 12,5 % випадків, середній – в 37,5 % та

високий 50 % випадків у медсестер другої групи зі стажом роботи більше 10 років.

За шкалою особистісне віддалення також встановлені статистично значущі відмінності: низький рівень має місце у 87,5 % та середній у 12,5 % досліджуваних медичних сестер першої групи зі стажом роботи до 10 років.

Підсумковуючим показником даної методики є сумарна шкала психічного вигорання, яким встановлено наявність низького рівня психічного вигорання у 12,5 % медичного персоналу, середнього рівня – у 37,5 % та високого рівня у 50 % обстежуваних другої групи, стаж роботи в якій складає більше 10 років в медичній сфері

Встановлені статистично значущі відмінності показників психічного вигорання представлені більш важкими проявами в другій групі (показник Стьюдента, який визначає різницю показників першої та другої групи досліджуваних був достовірним стосовно показників усіх шкал.

3. Результати емпіричного дослідження синдрому емоційного вигорання медичних працівників середнього рівня за методикою «Стреси і стресостійкість»(Ю. Щербатих)

Проблема стресостійкості особистості має величезне практичне значення, адже саме стресостійкість оберігає особистість від дезінтеграції і різноманітних розладів, створює основу для внутрішньої гармонії, повноцінного психічного здоров'я, високої працездатності.

Визначення феномену стресостійкості також відображає всю різноманітність концептуальних основ наукових досліджень, і, відповідно, визначень цього поняття. Так, стресостійкість представляють, як проблема бар'єру психічної адаптації людини, як емоційну стійкість і здатність контролювати емоції.

Компонентами стресостійкості є емоційна, вольова, психічна стійкість, що самі по собі можуть розглядатися, як інтегральні властивості особистості і забезпечують успішне досягнення мети діяльності у складних обставинах. Для

розуміння психологічних механізмів стресостійкості важливим є виділення в структурі емоційності фундаментального параметру, що до поріга чутливості до неспівпадання реального результату дії з акцептором результату дії, в якому відображається основна властивість емоційності – вразливість, ранимість.

Стресогенний поріг визначається рівнем афективної толерантності до невизначеності, силою «Я», наявністю установки на активну діяльність, орієнтацію та концентрацію на проблемі і активний пошук шляхів її вирішення та подолання. Поєднання стресостійкості із емоційною саморегуляцією зводиться до функціональної системи емоційного регулювання діяльності і характеризує здатність емоційно збудженої людини зберігати певну спрямованість своїх дій, адекватне функціонування та контролю над вираженням емоцій; здатність людини успішно вирішувати складні та відповідальні завдання в напружених емоціогенних обставинах, адекватно аналізувати умови діяльності, завчасно планувати її, застосовувати адекватні способи дії.

Стресостійкість можна більш конкретно визначити, як властивість особистості, що забезпечує гармонійне ставлення та взаємодію між усіма компонентами психічної діяльності в емоціогенній ситуації і, тим самим, сприяє успішному виконанню діяльності.

Результати дослідження за методикою відображені в таблиці 2.8.

Таблиця 2.8.

Результати емпіричного дослідження рівня стресостійкості медичних сестер за методикою «Стреси і стресостійкість» (Ю. Щербатих)

Рівень стресостійкості	Група досліджуваних		Перша група		Друга група	
	Абс.к. %	%	Абс.к.	%	Абс.к.	%
Дуже високий рівень	1,25	1	2,5	1	0	0
Високий рівень	50	40	62,5	25	37,5	15
Середній рівень	17,5	14	25	10	10	4
Низький рівень	25	20	10	4	40	16
Дуже низький рівень	6,25	5	0	0	12,5	5

Результати проведеного дослідження свідчать про те, що найбільш розповсюдженим рівнем стресостійкості медичних сестер є високий, який встановлений у 50 % загальної виборки. В межах оптимальних знаходиться також середній рівень стресостійкості, представлений у 17,5 % та дуже високий рівень – у 1,25 %, в той же час показники нижче оптимальних виявлені у 25 % досліджуваних на низькому рівні та у 6,25 % - на дуже низькому. Сумарно низькі показники рівня стресостійкості встановлені майже у третини досліджуваних.

При аналізі показників стресостійкості в групах досліджуваних в залежності від стажу роботи в медичній сфері в першій групі медсестер зі стажом роботи до 10 років встановлені наступні показники: у більшості з них показники були в межах оптимальних: високий та дуже високий рівень встановлений відповідно у 62,5 % та 2,5 %; середній рівень стресостійкості мають 25 % досліджуваних. Низький рівень стресостійкості мав місце лише у 10 % медичних сестер.

В другій групі медичних сестер зі стажом роботи більше 10 років показники стресостійкості були в межах оптимальних лише у 47,5 % досліджуваних: у 37,5 % медичних сестер рівень стресостійкості був високий та у 10 % - середній рівень. В то же час, незадовільні показники стресостійкості

були встановлені у 52,5 % досліджуваних: у 40 % був діагностований низький та у 12,5 % - дуже низький рівень.

Таким чином, розподіл результатів дослідження стресостійкості в залежності від стажу роботи встановив більш високий її стан в групі медичних сестер зі стажом роботи до 10 років в порівнянні з медсестрами зі стажом роботи більше 10 років: 65 % медсестер першої групи мали високий та дуже високий рівень, середній рівень стресостійкості складав 25 % проти показника в другій групі 47,5 % (високий – в 37,5 % та середній, у 10 % відповідно).

В той же час незадовільні показники стресостійкості – на низькому та дуже низькому рівні були встановлені у 10 % досліджуваних першої групи та у 52,2% досліджуваних другої групи (низький рівень у 40 % та дуже низький у 12,5 %).

Таким чином, встановлений статистично значущі більш високі показники стресостійкості у досліджуваних першої групи у порівнянні з другою групою. Визначений фактор стажу на стан стресостійкості досліджуваного контингенту.

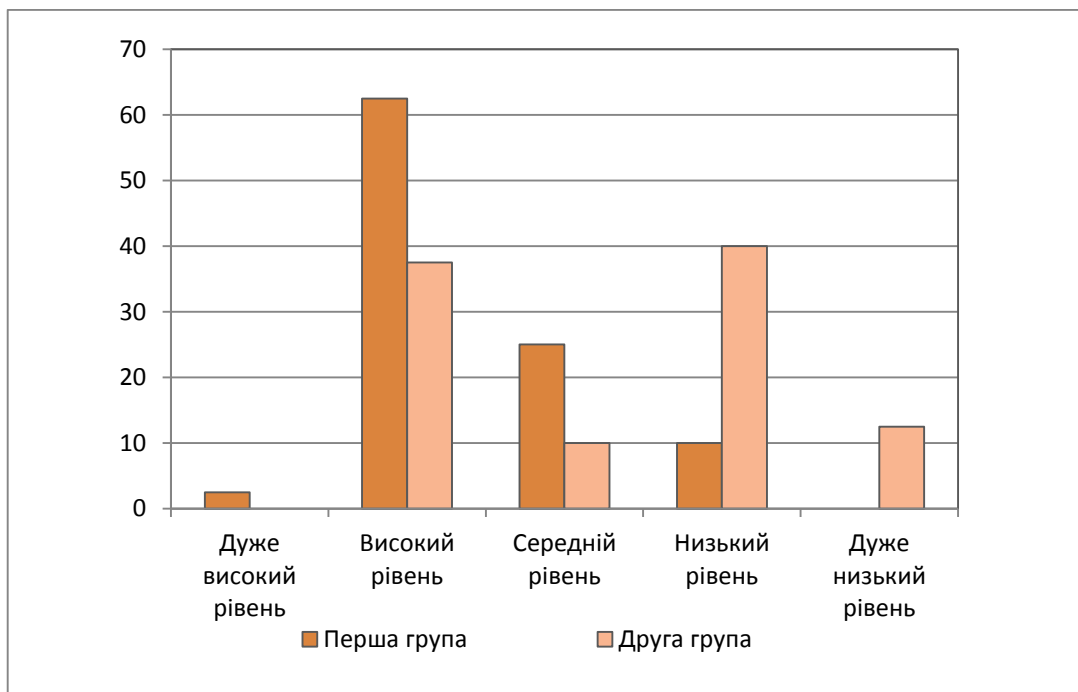


Рис. 2.10. Порівняння показника психічного вигорання медичних сестер першої та другої групи

4. Результати емпіричного дослідження за методикою «Ваш характер» Г. Айзенка

Методика була використана для дослідження деяких особливостей характеру стосовно емоційної стабільності-нестабільності.

Показник “емоційна стабільність-нестабільність” біполярний і утворює шкалу, на одному полюсі якої знаходяться особи, що характеризуються надзвичайною емоційною стійкістю, чудовою адаптованістю (показник 0 – 12), а на іншому – надзвичайно знервований, нестійкий і погано адаптований тип (показник 12 – 24).

Результати дослідження за методикою відображені в таблиці 2.9.

Таблиця 2.9.

Результати дослідження рівнів емоційної стабільності-нестабільності у працівників медичної сфери за методикою «Ваш характер» Г. Айзенка

Рівень емоційної стабільності-нестабільності	%	Кількість осіб
Високий рівень	20	16
Середній рівень	60	48
Низький рівень	20	16

Результати дослідження за методикою свідчать про те, що серед досліджуваних переважає середній рівень емоційної стабільності, представлений у 60 % медсестер; високий та низький рівень представлені в рівній мірі по 20 %. Таким чином, необхідно виділити 20 % медичних працівників з низьким рівнем емоційної стабільності, що може слугувати ознакою розвитку синдрому емоційного вигорання.

5. Результати дослідження самоактуалізації особистості у медичних працівників за методикою «Визначення рівня самоактуалізації особистості (опитувач САМОАЛ)»

Результати дослідження за методикою відображені в таблиці 2.10.

Таблиця 2.10.

Результати дослідження самоактуалізації особистості у медичних працівників за методикою «Визначення рівня самоактуалізації особистості (опитувач САМОАЛ)»

Рівні Шкала	Низький рівень (%)	Середній рівень (%)	Високий рівень (%)
Орієнтація в часі	20	20	60
Цінності	24	20	56
Погляд на природу людини	18	18	64
Потреба в пізнанні	18	22	60
Креативність (прагнення до творчості)	20	14	66
Автономність	18	20	62
Спонтанність	24	20	54
Саморозуміння	22	22	54
Аутосимпатія	12	14	74
Контактність	18	20	62
Гнучкість спілкуванні	20	16	64

Аналіз результатів дослідження за шкалами дозволив встановити, що за шкалою «Орієнтація в часі» 60 % медичних працівників мають високі показники, 20 % мають середні показники та 20 % - низькі показники. За шкалою «Цінностей» у 56 % досліджуваних встановлені високі показники, у 20 % середні та у 24 % вони знаходяться на низькому рівні. За шкалою «Погляд на природу людини» 60 % досліджуваних мають високі, 18 % середні та 18 % низькі показники. За шкалою «Потреба в пізнанні» 60 % досліджуваних мали високі показники, 22 % - середні та 18 % низькі. За

шкалою «Креативність (прагнення до творчості)» були діагностовані високі показники в 66 % випадків, середні – в 14 % та низькі в 20 % досліджень. За шкалою «Автономність» результати дослідження свідчать про високий рівень досліджуваних у 62 %, про середній – у 20 % та про низький – у 18 %. Результати дослідження за шкалою «Спонтанність» дозволили встановити високий рівень досліджуваних у 54 %, середній – у 22 % та низький у 24 % медичних сестер. Результати дослідження за шкалою «Саморозуміння» дозволили встановити високий рівень досліджуваних у 54 %, середній – у 24 % та низький у 22 % медичних сестер. Результати дослідження за шкалою «Аутосимпатія» дозволили встановити високий рівень досліджуваних у 74 %, середній – у 14 % та низький у 12 % медичних сестер. Результати дослідження за шкалою «Контактність» дозволили встановити високий рівень досліджуваних у 62 %, середній – у 20 % та низький у 18 % медичних сестер. Результати дослідження за шкалою «Гнучкість в спілкуванні» дозволили встановити високий рівень досліджуваних у 64 %, середній – у 16 % та низький у 20 % медичних сестер.

Шкала орієнтації в часі показує, наскільки людина живе сьогоденням, не відкладаючи своє життя “на потім” і не намагаючись знайти порятунок у минулому. Високий результат показали 60 % та середній 20 % досліджуваних характерний для осіб, що добре розуміють екзистенціальну цінність життя “тут і тепер”, здатних насолоджуватися актуальним моментом, не порівнюючи його з минулими втіхами і не знецінюючи очікуванням майбутніх успіхів. Низький результат який складає 20 % показують люди, невротично заглиблені в минулі переживання, з завищеним прагненням до досягнень, підозрілі і невпевнені у собі.

Шкала цінностей. Високий бал за цією шкалою складає 56 % досліджуваних та середній 20 % досліджуваних, що свідчить про те, що людина поділяє цінності особи, яка самоактуалізується, до їх числа Абрахам Маслоу відносив такі, як істина, добро, краса, цілісність, відсутність роздвоєності, життєвість, унікальність, досконалість, досягнення,

справедливість, порядок, простота, легкість без зусиль, гра, самодостатність. Перевага цих цінностей вказує на прагнення до гармонійного буття і здорових стосунків з людьми, далеко від бажання маніпулювати ними в своїх інтересах. Низький показник за шкалою був встановлений у 18 % випадків, що свідчить про те, що людина не цінує життя та його проявів.

Погляд на природу людини був позитивним на високому рівні у 64 % та середнім у 18 %. Ця шкала описує віру в людей, в могутність людських можливостей. Високий показник може інтерпретуватися як стала основа для щирих гармонійних міжособистісних стосунків, природна симпатія, довіра до людей, чесність, неупередженість, доброзичливість. Негативна оцінка на низькому рівні була встановлена у 18 % досліджуваних, що свідчить про зневірювання в людей та в їх можливості.

Потреба в пізнанні характерна для особи, що самоактуалізується, завжди відкритий новим враженням. Ця шкала описує спроможність до миттєвого пізнання – безкорисливе бажання нового, інтерес до об'єктів, не пов'язаний прямо з задоволенням різних потреб. Таке пізнання, вважає Маслоу, точніше і ефективніше, оскільки його процес не деформується бажаннями і потягами, людина при цьому не схильна судити, оцінювати і порівнювати. Вона просто бачить те, що є, і цінує це. Високий рівень потреби в пізнанні був діагностований у 60 % , середній – у 22 % досліджуваних, що свідчить про значну потребу само актуалізації і розвитку. У 18 % досліджуваних встановлений низький рівень потреби в самоактуалізації і розвитку.

Прагнення до творчості або креативність – неодмінний атрибут самоактуалізації, яку можна назвати творчим ставленням до життя. Високий рівень визначений у 66 % досліджуваних та середній у 14 %; тільки у 20 % досліджуваних встановлений низький рівень прагнення до творчості.

Автономність, на думку більшості гуманістичних психологів, є головним критерієм психічного здоров'я особи, її цілісності і повноти. Це поняття тяжіє до таких рис, як життєвість (aliveness) і самопідтримка (self – support) у Ф. Перлза, спрямованість зсередини (inner – directed) у Д. Рісмана,

зрілість (ripeness) у К.Роджерса. Особа, яка самоактуалізується автономна, незалежна і вільна, однак це не означає відчуження і самотність. В термінах Е. Фромма автономність – це позитивна “свобода для”, що відрізняється від негативної “свободи від”. Високий рівень автономності показали 62 % та середній 20 % досліджуваних. Низький рівень автономності складає 18 % та свідчить про недостатню само актуалізацію у досліджуваних.

Спонтанність– це якість, що впливає з упевненості в собі і довіри до навколишнього світу, властивих для людей, які є самоактуалізованими. Високий показник за шкалою спонтанності свідчить про те, що самоактуалізація стала способом життя, а не є мрією чи прагненням. Здатність до спонтанної поведінки обмежується культурними нормами, в природному вигляді її можна спостерігати хіба що у маленьких дітей. Спонтанність співвідноситься з такими цінностями, як свобода, природність, гра, легкість без зусилля. Високий показник спонтанності був встановлений у 54 % та середній у 20 % досліджуваних. Низький показник був встановлений у 24 % досліджуваних та свідчить про обмеження здатність до спонтанної поведінки.

Саморозуміння. Високий показник за даною шкалою був встановлений у 54 %, середній у 22 % досліджуваних. Це свідчить про чутливість, сензитивність людини до своїх бажань і потреб. У таких людей не формуються психологічні захисти, що заважають людині адекватно сприймати і оцінювати себе, вони не схильні підміняти власні смаки і оцінки зовнішніми соціальними стандартами. Показники за шкалою саморозуміння, спонтанності і аутосимпатії, як правило, пов'язані між собою. Низький бал за шкалою саморозуміння склав 22 % досліджуваних - він властивий людям невпевненим, які орієнтуються на думку оточуючих. Д. Рисмен називав таких “орієнтованими ззовні” на відміну від “орієнтованих зсередини”.

Аутосимпатія– природна основа психічного здоров'я і цілісності особи. Низькі показники мають люди невротичні, тривожні, невпевнені в собі. Аутосимпатія зовсім не означає тупої самовтіхи або некритичного самосприйняття, це просто добре усвідомлена “Я-концепція”, що служить

джерелом сталої адекватної самооцінки. Високий рівень ауто симпатії встановлений у 74 %, середній у 14 % досліджуваних; тільки у 12 % досліджуваних він був низьким.

Шкала контактності вимірює товарицькість особи, її спроможність до встановлення тривалих і доброзичливих стосунків з оточуючими. В опитувачі САМОАЛ контактність розуміється не як рівень комунікативних здібностей особи або як навички ефективного спілкування, а як загальна схильність до взаємно корисних і приємних контактів з іншими людьми. Високий показник за шкалою контактності встановлений у 62 % та середній у 20 % досліджуваних. У 18 % досліджуваних показники були на низькому рівні, що свідчить про недостатню їх товарицькість.

Шкала гнучкості в спілкуванні співвідноситься з наявністю або відсутністю соціальних стереотипів, спроможністю до адекватного самовираження в спілкуванні. Високі показники свідчать про автентичну взаємодію з оточуючими, спроможність до саморозкриття. Люди з високою оцінкою за цією шкалою орієнтовані на особистісне спілкування, не схильні до фальшу або маніпуляцій, не змішують саморозкриття особи з самопредставленням – стратегією і тактикою управління створюваним враженням. Низькі показники характерні для людей ригідних, негнучких, не впевнених у власній привабливості, в тому, що вони цікаві співрозмовнику, та спілкування з якими може приносити задоволення. Високий показник за шкалою гнучкостів спілкуванні у 64 % та середній у 16 % досліджуваних. У 20 % досліджуваних показники були на низькому рівні, що свідчить про обмеження в спілкуванні.

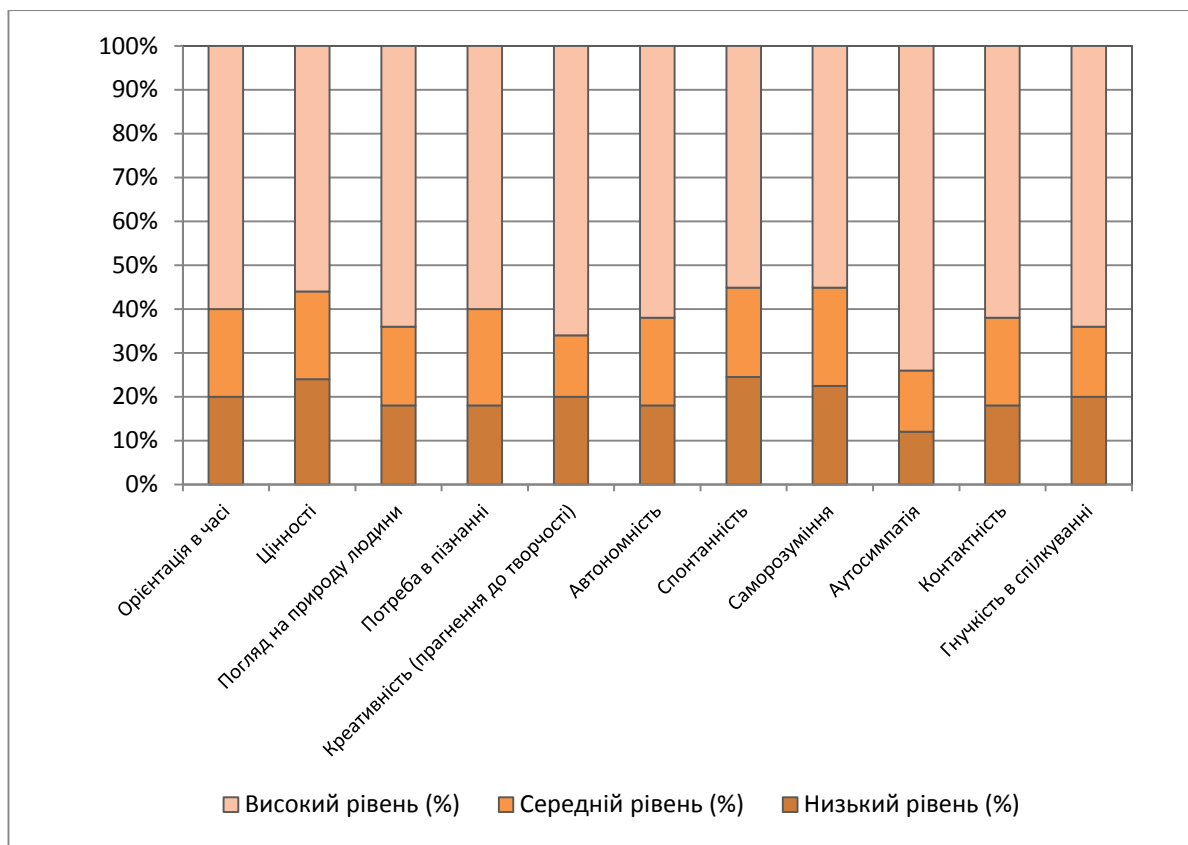


Рис. 2.11. Результати дослідження самоактуалізації особистості у медичних працівників за методикою «Визначення рівня самоактуалізації особистості (опитувач САМОАЛ)»

Результати дослідження за методикою показали різноманітні особистісні обмеження за окремими шкалами у 24 % - 12% досліджуваних. Загалом був встановлений високий рівень самоактуалізації особистості досліджуваних в межах від 74 % до 54 %, що свідчить, що медсестри – це люди культурні, що мають достатню освіту, спрямовані на одержання досвіду, досить креативні, орієнтовані на теперешнє та майбутнє, з потребами саморозвитку і вдосконалення та психічне здорові.

6. Результати дослідження за методикою «Самооцінки мотивації схвалення» (Д. Марлоу та Д. Крауна)

В дослідженні приймали участь медичні сестри зі стажом до 10 років (перша група) та друга група – медсестри зі стажом роботи більше 10 років.

Результати дослідження за методикою відображені в таблиці 2.11.

Таблиця 2.11.

Результати дослідження за методикою «Самооцінки мотивації схвалення» (Д. Марлоу та Д. Крауна)

Групи	Перша група		Друга група	
	%	Абс.к.	%	Абс.к.
Рівень показника				
Високий показник	57,5	23	47,5	19
Середній показник	17,5	7	15	6
Низький показник	25	10	37,5	15

Аналіз показників дослідження за методикою показав, що при порівнянні результатів за двома групами медичних працівників в залежності від стажу медичні сестри з меншим стажом роботи (перша група) більш потребують схвалення (високий показник самооцінки мотивації схвалення склав 57,5 % та середній – 17,5 %) ніж медсестри з більшим стажом роботи (друга група, високий показник склав 47,5 та середній 15 %). Також це спостерігається при аналізі низького показника мотивації схвалення: в другій групі він складає 37,5 % проти 25 % в першій групі.

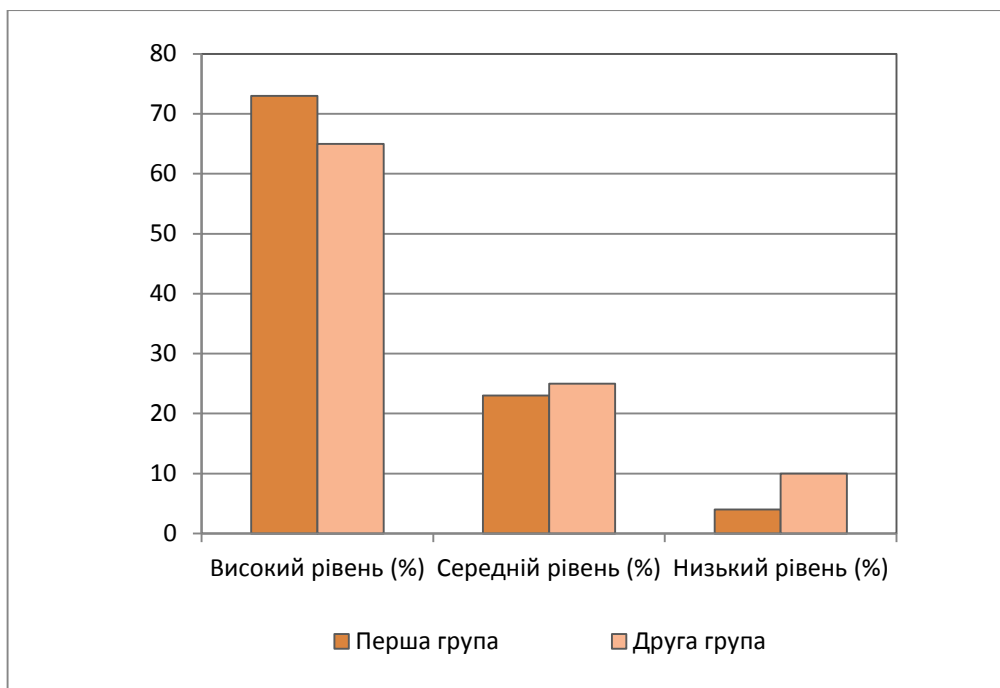


Рис. 2.12. Порівняння показника психічного вигорання медичних сестер першої та другої групи

Таким чином, результати дослідження за методикою «Самооцінки мотивації схвалення» (Д. Марлоу та Д. Крауна) свідчать про те, що медсестри з меншим стажом роботи більше потребують морального схвалення своєї роботи ніж медсестри другої групи з більш високим стажом, третина з яких взагалі не потребує схвалення. Результати методики потрібно враховувати в роботі з персоналом: медсестри з меншим стажом реагують на визначення їх сумлінної праці навіть без матеріальних відзнак; з більшим стажом роботи більше реагують на матеріальні винагороди.

7. Результати дослідження за методикою «Інтегральна задоволеність трудом» Фетіскін Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М.

В дослідженні приймали участь медичні сестри зі стажом до 10 років (перша група) та друга група – медсестри зі стажом роботи більше 10 років.

Результати дослідження за методикою відображені в таблиці 2.12.

Таблиця 2.12.

Результати дослідження за методикою «Інтегральна задоволеність трудом»
Фетіскін Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М.

Групи \ Рівень показника	Перша група	Друга група
	%	%
Високий показник	73	65
Середній показник	23	25
Низький показник	4	10

Аналіз показників дослідження за методикою показав, що при порівнянні результатів за двома групами медичних працівників в залежності від стажу медичні сестри з меншим стажом роботи (перша група) більш задоволені трудом (високий показник задоволеності трудом склав 73 % та середній – 23 %) ніж медсестри з більшим стажом роботи (друга група, високий показник склав 65 та середній 25 %). Особливо насторожує низький показник задоволеності працею, який в першій групі склав 4 %, а в другій 10 %.

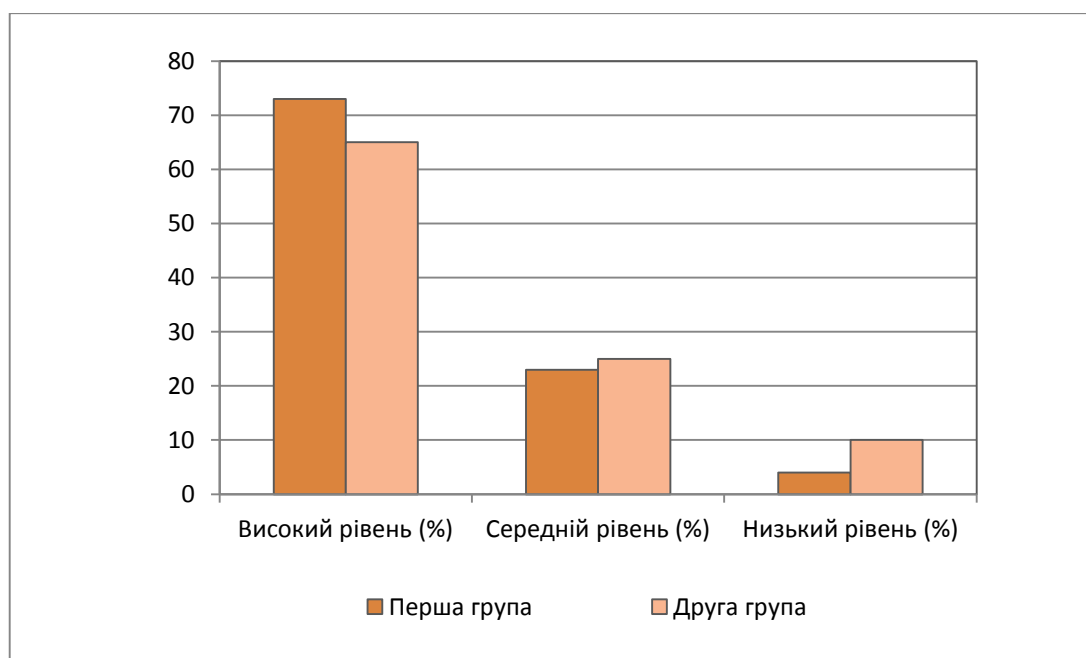


Рис. 2.13. Порівняння показника психічного вигорання медичних сестер першої та другої групи

Таким чином, результати дослідження свідчать про те, що задоволеність працею в другій групі із стажом роботи від 11 до 20 років значно знижена та

відрізняється від показників в першій групі медсестер, в якій показники задоволеності працею значно вищі.

Висновки до другого розділу

1. Аналіз результатів за методикою діагностики професійного «вигорання» (К. Маслач, С. Джексон, в адаптації Н. Е. Водоп'янової) дозволив становити, що наявність у медичних працівників середнього рівня проявів емоційного виснаження: низький рівень був встановлений у 50 % досліджуваних медичних сестер, середній рівень – у 25 % та високий – також у 25 % досліджуваних.

Деперсоналізація низького рівня в групі досліджуваних була виявлена в 2,5 % випадків, середнього рівня – в 10 %, високого – в 20 % випадків.

Редукція особистісних досягнень була встановлена на низькому рівні в 1 % випадків, середньому рівні в 6 % та на високому – в 20 % випадків.

2. В результаті проведеного дослідження встановлений вплив фактору стажу медичного працівника в медичній сфері, більш низькі показники емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції особистісних досягнень, що підтверджується статистичними даними проведення математичного аналізу за Стьюдентом.

Аналіз результатів емоційного виснаження в залежності від стажу роботи в медичній сфері дозволив встановити, що в першій групі досліджуваних переважав низький рівень емоційного виснаження та був також представлений середній рівень (87,5 та 12,5 % відповідно).

Середній рівень деперсоналізації був встановлений в 5 % випадків, середній рівень редукції – в 2 % досліджуваних.

Аналіз результатів емоційного виснаження в залежності від стажу роботи в медичній сфері дозволив встановити, що в другій групі досліджуваних переважав високий та помірний рівень емоційного виснаження

(50 % та 37,5 % відповідно) та був також представлений низький рівень (12,5 %).

Деперсоналізація низького рівня була встановлена у 2,5 відсотків досліджуваних, середнього рівня у 10 % та високого – в 20 % випадків.

Редукція особистих досягнень була встановлена у 1 % досліджуваних на низькому рівні, на середньому рівні – у 4 % та на високому рівні – у 20 % медсестер.

3. Аналіз результатів за методикою «Визначення психічного вигорання» Фарбер Берри, в адаптації - Рукавишникової А.А. дозволив виявити, що рівень "психічного вигорання", тобто сталого, прогресуючого, негативно забарвленого явища, яке характеризується психоемоційним виснаженням, розвитком дисфункціональних установок і поведінки на роботі, а також втратою професійної мотивації.

Результати дослідження за шкалою психоемоційного виснаження свідчать про те, що воно встановлено в більшому чи меншому ступені у всіх досліджуваних: психоемоційне виснаження низького рівня встановлено у 50 % медичних сестер, середнього рівня – у 25 % та високого рівня також у 25 % співробітників медичної сфери.

Показники за шкалою особистісне віддалення дещо підвищені сумарно: низький рівень вони мають у 20 % обстежених, середній – у 30 % та високий – у 50 % медичних сестер.

За шкалою професійної мотивації встановлений низький її рівень в 4 % випадків, середній – в 14 % та високий 82 % випадків.

Підсумовуючим показником даної методики є сумарна шкала психічного вигорання, яким встановлено наявність низького рівня психічного вигорання у 50 % медичного персоналу, середнього рівня – у 25 % та високого рівня у 25 % обстежуваних.

Подальший аналіз результатів психоемоційного виснаження в залежності від стажу роботи в медичній сфері дозволив встановити, що в першій групі досліджуваних переважав низький рівень емоційного

виснаження та був також представлений середній рівень (87,5 та 12,5 % відповідно).

Низький та середній рівень особистісного віддалення був встановлений у всіх досліджуваних і склав відповідно (низький 87,5 % та середній рівень 12,5 %).

За шкалою професійної мотивації встановлений низький рівень її зниження в 20 % випадків та середній – в 25 % досліджуваних.

При проведенні підсумкового аналізу за цими трьома шкалами був встановлений низький та середній рівень психічного вигорання, діагностований у всіх медичних сестер першої групи: низький склав 87,5 % та середній рівень 12,5 %.

Аналіз результатів психоемоційного виснаження в залежності від стажу роботи в медичній сфері дозволив встановити, що в другій групі досліджуваних переважав високий та помірний рівень емоційного виснаження (50 % та 37,5 % відповідно) та був також представлений низький рівень (12,5 %).

Особистісне віддалення встановлено у всіх медичних сестер другої групи в різному ступені важкості: на низькому рівні у 12,5 %, на середньому рівні у 37,5 % та на високому рівні у 50 % досліджуваних.

Професійна мотивація у медичних сестер із стажом роботи більше 10 років знижена у всього контингенту: на низькому рівні у 12,5 %, на середньому у 37,5 % та на високому у 50 % досліджуваних.

Встановлені показники психічного вигорання на низькому рівні у 12,5 %, середньому рівні у 37,5 % та високому - у 50 % досліджуваних.

Таким чином, при порівнянні показників психічного вигорання встановлені більш виражені його рівні у медичних сестер зі стажом роботи в медичній сфері більш 10 років у порівнянні з показниками в першій групі медичних сестер зі стаж роботи до 10 років.

При проведенні підсумкового аналізу за цими трьома шкалами був встановлений низький та середній рівень психічного вигорання,

діагностований у всіх медичних сестер першої групи: низький склав 87,5 % та середній рівень 12,5 %.

Підсумовуючим показником даної методики є сумарна шкала психічного вигорання, яким встановлено наявність низького рівня психічного вигорання у 12,5 % медичного персоналу, середнього рівня – у 37,5 % та високого рівня у 50 % обстежуваних другої групи, стаж роботи в якій складає більше 10 років в медичній сфері.

В результаті проведеного дослідження встановлений вплив фактору стажу медичного працівника в медичній сфері, на формування синдрому психічного вигорання.

Аналіз результатів психоемоційного виснаження в залежності від стажу роботи в медичній сфері дозволив встановити, що в першій групі наявний переважно низький його рівень та він складає 87,5 %; представлений також середній рівень, який склав 12,5 %.

За шкалою особистісне віддалення також встановлені статистично значущі відмінності: низький рівень має місце у 87,5 % та середній у 12,5 % досліджуваних медичних сестер першої групи зі стажом роботи до 10 років.

Значення, отримані при аналізі результатів другої групи медичних сестер зі стажом роботи більше ніж 10 років за шкалою особистісного віддалення знаходяться на низькому рівні у 12,5 %, на середньому рівні – у 37,5 % та на високому рівні у 50 % досліджуваних.

За шкалою професійної мотивації встановлений низький її рівень в 12,5 % випадків, середній – в 37,5 % та високий 50 % випадків у медсестер другої групи зі стажом роботи більше 10 років.

За шкалою професійної мотивації також встановлені статистично значущі відмінності: низький рівень має місце у 20 % та середній у 25 % досліджуваних медичних сестер першої групи зі стажом роботи до 10 років, в той же час встановлений низький її рівень в 12,5 % випадків, середній – в 37,5 % та високий 50 % випадків у медсестер другої групи зі стажом роботи більше 10 років.

За шкалою особистісне віддалення також встановлені статистично значущі відмінності: низький рівень має місце у 87,5 % та середній у 12,5 % досліджуваних медичних сестер першої групи зі стажем роботи до 10 років.

Підсумовуючим показником даної методики є сумарна шкала психічного вигорання, яким встановлено наявність низького рівня психічного вигорання у 12,5 % медичного персоналу, середнього рівня – у 37,5 % та високого рівня у 50 % обстежуваних другої групи, стаж роботи в якій складає більше 10 років в медичній сфері

Встановлені статистично значущі відмінності показників психічного вигорання представлені більш важкими проявами в другій групі (показник Стьюдента, який визначає різницю показників першої та другої групи досліджуваних був достовірним стосовно показників усіх шкал.

4. Аналіз показників за методикою «Стреси і стресостійкість» (Ю. Щербатих) дозволив встановити, що найбільш розповсюдженим рівнем стресостійкості медичних сестер є високий, який встановлений у 50 % загальної виборки. В межах оптимальних знаходиться також середній рівень стресостійкості, представлений у 17,5 % та дуже високий рівень – у 1,25 %, в той же час показники нижче оптимальних виявлені у 25 % досліджуваних на низькому рівні та у 6,25 % - на дуже низькому. Сумарно низькі показники рівня стресостійкості встановлені майже у третини досліджуваних.

При аналізі показників стресостійкості в групах досліджуваних в залежності від стажу роботи в медичній сфері в першій групі медсестер зі стажом роботи до 10 років встановлені наступні показники: у більшості з них показники були в межах оптимальних: високий та дуже високий рівень встановлений відповідно у 62,5 % та 2,5 %; середній рівень стресостійкості мають 25 % досліджуваних. Низький рівень стресостійкості мав місце лише у 10 % медичних сестер.

В другій групі медичних сестер зі стажем роботи більше 10 років показники стресостійкості були в межах оптимальних лише у 47,5 % досліджуваних: у 37,5 % медичних сестер рівень стресостійкості був високий

та у 10 % - середній рівень. В то же час, незадовільні показники стресостійкості були встановлені у 52,5 % досліджуваних: у 40 % був діагностований низький та у 12,5 % - дуже низький рівень.

Таким чином, розподіл результатів дослідження стресостійкості в залежності від стажу роботи встановив більш високий її стан в групі медичних сестер зі стажем роботи до 10 років в порівнянні з медсестрами зі стажем роботи більше 10 років: 65 % медсестер першої групи мали високий та дуже високий рівень, середній рівень стресостійкості складав 25 % проти показника в другій групі 47,5 % (високий – в 37,5 % та середній, у 10 % відповідно).

В той же час незадовільні показники стресостійкості – на низькому та дуже низькому рівні були встановлені у 10 % досліджуваних першої групи та у 52,2% досліджуваних другої групи (низький рівень у 40 % та дуже низький у 12,5 %).

Таким чином, встановлений статистично значущі більш високі показники стресостійкості у досліджуваних першої групи у порівнянні з другою групою. Визначений фактор стажу на стан стресостійкості досліджуваного контингенту.

5. Аналіз показників за методикою «Ваш характер» Г. Айзенка дозволив встановити, що серед досліджуваних переважає середній рівень емоційної стабільності, представлений у 60 % медсестер; високий та низький рівень представлені в равній мірі по 20 %. Таким чином, необхідно виділити 20 % медичних працівників з низьким рівнем емоційної стабільності, що може слугувати ознакою розвитку синдрому емоційного вигорання.

6. Аналіз показників за методикою «Визначення рівня самоактуалізації особистості (опитувач САМОАЛ)» дозволив встановити, що за шкалою «Орієнтація в часі» 60 % медичних працівників мають високі показники, 20 % мають середні показники та 20 % - низькі показники. За шкалою «Цінностей» у 56 % досліджуваних встановлені високі показники, у 20 % середні та у 24 % вони знаходяться на низькому рівні. За шкалою «Погляд на природу людини» 60 % досліджуваних мають високі, 18 % середні

та 18 % низькі показники. За шкалою «Потреба в пізнанні» 60 % досліджуваних мали високі показники, 22 % - середні та 18 % низькі. За шкалою «Креативність (прагнення до творчості)» були діагностовані високі показники в 66 % випадків, середні – в 14 % та низькі в 20 % досліджень. За шкалою «Автономність» результати дослідження свідчать про високий рівень досліджуваних у 62 %, про середній – у 20 % та про низький – у 18 %. Результати дослідження за шкалою «Спонтанність» дозволили встановити високий рівень досліджуваних у 54 %, середній – у 22 % та низький у 24 % медичних сестер. Результати дослідження за шкалою «Саморозуміння» дозволили встановити високий рівень досліджуваних у 54 %, середній – у 24 % та низький у 22 % медичних сестер. Результати дослідження за шкалою «Аутосимпатія» дозволили встановити високий рівень досліджуваних у 74 %, середній – у 14 % та низький у 12 % медичних сестер. Результати дослідження за шкалою «Контактність» дозволили встановити високий рівень досліджуваних у 62 %, середній – у 20 % та низький у 18 % медичних сестер. Результати дослідження за шкалою «Гнучкість в спілкуванні» дозволили встановити високий рівень досліджуваних у 64 %, середній – у 16 % та низький у 20 % медичних сестер.

Результати дослідження за методикою «Визначення рівня самоактуалізації особистості (опитувач САМОАЛ)» показали різноманітні особистісні обмеження за окремими шкалами у 24 % - 12% досліджуваних. Загалом був встановлений високий рівень самоактуалізації особистості досліджуваних в межах від 74 % до 54 %, що свідчить, що медсестри – це люди культурні, що мають достатню освіту, спрямовані на одержання досвіду, досить креативні, орієнтовані на теперішнє та майбутнє, з потребами саморозвитку і вдосконалення та психічне здорові.

7. Аналіз показників дослідження за методикою «Самооцінки мотивації схвалення» (Д. Марлоу та Д. Крауна) показав, що при порівнянні результатів за двома групами медичних працівників в залежності від стажу медичні сестри з меншим стажем роботи (перша група) більш потребують схвалення (високий

показник самооцінки мотивації схвалення склав 57,5 % та середній – 17,5 %) ніж медсестри з більшим стажем роботи (друга група, високий показник склав 47,5 та середній 15 %). Також це спостерігається при аналізі низького показника мотивації схвалення: в другій групі він складає 37,5 % проти 25 % в першій групі.

Таким чином, результати дослідження за методикою «Самооцінки мотивації схвалення» (Д. Марлоу та Д. Крауна) свідчать про те, що медсестри з меншим стажем роботи більше потребують морального схвалення своєї роботи ніж медсестри другої групи з більш високим стажем, третина з яких взагалі не потребує схвалення. Результати методики потрібно враховувати в роботі з персоналом: медсестри з меншим стажем реагують на визначення їх сумлінної праці навіть без матеріальних відзнак; з більшим стажем роботи більше реагують на матеріальні винагороди.

8. Аналіз показників дослідження за методикою «Інтегральна задоволеність трудом» Фетіскін Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. показав, що при порівнянні результатів за двома групами медичних працівників в залежності від стажу медичні сестри з меншим стажем роботи (перша група) більш задоволені трудом (високий показник задоволеності трудом склав 73 % та середній – 23 %) ніж медсестри з більшим стажем роботи (друга група, високий показник склав 65 та середній 25 %). Особливо насторожує низький показник задоволеності працею, який в першій групі склав 4 %, а в другій 10 %.

Таким чином, результати дослідження свідчать про те, що задоволеність працею в другій групі із стажем роботи від 11 до 20 років значно знижена та відрізняється від показників в першій групі медсестер, в якій показники задоволеності працею значно вищі.)

РОЗДІЛ 3. ТРЕНІНГ СПРЯМОВАНИЙ НА КОРЕКЦІЮ ТА СНИЖЕННЯ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

3.1 Тренінг для профілактики та подолання емоційного вигорання

Актуальність тренінгу:

Співробітники більшості сучасних організацій, професійна діяльність яких пов'язана з необхідністю здійснення емоційно напружених контактів в тій чи іншій мірі схильні до вигорання. Вигорання виникає як захисна реакція на стресові впливи, робить негативний вплив на психофізичний здоров'я і ефективність діяльності фахівців, зайнятих в соціальній сфері і проявляється в почутті виснаження, особистісної відстороненості від суб'єктів діяльності та зниження мотивації до виконання професійних обов'язків. Тому варто знати, як попередити емоційне вигорання.

Мета тренінгу: підвищення рівня проінформованості та обізнаності з поняттям «синдром професійного вигорання», його причинами та наслідками. Визначення шляхів профілактики та подолання «професійного вигорання», опанування сучасними антистресовими техніками, розвиток навичок психоемоційної регуляції учасників.

Завдання:

1) інформування учасників про психологію взаємодії, впливи психіки на соматичну сферу, про можливості поліпшення стану людини через покращення його психологічного стану та міжособистісних комунікацій, про професійні стреси, синдром професійного вигорання та можливості усунення його впливу;

2) визначення психологічної проблеми кожного учасника групи, усвідомлення шляхів їх вирішення;

3) створення атмосфери, яка сприятиме профілактиці синдрому професійного вигорання;

4) формування навичок самопізнання, прийняття себе і само розвитку особистості;

5) засвоєння нових стереотипів поведінки при вирішенні проблем для покращення соціального функціонування в сім'ї, в колективі та інших соціальних групах.

Вимоги до учасників:

Тренінг розрахований на працівників медичної сфери.

Кількість 10-15 чоловік.

Рівень підготовки працівників - зручний одяг і взуття.

Програма тренінгу розрахована на 20 годин роботи (6 зустрічей по 4 години). Форма представлення програми – протоколи тренінгових занять. Подібне викладення дозволяє у більш повному обсязі передати технологію роботи і зводить до мінімуму необхідність ведучого у використанні допоміжних джерел інформації.

Як інструментарій застосовано адекватні до мети і завдань методиактивного навчання: групова бесіда, аналіз значущих ситуацій, психологічні вправи та ігри з елементами інсценізацій.

1 етап – організаційний (перша зустріч): орієнтація у специфіці тренінгу як методу навчання; первинна діагностика очікувань учасників і труднощів у реалізації адекватної поведінки; виявлення і корекція мотивації учасників.

2 етап – основний етап (друга-п'ята зустрічі): самовизначення учасниками тренінгу і визначення групою мети своєї роботи; створення в групі атмосфери, яка сприяла б самопізнанню і саморозкриттю особистості; дестабілізація стереотипних уявлень про себе і мотиви своєї поведінки; переосмислення уявлень про себе на основі зворотного зв'язку, аналізу діяльності в групі, рефлексії; розширення сфери усвідомленого в розумінні вчинків іншого; формування чутливості до невербальних засобів спілкування; відпрацювання ефективних способів поведінки; проектування і конструювання кожним учасником ефективних засобів поведінки (емпатійне

розуміння, уміння відтворювати зворотний зв'язок тощо); відпрацювання індивідуальних стратегій і тактик ефективної адекватної поведінки.

3 етап – заключний (шоста зустріч): рефлексія змін, що відбулися в учасників і в групі за час тренінгу; прогнозування майбутніх життєвих планів.

1-й день (4 години)

Мета: організація процесу, виявлення очікувань учасників від тренінгу, створення атмосфери довіри і психологічної безпеки, ознайомлення з основними правилами роботи в групі, пробудження інтересу до занять, спрямовування учасників на групову форму роботи;

План:

1. Розминка
2. Вправа «Тренінгове ім'я»

Мета: знайомство учасників тренінгової групи один з одним, подолання скутості.

3. Вправа «Правила тренінгу»

Мета: ознайомлення учасників тренінгу з основними принципами, нормами та правилами роботи в групі.

4. Вправа «Дерево очікувань»

Мета: вияв мотивації та очікувань учасників від роботи в тренінговій групі.

5. Вправа «Зоряна година» (Н.С. Пряжников)

Мета: вияв характеристик для професії лікаря, які приносять радість.

Кожному учасникові необхідно приблизно за 7-10 хвилин виділити 3-5 найбільше характерних для професії лікаря радощів (заради чого представники даної професії взагалі живуть, що для них саме головне в житті, роботі...).

Далі по черзі кожний учасник розповідає про радощі, які він виділив.

6. Вправа «Що я хочу змінити» (І. К. Фопель)

Мета: демонстрування учасниками групи мети у стилі театру імпровізацій.

2-й день (4 години)

Мета: дестабілізація стереотипних уявлень про себе, свою поведінку; вироблення позитивного само ставлення; тренування вміння розслаблятися ізнімати напруження, подолання внутрішніх бар'єрів, страху та невпевненості перед іншими; вироблення навичок надання й отримання зворотного зв'язку.

План:

1. Розминка

2. Вправа «Професійні стереотипи» (Л. В. Тарабакіна)

Мета: виявлення професійних стереотипів і робота з ними.

3. Групова дискусія «Робота із словником емоцій»

Мета: вияв реальних почуттів і емоцій лікаря..

4. Вправа «Виклик емоцій»

Мета: викликати емоції за допомогою гарних спогадів.

5. Вправа «Заохочення»

Ведучий: «Складіть перелік того, що ви одержуєте позитивного від своєї роботи». Як ви професійно вирости, чого навчилися? Яких успіхів ви досягли в роботі? Що приносить вам радість? Перечитуйте свій перелік постійно ідоповнюйте його новими пунктами».

6. Вправа «Колесо життєвого балансу»

Мета: визначення збалансованості різних сфер життя (професійна сфера, особистісна, організаційна) та залучення відповідного особистісного ресурсу для конструктивного переживання синдрому «вигорання».

7. Вправа «Рефлексія»

Мета: навчити учасників групи висловлювати думки, адекватно сприймати думки інших, а також дотримання коректності у висловлюванні власних як позитивних, так і негативних почуттів.

3-й день (4 години)

Мета: створити в групі атмосферу емоційної свободи, відвертості, дружелюбності й довіри один одному; розвинути взаємини партнерства, об'єднавши учасників для розв'язання спільних завдань; розсунути межі креативності, позбутися страху перед невідомим, перед поставленою проблемою; формувати професійні якості: комунікативні здібності, рефлексію; відпрацювати вміння аналізувати себе та іншого в процесі взаємодії, формувати усвідомлення мотивації поведінки інших; виробити індивідуальні стратегії і тактику ефективної адекватної поведінки.

План:

1. Розминка
2. Вправа «Що робить мене вразливим?»

Мета: визначення факторів, що сприяють «вигоранню».

3. Вправа «Відро для сміття»

Мета: позбутися поганих спогадів

4. Вправа «Відродження»

Мета: набути стану радості.

5. Групова дискусія «Ознаки стресового напруження» (за Шеффером)

Мета: розвивати конструктивні способи переживання стресу.

4-й день (4 години)

Мета: розвиток професійної самосвідомості вироблення внутрішнього самоконтролю і перенесення його на зовнішню поведінку.

План:

1. Розминка
2. Групова дискусія «Характеристика здорової впевненої в собі особистості»

Мета: розвивати природність вираження своїх емоцій та бажань; вміння впевнено без агресії виражати справжнє ставлення до оточуючих; вміння протистояти та навпаки активно виражати реальні почуття.

3. Вправа «Маски в спілкуванні»

Мета: усвідомлення своїх індивідуальних способів відходу від щирого, відкритого спілкування.

4. Заключна рефлексія. «Як пройшов день?»

Мета: зробити підсумки тренінгу.

5-й день (4 години)

Мета: допомогти виразити пригнічені відчуття, потреби, прагнення та думки, краще зрозуміти себе.

План:

1. Розминка

2. Вправа «Вербалізація стану агресивності»

Мета: відпрацювання вміння зворотного зв'язку.

3. Вправа «Моя реакція»

Мета: вироблення вміння адекватно реагувати на провокуючі агресію ситуації.

4. Вправа «Конфлікт «агресора» і «жертви»»

Мета: усвідомити конфліктні сторони поведінки.

5. Вправа «Рольова гра з конфліктним змістом»

Мета: розширення уявлень про мотиви, що спонукають доконфліктної поведінки; відпрацювання вміння давати зворотний зв'язок.

6. Вправа «Психічно здорова людина»

Мета: обговорити якості психічно здорової людини.

6-й день (4 години)

Мета: встановлення між учасниками і тренером зворотного зв'язку за результатами роботи в групі; усвідомлення учасниками змін, що відбулися в професійній сфері; усвідомлення внутрішньо особистісних змін.

План:

1. Розминка.

2. Вправа «Валіза»

Мета: отримання учасниками зворотнього зв'язку від групи на свою поведінку в ході тренінгу.

3. Вправа «Звільнення від негативної енергії»

Мета: вироблення вміння звільнитися від негативної енергії в момент надмірного емоційного збудження.

4. Групова дискусія «Капелюхи»

Мета: структурування зворотнього зв'язку, організація дискусії в підгрупах.

5. Анкета зворотнього зв'язку по тренінгу

Мета: отримання ведучим зворотного зв'язку відносно минулого тренінгу.

Така методична побудова тренінгу продиктована результатами чисельних досліджень, які присвячені впливу тренінгу на розвиток тих чи інших соціально-психологічних якостей особистості.

Таким чином, тренінг, побудований у такий спосіб, дозволяє ефективно вирішувати задачі, пов'язані з розвитком особистісних та професійних якостей, керувати своїми емоційним станом, коректним вираженням емоцій і умінням розуміти емоції оточуючих, призводить до перебудови когнітивної, афективної та поведінкової структур особистості, сприяє самопізнанню та самоприйняттю, що особливо важливо у лікарській діяльності.

Повний обсяг тренінгу надан у Додатку Ж.

Висновки до третього розділу

Таким чином, після проведення діагностики був проведений тренінг на зниження та корекцію синдрому емоційного вигорання та отримані наступні результати

1. Було підвищене рівень проінформованості та обізнаності учасників про психологію взаємодії, впливи психіки на соматичну сферу, про можливості поліпшення стану людини через покращення його психологічного стану та міжособистісних комунікацій, про професійні стреси, синдром професійного вигорання та можливості усунення його впливу;

2. Визначені психологічні проблеми кожного учасника групи, усвідомлення шляхів їх вирішення;

3. Створена атмосфера, яка сприяла профілактиці синдрому професійного вигорання;

4. Були сформовані навички самопізнання, прийняття себе і само розвитку особистості;

5. Відбулося засвоєння нових стереотипів поведінки при вирішенні проблем для покращення соціального функціонування в сім'ї, в колективі та інших соціальних групах.

6. Таким чином, тренінг, побудований у такий спосіб, дозволив ефективно вирішувати задачі, пов'язані з розвитком особистісних та професійних якостей, керувати своїми емоційним станом, коректним вираженням емоцій і умінням розуміти емоції оточуючих, призводить до перебудови когнітивної, афективної та поведінкової структур особистості, сприяє самопізнанню та само прийняттю, що особливо важливо у лікарській діяльності.

ВИСНОВКИ

Після теоретичного та емпіричного дослідження можна зробити наступні висновки:

1. Стрес - це психофізіологічна реакція, яка є невід'ємною частиною нашого життя. Уникнути його в умовах нашого існування неможливо, та це не завжди і треба, тому що стрес має здатність загартовувати психіку людини і готувати його до більш складних ситуацій в майбутньому.

Стресостійкість – це само оцінка здібності та можливості подолання екстремальної ситуації пов'язана з ресурсом особистості чи запасом, потенціалом різних структурно-функціональних характеристик, що забезпечують загальні види життєдіяльності та специфічні форми поведінки, реагування, адаптації і т.д. Професійна деформація, що поступово розвивається у медичних працівників достатньо часто приводить до того, що при високому ступені “вигорання” наростає тенденція до негативного, нерідко навіть приховано-агресивного ставлення до пацієнтів, спілкування з ними в односторонньому напрямі шляхом критики, оцінок, тиску, від чого, природно, страждають обидві сторони.

2. Соціально-психологічна адаптація передбачає способи пристосування, регулювання, гармонізації взаємодії індивіда із середовищем. У процесі соціальної адаптації людина виступає як активний суб'єкт, який адаптується в середовищі у відповідності зі своїми потребами, інтересами, прагненнями і активно самовизначається. Існують механізми соціальної адаптації особистості, процес формування яких невіддільний від усіх видів перетворень індивідів, таких як: діяльність, спілкування та самосвідомість. По суті механізмів соціальної адаптації лежить активна діяльність людини, ключовим моментом якої є потреба в перетворенні істотної соціальної дійсності.

3. Синдром емоційного вигорання – один із видів професійної деформації особистості людей, які працюють у тісному контакті з клієнтами

при наданні професійної допомоги. Синдром емоційного вигорання описав у 1974 році Фроуденбергер. Даний синдром має декілька аспектів: власне емоційний, який було відкрито вперше, від чого синдром і отримав свою назву; інтелектуальний (сповільнення мисленнєвої діяльності, несприймання нових ідей); соціальний (важкість встановлення нових контактів, відгородження від соціуму); психосоматичний – коли людина на фізичному рівні відчуває усі проблеми, швидко втомлюється, частий головний біль, який може стійко з'являтися при приході на роботу і одразу зникати після закінчення робочого дня.

4. Емоційне вигорання являє собою набутий стереотип емоційної, частіше всього професійної поведінки. Синдром “Емоційного вигорання” є результатом конфронтації з реальністю, коли людський дух виснажується в боротьбі з обставинами, які важко змінити. Як наслідок розвивається професійний аутизм, або професійний стрес. Необхідна робота виконується, але емоційний внесок, який перетворює завдання на творчу форму, відсутній. Також можна стверджувати, що професійний стрес - це перш за все наслідок зниження професійної мотивації і що “вигорання” і збереження захопленості роботою - це два полюси взаємин людини і професії.

5. Професійна деформація, що поступово розвивається у медичних працівників достатньо часто приводить до того, що при високому ступені “вигорання” наростає тенденція до негативного, нерідко навіть приховано-агресивного ставлення до пацієнтів, спілкування з ними в односторонньому напрямі шляхом критики, оцінок, тиску, від чого, природно, страждають обидві сторони. Але питання про те, що тут первинне, а що є слідством, поки відкрите.

Якщо медичний працівник протягом довгого часу займається професійною діяльністю, не відчуваючи свого особистого зв'язку з нею, тобто не бачить внутрішньої цінності, не може їй дійсно віддатися, то неминуче виникає внутрішнє спустошення, тому що не відбувається діалогічного обміну, в якому людина не тільки віддає, але й одержує. Як наслідок, розлад

набуває характер депресії. Емоційне вигорання — це вид депресії, що виникає без травматизації й органічних порушень, а тільки лише через поступову втрату життєвих цінностей.

6. Аналіз наукової літератури з проблем психологічного та організаційного стресу та соціально-психологічної адаптації дозволив встановити, що дана проблема досить добре представлена в ній.

7. Аналіз результатів емоційного виснаження в залежності від стажу роботи в медичній сфері дозволив встановити, що в першій групі досліджуваних переважав низький рівень емоційного виснаження та був також представлений середній рівень (87,5 та 12,5 % відповідно).

Середній рівень деперсоналізації був встановлений в 5 % випадків, середній рівень редукції – в 2 % досліджуваних.

Аналіз результатів емоційного виснаження в залежності від стажу роботи в медичній сфері дозволив встановити, що в другій групі досліджуваних переважав високий та помірний рівень емоційного виснаження (50 % та 37,5 % відповідно) та був також представлений низький рівень (12,5 %).

Деперсоналізація низького рівня була встановлена у 2,5 відсотків досліджуваних, середнього рівня у 10 % та високого – в 20 % випадків.

Редукція особистих досягнень була встановлена у 1 % досліджуваних на низькому рівні, на середньому рівні – у 4 % та на високому рівні – у 20 % медсестер.

9. При порівнянні показників психічного вигорання встановлені більш виражені його рівні у медичних сестер зі стажем роботи в медичній сфері більш 10 років у порівнянні з показниками в першій групі медичних сестер зі стаж роботи до 10 років.

При проведенні підсумкового аналізу за цими трьома шкалами був встановлений низький та середній рівень психічного вигорання, діагностований у всіх медичних сестер першої групи: низький склав 87,5 % та середній рівень 12,5 %.

Підсумовуючим показником даної методики є сумарна шкала психічного вигорання, яким встановлено наявність низького рівня психічного вигорання у 12,5 % медичного персоналу, середнього рівня – у 37,5 % та високого рівня у 50 % обстежуваних другої групи, стаж роботи в якій складає більше 10 років в медичній сфері.

В результаті проведеного дослідження встановлений вплив фактору стажу медичного працівника в медичній сфері, на формування синдрому психічного вигорання.

Встановлені статистично значущі відмінності показників психічного вигорання представлені більш важкими проявами в другій групі (показник Стьюдента, який визначає різницю показників першої та другої групи досліджуваних був достовірним стосовно показників усіх шкал.

10. Аналіз показників стресостійкості дозволив встановити, що найбільш розповсюдженим рівнем стресостійкості медичних сестер є високий, який встановлений у 50 % загальної виборки. В межах оптимальних знаходиться також середній рівень стресостійкості, представлений у 17,5 % та дуже високий рівень – у 1,25 %, в той же час показники нижче оптимальних виявлені у 25 % досліджуваних на низькому рівні та у 6,25 % - на дуже низькому. Сумарно низькі показники рівня стресостійкості встановлені майже у третини досліджуваних.

Таким чином, розподіл результатів дослідження стресостійкості в залежності від стажу роботи встановив більш високий її стан в групі медичних сестер зі стажем роботи до 10 років в порівнянні з медсестрами зі стажем роботи більше 10 років: 65 % медсестер першої групи мали високий та дуже високий рівень, середній рівень стресостійкості складав 25 % проти показника в другій групі 47,5 % (високий – в 37,5 % та середній, у 10 % відповідно).

В той же час незадовільні показники стресостійкості – на низькому та дуже низькому рівні були встановлені у 10 % досліджуваних першої групи та у 52,2% досліджуваних другої групи (низький рівень у 40 % та дуже низький у 12,5 %).

Таким чином, встановлений статистично значущі більш високі показники стресостійкості у досліджуваних першої групи у порівнянні з другою групою. Визначений фактор стажу на стан стресостійкості досліджуваного контингенту.

11. Результати дослідження за самоактуалізації особистості показали різноманітні особистісні обмеження за окремими шкалами у 24 % - 12% досліджуваних. Загалом був встановлений високий рівень самоактуалізації особистості досліджуваних в межах від 74 % до 54 %, що свідчить, що медсестри – це люди культурні, що мають достатню освіту, спрямовані на одержання досвіду, досить креативні, орієнтовані на теперішнє та майбутнє, з потребами саморозвитку і вдосконалення та психічне здорові.

12. Аналіз показників дослідження самооцінки мотивації схвалення» показав, що при порівнянні результатів за двома групами медичних працівників в залежності від стажу медичні сестри з меншим стажем роботи (перша група) більш потребують схвалення (високий показник самооцінки мотивації схвалення склав 57,5 % та середній – 17,5 %) ніж медсестри з більшим стажем роботи (друга група, високий показник склав 47,5 та середній 15 %). Також це спостерігається при аналізі низького показника мотивації схвалення: в другій групі він складає 37,5 % проти 25 % в першій групі.

Таким чином, результати дослідження за методикою «Самооцінки мотивації схвалення» (Д. Марлоу та Д. Крауна) свідчать про те, що медсестри з меншим стажем роботи більше потребують морального схвалення своєї роботи ніж медсестри другої групи з більш високим стажем, третина з яких взагалі не потребує схвалення. Результати методики потрібно враховувати в роботі з персоналом: медсестри з меншим стажем реагують на визначення їх сумлінної праці навіть без матеріальних відзнак; з більшим стажем роботи більше реагують на матеріальні винагороди.

13. Аналіз показників дослідження інтегральної задоволеності трудом показав, що при порівнянні результатів за двома групами медичних працівників в залежності від стажу медичні сестри з меншим стажем роботи

(перша група) більш задоволені трудом (високий показник задоволеності трудом склав 73 % та середній – 23 %) ніж медсестри з більшим стажем роботи (друга група, високий показник склав 65 та середній 25 %). Особливо насторожує низький показник задоволеності працею, який в першій групі склав 4 %, а в другій 10 %.

Таким чином, результати дослідження свідчать про те, що задоволеність працею в другій групі із стажем роботи від 11 до 20 років значно знижена та відрізняється від показників в першій групі медсестер, в якій показники задоволеності працею значно вищі.

14. Запропонований нами та використаний у роботі психодіагностичний комплекс, спрямований на психологічну діагностику синдрому емоційного вигорання був адекватним, меті та завданню дослідження та може буде рекомендованим для використання психологами в адекватних випадках.

Робота є закінченою та виконана повністю у відповідності до технічного завдання до неї та в установлені строки. В результаті виконаної кваліфікаційної роботи, досягнена мета та завдання дослідження, підтверджені наукова та емпіричні гіпотези.

Розроблена корекційна програма спрямована на попередження та зниження рівня вираженості синдрому емоційного вигорання медичних працівників.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абаніна Г. В. Використання наративних практик для подолання наслідків психотравмуючих ситуацій. Особистість в умовах кризових викликів

сучасності : Матеріали методологічного семінару НАПН України (24 березня 2016 року) / За ред. академіка НАПН України С. Д. Максименка. – К., 2016. – С. 427-433.

2. Адізес І. Ідеальний керівник: Чому ви не можете стати ним, і що робити з цього приводу: Нова парадигма менеджменту / Іцхак Адізес ; [пер. з англ. С. Опацької]. – К. : Вид. дім «Києво-Могилянська академія», 2006. – 266 с

3. Актуальні проблеми психології: Психологічна герменевтика / За ред. Н. В. Чепелевої. – К. : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2010. – Том 2. – Вип. 6. – 194 с.

4. Анатомія стресса. Ганс Сельє и его последователи / [сост. Влас Е. А.]. – К. : Медкнига, 2011. – 127 с.

5. Антонова О. Є. Креативність у структурі педагогічної обдарованості сучасного педагога / О. Є. Антонова // Андрагогічний вісник. – 2012. – № 3. – С. 19-30.

6. Балл Г. А. Понятие адаптации и его значение для психологии личности / Г. А. Балл // Вопросы психологии. – 1989. – № 1. – С. 92-100.

7. Бережнова Л. М. Методика (Діагностика рівня саморозвитку та професійно-педагогічної діяльності) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://stud.com.ua/17571/psihologiya/diagnostika_rivnya_samorozvitk_u_profesiyno_pedagogichnoyi_diyalnosti_berezhnova

8. Бех І. Д. Вибрані наукові праці. Виховання особистості / І. Д. Бех. – Том 1. – Чернівці : Букрек, 2015. – 840 с.

9. Білоус В. І. Синергетика як методологічна основа сучасного державного управління / В. І. Білоус // Зб. Матеріалів Міжнародної науковопрактичної конференції «Сучасні проблеми управління» / уклад. : Б. В. Новиков, В. А. Гайченко та ін. – К. : ІВЦ «Політехніка», 2001. – 160 с.

10. Бондарчук О. І. Особливості вияву синдрому «професійного вигорання» у вчителів / Л. М. Карамушка, Т. В. Зайчикова, О. І. Бондарчук // Освіта і управління. – 2007. – № 11. – С. 57-66.

11. Бочелюк В. Й. Психологічні основи професіоналізації особистості в умовах освітньої взаємодії : монографія / В. Й. Бочелюк, Н. Є. Завацька та ін. ; [за ред. В. Й. Бочелюка] . – Луганськ : Вид-во СЛУ ім. В. Даля, 2014. – 226 с.
12. Бреусенко-Кузнєцов О. А. Казкотерапевтичне моделювання екзистенціальної кризи як шлях актуалізації ресурсів особистісного зростання / О. А. Бреусенко-Кузнєцов // Психологічні технології ефективного функціонування та розвитку особистості : монографія / [за ред. : С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова]. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2019. – С. 384-401.
13. Булатевич Н. М. Синдром емоційного вигорання: роль індивідуальних та організаційних чинників // Вісник Київського національного університету імені Т. Шевченка. Серія Соціологія. Психологія. Педагогіка. 2005. – Вип. 22-23. – С. 47-50.
14. Валеологічна освіта та виховання: сучасні підходи, доступність і шляхи їх розвитку в Україні : Збірник науково-практичних статей / За заг. ред. В. М. Оржеховського. – К. : Майстер, 1999. – 120 с.
15. Васильченко О. М. Репродуктивна поведінка особистості. 158 Соціально-психологічний аналіз : Монографія / О. М. Васильченко. – Луганськ : Вид-во «Ноулідж», 2013. – 547 с.
16. Вовк Я. Ю. Процес управління знаннями підприємства та його особливості / Я. Ю. Вовк // Науковий вісник НЛТУ України. – 2013. – Вип. 23 (17). – С. 343-352.
17. Вознюк О. В. Розвиток вітчизняної педагогічної думки: синергетичний підхід: Монографія / О. В. Вознюк / За ред. проф. П. Ю. Сауха. – Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2009. – 184 с.
18. Гирлин С. К. Моделирование оптимизации распределения внутренних и внешних ресурсов в экономической системе / С. К. Гирлин, 159 А. В. Билюнас // Сталий розвиток підприємств сфери послуг. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Ялта, 23-24 жовтня 2009 р.). – Ялта : РВНЗ КГУ, 2009. – С. 287-290.

19. Гірняк Г. С., Домбровський І. В. Психоекологічний потенціал модульно-розвивального підручника / Г. С. Гірняк, І. В. Домбровський // Сучасні проблеми екологічної психології: життєве середовище особистості у психологічному вимірі: Матеріали XIV Міжнародної науково-практичної конференції (18 - 19 травня 2018 року, Київ) / За ред. Ю. М. Швалба. – К. : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2018. – С. 38-42.
20. Горбунова В. В. Психологія командотворення: Цінніснорольовий підхід до формування та розвитку команд : монографія / Вікторія Горбунова. – Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2014. – 380 с.
21. Грабовська С. Л. Проблема копінгу в сучасних психологічних дослідженнях / Софія Грабовська, Мар'яна Єсип // Соціогуманітарні проблеми людини. – № 4. – Львів : Інститут соціогуманітарних проблем людини, 2010. – С. 188-200.
22. Гуменюк О. Є. Психологія впливу: Монографія / О. Є. Гуменюк Тернопіль : Економічна думка, 2003. – 304 с. 4
23. Даниленко Л. І. Менеджмент інновацій в освіті / Л. І. Даниленко. – К. : Шк. Світ, 2007. – 120 с. 160
23. Джеймісон Ф. Постмодернізм, або Логіка культури пізнього капіталізму / Фредрік Джеймісон ; [пер. з англ.]. – К. : Видавництво «Курс», 2008. – 504 с.
24. Донченко О. А. Архетиповий менеджмент / Донченко О. А. – Кіровоград : Імекс-лтд, 2012. – 261 с.
25. Зайчикова Т. В. Взаємозв'язок між синдромом «професійного вигорання» та особистісними факторами / Т. В. Зайчикова // Наук. зап. – К., 2005. – Вип. 26. – Т. 2. – С. 107-114.
26. Захарчин Г., Гладун О. Професійна мобільність персоналу як складова адаптаційної політики підприємства / Г. Захарчин , О. Гладун // Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Логістика. – № 863. – 2017. – С. 51-56.
27. Йонас Г. Принцип відповідальності. У пошуках етики для технологічної цивілізації / Г. Йонас. – К. : Лібра, 2001. – 400 с.

28. Казмиренко В. П. Соціальна психологія організацій: Монографія / В. П. Казмиренко. – К. : МЗУУП, 1993. – 384 с. 161
29. Карамушка Л. М. Дослідження синдрому «професійного вигорання» у вчителів / Л. М. Карамушка, Т. В. Зайчикова, О. С. Ковальчук, Г. Л. Федосова, О. Ф. Філатова, О. А. Філь. – К. : Міленіум, 2004. – 24 с.
30. Карамушка Л. М. Психологічна технологія підготовки освітнього персоналу до роботи в умовах соціальної напруженості / Л. М. Карамушка // Психологічні технології ефективного функціонування та розвитку особистості : Монографія / [за ред. : С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова]. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2019. – С. 328-348.
31. Карамушка Л. М. Управління конфліктами в освітніх організаціях / Л. М. Карамушка. – К. : Шкільний світ, 2011. – 128 с.
32. Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия / Б. Д. Карвасарский. – СПб. : Питер, 2000. – 342 с.
33. Конфлікти у сумісній діяльності [Текст] / Г. В. Ложкін [та ін.] ; НАПН України, Ін-т психології. – К. : Сфера, 1997. – 95 с.
34. Корольчук М. С. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах / М. С. Корольчук, В. М. Крайнюк. – К. : Ніка-Центр, 2006. – 580 с.
35. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості : Монографія / В. М. Крайнюк. – К. : Ніка-Центр, 2007. – 432 с.
36. Кремень В. Г. Якісна освіта в контексті загально цивілізаційних змін / В. Г. Кремень // Педагогіка і психологія. – 2007. – № 2 (55). – С. 5-17. 162
37. Кулаковський Т. Ю. Особистісна стратегія формування та розвитку здібностей, сприяючих підприємницькому успіху [Текст] / Т. Ю. Кулаковський // Проблеми психології творчості. – 2009. – Том 12. – Випуск 7. – С. 125-131.
38. Лазорко О. В. Психологічні детермінанти відповідальності менеджерів промислового підприємства / Лазорко Ольга Валеріївна // Автореферат

дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. – Київ : 2007. – 20 с.

39. Максименко С. Д. Актуальні проблеми психології. Психологія 163 навчання. Генетична психологія, Медична психологія : зб. наук. праць / За ред. С. Д. Максименка. – К. : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2010. – Том X. – Вип. 16. – С. 475-483.

40. Максименко С. Д. Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти / За ред. С. Д. Максименка, Л. М. Карамушки, Т. В. Зайчикової. – К., 2006. – 365 с.

41. Малкова Т. М. Психолого-педагогічні проблеми змісту освіти / Т. М. Малкова // Правничий вісник Університету «КРОК» / Вищий навчальний заклад «Університет економіки та права «КРОК». – Вип. 25. – К., 2016. – С. 166-173.

42. Маслоу А. Самоактуалізація личности и образование / Абрахам Маслоу ; [пер. с англ., предисл. Г. А. Балла]. – Киев-Донецк, 1994. – 52 с.

43. Матвійів М. Я. Маркетинг знань: методологічний та організаційний аспекти : монографія / М. Я. Матвійів. – Тернопіль : Економічна думка, 2007. – 448 с.

44. Медінцев В. О. Внутрішній соціум індивіда: суб'єктнодіалогічний підхід / Владислав Медінцев // Соціальна психологія. – 2007. – № 6 (26). – С. 17-31.

45. Мехраб'ян А. Опросникник аффилиации / А. Мехраб'ян ; [психологический практикум]. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://psylist.net/praktikum/00039.htm>.

46. Модернізація педагогічної освіти в європейському та євроатлантичному освітньому просторі: монографія / авт. кол. : Н. М. Авшенюк, О. В. Кудін, О. І. Огієнко та ін. – К. : Пед. думка, 2011. – 232 с.

47. Мойсеєнко І. П. Системи управління знаннями в умовах постіндустріальної економіки / І. П. Мойсеєнко. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://ena.lp.edu.ua:8080/bitstream/ntb/9010/1/28.pdf>.

48. Мусиенко-Репская В. И. Подготовка студентов к педагогическому самоменеджменту в будущей профессиональной деятельности : Монография / В. И. Мусиенко-Репская. – Одесса : ХГЭУ, 2013. – 199 с.
49. Наконечна Н. В. Методи діагностики та корекції організаційної культури приватного навчального закладу / Н. В. Наконечна // Правничий вісник Університету "КРОК" : Збірник наукових праць. – 2014. – Вип. 20. – С. 248-253.
50. Николаенко С. Краткосрочные методы переработки эмоциональных травм в психотерапии [Текст] / С. Николаенко // Світогляд – Філософія – Релігія. – Суми : СумДУ. – 2017. – Вип. 12. – С. 168-178.
51. Овдієнко Л. Н. Освіта як феномен культури інформаційного простору : проблеми і тенденції / Л. Н. Овдієнко // Наукові студії із соціальної та політичної психології. – 2013. – Вип. 33. – С. 62-70.
52. Пасічник Н. О. Освітні індикатори як інструмент оцінювання стану і динаміки розвитку освітніх систем / Н. О. Пасічник, Р. Я. Ріжняк // Наукові праці Кіровоградського національного технічного університету. Економічні науки : зб. наук. пр. – Кіровоград : КНТУ, 2015. – Вип. 27. – С. 301-308.
53. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології // наук. журнал / голов. ред. А. А. Сбруєва. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2016. – № 2 (56). – С. 428-429.
54. Петрунько О. В. Освітні інновації в Україні: проблеми впровадження та можливості оптимізації / О. В. Петрунько // Освітологічний дискурс. – 2014. – № 1. – С. 194-207.
55. Петрунько О. В., Рафіков О. Р. Соціальний оптимізм як психологічний механізм ціннісної взаємодії з референтним оточенням / О. В. Петрунько, О. Р. Рафіков // Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – Т. VI: Психологія обдарованості. – Випуск 12. – Київ-Житомир : 167 Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2016. – С. 169-178.

56. Плющ О. М. Інформаційний вплив на ментальні структури суб'єкта / О. М. Плющ // Соціальна психологія. – 2011. – № 1. – С. 134-144.
57. Покликання університету: Зб. наук. пр. / Відп. ред. О. Гомілко. – К. : РІА «ЯНКО»; «ВЕСЕЛКА», 2005. – 304 с.
58. Потятиник Б. В. Медіа: ключі до розуміння / Б. В. Потятиник // Серія: Медіакритика. – Львів : ПАІС, 2004. – 312 с.
59. Проблеми сучасної педагогічної освіти. Сер. : Педагогіка і психологія : Зб. статей. – Ялта : РВВ КГУ, 2011. – Вип. 31. – Ч. 2. – 260 с.
60. Психологічні особливості базових копінг-стратегій та особистісних копінг-ресурсів працівників пожежно-рятувальних підрозділів МНС України : монографія / О. О. Назаров [та ін.]. – Х. : Ун-т цив. захисту України, 2008. – 221 с.
61. Психологія економічного самовизначення особи і спільноти : матеріали I Міжнародного науково-практичного семінару, Дніпропетровськ. – Запоріжжя, 16-17 травня 2013 р. – Дніпропетровськ : Дніпропетровський університет імені Альфреда Нобеля, 2013. – 204 с.
62. Редько С. І. До проблеми спрямованості соціально-психологічного клімату в педагогічному колективі / Сергій Іванович Редько. [Електронний ресурс]. – Текст S_Redko_PPTP_5_IS.doc – Режим доступу : <http://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/7350/>
63. Ротер М., Шук Дж. Вміння бачити бізнес-процеси: створення цінності та зменшення втрат [текст] / Майк Ротер, Джон Шук ; перекл. з англ. Катерина Гуменюк. – Бібліотека Лін Інституту. – Київ : Пабулум, Lean Institute Ukraine, 2017. – 132 с.
64. Савчин М. В. Психологія відповідальної поведінки : [монографія] / Мирослав Васильович Савчин. – Івано-Франківськ : Місто НВ, 2008. – 280 с.
65. Святка О. О. Глибинно-психологічна сутність професійного вигорання в контексті психологічного опору / О. О. Святка // Науковий часопис. – К., 2007. – Вип. 19 (43). – С. 126-131.

66. Семиченко В. А. Проблема формування ключових компетентностей у процесі професійної підготовки майбутніх практичних психологів / В. А. Семиченко. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://jrn1.nau.edu.ua/index.php/VisnikPP/article/download/13419/18661>
67. Сингаївська І. В., Даренська К. О. Особливості терапевтичної роботи з посттравматичними проблемами методом казкотерапії / І. В. Сингаївська, К. О. Даренська // Правничий вісник Університету «КРОК» / Вищий навчальний заклад «Університет економіки та права «КРОК». – Вип. 30. – К., 2018. – С. 175-183.
68. Синергетика і освіта : монографія / За ред. В. Г. Кременя. – К. : Інститут обдарованої дитини, 2014. – 348 с.
69. Синергетика і творчість: монографія / За ред. В. Г. Кременя. – К. : Інститут обдарованої дитини, 2014. – 314 с.
70. Сисоєва С. О. Суспільство і особистість: гармонізація розвитку / С. О. Сисоєва // Рідна школа. – №12 (грудень) 2012. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/rsh_2012_12_4.pdf 170
71. Скребець В. О. Концептуальні засади побудови регіональної моделі екологічної освіти і виховання учнівської молоді / В. О. Скребець. – К. : Ніка-Центр, 2006. – 184 с
72. Скребець В. О. Сучасний стан та пріоритетні напрями розвитку екологічної психології в Україні / В. О. Скребець // Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. – Т. 7. Екологічна психологія / Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України. – К. : 2005. – Вип. 5. – Ч. 2. – С. 235–245.
73. Соціально-психологічні засади становлення екологічно орієнтованого способу життя особистості: монографія / За ред. Ю. М. Швалба. – К. : Педагогічна думка 2015. – 216 с.
74. Стасько О. Г. Врахування умовних цінностей суб'єкта у роботі психолога / О. Г. Стасько. – Київ : Марич, 2011. – 92 с.

75. Тейлор Ч. Джерела себе / Чарльз Тейлор; [Загальна редакція перекладу з англійської Андрія Васильченка]. – К. : Дух і літера, 2005. – 696 с.
76. Терещенко К. В. Зміст та структура тренінгу розвитку толерантності персоналу закладів освіти в умовах соціальної напруженості / К. В. Терещенко // Організаційна психологія. Економічна психологія. – 2017. – № 1 (8). – С. 65-75.
77. Титаренко Т. М. Життєві домагання особистості: монографія / За ред. Т. М. Титаренко. – К. : Педагогічна думка, 2007. – 456 с.
78. Титаренко Т. М. Як будувати власне майбутнє: життєві завдання особистості : [наук. моногр.] / [Т. М. Титаренко, О. Г. Злобіна, Л. А. Лепіхова, та ін.] ; за наук. ред. Т. М. Титаренко ; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2012. – 512 с.
79. Ткачук Л. Ф. Від екології довкілля – до екології душі / Л. Ф. Ткачук // Доповідь на Всеукраїнській конференції «Екологічна освіта і виховання: досвід та перспективи». [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ecoleague.net/34903999-235.html>.
80. Толстоухов А. В. Екобезпечний розвиток / А. В. Толстоухов. – К. : Знання України, 2001. – 333 с.
81. Томах В. В. Сутність процесу управління знаннями підприємств в промисловості / В. В. Томах // Економіка та управління національним господарством. – 2014. – № 2. – С. 161-166. 172
82. Турчик І. В. Соціально-психологічний клімат як елемент корпоративної культури навчального закладу / І. В. Турчик, Л. О. Щоголева // Нова педагогічна думка. – 2014. – № 2. – С. 227-231.
83. Федулова Л. І. Сучасні концепції менеджменту / Л. І. Федулова. – К. : Центр учбової літератури, 2007. – 536 с.
84. Филипс Л. Дж. Дискурс-анализ. Теория и метод / Л. Дж. Филипс, М. В. Йоргенсен. – Харьков : Изд-во Гуманитарный Центр, 2004. – 336 с.

85. Фуллан М. Сили змін. Вимірювання глибини освітніх реформ / Майкл Фуллан ; пер. с англ. Галина Шиян та Роман Шиян. – Центр гуманітарних досліджень Львівського національного університету імені Івана Франка. – Львів : Видавництво «Літопис», 2000. – 269 с.
86. Хайрулін О. М. Психологія професійного вигорання військовослужбовців : [монографія] / Олег Михайлович Хайрулін ; за наук. ред. А. В. Фурмана. – Тернопіль : ТНЕУ, 2015. – 220 с.
87. Хомич Л. О. Система психолого-педагогічної підготовки вчителя початкових класів : автореф. дис. доктора пед. наук / Л. О. Хомич. – Київ : Інститут педагогіки і психології професійної освіти НАПН України, 1999. – 20 с.
88. Хоппе Ф. Оценка уровня притязаний Ф. Хоппе [психологический практикум] / Фердинанд Хоппе. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://psylist.net/praktikum/37.htm>.
89. Цимбалару А. Д. Моделювання інноваційного освітнього простору загальноосвітнього навчального закладу: наукові підходи / А. Д. Цимбалару. [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://www.nbuuv.gov.ua/e-journals/ITZN/em4/content/07cadast.htm>.
90. Чалдіні Р. Психологія впливу / Роберт Б. Чалдіні ; [пер. з англ. М. Скоробогатова]. – Харків : «Клуб Сімейного Дозвілля», 2016. – 368 с
91. Чепелева Н. В. Психологические механизмы понимания и интерпретации личного опыта / За ред. Н. В. Чепелевой // Акт. проблеми психології: Психологічна герменевтика. – К. : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2002. – Том 2. – Вип. 2. – С. 3-13.
92. Череповська Н. І. Психологічні та педагогічні принципи шкільної медіаосвіти / Н. І. Череповська // Наукові студії із соціальної та політичної психології. – 2013. – Вип. 33. – С. 97-106. 193. Черкасова І. В. Система управління знаннями як основа інноваційного розвитку підприємства / І. В. Черкасова. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://library.kpi.kharkov.ua/Vestnik/2010_5/statti/Cherkasova.pdf.

93. Чумак О. В. Інноваційні зміни в освіті на сучасному етапі розвитку / О. В. Чумак. [Електронний ресурс] – Режим доступу : http://www.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/Niz/2010_11/chymak.htm.
94. Шюц А., Лукман Т. Структури життєсвіту / А. Шюц, Т. Лукман ; [пер. з нім. та післямова В. Кебуладзе]. – Київ : Український центр духовної культури, 2004. – 560 с.
95. Юнг К. Г. Архетипи і колективне несвідоме / Карл Густав Юнг ; [Переклала з німецької Катерина Котюк ; Науковий редактор українського видання Олег Фешовець]. – Львів : Видавництво «Астролябія», 2013. – 588 с.
96. Яценко Т. С. и др. Глубинная психология. Тенденция к психологической смерти: диагностика и коррекция : [Монография] Т. С. Яценко, А. В. Глузман, И. В. Калашник / Под ред. Т. С. Яценко. – К. : ВИЦА ШКОЛА-XXI, 2010. – 231 с.
97. A certain art of uncertainty: case presentation and the development of professional identity / L. Lingard, K. Garwood, C. F. Schryer [et al.] // Social Science and Medicine. – 2003. – Vol. 56. – № 3. – P. 603-616.
98. Apple, M. W. Between neoliberalism and neoconservatism; Education and conservatism in a global context / Michael W. Apple // Globalization and Education: Critical Perspectives. – N.Y. : Routledge, 2000. – P. 57-77. 177
99. Blanc B. L. Organizational devices for knowledge management: Proposal for a crossover perspective between knowledge sciences and communication sciences / B. L. Blanc, J.-L. Bouillon // VINE. – 2012. – № 42 (3/4) – P. 382-395.
100. Borjigen C. Mass collaborative knowledge management: Towards the next generation of knowledge management studies / C. Borjigen // Program: electronic library and information systems. – 2015. – № 49 (3). – P. 325-342.
101. Burke R. J., Greenglass E. A. Longitudinal study of psychological burnout in teachers / R. J. Burke, E. A. Greenglass // Human Relations. – 2003. – V. 48 (2). – P. 187-202.
102. Carroll J. F. Theory building: Integrating individual and environmental factors within and ecological framework / J. F. Carroll, W. L. White // Job stress and

burnout: Research, theory and intervention perspectives / ed. W. S. Pain. – Beverly Hills ; London ; New Dehli, 1982. – P. 41-60.

103. Colquitt J. A. Toward an integrative theory of training motivation: A metaanalytic path analysis of 20 years of research / J. A. Colquitt, J. A. LePine, R. A. Noe // *Journal of Applied Psychology*. – 2000. – Vol. 85. – № 5. – P. 678- 707.

104. Compas B., Connor-Smith J., Saltzman H., Thomsen A., Wadsworth M. Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research / B. Compas // *Psychological Bulletin*. – 2001. – Vol. 127. – № 1. – P. 87-127.

105. Dweck C. S. Implicit theories as organizers of goals and behavior / Carol S. Dweck // *The psychology of action: The relation of cognition and motivation to behavior* [P. Gollwitzer & J. A. Bargh (Eds.)]. – NY : Guilford, 1996. – P. 69-90.

106. Evans D. Risk Intelligence. How to live with Uncertainty / Dylan Evans. – London : Free press, 2015. – 288 p.

107. Eysenck H. J. Check Your Own I.Q. / Hans Jurgen Eysenck. – Harmondsworth : Penguin Books, 1990. – 190 p. 178

108. Folkman, S., Lazarus, R. Coping as a mediator of emotion // *Journal of Personality and Social Psychology* : journal. – 1988. – Vol. 54, no. 3. – P. 466- 475.

109. Folkman S., Moskowitz J. T. Stress, positive emotion, and coping / S. Folkman, J. T. Moskowitz // *Current Directions in Psychological Science*. 2000. – P. 115-118.

110. Freeman D. Marital Crisis and Short-Term Counseling. A Case-book. London, 1982. 5. Lange A. O., van der Hart, R. Directive Family Therapy. N.Y., 1983.

111. Frydenberg E. Coping competencies / E. Frydenberg // *Theory into Practice*. – Vol. 43 (1). – P. 14-22.

112. Gujski J. Measuring professional uncertainty of teachers: report // *The 9th European Evaluation Society International Conference, Praha, Czech Republic, 6-8 October, 2010*. – P. 1-5.

2113. Hartmann H. Ego Psychology and the Problem of Adaptation / Heinz Hartmann. – N-Y : 1958. – 346 p.

114. Ilyashenko S. M. A role and task marketing of knowledge on the modern stage of economic development / S. M. Ilyashenko, Y. S. Shypulina // *Informacje i marketing w działalności organizacji : monografia / redakcja naukowa : Honorata Howaniec, Irena Szewczyk, Wieslaw Waszkielewicz. – Bielsku-Białej : Wydawnictwo Naukowe Akademii Techniczno-Humanidtycznej, 2013. – 3. 205-215.*
115. Illiashenko S. M. Knowledge management as a basis for innovative development of the company / S. M. Illiashenko, Y. S. Shypulina, N. S. Illiashenko // *Actual Problems of Economics. – 2015. – № 6 (168). – P. 173- 181.*
116. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-2015-WHO Version for; 2015). [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://icd.who.int/browse10/2015/en 179>
117. Jensen J. D., Hurley R. J. Third-person effects and the environment: Social distance, social desirability and presumed behavior / J. D. Jensen, R. J. Hurley // *Journal of Communication, 55, 2005. – P. 242-256.*
118. Kemeny M. E. The psychobiology of stress / Margaret E. Kemeny // *Current Directions in Psychological Science. – 2003. – Vol. 12. – № 4. – P. 124-129.*