ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Харченко Людмила Миколаївна

ПРОФЕСІЙНИЙ СТРЕС ТА СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ, ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ

Освітня кваліфікаційна робота на здобуття звання магістр за спеціальністю "Сестринська справа"

Науковий керівник:
доктор медичних наук,
професор
Бездітко Тетяна Василівна

Харків-2018

ЗМІСТ

		стр.
	Вступ.....	4
Розділ 1	ФІЗІОЛОГІЧНИЙ І ПСИХОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТИ ЕМОЦІЙНОГО СТРЕСУ, І ЙОГО ВПЛИВ НА ОСОБУ.....	6
1.1	Поняття стресу.....	6
1.1.1	Фізіологічний механізм утворення стресу і ознаки стресу...	8
1.1.2	Психологія стресу.....	12
1.2	Емоційна напруженість і психічна адаптація.....	15
1.2.1	Ознаки стресової напруги.....	23
1.3	Основні причини виникненні стресу.....	25
1.3.1	Організаційні чинники.....	25
1.3.2	Особові чинники.....	27
1.4	Психологічна екологія.....	29
1.4.1	Психологічний простір і стрес.....	32
1.4.2	Вплив стресу на людину.....	36
1.5	Вплив професії на психологічне життя людини. Професійний стрес у медичних працівників.....	41
1.6	Емоційне вигоряння. Чинники, що ініціюють виникнення синдрому емоціаного вигоряння.....	43
1.7	Методи попередження і подолання професійного стресу....	59
Розділ 2	ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБОВИХ ЯКОСТЕЙ І СТУПЕНЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ У КОЛЕКТИВІ МЕДПРАЦІВНИКІВ.....	65
2.1	Організація і методика дослідження….....	65

2.2 Аналіз і інтерпретація результатів..... 70

ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ..... 80

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ..... 83

ВСТУП

Сама професійна діяльність медичних працівників припускає емоційну насиченість, психофізичну напругу і високий відсоток чинників, що викликають стрес. Стресові ситуації, що виникають на роботі – це звичайне і часто виникаюче явище.

Емоційне вигоряння є набутим стереотипом емоційної, частіше всього професійної, поведінки. «Вигоряння» - частково функціональний стереотип, оскільки дозволяє людині дозувати і економно витрачати енергетичні ресурси. В той же час, можуть наступати його дисфункціональні наслідки, коли вигоряння негативно позначається на виконанні професійної діяльності, таким чином, вивчення цих станів представляється актуальною проблемою.

Мета дипломної роботи: Дослідити ступінь емоційного вигоряння у медпрацівників, ступінь емоційного стресу і визначити особові особливості осіб з виявленими синдромами емоційного вигоряння.

Задачи:

1) Аналіз теоретичних досліджень по проблемі стресу, ступені деформації особи і емоційного вигоряння.
2) Розробка моделі особових якостей для професії мед. робітника
3) Проведення дослідження.

Об'єкт дослідження. Колектив медпрацівників відділення анестезіології і реанімації комунального закладу охорони здоров’я «Обласний клінічний центр урології і нефрології ім.В.І. Шаповала»

У основній частині ″Фізіологічний і психологічний аспекти емоційного стресу і його вплив на особу″ міститься теоретичний аналіз основних проблем, що відображають механізми утворення стресу, його ознаки і причини, вплив стресу на особову структуру індивіда і його професійну діяльність. Особливу увагу надано особовим особливостям працівників в сфері ″людина-людина″. Розглянуті основні механізми і наслідки стресу - емоційне вигоряння і чинники його формування.

У експериментальній частині дипломної роботи "Дослідження особових якостей і ступеня емоційного вигоряння у колективу медпрацівників″ присвячена науково-дослідній роботі за визначенням особових особливостей медпрацівників і їх взаємозв'язок з синдромом емоційного вигоряння (СЕВ).

Розділ 1

ФІЗІОЛОГІЧНИЙ ТА ПСИХОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТИ ЕМОЦІЙНОГО СТРЕСУ, І ЙОГО ВПЛИВ НА ОСОБУ

1.1 Поняття стресу

Одним з найбільш поширених в наші дні афектів є стрес. У сучасному житті стреси грають значну роль. Вони впливають на поведінку людини, його працездатність, здоров'я, взаємини з тими, що оточують і в сім'ї. Стресом є стан надмірно сильної і тривалої психологічної напруги, яка виникає у людини, коли її нервова система отримує емоційне перевантаження. Найбільш визначенням, що широко вживається, є наступне: "Стрес - це напружений стан організму людини, як фізичний, так і психічний".[БМЭ, 1983]. Стрес присутній в житті кожної людини, оскільки наявність стресових імпульсів у всіх сферах людського життя і діяльності поза сумнівом.

Поняття стресу спочатку виникло у фізіології для позначення неспецифічної генералізованной реакції організму - “загального адаптаційного синдрому” [Селье Г., 2000] - у відповідь на будь-яку несприятливу дію. Зміст цієї реакції описувався перш за все з боку типових нейрогуморальних зрушень, що забезпечують захисну енергетичну мобілізацію організму. Пізнє поняття стресу було розширене і почало використовуватися для характеристики особливостей станів індивіда в екстремальних умовах на фізіологічному, психологічному і поведінковому рівнях.

Для розуміння природи цих станів особливе значення має характеристика стресу з боку тих, що викликають його екстремальних чинників, або стрессоров. При цьому екстремальними вважаються не тільки явно шкідливі дії, але і “граничні, крайні значення тих елементів ситуації, які в середніх своїх

значеннях служать оптимальним робочим фоном або, принаймні, не відчуваються як джерела дискомфорту”.[Селье Г. , 2000]

Перш, ніж розібратися у фізіологічній і психологічній тонкості стресу, необхідно уточнити, що ж таке стрес. Дані Короткого психологічного словника:

“**Стрес** (англ. - напруга) – 1) “неспецифічна відповідь організму на будь-яку пред'явлене йому вимогу» (Г.Селье); 2) неспецифічна відповідь, функціональний стан напруги, реактивності організму, що виникає у людини і тварин по силі при дії екстремальних або патологічних для організму людини або тварини подразників. Поняття було введено канадським фізіологом Г.Селье (1936). В сучасній науковій літературі використовуються переважно перше і друге значення терміну – С».

«**Стресор** (синонім стрес-чинник, стрес-ситуація) - надзвичайний або патологічний подразник, значна по силі і тривалості несприятлива дія, що викликає стрес. Подразник стає С. або через приписуване йому людиною значення (когнітивна інтерпретації), або через низькі мозкові сенсорні механізми, через механізми травлення і метаболізму. Існують різні класифікації стресорів. В самій загальній формі розрізняють стресори - фізіологічні і психологічні (інформаційне перевантаження, змагання, загроза соціальному статусу, самооцінці, найближчому оточенню і ін.).

«**Стресовий розлад посттравматичний** - психічний стан людини, що характеризується комплексом взаємозв'язаних ознак (симптомів), що виникають у людини як наслідок екстремальної травматичної стресової дії (див. Стрес). До травматичних подій відносяться: участь в бойових діях, насильні напади на особу (сексуальне або фізичне насильство, пограбування, груповий напад) . різного роду катастрофи, ситуації, коли людині ставитися діагноз невиліковної, небезпечної для життя хвороби і т.п.».

1.1.1. Фізіологічний механізм утворення стресу і ознаки стресу

Припустимо, відбулася сварка або якась неприємна подія: людина збуджена, не може знайти собі місця, його гризе несправедлива образа, досада через те, що не зумів себе правильно повести, не знайшов слів. Він і радий би відвернутися від цих думок, але знову і знову перед очима встають сцени події і знову накатує хвиля образи, обурення. Л.Д. Столяренко виділяє три фізіологічні механізми подібного стресу:

По-перше, в корі головного мозку сформувався, як указує академік А.Ухтомській, пануюче вогнище збудження – «оборонна домінанта», яка підпорядковує собі всю діяльність організму, всі вчинки і помисли людини. Значить, для заспокоєння треба ліквідовувати, «розрядити» цю домінанту, або ж створити нову, конкуруючу. Всі відволікаючі прийоми (читання захоплюючого роману, прогляд цікавого, переключення на заняття улюбленою справою) фактично направлені на формування конкуруючої домінанти.

По-друге, вслід за появою домінанти розвивається особлива ланцюгова реакція - збуджується одна з глибинних структур мозку – гіпоталамус, де розташовані регулюючі центри вегетативної і ендокринної систем. Гіпоталамус примушує довколишню особливу залозу – гіпофіз - виділяти в кров велику порцію адренокортикотропного гормону (АКТГ). Під впливом АКТГ надниркові залози виділяють адреналін і інші фізіологічно активні речовини (гормон стресу).

Отже, «центральний регулятор» - гіпоталамус, отримавши сигнал тривоги, мобілізує всі сили для опору. Активізується обмін речовин, мобілізується резервний жир і цукор. В прискорений потік крові викидається «армія» еритроцитів, які завдяки наявності в них гемоглобіну сприяють швидкому насиченню тканин киснем. Припиняється травлення, і що вивільнялася з шлунково-кишкового тракту кров прямує в інтенсивно працюючі

м'язи і мозок для віддзеркалення загрози. Серце починає скорочуватися частіше і сильніше, кров'яний тиск підвищується (от чому може розболітися голова, виникнути серцевий напад, стає частіше дихання). В такий момент організм готовий для великого м'язового навантаження. Але сучасна людина вслід за стресом звичайно не пускає в хід м'язову енергію, що скопилася, тому у нього в крові ще довго циркулюють біологічно активні речовини, які не дають заспокоїтися ні нервовій системі, ні внутрішнім органам.

По-третє, через те, що стресова ситуація зберігає свою актуальність (конфлікт же не вирішилося благополучно і якась потреба так і залишилася незадоволеною, інакше не було б негативних емоцій, не було б повернення в думках до того, що трапилося), в кору головного мозку знов і знов поступають імпульси, що підтримують активність домінанти, а в кров продовжують виділятися гормони стресу. Отже, треба понизити для себе значущість цього нездійсненого бажання або ж відшукати шлях для його реалізації.

Але коли стресові атаки часті і сильні, енергетичних ресурсів в організмі може не вистачити, адаптаційні механізми вийдуть з ладу. Через виснаження, через недолік і порушення балансу гормонів все важче стимулюватиме угасаючи функції організму, і людина, врешті-решт, гине. Це буває, коли відключаються могутні сили саморегуляції, коли чергова негативна емоція нашаровується на попередню, тобто на «хвіст» всією своєю страшною стресовою тяжкістю.

Це фізіологія стресу, це те, що відбувається усередині нашого організму. А що ж відбувається з людиною зовні, коли він стикається із стрес-чинником? Прискорене дихання, напруга м'язів, почервоніння особи через підвищення кров'яного тиску - все це обумовлено фізіологією стресу, а ось всі інші прояви строго індивідуальні. І залежать вони, на нашу думку, від стану нервової системи: сильна або слабка; від переважання процесів гальмування або збудження в корі головного мозку; від уміння людини володіти собою, своїми

емоціями; від виховання; і навіть від сімейних, національних традицій. Наприклад, від людини з переважанням процесів збудження в корі головного мозку, що не уміє володіти своїми відчуттями, можна чекати наступної поведінки: він збуджений, майже оскаженілий, кидається по кімнаті, не може знайти собі місця, обурюється і - як підсумок накопичення негативних емоцій – розрядка: крик, бійка, можливо ніж.

З одного боку, це і не погано, адже з криком відбувається зняття емоційної напруги. Гірше, коли людина ставати мовчазним, замкнутим, сидить в кутку і дивиться невідривно в одну крапку. Таке внутрішнє переживання без зняття психологічної напруги дуже шкідливо і частіше приводить до нервової клініки.

Іноді реакція може бути настільки сильною, що організм людини не може справитися з нею сам. Існує термін «несподівана смерть», яка наступає в результаті розриву серця або зупинка дихання. Це відповідь організму на сильний подразник, який привів всі системи організму в таку немислиму напругу, що вони не витримали. До речі, цьому частіше схильні не жінки, а чоловіки. По психологічних показниках, „слабка стать” більш стійка до стресів, тому що жінки їх випробовують величезну кількість і з тих приводів, які ніколи не зачепили б чоловіків. Та і способів розрядки у жінок більше, ніж у чоловіків, наприклад, сльози. Але чоловіки переживають більш глибше.

А ось які ознаки посттравматичного стресу відзначає лікар-психолог Бенджамин Колодзін:

1. Невмотивована пильність, немов людині постійно загрожує небезпека.
2. «Вибухова реакція».
3. Притуплена емоцій. Людині важко встановлювати близькі і дружні зв'язки з оточуючими, йому неприступна радість, любов, творчий підйом, грайливість і спонтанність.
4. Агресивність. Прагнення вирішувати проблеми за допомогою грубої

сили. Хоча, як правило, це торкається фізичної силової дії, але зустрічається також психічна, емоційна і вербальна агресивність.

5. Порушення пам'яті і концентрація уваги. Людина при певних обставинах зазнає труднощі, коли вимагається зосередитися або щось пригадати.

6. Депресія. В стані посттравматичного стресу депресія досягає найтемніших і безпросвітних глибин людського відчаю, коли здається, що все безглуздо і марно. Це відчуття депресії супроводжують нервове виснаження, апатія і негативне відношення до життя.

7. Загальна тривожність. З'являється на фізичному рівні (ломота в спині, спазми шлунку, головні болі), в психічній сфері (постійна турбота і заклопотаність, «параноїдальні явища» – наприклад, необгрунтована боязнь переслідування), в емоційних переживаннях (постійне відчуття страху, невпевненість в собі, комплекс вини).

8. Напади люті. Не приливи помірного гніву, а саме вибухи люті, по силі подібні виверженню вулкана.

9. Зловживання наркотичними і лікарськими речовинами. В спробі понизити інтенсивність посттравматичних симптомів багато хто вживає наркотики, алкоголь.

10. Непрошені спогади. Мабуть, це найважливіший симптом, що дає право говорити про присутність посттравматичного стресу. В пам'яті людини раптово спливають страшні, потворні сцени, пов'язані з травмуючою подією. Наяву, вони з'являються в тих випадках, коли навколишнє оточення чимось нагадує те, що трапилося «у той час», тобто під час травмуючої події: запах, видовище, звук, немов би що прийшли з тієї пори. Яскраві образи минулого обрушуються на психіку і викликають сильний стрес. Головна відмінність від звичайних спогадів полягає в тому, що посттравматичні «непрошені спогади» супроводжуються сильним відчуттям тривоги і страху.

11. Безсоння (труднощі із засинанням і переривистий сон). Регулярне безсоння викликано високим рівнем тривожності, нездатність розслабитися, а також постійним відчуттям фізичного або душевного болю.

12. Думки про самогубство. Коли життя представляється більш лякаючим і хворобливим, ніж смерть, думка покінчити зі всіма стражданнями може показатися принадній і ін.

1.1.2 Психологія стресу

Розвивається стрес звичайно таким чином: стресор - накопичення – реакція. В проміжку між стресором і відповіддю організму розгортаються певні процеси, опосередковані колишнім досвідом відповідей на стресові ситуації. І інтенсивність стресу залежить не від фізичної сили дії, а від передісторії і особової значущості діючого чинника. Стрес включає і фізіологічні, і психологічні компоненти. З його допомогою організм як би мобілізує себе цілком на пристосування до нової ситуації, призводячи до дії неспецифічні захисні механізми, що забезпечують опір або адаптацію. Позитивний вплив стресу помірної сили виявляється у ряді психологічних властивостей – відзначає Р.М.Грановська – покращення уваги, в підвищенні зацікавленості людини в досягненні поставленої мети, в позитивному емоційному забарвленні процесу роботи.

Р.М.Грановська визначає стрес як сукупність стереотипних, філогенетичних запрограмованих неспецифічних реакцій організму, що готують його до фізичної активності, тобто до опору, боротьби або втечі. Слабкі дії не призводять до стресу, він виникає тільки тоді, коли вплив стресу перевершує звичайні пристосувальні можливості людини.

Негативні емоції виникають в ситуації невизначеності, дефіциту інформації, необхідної для організації дій.

«Афекти, типу страху або гніву виникають в результаті взаємодії двох

процесів оцінки, один з яких визначає потенційну небезпеку деякого загрожуючого агента, інший – можливість його уникнення» - пише Лазарус.

Розвиток негативних емоцій тісно пов'язаний з фрустрацією. З психологічного словника: «**Фрустрація** (від латинського - обман, розлад, руйнування планів) - 1) психічний стан, що виражається в характерних особливостях переживань, і поведінки, що викликаються об'єктивно невизначними (або суб'єктивно так що розуміються) труднощами, що виникають на шляху до досягнення мети або рішення задачі;

2) стан краху або пригніченості, викликаний переживанням невдачі.».

Причину переживань, нервового зриву не завжди легко зрозуміти, людина іноді насилу її формулює або навіть усвідомлює, особливо, коли розвивається хронічний стрес. Це торкається так званих внутрішніх фрустраційних конфліктів з самим собою. Фрустрация виявляється як агресія, озлобленість, яка може бути направлена на інших («агресивна фрустрація»), або на себе, звинувачує в невдачах самого себе («регресивна фрустрація»). Наприклад, гостро переживаються суперечливі відчуття до однієї і тієї ж людини (любов і ненависть до батька, що кинув сім'ю), невідповідність між бажаннями і можливостями, здібностями людини (мріяв стати великим актором, але обмаль таланту).

Фрустрація може бути вирішена по-різному, залежно від того, чи подолана перешкода, зроблений її обхід або знайдена заміщаюча мета. Стан фрустрації, що часто повторюється в ранньому дитинстві, і стереотипні форми її подолання у одних закріплює млявість, байдужість, безініціативність, у інших – агресивність, заздрісність і озлобленість.

Єство стресової реакції полягає в «підготовчому збудженні», активації, необхідній для готовності до фізичної напруги.

В базі даних головного мозку крім всіх інших є і рефлекс, який автоматично спрацьовує всякий раз, коли ситуація здається загрожуючою.

Б.Колодзін назвав цей рефлекс «бий або біжи». Людина, не замислюючись, користується ним всякий раз, коли відчуває наближення загрози, коли щось боїться. Варто організму прийняти сигнал тривоги, як відбувається цілий ланцюжок фізіологічних і біохімічних змін. Головний результат всіх цих процесів, що стрімко відбуваються, стрибкоподібне підвищення у людини енергії, щоб можна було скористатися нею при зустрічі з небезпекою. Чим більше загроза, тим різкіше стрибок, тим більший об'єм енергії надається. Людина може вступити в боротьбу з тим, що йому загрожує; може втекти від небезпеки. Байдуже, яку лінію поведінки людина вибере: рефлекс «бий або біжи», закладений в нервову систему, зробить свою справу, вмить призводить організм до бойовії готовності.

Але через соціальні заборони людина не завжди може реагувати втечею або агресією, а механізми, вироблені в еволюції, спрацьовують і призводять спочатку до вегетативного збудження, потім до поразки внутрішніх органів. Треба відмітити, що вегетативна нервова система складається з парасимпатичного відділу і симпатичного відділу. Перший визначає розслаблення організму, другий - активізацію. При різкому симпатичному зсуві виникає маніакальний ефект (підвищення збудження, нестримний сміх і т.д.). парасимпатичний ефект – це скутість, заторможеність, покинутий вигляд. Тому спостерігається пасивність, бездіяльність в скрутних положеннях.

При активній реакції на стрес розумові процеси можуть змінитися у бік схематизації, узагальнення ситуації з виділенням головних аспектів додатку зусиль. Проте гіперактивна, імпульсна реакція, породжуючи зайву метушливість і невиправданий поспіх, призводить до збільшення кількості помилок при збереженні або навіть зростанні темпу діяльності. Надмірно гальмівна реакція веде до сповільненого виконання розумових операцій, підвищенню інерційності при створенні нових навичок або при перенавчанні.

Стресорами можуть бути не тільки фізичні, але і психічні подразники, як

реальні, так і надумані. Людина реагує не тільки на дійсну фізичну небезпеку, але і на загрозу або нагадування про неї. Психічними стресорами є необхідність ухвалення особливо відповідальних рішень, швидкої перебудови при вимушеній різкій зміні стратегії поведінки, незадовольняючі темпи просування по службі, конфлікти як зовнішні, так і внутрішні. Тут потрібно відзначити, що людина легше переносить невдачі, втрати, засмучення, коли причини здаються йому чисто зовнішніми, не залежними від його власних вчинків, і важче переживає свою неправильну поведінку, внаслідок якої і виникла психотравмуюча ситуація. Відчуття власної вини буває настільки важким, що часто призводить до захворювання неврозом.

1.2 Емоційна напруженість і психічна адаптація

Адаптація — це динамічний процес, завдяки якому рухомі системи живих організмів, не дивлячись на мінливість умов, підтримують стійкість, необхідну для існування, розвитку і продовження роду. Саме механізм адаптації, вироблений в результаті тривалої еволюції, забезпечує можливість існування організму в постійно змінних умовах середовища.

Завдяки процесу адаптації досягається збереження гомеостазу при взаємодії організму із зовнішнім світом. В зв'язку з цим, процеси адаптації включають не тільки оптимізацію функціонування організму, але і підтримку збалансованості в системі “організм-середовище”. Процес адаптації реалізується кожний раз, коли в системі “організм-середовище” виникають значущі зміни, і забезпечує формування нового гомеостатичного стану, який дозволяє досягати максимальної ефективності фізіологічних функцій і поведінкових реакцій. Оскільки організм і середовище знаходяться не в статичній, а в динамічній рівновазі, їх співвідношення міняються постійно, а отже, також постійно повинен здійснюється процес адаптації.

Вищенаведене відноситься в рівному ступені і до тварин, і до людини.

Проте істотною відмінністю людини є те, що вирішальну роль в процесі підтримки адекватних відносин в системі “ індивідуум-середовище”, при якому можуть змінюватися всі параметри системи, грає *психічна адаптація*.

Психічну адаптацію розглядають як результат діяльності цілісної самокерованої системи (на рівні “оперативного спокою”), підкреслюючи при цьому її системну організацію. Але при такому розгляді картина залишається не повною. Необхідно включити у формулювання поняття *потреби.* Максимально можливе задоволення актуальних потреб є, таким чином, важливим критерієм ефективності адаптаційного процесу. Отже, *психічну адаптацію* можна визначити як *процес встановлення оптимальної відповідності особи і навколишнього середовища в ході здійснення властивої людині діяльності, який (процес) дозволяє індивідууму задовольняти актуальні потреби і реалізовувати пов'язані з ними значущі мети, забезпечуючи в той же час відповідність максимальної діяльності людини, його поведінки, вимогам середовища.*

Психічна адаптація є суцільним процесом, який, разом з власною психічною адаптацією (тобто підтримкою психічного гомеостазу), включає ще два аспекти:

а) оптимізацію постійної дії індивідуума з оточенням;

б) встановлення адекватної відповідності між психічними і фізіологічними характеристиками.

Вивчення адаптаційних процесів тісно пов'язано з уявленнями про емоційну напругу і стрес. Це послужило підставою для визначення стресу *як неспецифічної реакції організму на вимоги, що пред'являються йому, і розгляд його як загального адаптаційного синдрому.*

Відомий зарубіжний психолог Ганс *Селье,* основоположник західного вчення про стреси і нервові розлади, визначив наступні стадії стресу як процесу:

1) безпосередня реакція на дію (стадія тривоги);

2) максимально ефективна адаптація (стадія резистентності);

3) порушення адаптаційного процесу (стадія виснаження).

В широкому значенні ці стадії характерні для будь-якого адаптаційного процесу.

Одним з чинників стресу є *емоційна напруженість*, яка фізіологічно виражається в змінах ендокринної системи людини. Наприклад, при експериментальних дослідженнях в клініках хворих було встановлено, що люди, постійно що знаходяться в нервовій напрузі, важче переносять вірусні інфекції. В таких випадках необхідна допомога кваліфікованого психолога.

Основні риси психічного стресу:

1) стрес - стан організму, його виникнення припускає взаємодію між організмом і середовищем;

2) стрес - більш напружений стан, ніж звичайний мотиваційний; він вимагає для свого виникнення сприйняття загрози;

3) явища стресу мають місце тоді, коли нормальна адаптивна реакція недостатня.

Оскільки стрес виник головним чином саме від сприйняття загрози, те його виникнення в певній ситуації може виникати із суб'єктивних причин, пов'язаних з особливостями даної особи.

Взагалі, оскільки індивідууми не схожі один на одного, від фактора особи залежить дуже багато. Наприклад, в системі “людина-середовище” рівень емоційної напруженості зростає в залежності від збільшення відмінностей між умовами, в яких формуються механізми суб'єкта і тими, що знов утворилися. Таким чином, ті або інші умови викликають емоційну напругу не через їх абсолютну жорсткість, а в результаті невідповідності цим умовам емоційного механізму індивіда.

При будь-якому порушенні збалансованості “людина-середовище” недостатність психічних або фізичних ресурсів індивідуума для задоволення актуальних потреб або розузгодження самої системи потреб є джерелом *тривоги*. Тривога, що позначається як

- відчуття невизначеної загрози;
- відчуття дифузного побоювання і тривожного очікування;
- невизначена турбота, є сильно самим діючим механізмом психічного стресу. Це витікає з вже згадуваного *відчуття загрози*, яке є центральним елементом тривоги і обумовлює її біологічне значення як сигналу неблагополуччя і небезпеки.

Тривога може грати охоронну і мотиваційну роль, зіставну з роллю болю. З виникненням тривоги зв'язують посилення поведінкової активності, зміну характеру поведінки або включення механізмів інтрапсихічної адаптації. Але тривога може не тільки стимулювати активність, але і сприяти руйнуванню недостатньо адаптивних поведінкових стереотипів, заміщенню їх більш адекватними формами поведінки.

На відміну від болю тривога - це сигнал небезпеки, яка ще не реалізована. Прогнозування цієї ситуації носить характер вірогідності, а зрештою залежить від особливостей індивіда. При цьому особовий чинник грає часто вирішальну роль, і у такому разі інтенсивність тривоги відображає швидше індивідуальні особливості суб'єкта, ніж реальну значущість загрози.

Тривога, по інтенсивності і тривалості неадекватна ситуації, перешкоджає формуванню адаптаційної поведінки, призводить до порушення поведінкової інтеграції і загальної дезорганізації психіки людини. Таким чином, тривога лежить в основі будь-яких змін психічного стану і поведінки, обумовленої психічним стресом.

Професор Березін визначив *тривожний ряд,* який представляє істотний елемент процесу психічної адаптації:

1) *відчуття внутрішньої напруженості* - не має яскраво вираженого відтінку загрози, служить лише сигналом її наближення, створюючи обтяжливий душевний дискомфорт;

2) *гіперестезичні реакції* - тривога наростає, раніше нейтральні стимули

набувають негативного забарвлення, підвищується дратівливість;

3) *власне тривога* - центральний елемент даного ряду. Виявляється відчуттям невизначеної загрози. Характерна ознака: неможливість визначити характер загрози, передбачити час її виникнення. Часто відбувається неадекватна логічна переробка, в результаті якої через брак фактів видається неправильний висновок;

4) *страх* - тривога, конкретизована на певному об'єкті. Хоча об'єкти, з якими зв'язується тривога, можуть і не бути її причиною, у суб'єкта створюється уявлення про те, що тривогу можна усунути певними діями;

5) *відчуття невідворотності катастрофи, що насувається* - наростання інтенсивності тривожних розладів призводить суб'єкта до уявлення про неможливість запобігання грядущої події;

6) *тривожно-боязливе збудження* - викликана тривогою дезорганізація досягає максимуму, і можливість цілеспрямованої діяльності зникає.

При пароксизмальному наростанні тривоги всі вказані явища можна спостерігати в перебігу одного пароксизму, в інших же випадках їх зміна відбувається поступово.

Для вивчення тривоги набиралася група досліджених - добровольців, у яких викликали стрес експериментально, грунтуючись на ефекті *плацебо*. Тривожна реакція спостерігалася у переважної більшості досліджених, що наочно демонструє ефективність психічної адаптації у випробовуваних при низькому (I) і високому (II) рівні тривоги в зрілому (а) і юнацькому (б) віці.

Таким чином, ми бачимо, що молодь більш адаптивна і менш схильна до впливу зовнішньої тривоги, ніж люди старшого покоління. З цього можна зробити висновок про те, що чим гнучкіше збудована нервово-психічна система людини, ніж він молодше і має свідомість, вільну від забобонів, тим легше відбувається процес адаптації і менш хворобливо переносяться стресові ситуації (див. табл.).

Ефективна адаптація	Нестійка адаптація	Стійкі порушенняадаптації
Адаптивна при низькому рівні тривоги (I)		
Випробовувані зрілого віку		
54%	36%	10%
Випробовувані юнацького віку		
73%	24%	3%
Адаптивна при високому рівні тривоги (II)		
Випробовувані зрілого віку		
4%	44%	52%
Випробовувані юнацького віку		
19%	38%	41%

До речі, вже згадуваний Г.Селье висунув вельми цікаву гіпотезу про те, що старіння — підсумок всіх стресів, яким піддавався організм протягом свого життя. Воно відповідає “фазі виснаження” загального адаптаційного синдрому, який в деякому розумінні є прискореною версією нормального старіння. Будь-який стрес, особливо викликаний безплідними зусиллями, залишає після себе необоротні хімічні зміни; їх накопичення обумовлює ознаки старіння в тканинах. Особливо важкі наслідки викликає поразка мозкових і нервових клітин. Але успішна діяльність, який би вона не була, залишає менше наслідків старіння. Отже, говорить Селье, ви можете довго і щасливо жити, якщо виберете відповідну для себе роботу і вдало справляєтеся з нею.

Посилення тривоги призводить до підвищення інтенсивності дії двох взаємозв'язаних адаптаційних механізмів, які надані нижче:

1) алопсихічний механізм - діє, коли відбувається модифікація поведінкової активності. Спосіб дії: зміна ситуації або відхід з неї.

2) інтрапсихічний механізм - — забезпечує редукцію тривоги завдяки переорієнтації особи.

Існує декілька типів захистів, які використовуються інтрапсихічним механізмом психічної адаптації:

1) перешкода усвідомленню чинників, що викликають тривогу;

2) фіксація тривоги на певних стимулах;

3) зниження рівня спонуки, тобто знецінення початкових потреб;

4) концептуалізація.

Тривога, не дивлячись на велику кількість різних смислових формулювань, є єдиним явищем і служить облігатним механізмом емоційного стресу. Виникаючи при будь-якому порушенні збалансованості в системі “людина-середовище”, вона активізує адаптаційні механізми, і, разом з тим, при значній інтенсивності лежить в основі розвитку адаптаційних порушень. Підвищення рівня тривоги обумовлює включення або посилення дії механізмів інтрапсихічної адаптації. Ці механізми можуть сприяти ефективній психічній адаптації, забезпечуючи редукцію тривоги, а у разі їх неадекватності знаходять своє віддзеркалення в типі адаптаційних порушень, яким відповідає характер прикордонних психопатологічних явищ, що формуються при цьому.

Організація емоційного стресу припускає утруднення реалізації мотивізації, блокаду мотивованої поведінки, тобто *фруструацію.* Сукупність фруструації, тривоги, а також їх взаємозв'язок з алопсихічною та інтрапсихічною адаптаціями і складає основне *тіло стресу.*

Ефективність психічної адаптації прямо залежить від організації мікросоціальної взаємодії. При конфліктних ситуаціях в сімейній або виробничій сфері, утрудненнях в побудові неформального спілкування порушення механічної адаптації спостерігаються значно частіше, ніж при ефективній соціальній взаємодії. Також з адаптацією напряму пов'язаний аналіз чинників певного середовища або оточення, Оцінка особових якостей

оточуючих, як привертаючого чинника, в переважній більшості випадків поєднувалася з ефективною психічною адаптацією, а оцінка таких же якостей як відштовхуючого чинника - з її порушеннями.

Але не тільки аналіз чинників навколишнього середовища визначає рівень адаптації і емоційної напруженості. Необхідно також брати до уваги індивідуальні якості, стан безпосереднього оточення і особливості групи, в якому здійснюється мікросоціальна взаємодія.

Ефективна психічна адаптація є однією з передумов до успішної професійної діяльності.

В професійній управлінській діяльності стресові ситуації можуть створюватися динамічністю подій, необхідністю швидкого ухвалення рішення, розузгодженням між індивідуальними особливостями, ритмом і характером діяльності. Чинниками, сприяючими виникненню емоційного стресу в цих ситуаціях, можуть бути недостатність інформації, її суперечність, надмірна різноманітність або монотонність, оцінка роботи як перевищуючої можливості індивідуума за об'ємом або ступенем складності, суперечливі або невизначені вимоги, критичні обставини або ризик при ухваленні рішення.

Важливими чинниками, поліпшуючими психічну адаптацію в професійних групах, є соціальна згуртованість, здатність будувати міжособові відносини, можливість відкритої комунікації.

У зв'язку з вищенаведеним стає очевидним, що без досліджень психічної адаптації буде неповним розгляд будь-якої проблеми психічної невідповідності, а аналіз описаних аспектів адаптаційного процесу представляється невід'ємною частиною психології людини.

Таким чином, проблема психічної адаптації є важливою областю наукових досліджень, розташованою на межі різних галузей знання, що набувають в сучасних умовах все більше значення. В зв'язку з цим, адаптаційну концепцію можна розглянути як один з перспективних підходів до

комплексного вивчення людини.

1.2.1. Ознаки стресової напруги

Отже, стрес - це напружений стан організму, тобто неспецифічна відповідь організму на пред'явлену йому вимогу (стресову ситуацію). Під впливом стресу організм людини випробовує стресова напруга, але стрес - це не просто нервова напруга. Цей факт потрібно особливо підкреслити. Багато фахівців і навіть окремі учені схильні ототожнювати біологічний стрес з нервовим перевантаженням або сильним емоційним збудженням. Зовсім недавно доктор Дж. Мейсон, колишній президент Американського психосоматичного суспільства і один з найбільш відомих дослідників психологічних і психопатологічних аспектів біологічного стресу, присвятив нарис аналізу теорії стресу. Він вважає спільним знаменником всіх стрессоров активацію “фізіологічного апарату, відповідального за емоційне збудження, яке виникає при появі загрозливих або неприємних чинників в життєвій ситуації, узятій в цілому”.[Судаков К. В., 2001]. У людини з його високорозвинутою нервовою системою емоційні подразники - практично найчастіший стрессор, і, звичайно, такі стрессори спостерігаються у пацієнтів психіатра.

Але стресові реакції властиві і нижчою твариною, що взагалі не має нервової системи, і навіть рослинам. Більш того, так званий стрес наркозу - добре відоме явище в хірургії, і багато дослідників намагалися справитися з цим небажаним ускладненням відключення свідомості.

Стрес не завжди результат пошкодження. Стресовий ефект стрессора залежить тільки від інтенсивності вимог до пристосовної здатності організму. Будь-яка нормальна діяльність - гра в шахи і навіть ходьба - може викликати значний стрес, не заподіявши ніякої шкоди. Шкідливий або неприємний стрес називають “дістресс”.

Слово стрес прийшло в англійську мову із старофранцузського і середньовічного англійського і спочатку вимовлялося як дістресс. Перший склад поступово зник із-за “змазування” або “проковтування”. Тепер слова ці мають різне значення, не дивлячись на спільність походження. Діяльність, пов'язана із стресом, може бути приємною або неприємною. [Столяренко В.О., 2000]

Ознаки гострого (короткочасного) стресу

Тілесні прояви: зміна частоти серцебиття, поверхневе дихання, прискорення ритму дихання. При підвищенні напруги червоніє або блідне шкіра особи і шиї, зволожуються долоні, розширюються зіниці, підвищується або знижується активність деяких залоз зовнішньої секреції (слинних, потових).

Поведінкові прояви: зміна міміки, тембру голосу і інтонацій, швидкості, сили і координації рухів. Стиснення губ, напруга жувальних м'язів. Сумний, смутний або стурбований погляд. Руховий неспокій і часта зміна поз, або, навпаки, - пасивність, загальмованість, млявість в рухи.

Переживання напруги у деяких людей навіть в дуже відповідальні моменти може не мати відповідного виразу в зовнішньому вигляді і поведінкових проявах. Людина може заперечувати у себе відчуття тривоги і страху, показувати зовні рівну, спокійну поведінку, розслаблення і раскрепощенность. Спроби такого подолання можуть спостерігатися у тих, хто навмисно намагається приховати свої переживання, наприклад, у сором'язливих людей. Заперечення напруги може бути і у тих, хто нездібний до аналізу свого психічного стану, не має ніяких навиків самовладання. [Кижаев-Смык Л.А., 2003]

Ознаки затяжного (хронічного) стресу

До найбільш частих проявів відносяться наступні:

- відчуття втрати контролю над собою;
- недостатньо організована діяльність (неуважність, ухвалення помилкових рішень, метушливість.);
- млявість, апатія, підвищена стомленість;
- розлад сну (зокрема, довше засипання, раніше пробудження).

Для виявлення стресу варто врахувати та інші його симптоми, такі як:

- дратівливість, зниження настрою (прискіпливість, необгрунтована критичність.);
- підвищений апетит;
- кількість випитого алкоголю, що збільшилася;
- споживання психоактивних засобів, що збільшилося (заспокійливих, стимулюючих.);
- розлади статевої функції;
- неблагополучний фізичний стан (головний біль, болю в м'язах, спині, печія, підвищення тиску.).[Столяренко В.О., 2000]

1.3 Основні причини виникненні стресу

Стрес може бути викликаний чинниками, пов'язаними з роботою і діяльністю організації або подіями особистого життя людини

1.3.1 Організаційні чинники

Розглянемо ті чинники, організації, що діють усередині, які викликають стрес.

1. Перевантаження або дуже мале робоче навантаження, тобто завдання, яке слід завершити за конкретний період часу.

Працівникові просто доручили непомірну кількість завдань або необгрунтований рівень випуску продукції на даний період часу. В цьому випадку зазвичай виникає неспокій, фрустрация (відчуття краху), а також

відчуття безнадійності і матеріальних втрат. Проте недовантаження може викликати такі самі відчуття. Працівник, не одержуючий роботи, відповідної його можливостям, зазвичай відчуває фрустрацию, неспокій щодо своєї цінності і положення в соціальній структурі організації і відчуває себе явно ненагородженим.

2. Конфлікт ролей.

Конфлікт ролей виникає тоді, коли до працівника пред'являють суперечливі вимоги. Наприклад, продавець може отримати завдання негайно реагувати на прохання клієнтів, але, коли його бачать таким, що розмовляє з клієнтом, то говорять, щоб він не забував заповнювати полиці товаром.

Конфлікт ролей може також відбутися в результаті порушення принципу єдиноначальності. Два керівники в ієрархії можуть дати працівникові суперечливі вказівки. Наприклад, директор заводу може зажадати від начальника цехи максимально збільшити випуск продукції, тоді як начальник відділу технічного контролю вимагає дотримання стандартів якості.

Конфлікт ролей може також виникнути в результаті відмінностей між нормами неформальної групи і вимогами формальної організації. У цій ситуації індивідуум може відчути напругу і неспокій, тому що хоче бути прийнятим групою, з одного боку, і дотримувати вимоги керівництва - з іншою.

3. Невизначеність ролей .

Невизначеність ролей виникає тоді, коли працівник не упевнений в тому, що від нього чекають. На відміну від конфлікту ролей, тут вимоги не будуть суперечливими, але і ухильні і невизначені. Люди повинні мати правильне уявлення про очікування керівництва - що вони повинні робити, як вони повинні робити і як їх після цього оцінюватимуть.

4. Нецікава робота.

Деякі дослідження показують, що індивідууми, що мають цікавішу роботу, проявляють менше неспокою і менш схильні до фізичних нездужань,

чим що займаються нецікавою роботою. Проте погляди на поняття “цікава” робота у людей розрізняється: те, що здається цікавим або нудним для одного, зовсім не обов'язково буде цікаве іншим.

5. Існують також і інші чинники.

Стрес може виникнути в результаті поганих фізичних умов, наприклад, відхилень в температурі приміщення, поганого освітлення або надмірного шуму. Неправильні співвідношення між повноваженнями і відповідальністю, погані канали обміну інформацією в організації і необгрунтовані вимоги співробітників один до одного теж можуть викликати стрес.

До чинників, пов'язаних з пониженням вірогідності стресу, відносяться дотримання належного живлення, підтримка себе у формі за допомогою фізичних вправ і досягнення загальної рівноваги в житті. [Столяренко В.О., 2000]

1.3.2 Особові чинники

Якщо ми звернемо увагу на життєві ситуації і події, здатні викликати стрес, то побачимо, що деякі з них є позитивними і сприятливо впливають на наше життя (весілля, особистий успіх, народження дитини, успішна здача іспитів). Крім того, протягом життя ми переживаємо і інші позитивні відчуття: наприклад, радість (закінчення школи, інституту, зустріч з друзями і рідними, перемога улюбленої команди), любов, творчий підйом (натхнення), досягнення видатного спортивного результату і тому подібне Проте стресову напругу здатні викликати як позитивні, так і негативні ситуації. Щоб якось розрізняти джерела стресів, та і самі стреси, позитивні виділили особливою назвою, - евстресс, негативні залишили як просто стрес.

Деякі життєві ситуації, що викликають стрес можна передбачати. Наприклад, зміну фаз розвитку і становлення сім'ї або ж біологічно обумовлені зміни в організмі, характерні для кожного з нас. Інші ситуації неожіданни і

непередбачувані, особливо раптові (нещасні випадки, природні катаклізми, смерть близької людини). Існують ще ситуації, обумовлені поведінкою людини, ухваленням певних рішень, певним ходом подій (розлучення, зміна місця роботи або місця проживання і тому подібне). Кожна з подібних ситуацій здатна викликати душевний дискомфорт.

В зв'язку з цим людині необхідні хороші адаптаційні здібності, які допоможуть пережити найважчі життєві ситуації, вистояти в найжорсткіших життєвих випробуваннях. Ці адаптаційні здібності ми і самі можемо в собі виховати, і удосконалювати за допомогою різних вправ. Приведемо декілька виводів, що відповідають на питання, як можна своєчасно підготуватися до стресогенної події або життєвої ситуації і ослабити їх негативну дію на організм.

1. Перш за все необхідна достатня інформація про можливість настання подібних ситуацій.

2. Продумайте, як попередити конкретні життєві небезпеки, щоб не виникла очікувана критична ситуація, або спробуйте знайти способи її пом'якшення.

3. Не поспішаєте робити передчасні скороспішні виводи, не ухвалюйте рішень зопалу, в стані нервозності або істерії, до того як очікувані події почалися. Не намагайтеся напередодні самої події, виходячи зі своїх припущень, робити поспішні висновки - адже у ваших думках і уяві вже є достатня кількість матеріалу, здатного продиктувати далеко не завжди правильне рішення.

4. Пам'ятаєте, що велику частину зухвалих стрес ситуацій ви здатні вирішити самі, не удаючись до допомоги фахівців.

5. Дуже важливо мати достатній запас енергії і сили волі для вирішення складних ситуацій - це одна з головних умов активної опірності стресу. По можливості не піддайтеся паніці, не впадайте в безпорадність. Немає нічого

гіршого, ніж, опустивши руки, підкоритися подіям. Навпаки, прагнете активно втручатися в ситуацію, що викликає стрес.

6. Вам необхідно зрозуміти і прийняти, що серйозні зміни, у тому числі і негативні, - невід'ємна частина життя.

7. Пам'ятаєте, що стресовими ситуаціями швидше і краще оволодівають ті, хто уміє використовувати методи релаксації. Це найнадійніший спосіб підготовки боротьби з ними.

8. Активний спосіб життя сприяє створенню в організмі захисного фону проти стресу, покращуючи тим самим діяльність адаптаційних організмів. Крім того, створюються сприятливі можливості для розвитку здібності до контролю своєї поведінки, своїх реакцій і для самостійного оволодіння стресом.

9. Для ослаблення негативної дії стресової ситуації необхідні надійні емоційні тили, що допомагають знайти відчуття упевненості в собі і що забезпечують вам емоційну і моральну підтримку.

10. Подолати стресові ситуації можуть допомогти деякі соціальні інститути: наприклад, дошкільні установи, курси майбутніх матерей, консультації для молодого подружжя і так далі [Столяренко В.О., 2000]

1.4 Психологічна екологія

Сьогодні з особливою гостротою ставиться питання про задоволення потреб людей в нормальних, тобто не шкодячих, умовах життя. До них відносяться не тільки потреби в нормальній їжі, воді, повітрі, житлі і т.п., але і потреба в нормальному духовному кліматі. Зневага екологією "речовинної" веде до погіршення тілесного здоров'я. Ігнорування законів і вимог екології "психічної" веде до моральної, культурної, а потім інтелектуальної деградації. Вже із зачаття на зародок впливає навколишнє середовище. І це не тільки фізичні і хімічні дії (пам'ятаючи про це, жінка задовго до зачаття не повинна вживати алкоголь, нікотин і т. п.), але і психологічні. "Симфонія Бетховена

чутна в лоні матері, як за тонкою стіною панельного будинку", пише одного з прихильників психологічної екології чеський письменник М. Черноушек. Ця обставина дотепер не враховується і в буденному житті, і в наукових рекомендаціях для вагітних жінок. У багатьох народів існують звичаї захищати вагітних від неприємних відчуттів, нервових потрясінь. Вважається, що плоду може бути заподіяний збиток, він здатний випробувати стрес, якщо мати побачить що-небудь страшне, потворне. Результати досліджень указують, що дитина в утробі матері реагує на зовнішні звуки, зокрема на її спів. Припускають, що на останніх місяцях вагітності відбувається підготовка плоду до оволодіння після народження мовою. Мабуть, нервову систему плоду "готують" звуки голосу матерій і після появи на світло новонароджене велику частину часу потребує материнській близькості: її теплі, запаху, звуках її голосу і, головне, як знайшли дослідники, її дотиках. Немовлята, особливо недорозвинені, ростуть тим швидше, чим частіше і довше вони торкаються з матір'ю, чим більше вона чіпає їх, гладить, тримає на руках, пестить. Розміщення новонароджених окремо від матері, тим більше їх годування в перші дні не материнським молоком, а штучними сумішами, "помилки зростання" нашої медичної науки. Якнайкраще середовище для немовляти біля матері з її турботою і любов'ю. Існує багато наукових підтверджень думки Черноушека про те, що рання відірваність дитини від матері "проростає в психопатологічні явища, що роблять великий вплив на формування у особи емоційно збідненої свідомості, яка не може знайти середовище незаселеного, оскільки не зустріло її у момент виникнення основних емоційних координат відношення дитина мати". Проте, не тільки материнський захист і підтримка, але і власна активність, необхідні для нормального розвитку. Активне пізнання простору починається із знайомства дитини з своїми можливостями. Він кричить, агукає і при цьому чує себе. Його губи і мова відчувають один одного. В цю гру вступають руки і ноги. Вивчаючи "географію" свого тіла, його

опуклості і поглиблення, він одержує найперші відомості для створення в подальшому уявлення про себе як про деякий центр переживань.

Дорослішаючи, дитина освоює мир іграшок. Їх можна побачити, схопити, лизнути, відкинути. Але відкинути не назавжди. Мама поверне іграшку, що "втекла", і посміхнеться, щось скаже. За допомогою іграшок дитина знайомиться з відчуттями дорослих до нього, перевіряє їх доброту і свою захищеність. А його відчуття і думки, звернені до дорослих, зміцнюються і стає разноманітним "спілкування" з іграшками. Формується "мир фантазії". Це як би ідеальний внутрішній простір, який потім розвинеться в простір ідей, уявлень, переживань, мріянь. І, ймовірно, не за горами час, коли проблеми "екології" цього ідеального світу, боротьби з руйнуванням моралі, втратою ідеалів, потягом до негідного виявляться для нас не менше важливими, ніж проблеми охорони середовища незаселеного.

Ми змінюємося і тілом, і душею, щодня дорослішаємо, проходячи те легенею, то важким шляхом по життєвому простору. Це і реальний простір міста або села, і "простір" роздумів, печалей, веселощів, образ і любові. Зовнішній світ діє на людину різними способами. Людство не може далеко відірватися від природної, первозданної природи, в лоні якої воно виникло і існувало тисячоліття. У відпустку ми хоч ненадовго прагнемо з міст в ліси і поля, на морські пляжі або до засніжених вершин гір. Не задовольняючись цим, ми "упроваджуємо" природу в свій повсякденний побут. Це і квіти на вікнах, і собака або кішка в будинку.

Природа в будинку добре. Але в будинках з людьми живуть інші люди, а також речі. Простір квартири, як тільки в неї вселяється сім'я, починає впливати на її членів. Її меблі і інтер'єр надають на них психологічну дію в той час, коли вони особливо сприйнятливі до цього. Після трудового дня, обов'язкового спілкування з товаришами по службі, вуличної штовханини, повернувшися, додому, ми розслабляємося, "відключаючи" психологічний захист. Простір

удома, сім'ї близьке, добре, рідне - робить не завжди помітний, але могутній відновний вплив. Якщо ж інтер'єр квартири зроблений не до душі", якщо взаємостосунки в сім'ї сухі або, гірше того, знервовані, грубі, кожний з нас опиняється в пастці: все погане діє на незахищену психіку, терзаючи і ще більше ослабляючи її. Безладдя в квартирі це і показник, і причина безладдя в житті. У багатьох народів головне в сімейному житті чистота в будинку.

1.4.1 Психологічний простір і стрес

У наш час емоційний стрес все частіше стає причиною обтяжливих переживань, порушень спілкування людей і захворювань, що отримали назву "хворобі стресу". Багато сил і засобів витрачається на захист природи від несприятливих впливів з боку людини, неминучих в ході науково-технічного прогресу. Але і сама людина повинна розглядатися як найважливіший елемент природи, який треба захищати. В минулі тисячоліття люди боролися з дикою природою — хижаками, стихійними бідами, епідеміями. Для захисту від неї людство оточило себе штучним середовищем з містами і заводами, університетами і лікарнями, автомобілями і телебаченням, зонами відпочинку і багатьом іншим. І тут виявилося, здавалося б, дивне явище. Штучне середовище саме стало завдавати удару по людях. Особливо хворобливі удари, що призводять людей до стресу, наносить нераціонально організоване психологічне середовище. Причиною стресу можуть стати надмірно інтенсивний або монотонний ритм роботи і життя, що позбавляє людей радощів багатоденних святкувань, карнавалів, фестивалів. А вони необхідні для повного відновлення працездатності і життєздатності після важкої роботи, що не залишає сил для спілкування, навчання, творчості. Обтяжливий стрес через відсутність умов для вільного волевиявлення, без чого неможливий розвиток багатьох кращих здібностей людини, і багато що інше. Проблеми психологічної екології з кожним днем стають все важче, оскільки несприятливі впливи на психіку з боку

простору, де живуть і працюють люди, всі посилюються. Емоційний стрес виявляється в двох обличчях. Як короткочасний спалах емоцій, під зовнішнім проявом яких ховаються складні фізіологічні, біохімічні процеси. І як тривала напруга з складними змінами поведінки, мислення, поглядів на життя і т.п. Поширена класифікація людей по їх поведінці в критичних ситуаціях. У одних при сильній емоційній напрузі в кров виділяється багато гормону норадреналіну. Такі люди при стресі відрізняються упевненістю, рішучістю, сміливістю. При зустрічі з небезпекою вони можуть бути гнівними, лютими. Психолог М. Франкенхойзер запропонувала називати їх "левами". У інших в екстремальних умовах в кров виділяється адреналін. При стресі вони не упевнені в собі, а іноді боязливі і навіть плаксиві. В критичні моменти вони легко піддаються паніці або впадають в депресію. Такі люди названі "кроликами". Знання цих відмінностей корисно для вибору правильної поведінки в стресовій ситуації. Візьмемо такий випадок: назріває побутовий конфлікт, а піти від нього не дозволяє обстановка. Наприклад, ви їдете в битком набитому автобусі. Поглянувши на того, хто затіває скандал, постарайтеся визначити, "лютий лев" це або кролик", що "розбушувався. Якщо "лев" - посадите його в "клітину гумору", постарайтеся гарним жартом остудити його гнів, не образивши, розсмішити його; якщо "кролик" - дайте йому "морквину доброти", скажіть що-небудь люб'язне спокійно і доброзичливо. Він втихомириться і буде радий пробачити все своїм кривдникам. Прагніть не помилитися, визначаючи тактику "психотерапії". "Лев", коли він озлоблений, не оцінить доброти, а жарт, навіть добродушна, може розладнати "кролика". А якщо "кролик" жінка, то тут і до сліз буде недалеко.

Неприємності нерідко бувають довгими. Вони створюють, по виразу канадського фізіолога Р. Селье, "стрес життя". Як мовиться, "прийшла біда - відкривай ворота". Обтяжливі події нашаровуються одне на інше, і важко зрозуміти, яка знегода більше діє на людину, від чого в першу чергу треба його

рятувати. Тривалий стрес через нескінченну череду неприємностей, навіть якщо вони приходять "малими порціями", значно гірше для людини, ніж однократне, хай навіть сильне, але швидко проходяче переживання. При такому стресі, що народжує відчуття безвихідності і безпорадності, виникають численні "хвороби стресу". Багато західних авторів називають їх "хворобами цивілізації". Але ця назва неточно. Не всякі цивілізації несуть з собою "хвороби стресу". Стародавні цивілізації Індії, Китаю, американських індійців і корених жителів Африки мали високу культуру і складні соціальні відносини. Але для цих цивілізацій "хвороби стресу" не були характерні. Тільки в другій половині нашого сторіччя ці хвороби сталі розповсюджуватися в країнах з розвинутою індустріальною цивілізацією. Зараз вже говорять про "епідемію хвороб стресу". Які це хвороби? Найбільш частий інсульт, інфаркт, хвороба язви. Стрес нерідко стає причиною діабету, глаукоми, геморою, пародонтозу. При стресі легше виникає простуда, гірше заживають рани. Стало відомо, що раком частіше захворюють люди, страждаючі від непоправної біди: краху життя, загибель чоловіка, банкрутства. Стрес буває важливою причиною психічних хвороб.

Зміна людських взаємостосунків досліджувалися в різних екстремальних умовах. При тривалому стресі зміни в спілкуванні людей один з одним можуть і різко погіршуватися, і, навпаки, стати краще. Можна виділити три види дезорганізуючих особливостей спілкування так би мовити, "триголову гідру розбратів". У людини, виснаженої стресом, легко виникає неприязнь до всякої ініціативи і ініціаторів. Навіть в дрібницях. Наприклад, хто-небудь поводиться до нього з питанням. При стресі він відповідає неприязно, у нього може миттєво спалахнути роздратування, іноді приховуване за зціпленими зубами, нерідко проривається озлобленість. З щонайменшого приводу і без нього в душі людини, ураженої стресом, спалахує образа. Навколо йому здаються несправедливості, серед сусідів і товаришів по службі багато хто бачиться негідними людьми або просто дурнями, часом без жодних підстав. Накази часто

сприймаються як невірні, начальники - як пройдисвіти або дурні. Це перша несприятлива особливість спілкування при стресі.

Друга виявляється в тому, що людині стає неприємний, дуже важкий вантаж відповідальності за доручену справу і за що довірилися йому людей. Він ухиляється від обов'язків, перекладає їх на кого завгодно, прагне довести свою непричетність до помилок і зривів в роботі. Третя особливість пов'язана з відчуттям відчуженості від інших людей, у тому числі членів сім'ї і колег. Інша людина місяці, роки знаходиться в стані стресу через життєві знегоди. Обтяжливі думки про те, що він нікому не потрібен і йому не потрібен ніхто постійні його супутники. Але якщо зменшиться тиск стресу і життя посміхнеться людині, його зв'язок з людьми окріпне.

Але при стресі можливі не тільки неблагополучні, руйнуючі спілкування затьмарюючі життя зміни особи. Нерідко в екстремальних ситуаціях "триголову гідру розбратів" тьмарять прославляючі особу прояви. Перша сприятлива особливість стресової поведінки — бажання підтримувати лідера, довіряти йому, слідувати за ним у важкій ситуації. Не тільки за народним трибуном, вождем. При стресі може зростати доброзичливість до кожної ініціативної людини. Напевно, саме такі позитивні психологічні явища спонукають нас підтримувати людину в біді, штовхають на самопожертвування. "Затулити грудьми командира!" подібні рішення приходять в стані емоційної максимальної напруги. Вони, як правило, не залишають місця для сумнівів і здаються потім мимовільними. Нерідко люди скромні, нічим в спокійній обстановці що не виділялися, в екстремальній ситуації стають лідерами. Привертаючи людей своєю рішучістю до дії, владністю, що прокинулася, вони беруть на себе відповідальність за них, вселяють в них надію на успішний вихід з критичної, небезпечної ситуації. Цей другий сприятливий прояв особливостей особи при стресі. Третя така особливість посилення відчуття взаємної симпатії, дружності, "відчуття ліктя", упевненості, що сусід підтримає, не підведе у важку

хвилину. Такі переживання народжуються, перш за все, в екстремальних, небезпечних умовах. Ці відчуття братського єднання і душевного підйому, що пережили, на все життя зберігають споріднене відношення один до одного. Звертаючись до екологічної психології, треба мати на увазі, що для кожної людини, де б він ні знаходився і який би "простір" ні виходив на перший план, найголовніше, як до нього відносяться і впливають на нього люди з цього простору (члени сім'ї, сусіди, товариші, співгромадяни по службі). Ці впливи підсумовуються, утворюючи "соціальний простір". Кожний на особистому досвіді знає, як складні, багатогранні, а іноді і важкі такі впливи.

1.4.2 Вплив стресу на людину

Стрес негативно впливає на здоров'ї людини, на відчуття благополуччя, на задоволеність життям. Якщо у вивченні фізіології стресу є певні успіхи - знайдені достатньо надійні фізіологічні і біохімічні індикатори, детально описана динаміка стресових змін, то в дослідженні психологічних аспектів стресу білих плям набагато більше.

У ретроспективному обстеженні 270 амбулаторних психічних хворих найбільшого госпіталю Саудівської Аравії було виявлено, що 52,6% рахували саме стресові події причиною захворювання. Життєві події грають найбільшу роль в неврозах, що формує роль в депресіях, пускову роль в шизофренії. У Швеції на вельми представницькій вибірці 6935 чоловіків у віці 47-55 років суб'єктивно сприйманий стрес оцінювався як чинник риски серцево-судинних захворювань. Контроль здійснювався протягом 12 років. Глибина суб'єктивного стресу визначалася по відчуттю напруги, дратівливості, тривожності, порушеннями сну. Було виділено шість градацій стресу. Інфаркт міокарду розвинувся у 6 % людей з низькими показниками стресу і у 10 % - з високими показниками.

Близько 40 % напрямів до кардіологів з приводу посиленого серцебиття і інших порушень серцевої діяльності безпосередньо пов'язані із стресовою ситуацією. Приблизно той же відсоток напрямів до невропатологів (із-за головних болів) і гастроентерологів (із-за болів в шлунку) також пов'язаний із стресом. [Тригранян Р.А., 2000]

Організація праці фахівців різних професійних груп, пов'язаної з інтенсивним і нерідко напруженим міжособовим спілкуванням, стає останніми роками об'єктом все більш активної уваги психології і медицини. Це повною мірою відноситься до медичних працівників, педагогів, психологів. Особливе місце в питанні ефективної організації праці таких фахівців займає проблема професійного стресу, або синдрому "вигорання". Його розглядають як багатовимірний феномен, що виражається в психічних і фізіологічних реакціях на широкий круг ситуацій в трудовій діяльності людини, при цьому негативні наслідки професійного стресу розглядають в декількох площинах: вплив на результати праці, психічне і 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 два) показує, що у фахівців, що працюють з людьми, професійний стрес наголошується найчастіше. І хоча в даний час він навіть удостоєний діагностичного статусу в МКБ-10 (Z 73 - "Стрес, пов'язаний з труднощами управління своїм життям"), поза сумнівом, що це нова назва старої проблеми. Вже декілька десятиліть за кордоном професійний стрес у медичних працівників є об'єктом уваги і активного вивчення не тільки медичних психологів, але і клініцистів різних спеціальностей.

Соціальна і економічна "ціна" синдрому "вигорання" у медичних працівників дуже висока. Наприклад, в Англії 40 % всіх випадків непрацездатності у осіб комунікативних професій, зокрема, лікарів, були

пов'язані із стресом (1992). Серед обстежених медиків 1/3 приймала медикаментозні засоби для зняття емоційної напруги, а ступінь вживання ними алкоголю з цією метою перевищувала середній в популяції рівень. Обстеження 620 лікарів загальної практики у Великобританії в 1995 р. виявило у 41 % з них високий рівень тривоги і у 26 % лікарів - клінічно виражену депресію, нерідко навіть значнішу, ніж у їх пацієнтів. Це несподіване відкриття виявилося важливим стимулом не тільки до того, що для лікарів у Великобританії почали проводити регулярні семінари з діагностики і подолання професійного стресу, але і до того, що в Британській медичній асоціації в середині 90-х рр. відкрили цілодобову службу психологічної підтримки для медпрацівників. Дослідження показують, що синдром "вигорання" супроводить повсякденній, рутинній професійній діяльності, що часто вимагає від лікарів достатньо інтенсивного, неспонтанного, не обов'язково конфліктного, але з різних причин емоційно напруженого спілкування з пацієнтами, і тому він зовсім не пов'язаний з її екстремальними умовами. Тоді стає зрозумілим, чому у лікарів загальної практики частота і інтенсивність цього синдрому помітно вище, ніж у хірургів або травматологів.

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

У фокусі проблеми професійного стресу знаходиться відповідність/невідповідність потенційних можливостей професіонала і соціальних умов його діяльності. Тому ця проблема розглядається в комплексі "фахівець комунікативної професії - його соціальне оточення". Дуже важливий

аспект емоційної заразливості синдрому "вигорання", що також підкреслює його соціальну природу.

Як основні характеристики синдрому "вигорання" наголошуються: емоційне виснаження, що призводить до зниження професійної продуктивності; деперсоналізація (знеособленість і прагнення формалізувати роботу); зниження професійної самооцінки.

Самі симптоми не відрізняються строгою специфічністю і можуть варіювати в широкому діапазоні - від легких реакцій типу дратівливості, підвищеній стомлюваності і так далі до невротичних і навіть психосоматичних розладів у самих лікарів. Дуже важлива і початкова особова структура: наприклад, у людини з психастеніческими рисами значно більше шансів впадати в смуток і неспокій з приводу роботи, а у людини з початково ригідною особовою структурою, та ще з гипертімнимі рисами, більше вірогідності стати агресивніше в спілкуванні з пацієнтами.

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. Цілим поряд досліджень показано, що 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-агресивному відношенню до пацієнтів, спілкуванню з ними в односторонній комунікації шляхом критики, оцінок, тиску, від чого, природно, страждають обидві сторони. Але питання про те, що тут первинно, а що є слідством, поки відкритий.

Абсолютний рівень вимог немає визначальний для виникнення професійного стресу. Найважливіше - розузгодження між ними і суб'єктивною оцінкою особових ресурсів, необхідних для задоволення цих вимог, які до того ж нерідко сприймаються достатньо ірраціонально і некритично.

При цьому спостерігається когнітивний дисонанс: чим напряженнєє працює лікар, тим активніше він уникає думок і відчуттів, пов'язаних з внутрішнім "вигоранням". "Люди, що працюють в медичних установах, часто схильні до значного особового стресу: Їм важко розкриватися перед ким-небудь. Переважаюча особливість лікарської професії - заперечувати проблеми, пов'язані з особистим здоров'ям" (M. King, 1992). Завдяки багатьом дослідженням з'ясовано, що серед лікарів широко поширено уявлення про те, що стрес в роботі рівнозначний невдачі і власній слабкості. Саме тому він викликає засноване на відчутті провини заперечення і приводить до того, що лікарям важко признаватися в наявності цих проблем, відповідно, важко ділитися ними і вирішувати їх.

Розвитку цього стану сприяють певні особові особливості: високий рівень емоційної лабільності (нейротізма), високий самоконтроль, особливо при виразі негативних емоцій з прагненням їх подавити, раціоналізація мотивів своєї поведінки (у лікарській професії, як і в будь-якій іншій, є інтереси, що легко видаються за ідеали), схильність до підвищеної тривоги і депресивних реакцій, пов'язаних з недосяжністю внутрішнього стандарту і блокуванням в собі негативних переживань, ригідна особова структура. Відомий парадокс полягає в тому, що здатність медичних працівників пригнічувати свої негативні емоції, пов'язані з складною комунікацією з пацієнтами, іноді може бути їх сильною межею, але нерідко це стає і слабкістю. У зв'язку з цим доводиться активно переконувати лікарів, що звертатися до "людини в самому собі" просто необхідно. Корисно пам'ятати про те, що в ситуації будь-якого стресу ми самі є одночасно і частиною наших проблем, і частиною їх рішень.

Професійний стрес - це проблема не стільки "важких" людей, скільки "важких" (недозволених) ситуацій у взаєминах і в структурі міжособової взаємодії, нечіткого позначення соціальних ролей і функцій, недостатньої емоційної підтримки з боку колег і керівництва.

1.5 Вплив професії на психічне життя людини. Професійний стрес у медичних працівників

Професійний стрес - багатообразний феномен, що виражається в психічних і соматичних реакціях на напружені ситуації в трудовій діяльності людини. В даний час він виділений в окрему рубрику в Міжнародній класифікації хвороб (МКБ-10: Z 73: «стрес, пов'язаний з труднощами управління своїм життям»). У літературі зустрічається також термін «психічне вигорання», під яким зазвичай розуміють синдром, що виникає унаслідок тривалих професійних стресів. Порівняння особливостей формування і протікання синдрому «вигорання» в різних професійних групах показало, що це явище найчастіше зустрічається і найрізкіше виражено у представників професій системи «чоловік - чоловік». Це повною мірою відноситься до медичних спеціальностей. За даними англійських дослідників, у осіб комунікативних професій, зокрема медичних працівників, непрацездатність майже в половині випадків пов'язана із стресом. Серед обстежених в цій країні лікарів загальної практики високий рівень тривоги був виявлений в 41% випадків, клінічно виражена депресія - в 26% випадків. Третина лікарів приймала медикаментозні засоби для корекції емоційної напруги, кількість алкоголю, що вживається, перевищувала середній рівень.Встановлено, що одним з чинників синдрому «вигорання» є тривалість стресової ситуації, її хронічний характер. На розвиток хронічного стресу у представників комунікативних професій впливають:

- обмеження свободи дій і використання наявного потенціалу;
- монотонність роботи;
- високий ступінь невизначеності в оцінці виконуваної роботи;
- незадоволеність соціальним статусом.

Професійне «вигорання» співробітників може бути обумовлене структурно-організаційними особливостями підприємства; характером самої

діяльності; особовими особливостями працівників, а також характером їх міжособових взаємодій. Як основні характеристики синдрому «вигорання» відзначають:

- неадекватний рівень вимог до фахівця;
- недостатні індивідуальні адаптивні здібності до цих вимог (понижені ресурси особи);
- дефіцит зовнішньої підтримки;
- ситуаційні обмеження, що впливають на професійну адаптацію;
- зниження професійної самооцінки;
- емоційне виснаження, що призводить до зниження професійної продуктивності;
- деперсоналізація (знеособленість і прагнення формалізувати роботу).

Існує тісний взаємозв'язок між професійним «вигоранням» і мотивацією діяльності. Вигорання може призводити до зниження професійної мотивації: напружена робота поступово перетворюється на беззмістовне заняття, з'являється апатія і навіть негативізм по відношенню до робочих обов'язків, які зводяться до необхідного мінімуму. Нерідко «трудоголізм» і активна захопленість своєю професійною діяльністю сприяють розвитку симптомів вигорання. Часто у співробітників, схильних до тривалого професійного стресу, спостерігається внутрішній когнітивний дисонанс: чим напряженней працює людина, тим активніше він уникає думок і відчуттів, пов'язаних з внутрішнім «вигоранням». Люди, що працюють в медичних установах, часто схильні до значного особового стресу.

Для опису впливу професії на психічне життя професіонала введемо нове поняття — професійна деформація.

Вперше професійна деформація стала описуватися в 60-х роках. Спочатку це була проблема функціональних можливостей людини (в США нею займалися Мічиганській і Каліфорнійський університети). Загальна мета була така:

вивчення професії на предмет її ефективності, залежність від соціального оточення. Більш направлений питання про існування професійної деформації стало вивчатися завдяки А.К. Марковой і В.Ф. Моргуну. Правда, в першу чергу він торкався вчителів, а проблемі деформації в професійній діяльності лікарів уваги практично не уділялося. Але висновки, зроблені тоді, дозволяють нам тепер описати і проаналізувати цю проблему. Які ж ці висновки?

1. Існує професійна деформація в професіях "людина — людина".

2. Існують різні рівні кваліфікації і підготовки професіонала.

3. В професіях системи "людина — людина" повинна здійснюватися професійний відбір, оскільки існує ідея професійної придатності.

1.6 Емоційне вигоряння. Чинники, що ініціюють виникнення СЕВ

В XVII столітті голландським лікарем Ван Туль-Пси була запропонована символічна емблема медичної діяльності — свічка, що горить. "Світивши іншим, згоряю сам" — цей девіз припускає високе служіння, самовіддану віддачу всього себе професії і іншим людям, додаток всіх своїх фізичних і етичних сил. Причому той, що "згоряє" не значить спустошення, зникнення цих сил, вони постійно поновлюються при отриманні задоволення від своєї справи, усвідомлення свого місця в професії, при підвищенні майстерності і постійному власному особовому розвитку. Але емоційне вигоряння означає спустошення судини, що ще не до кінця наповнилася, безсилля при бажанні додатку зусиль, зникнення або деформацію емоційних переживань, які є невід'ємною частиною життя.

Сучасні автори відзначають, що структура професійної діяльності не залишається постійною, її зміст змінюється з особовим зростанням фахівця. Розвиток особи стимулює перетворення професійної діяльності, наповнення її новим значенням через процес персоналізації (по А.Р. Фонареву).

Як вже було згадане в попередніх розділах, професійна позиція будується,

перш за все, на відношенні професіонала до життя взагалі — позитивному (життєстверджуючому) або негативному (жизневідмовляючому), до себе і іншим людям. Думається, що саме відношення до себе, уміння ставити перед собою мету досягнення певного рівня професійного і особового вдосконалення, етична зрілість особи дозволяють не тільки успішно здійснювати професійну діяльність, але і уникати стану "втрати себе", який може бути викликаний психотравмуючим впливом професії.

На підставі виділених С.Л. Рубинштейном способів життєвого шляху А.Р. Фонарев характеризує три модуси людського буття, які визначають, яким чином використовуються, виявляються різні індивідуальні особливості в процесі життєдіяльності і до чого вони приводять — розвитку, стагнації або регресу:

1. *Модус служіння*. Основне життєве відношення — любов до інших людей, що дозволяє людині виходити за межі своїх актуальних, наявних можливостей.

2. *Модус соціальних досягнень.* Основне відношення до життя — це суперництво, що обумовлює підвищену тривожність, невпевненість в собі. Часто це є перешкодою для успішного становлення професіонала.

3. *Модус володіння*. Інша людина є тільки об'єктом, засобом для досягнення власної мети, етичні перешкоди відсутні, що робить істинний професіоналізм просто неможливим.

Цікаво, що модус володіння не є причиною емоційного вигоряння, тому що перш, ніж що-небудь втратити або розтратити, треба це мати.

Модус соціальних досягнень може бути причиною формування СЕВ (синдрому емоційного вигоряння), коли особа не в змозі здійснювати як і раніше професійну діяльність (знаходить неможливість працювати, керуючись принципами конкуренції, добиваючись підвищення службового положення або визнання власних заслуг в очах оточуючих).

Парадокс в тому, що саме модус служіння часто ініціює виникнення і

розвиток симптомів емоційного вигоряння. Чому це відбувається? Складне питання. При модусі служіння професіонал спочатку володіє позицією життєствердження, сам структурує свою професійну позицію, керуючись принципами практичної етики, "бо тільки через ідеальну представленість в інших людях і інших людей в собі і можливо розвиток власної особи, що дозволяє не розчинитися в них. Можливо, вплив соціальних чинників, перерахованих нижче, виявляється однією з причин деформації професіоналів :

- невизнання істинних заслуг лікаря;
- обмеження його права на свободу вибору (стилю життя, напряму наукового дослідження і т.п.);
- невідповідність етично-етичних вимог до професії реальної ситуації на робочому місці. Прикладом може служити обговорювана не так давно в засобах масової інформації волаюча ситуація: в одній психіатричній клініці спалахнула епідемія тифу, тому що хворим на місяці не міняли білизну і не проводили лікувальних і гігієнічних процедур;
- обмеження активності професіонала по оволодінню новими знаннями, перешкода до упровадження нових технологій і прогресивних методів (коли "ініціатива карана");
- приниження соціального статусу професії (у тому числі і в матеріальному плані), її значущості;
- сімейно-побутові проблеми.

В цьому випадку людина випробовує розчарування унаслідок неспівпадання реальної професійної ситуації з ідеальними уявленнями про неї (вже згадані нами ілюзії медпрацівників).

Э.Ф. Зеер і Э.Э. Симанюк були детально описані кризи професійного становлення особи, розділені ними на нормативні (тобто часто що зустрічаються при переході від однієї стадії професіоналізації до іншої) і

ненормативні (викликані психотравмуючими чинниками, випадковими або несприятливими обставинами). В характеристиці кожної нормативної кризи ми можемо знайти симптоми емоційного вигоряння. В даному випадку йдеться не про наявність або відсутність цих симптомів при кожній кризі професіоналізації медичних працівників (адже, безумовно, окремі симптоми присутні постійно). Значення має здатність професіонала виходити з кризи, шукати продуктивні шляхи протистояння емоційному вигоранню, долати дезадаптацію за допомогою пошуку нового значення в діяльності.

Емоційне вигоряння — це вироблений особою механізм психологічного захисту у формі повного або часткового виключення емоцій (пониження їх енергетики) у відповідь на вибрані психотравмуючі дії.

Емоційне вигоряння є придбаним стереотипом емоційного, частіше всього професійного, поведінки. «Вигоряння» частково функціональний стереотип, оскільки дозволяє людині дозувати і економно витрачати енергетичні ресурси. В той же час, можуть виникати його дисфункціональні слідства, коли «вигоряння» негативно позначається на виконанні професійної діяльності і відносинах з партнерами.

Емоційне вигоряння є формою професійної деформації особи.

Даний стереотип емоційно сприйняття дійсності складається під впливом ряду чинників передумов — зовнішніх і внутрішніх.

Зовнішні чинники, що провокують «вигоряння», такі:

— ***хронічна напружена психоемоційна діяльність.***

Така діяльність пов'язана з інтенсивним спілкуванням, точніше, з цілеспрямованим сприйняттям партнерів і дією на них. Професіоналу, що працює з людьми, доводиться постійно підкріплювати емоціями різні аспекти спілкування: активно ставити і вирішувати проблеми, уважно сприймати,

посилено запам'ятовувати і швидко інтерпретувати візуальну, звукову і письмову інформацію, швидко зважувати альтернативи і ухвалювати рішення.

Обмежимося ілюстрацією, педагогічної діяльності, що стосується. За даними обстеження 7300 вчителів загальноосвітніх шкіл, 56,8% опитаних підкреслюють, що вони випробовують постійні і значні інтелектуальні перевантаження, ще 24% вважають інтелектуальні навантаження помірними, але постійними. Практично всі педагоги указують на те, що їх робота пов'язана з психоемоційними перевантаженнями, причому 32% відзначають постійний характер оних. Крім того, 18,4% педагогів убачають в ній значні фізичні навантаження. *(Беребін М. А. Факторы* ризику психічної дезадаптації і її поширеність у педагогів загальноосвітніх шкіл. Автореф. канд. дисс., СПб. 1996);

— ***дестабілізуюча організація діяльності.***

Основні її ознаки загальновідомі: нечітка організація і планування праці, недолік устаткування, погано структурована і розпливчата інформація, наявність в ній «бюрократичного шуму» — дрібних подробиць, суперечностей, завишені норми контингенту, з яким пов'язана професійна діяльність, наприклад, що вчаться в класі, пацієнтів, що приймаються за робочу зміну, клієнтів, обслуговуваних за день. При цьому слід враховувати, що обстановка, що дестабілізувала, викликає багатократний негативний ефект: вона позначається на самому професіоналі, на суб'єкті спілкування — клієнті, споживачі, пацієнті і т.п., а потім на взаємостосунки обох сторін;

— підвищена відповідальність за виконувані функції і операції.

Представники масових професій звичайно працюють в режимі зовнішнього і внутрішнього контролю. Перш за все, це стосується медиків, педагогів, вихователів, охоронців громадського порядку, обслуговуючого персоналу. Процесуальний зміст їх діяльності полягає в тому, що постійно треба *входити і знаходитися в стані суб'єкта,* з яким здійснюється спільна

діяльність. Треба вдивлятися, вслухуватися в нього; співпереживати, співчувати, співчувати; передбачати його слова, настрої, вчинки. А головне, постійно доводиться приймати на себе енергетичні розряди партнерів.

На всіх, хто працює з людьми і чесно відноситься до своїх обов'язків, лежить етична і юридична відповідальність за благополуччя увірених ділових партнерів — замовників, пацієнтів, що вчаться, клієнтів, пасажирів, покупців. Особливо висока відповідальність за здоров'я і життя людини. Платня висока — нервове перенапруження. Наприклад, хірурги працюють «на знос», відповідальність і самоконтроль така велика, що, за даними досліджень, лікарі цієї медичної спеціалізації йдуть з життя раніше інших своїх колег.

Або узяти шкільного вчителя. За день проведення уроків самовіддача і самоконтроль така значна, що до наступного робочого дня психічні ресурси практично не відновлюються. За даними згаданого вище обстеження 7300 педагогів загальноосвітніх шкіл, ризик і підвищений ризик патології серцево-судинної системи відзначений в 29,4% випадків, захворювання судин головного мозку у 37,2% педагогів, 57,8% обстежених мають порушення діяльності шлунково-кишкового тракту. Вся соматична патологія, що виявляється, супроводиться клінікою неврозоподібних порушень. Власне невротичні розлади виявилися в 60—70% випадків.

Вказана картина здоров'я учительства обумовлена, ймовірно, багатьма соціальними, економічними, житлово-побутовими чинниками. Чимала роль тут, звичайно, і психічної напруги, супроводжуючої професійні будні педагога. Тривожність, депресія, емоційна ригідність і емоційне спустошення — ось ціна відповідальності, яку платить вчитель. Але є ще і оборотна сторона приведеної гнітючої статистики. Виникають питання: хто ж учить і виховує наших дітей?; чи може людина, обтяжена такими стражданнями, успішно впливати на підростаюче покоління? Не мудро, що, в цілях економії своїх енергоресурсів, багато педагогів вдаються до різних механізмів психологічного захисту і,

принаймні, приречені на емоційне вигоряння.

Будь-який професіонал у сфері міжособових відносин знаходиться під постійним пресингом особливих соціальних інститутів, покликаних спонукати до відповідальності за виконувані функції і операції. Серед таких інститутів жорсткі і конкретні ролеві розпорядження, права особи і споживача, закони ринку і конкуренція, ліцензування і безробіття. У міру розвитку в нашому суспільстві цих визнаних інститутів буде ще більшим підвищуватися зовнішній і внутрішній контроль за виконуваною діяльністю і, отже, загострюватиметься проблема емоційного вигоряння.

Тут доречно відзначити щадний характер «книги скарг», що йде в минуле. Інститут «скарг» — якась пародія на сучасні форми соціального і правового контролю за діяльністю професіонала у сфері Лікування, обслуговування або навчання. «Скарга» швидше виконувала функцію громовідводу для скривдженого або незадоволеного суб'єкта, ніж служила інструментом підвищення відповідальності професіонала. «Скаргою» можна маніпулювати, її можна ігнорувати. «Скарга» підвищує статус урядовця, бо в його владі додати їй хід або «спустити на гальмах». «Скарга» забезпечувала відносний психологічний комфорт професіоналу. Сподіватимемося, що дні цього архаїчного винаходу тоталітарного режиму визнані, але разом з цим приємним фактом зростає вірогідність підвищення енергетичної віддачі в професійному спілкуванні;

— неблагополучна психологічна атмосфера професійної діяльності.

Така визначається двома основними обставинами: конфліктністю по вертикалі, в системі «керівник—підлеглий, і по горизонталі, в системі «колега—колега. Знервована обстановка спонукає одних розтрачувати емоції, а інших — шукати способи економії своїх психічних ресурсів.

Рано чи пізно обачна людина з міцними нервами схилятиметься до тактики емоційного вигоряння: триматися від всього і всіх подалі, не приймати

все близько до серця, берегти нерви;

— психологічно важкий контингент, з яким має справу професіонал у сфері спілкування.

У лікарів це важкі і вмираючі хворі. У педагогів і вихователів — діти з аномаліями характеру, нервової системи і із затримками психічного розвитку. У керівника або командира — підлеглі з акцентованими характерами, неврозами, ознаками психопатизації, порушники дисципліни, безвідповідальні працівники, непомірно п'ючі. У обслуговуючого персоналу — капризні і грубі клієнти. У співробітника міліції — злісні порушники громадського порядку. Якщо ви працюєте з людьми, то майже щодня попадається клієнт або пацієнт, який «попсує вам нерви» або «доведе до білого каління». Мимовільно ви починаєте попереджувати подібні випадки і вдаєтеся до економії емоційних ресурсів, переконуючи себе за допомогою формули: не «слід звертати увагу...». Залежно від статистики своїх спостережень, ви додаєте, кого саме треба емоційно ігнорувати: невихованих, розбещених, нерозумних, капризних або аморальних. Механізм психологічного захисту знайдений, але емоційна відчуженість може бути використаний недоречно, і тоді ви не включаєтеся в потреби і вимоги цілком нормального партнера по діловому спілкуванню. На цьому грунті виникають непорозуміння і конфлікт — емоційне вигоряння виявилося своєю дисфункціональною стороною.

Внутрішні чинники, що обумовлюють емоційне вигоряння:

— схильність до емоційної ригідності. Природно, емоційне вигоряння як засіб психологічного захисту виникає швидше у тих, хто менш реактивний і сприйнятливий, більш емоційно стриманий. Навпаки, формування симптомів «вигоряння» проходитиме повільнішим у людей імпульсних, володіючих рухомими нервовими процесами. Підвищена вразливість і чутливість можуть повністю блокувати даний механізм психологічного захисту і не дозволяє йому

розвиватися. Життя багато разів підтверджує сказане. Нерідко трапляється так, що пропрацювавши «в людях» до пенсії, людина, проте, не втратила чуйність, емоційну залучену, здібність до співучасті і співпереживання;

— інтенсивна інтеріоризація (сприйняття і переживання) обставин професійної діяльності.

Дане психологічне явище виникає у людей з підвищеною відповідальністю за доручену справу, виконувану роль. Досить часто зустрічаються випадки, коли по молодості, недосвідченості і, можливо, наївності, фахівець, що працює з людьми, сприймає все дуже емоційно, віддається справі без залишку. Кожний стресогенний випадок з практики залишає глибокий слід в душі. Доля, здоров'я, благополуччя суб'єкта діяльності викликає інтенсивну співучасть і співпереживання, болісні роздуми і безсоння. Поступово емоційно-енергетичні ресурси виснажуються і виникає необхідність відновлювати їх або берегти, вдаючись до тих або інших прийомів психологічного захисту. Так, деякі фахівці через якийсь час міняють профіль роботи і навіть професію. Частина молодих вчителів покидає школу в перші 5 років трудового стажу. Але типовий варіант економії ресурсів — емоційне вигоряння. Вчителі через 11—16 років придбавають енергозберігаючі стратегії виконання професійної діяльності.

Нерідко буває, що в роботі професіонала чергують періоди інтенсивної інтеріоризації і психологічного захисту. Часом сприйняття несприятливих сторін діяльності загострюється, і тоді людина дуже переживає стресові ситуації, конфлікти, допущені помилки. Наприклад, лікар, який, здавалося б, звик проявляти витримку, спостерігаючи смерть хворих, періодично переживає сильні негативні емоції. Разом з тим нерідкі моменти, коли він ловить себе на думці, що йому все байдуже і ніщо вже не хвилює. Педагог, що навчився спокійно реагувати на аномалії характерів підліткового віку, раптом «зривається» в спілкуванні з певною дитиною, обурений його нетактовними

витівками і грубістю. Але трапляється — той же вчитель розуміє, що треба проявити особливу увагу до учня і його сім'ї, проте не в силах зробити відповідні кроки. Емоційне вигоряння обернулося байдужістю і апатією.

— слаба мотивація емоційної віддачі в професійній діяльності.

Тут є два аспекти. По-перше, професіонал у сфері спілкування не вважає для себе необхідним або чомусь не зацікавлений проявляти співучасть і співпереживання суб'єкту своєї діяльності. Відповідний умонастрій стимулює не тільки емоційне вигоряння, але і його крайні форми — байдужість, байдужість, душевну черствість.

По-друге, людина не звикла, не уміє заохочувати себе за співпереживання і співучасть, що проявляються по відношенню до суб'єктів професійної діяльності. Систему самооцінок він підтримує іншими засобами — матеріальними або позиційними досягненнями. Альтруїстська емоційна віддача для такої людини нічого не значить, і він не потребує їй, не випробовує від неї задоволення. Природно, «вигоряти» йому просто і легко. Інша справа особа з альтруїстськими цінностями. Для неї важливо допомагати і співчувати іншим. Втрату емоційності в спілкуванні вона переживає як показник етичних втрат, як втрату людяності;

— етичні дефекти і дезорієнтація особи.

Можливо, професіонал мав етичну ваду ще до того, як став працювати з людьми, або придбав в процесі діяльності. Етичний дефект обумовлений нездатністю включати у взаємодію з діловими партнерами такі моральні категорії, як совість, чеснота, доброчесність, чесність, пошана прав і достоїнства іншої особи.

Етична дезорієнтація викликається іншими причинами — невмінням відрізняти добре від поганого, благо від шкоди, що наноситься особі.

Проте як у разі етичного дефекту, так і за наявності етичної дезорієнтації, формування емоційного вигоряння полегшується. Збільшується вірогідність

байдужості до суб'єкта діяльності і апатії до виконуваних обов'язків.

Тепер перейдемо до поведінкових проявів, тобто симптомам емоційного вигоряння. Які вони і як їх визначити? Щоб відповісти на ці питання важливо підкреслити очевидний зв'язок емоційного вигоряння із стресом.

Емоційне вигоряння — динамічний процес і виникає поетапно, в повній відповідності з механізмом розвитку стресу.

Ганс Селье, основоположник вчення про стрес, розглядав його як неспецифічну (тобто загальної дії) захисну реакція організму у відповідь на психотравмуючі чинники різної властивості. При емоційному вигорянні в наявності всі три фази стресу: 1) *нервова (тривожне)* напруга — його створюють хронічна психоемоційна атмосфера, обстановка, підвищена відповідальність, що дестабілізувала, трудність *контингенту; 2) резистенція, тобто* опір, — людина намагається більш менш успішно захистити себе від неприємних *вражень*; 3) виснаження — зубожіння психічних ресурсів, зниження емоційного тонусу, яке наступає унаслідок того, що проявлений опір виявився неефективним. Відповідно кожному етапу, виникають окремі ознаки, або симптоми, наростаючого емоційного вигоряння.

Вплив специфіки медичної діяльності на появу симптомів СЕВ

Сама професійна діяльність медичних працівників припускає емоційну насиченість і високий відсоток чинників, що викликають стрес. Емоції, як правило, амбівалентні: задоволення з приводу успішно проведеної операції або лікування, відчуття власної значущості, причетності іншим людям, схвалення і пошана колег; але і жаль, пригноблення через неправильний діагноз або помилку в лікуванні, заздрість до процвітаючих колег, розчарування в професії і т.п.

Існує класифікація професій по "критерію трудності і шкідливості" діяльності (за А.С. Шафрановою):

1. Професії вищого типу — по ознаці необхідності постійної позаурочної роботи над предметом і собою (освіта, мистецтво, медицина).

2. Професії середнього (ремісничого) типу — мають на увазі роботу тільки над предметом.

3. Професії низького типу — після навчання не вимагають роботи ні над собою, ні над предметом.

Природним буде віднести професію анест до професій вищого типу саме з потреби постійній рефлексії на зміст предмету своєї діяльності. Але, окрім цього, нам хотілося б виділити абсолютно особливу специфіку лікарської праці.

Лікар на рівні емоційного переживання постійно має справу із смертю. Вона може виступати для нього в трьох формах:

1) реальна (даремність реанімаційних заходів, смерть на столі хірурга ...);

2) потенційна (коли від результатів діяльності лікаря, від його професіоналізму залежить здоров'я, а, можливо, і життя людини). Смерть як загроза, як потенційна можливість постійно присутня в діяльності лікаря, викликаючи найсильнішу емоційну напругу;

3) фантомна (у вигляді неї можуть виступати скарги на стан здоров'я недовірливої людини, страх і тривога хронічного хворого, взаємостосунки з родичами тяжкохворих і навіть уявлення про смерть в суспільній свідомості).

В кожному з цих випадків для лікаря існує проблема невімкнення своїх відчуттів в ситуацію. Це далеко не завжди вдається, тому що зі всіма цими утвореннями (реальною, потенційною і фантомною смертю) йому просто необхідно будувати відносини. Природно, що тільки емоційно зріла, цілісна особа в змозі вирішувати ці задачі і справлятися з подібними труднощами.

Виділяють різні чинники, що грають істотну роль в емоційному вигорянні. Нам представляється можливим виділити три типи чинників у виникненні *Синдрому Емоційного Вигоряння* у лікарів.

1. Соціальний чинник (його особливості ми розглядали вище).

2. Особовий чинник. Як ми вже говорили, "згоряють", як правило, не спочатку байдужі і байдужі до своєї роботи, і не ті, хто в професійній діяльності реалізують модус соціальних досягнень або володіння, а, навпаки, професіонали, для яких діяльність спочатку значуща, свідомо вибрана, припускає відоме емоційне відношення, орієнтацію на інших людей, тобто реалізовуючі модус служіння. Співчуваючий, захоплюється лікар-ідеаліст, орієнтований на інших, при недостатньому зв'язку з реальністю, невмінні оцінювати критично несприятливі чинники, низької стійкості до стресорів медичних професій (таким, як біль, страждання, хвороба і смерть) може стати носієм швидко прогресуючого СЕВ. Але існує і протилежна думка. По Е. Махер, "авторитаризм" і "низький ступінь емпатії" в поєднанні з фанатичною відданістю справі ("я все життя мріяв стати лікарем") і реакцією на стрес, агресивністю і апатією (смутком) при неможливості досягти в короткий термін бажаних результатів може ініціювати виникнення симптомів СЕВ.

3. Чинник середовища (місця роботи). Величезне значення має взаємовідношення з колегами в колективі і то, створюється чи ні ситуація "руху рука в руку", активного сумісного рішення професійних задач в рамках гуманістичного ціннісного підходу. Колектив (нерідко — включаючи адміністрацію) може знижувати мотивацію діяльності своїм загальним негативним або байдужим відношенням до неї ("ним все одно вже нічим не допоможеш", "навіщо щось пояснювати цим олігофренам, якщо вони нічого не розуміють" і т.п.). Крім того, умови роботи можуть не сприяти успішному здійсненню професійних задач: переповнені палати, відсутність медикаментів, загальна низька матеріально-технічна база, відсутність у лікаря свого кабінету, де він міг би зосередитися або розслабитися, часті нічні чергування і відсутність повноцінного відпочинку після них.

Симптоми ЕВ

Звернення до проблеми емоційної дезадаптації професіоналів (унаслідок

нестерпних емоційних перевантажень) відбулося у сфері психології праці — після появи в англомовній літературі результатів дослідження так званого "Синдрому Емоційного Вигоряння" як спеціального виду професійного захворювання осіб, що працюють в системі людина — людина (психологів, психіатрів, вчителів, священиків і ін.).

Термін "емоційне вигоряння" введений американським психологом Х.Дж. Фрейденбергером в 1974 р. для характеристики психологічного стану здорових людей, що знаходяться в інтенсивному і тісному спілкуванні з клієнтами (пацієнтами) в емоційно переобтяженій атмосфері при наданні професійної допомоги. Т.В. Форманюк в своїй роботі виділяє такий варіант симптомокомплекса емоційного вигоряння: відчуття емоційного виснаження, знемоги, дегуманізація, деперсоналізація, тенденція розвивати негативне відношення до клієнтів, негативне самосприйняття в професійному плані. Ще в 1982 р. Т.В. Форманюк виділила як ключові ознаки емоційного вигорання наступні:

1. Індивідуальна межа, стеля можливостей нашого емоційного Я, протистояння виснаженню, протидія „вигорянню”, самозбереженість.

2. Внутрішній психологічний досвід, що включає відчуття, установки, мотиви, очікування.

3. Негативний індивідуальний досвід, в якому сконцентровані проблеми, дистрес, дискомфорт, дисфункції і їх негативні наслідки.

Приведемо основні симптоми емоційного вигоряння:

- утомленість, стомлення, виснаження (після активної професійної діяльності);
- психосоматичні проблеми (коливання артеріального тиску, головні болі, захворювання травної і серцево-судинної систем, неврологічні розлади);
- безсоння;

- негативне відношення до пацієнтів (після мали місце позитивних взаємостосунків);
- негативна настроєність до виконуваної діяльності (замість присутнього раніше "ця справа на все життя");
- стереотипізація особової установки, стандартизація спілкування, діяльності, ухвалення готових форм знання, звуження репертуару робочих дій, ригідність розумових операцій;
- агресивні тенденції (гнів і дратівливість по відношенню до колег і пацієнтів);
- функціональне, негативне відношення до себе;
- тривожні стани;
- песимістична настроєність, депресія, відчуття безглуздя подій, що відбуваються;
- відчуття вини.

Як ми можемо бачити по опису перерахованих симптомів, зміст Синдрому Емоційного Вигоряння тісно пов'язаний із змістом Синдрому Хронічної Втоми (СХВ). Ці два синдроми є змістовними характеристиками професійної деформації, і, не дивлячись на видиму схожість симптомів, існують значні відмінності. СХВ пов'язаний з початковим ухваленням готових форм знань про світ, собі і інших людях; фантомізацією лікарської свідомості і придбанням функціонального підходу до іншої людини (відношення як до об'єкту), а отже, і до себе. СЕВ придбавають професіонали, спочатку володіючі великим творчим потенціалом, орієнтовані на іншу людину, фанатично зраджені своїй справі.

Вплив СЕВ на професійну позицію і особу лікаря

Змістовні характеристики СЕВ можна списати через зміну професійних і особових якостей (їх деформацію), присутність яких просто необхідна для

успішного здійснення професійної діяльності і особового зростання.

Авторитет лікаря. Професіонал з СЕВ неминуче втрачає свій авторитет як у пацієнтів, так і колег. Авторитет зв'язаний, перш за все, з професіоналізмом і особистою чарівливістю. Коли лікар через байдужість і негативне відношення до своєї роботи не в змозі вдумливо, уважно вислухати скарги пацієнта, допускає лікарські помилки або проявляє агресивність і дратівливість — він втрачає довір'я до себе як професіоналу і пошана своїх пацієнтів і колег.

Оптимізм лікаря. Пацієнт повинен відчувати здоровий оптимізм лікаря, а не заснований на бажанні скоріше закінчити обстеження: "що ви хвилюєтеся дарма, все у вас нормально, можете йти". І, навпаки, під впливом вигоряння лікар демонструє цинічне, часто жорстоке відношення, перебільшуючи наслідки, наприклад, невчасної явки в лікарню. (Часто це відбувається через бажання "покарати" пацієнта за власну емоційну неспроможність.)

Чесність і правдивість. При тривозі, турботі і невпевненості, викликаній СЕВ, лікар втрачає здібність до правдивого і чесного викладу інформації про стан здоров'я людини. Або він надмірно щадить психіку хворої людини, примушуючи його перебувати в невідомості, або, навпаки, втрачає необхідну міру в подачі діагностичної або лікувальної інформації.

Слово лікаря. Слово робить величезний вплив суггестії на будь-яку людину, а тим більше слово лікаря для його пацієнта. Професіонал з СЕВ, переживаючий відчуття безглуздя, безнадійності і вини, неминуче передасть ці відчуття своїм пацієнтам в слові, інтонації, емоційній реакції.

Гуманізм лікаря. Обумовлений ціннісним і цілісним підходом до іншої людини. Лікар, що втратив зміст своєї психічної реальності, перестає звертатися до цього вмісту в інших людях, знецінюючи, таким чином, як себе, так і їх.

1.7. Методи попередження і подолання професійного стресу

Останніми роками активну увагу привертають нові технології попередження і подолання професійного стресу. Деякі з них направлені на широке інформування фахівців комунікативних професій про ранні ознаки "вигорання" і чинники його риски. Чим раніше і більше дізнаються лікарі про те, як виникає і якими ознаками характеризується цей синдром, тим більше у них можливостей його уникнути або понизити вираженість. У багатьох країнах спеціальні курси лекцій і тренінгових занять по розвитку ефективної комунікації лікар-пацієнт і навикам подолання "вигорання" включені в учбові програми післядипломної підготовки. У цих моделях проводиться поетапна трансформація суб'єктивного бачення і розуміння ситуації з використанням різних стратегій подолання професійного стресу: емоційною (актуалізація відчуттів, зниження емоційної напруженості), когнітивною (переоцінка ситуації і власних ресурсів по її дозволу) і поведінковою (активної цілеспрямованої зміни ситуації).

Найбільш ефективними технологіями вважаються групові форми роботи із стресом, зокрема, балінтовські групи, які ми проводимо з 1994 р. Думка G. Roberts (1997) про те, що лікар може переносити значний стрес без підвищеної риски зниження професійної продуктивності, розвитку психічного або навіть соматичного захворювання, якщо він отримує адекватну соціальну підтримку, активно підтверджується досвідом роботи цих груп.

У 1998 р. нами на основі широкого поширеного в психодіагностиці принципу VAS (візуальної аналогової шкали) створений опитувальник для визначення ознак професійного стресу і ефективності його корекції у осіб комунікативних професій. У 1998-2000 рр. за підтримки міжнародного гранту проведено дослідження синдрому професійного "вигорання" і його групової корекції у медичних працівників, викладачів і психологів. Результати цього дослідження були представлені нами на двох крупних міжнародних

конференціях, присвячених роботі з професійним стресом у лікарів (Wurzburg, 2000; Portoroz, Slovenia, 2001), і в даний час упроваджуються в учбовий процес і в практику багатьох установ охорони здоров'я в різних російських регіонах.

У медичній професії часто виникає ситуація, коли потрібно відповісти на питання: "Це важкий пацієнт?", або "Важкий лікар?", або "Важка ситуація?". Ці питання безпосередньо пов'язані з тим, що є предметом дослідження і аналізу в балінтовських групах.

Так само є метод Майкла Балінта, який запропонував метод, що допомагає лікареві понизити свою емоційну напруженість при зустрічі з "важким" пацієнтом. Обговорення на організованих їм лікарських семінарах зосередилося на аналізі взаємин між лікарем і пацієнтом і чинників, що впливають на цю взаємодію. Розуміння насущної необхідності розвивати у лікарів навики такого аналізу народилося у Балінта на підставі вивчення роботи групи лікарів, яка впродовж декількох років демонструвала все зростаюче мистецтво збору докладної медичної і клінічної інформації ("мистецтво детектива-дослідника"), але при цьому часто випробовувала незадоволення і навіть розчарування від невдач в створенні теплого довірчого контакту з пацієнтами, від недостатньої чутливості до їх потреб і запитів. Це допомогло лікарям перейти від мислення в рамках "однієї особи" до "міжособової психології", досліджуючи в кожному випадку головним чином взаємини лікар - хворий, поступово міняючи акцент з хворобо-центрованого підходу на пацієнт-центрований.

Одне з найважливіших "відкриттів", зроблених учасниками балінтовських груп, - це усвідомлення того, що найбільш ліки, що часто вживаються і найефективніше, - сам доктор. Це приводить до нового розуміння їх власних переживань, вони стають чутливішими до емоційного стану своїх пацієнтів, до їх психологічних проблем. Робота в таких групах стає активною формою навчання і підвищення компетентності у сфері комунікації лікар-пацієнт. Ця

ідея успішно підтвердилася в багаторічній практиці роботи лікарів різних спеціальностей більш ніж в 40 країнах світу.

Аналіз професійного лікарського "самопочуття" показує, що навіть при великому досвіді і стажі роботи лікарів необхідність в отриманні нової інформації і кваліфікованого зворотного зв'язку від колег з приводу якості своєї діяльності достатньо велика. Вираженість цій потребі часто парадоксально залежить від величини стажу: досвідченіші лікарі виявляють не тільки не меншу, але навіть більшу зацікавленість в обміні досвідом, в конструктивному обговоренні і тим самим - увазі і підтримці колег, чим молоді лікарі.

Підставою для впровадження такого методу професійного удосконалення, як балінтовські групи, служать наступні аргументи:

Лікарська діяльність має ряд специфічних особливостей - таких, як вплив і взаємодія численних змінних чинників, які нерідко неможливо формалізувати, алгоритмізувати для аналізу, внести до жорстко структурованих схем, а ефективність лікарських дій, особливо з погляду пацієнта, часто важко оцінити однозначно.

Існує суб'єктивний аспект цієї проблеми - потреба лікарів в підвищенні своєї компетентності, умінні використовувати свої особові ресурси для оптимізації лікувального і реабілітаційного процесу, в поглибленні самоідентічності і самовираження.

Є дефіцит різноманітних можливостей професійного спілкування з колегами, що, очевидно, утрудняє обмін досвідом. У багатьох лікарів це може наближатися до професійної самоізоляції. Тому зрозуміле їх прагнення подолати роз'єднаність, перестати "варитися у власному соку". Якщо цього не відбувається, істотно зростає вірогідність спотворення внутрішнього образу своєї професійної діяльності, самоідентифікації лікаря, що приводить або на розчарування, невпевненість, соціальну апатію, або до зайвої самовпевненості, зниження критичності, зростання професійної ригідності.

В даний час ідеї Майкла Балінта отримали серйозний розвиток, але деякі принципові положення залишаються незмінними, наприклад, те, що в обговоренні випадків, що представляються в групі, з лікарської практики акцент робиться не на клінічному аналізі (оскільки, за визначенням, балінтовська група не займається вирішеннями клінічних завдань), а на різних особливостях і аспектах взаємин лікаря з пацієнтом в рамках обговорюваного випадку, їх реакціях на змінні обставини цієї ситуації. Це відрізняє балінтовську групу від традиційного клінічного розбору або консиліуму. Часто важливий не стільки діагноз, скільки розуміння суб'єктивного, індивідуального, неповторного буття конкретного хворого, що осягається не раціональним шляхом, а інтуїцією і емпатією лікаря. Щоб навчити цьому лікарів, в групових дискусіях говорять більше про те, що відчуває лікар у взаєминах з пацієнтом. Балінтовськая група допомагає відповісти на питання, чому в спілкуванні з пацієнтами лікарі часто ігнорують, витісняють, пригнічують в собі те, що вони не в змозі зрозуміти в переживаннях, мотивах, очікуваннях, психологічному захисту пацієнта, як і в своїх власних. Група допомагає лікареві створити і його внутрішню комунікацію, дає йому право на переживання самих різних відчуттів - тривоги, роздратування, засмучення, провини, але при цьому научає лікаря чітко визначати характер цих переживань і конструктивно справлятися з ними. Група дозволяє лікареві звернутися до "людини в самому собі" і тим самим допомогти і собі, і пацієнтові, тому що емоційно напружений лікар не може бути успішним цілителем для свого пацієнта, оскільки сам потребує психологічної підтримки. Уміння лікаря бути емпатійним дозволяє йому не тільки краще розуміти пацієнта, але і самого себе, що розвивається в групі.

Робота в балінтовських групах допомагає їх учасникам стримувати і коректувати в собі прагнення до незмінного керівництва пацієнтами у вигляді зауважень, докорів, оцінок, вказівок, прямих інтерпретацій при емоційній дистантності, конфронтації і відсутності емоційного ухвалення пацієнта.

Балінтовські групи активно сприяють розумінню лікарями, що росте, наскільки важливе уміння створювати партнерську співпрацю з пацієнтами і пригнічувати в собі прагнення до моралізаторству і директивності, яке нерідко виявляється і під час обговорення в групі, тому що так же активно демонструється і в реальній комунікації з пацієнтами. Це добре узгоджується з даними про те, що дефіцит емпатії у лікарів взаємозв'язаний з вираженістю їх агресивності відносно пацієнтів, що нерідко завдає психологічного збитку і самим лікарям.

Дуже важливим є і те, що включення цих груп в технологію післядипломної підготовки лікарів надалі допомагає їм успішніше вирішувати проблеми, пов'язані з хронічним професійним стресом і синдромом "внутрішнього вигорання", що виявляється емоційним виснаженням, апатією, зниженням професійної самооцінки і упевненості в собі, зростанням психосоматичних розладів у самих лікарів.

У фокусі проблеми професійного стресу у лікарів знаходиться відповідність/невідповідність потенційних можливостей професіонала і соціальних умов його діяльності. Тому ця проблема розглядається в комплексі "фахівець комунікативної професії - його соціальне оточення". Думка G.Roberts (1997) про те, що лікар може переносити значний стрес без підвищеної риски зниження професійної продуктивності, розвитку психічного або навіть соматичного захворювання, якщо він отримує адекватну соціальну підтримку, активно підтверджується досвідом роботи балінтовських груп. Серед лікарів достатньо широко поширено уявлення про те, що стрес в роботі рівнозначний невдачі і власній слабкості, тому він викликає засноване на відчутті провини заперечення і приводить до того, що лікарям важко признаватися в наявності проблем в роботі, відповідно важко ділитися ними і вирішувати їх. Балінтовська група, пріоритетом в роботі якої є конфіденційність і безпека обговорення, дозволяє в значній мірі понизити цю напругу.

Балінтовські групи є дуже успішною формою не тільки професійного і особового зростання, що впливає на ефективність роботи лікарів, але і активною соціальною підтримкою для них, що дозволяє ефективно використовувати ці групи в роботі з професійним стресом медичних працівників.

Розділ 2
ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТИХ ЯКОСТЕЙ І СТУПЕНЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ У КОЛЕКТИВІ МЕДПРАЦІВНИКІВ ХОКЦУН

В даний час інтенсивна терапія, анестезіологія, реаніматологія - це самостійна теоретична і практична наука, яка вирішає проблеми боротьби за життя людей і знаходяться в украй важкому, критичному стані, на межі життя і смерті.

У відділенні анестезіології і реанімації КЗОЗ «ОКЦУН ім. В.І.Шаповала» доводиться надавати допомогу дуже важким, а іноді і безнадійно хворим людям, застосовувати дуже сильні, часто дуже небезпечні засоби і методи. Це накладає на лікарів анестезіологів-реаніматологів особливу відповідальність - і юридичну, і моральну. Потрібні не тільки глибокі знання, але і безмежна відданість справі і, напевно, найважливіше – милосердне відношення і до хворого, і до його рідних. Все це вимагає великої психофізичної напруги.

У зв'язку з цим, для діагностики особових особливостей, станів, близьких до стресових, і ступені емоційного вигоряння було проведено тестування медичного персоналу в кількості 30 чоловік (із стажем роботи 5-10 і більше років). Тестування проводилося спочатку робочого операційного дня. Всім лікарям–анестезіологам і медсестрам належало брати участь в складних хірургічних операціях.

2.1 Організація і методика дослідження

Метод тестування – найчастіший вживаний метод в психодіагностиці, дозволяючий визначити наявність у людини тих або інших психічних якостей, властивостей, рівень їх розвитку і порівняти отримані результати з наявними нормами.

Для діагностики психічних станів і властивостей особи співробітників

відділення анестезиології і реанімації були обрані:

1. СБОО (скорочений багатопрофільний опитувальник особи). Він застосовується для побудови профілю особи (є скороченим варіантом тесту ММРІ). СБОО містить 71 питання, 11 шкал, з них 3 – оцінні. Перші три оцінні шкали виміряють щирість випробовуваного, ступінь достовірності результатів тестування і величину корекції, що вноситься надмірною обережністю. Решта 9 шкал є базисними і оцінює властивості особи:

1 шкала – невротичний сверхконтрол (іпохондричність)

2 шкала – депресія

3 шкала – емоційна лабільність (істерія)

4 шкала – соціальна дезадаптації (психопатія)

5 шкала - в цьому варіанті опитувальника не використовується

6 шкала – афектна ригідність (паранойя)

7 шкала – тривога (психостенія)

8 шкала – індивідуалистичність (шизоїдність)

9 шкала – оптимізм (гіпоманія).

Можливо оцінювати дані якості як в рамках психологічних особливостей, так і при психічній патології. Високими оцінками по всіх шкалах є оцінки перевищуючі оцінки 70 Т, а низькими менше 40 Т.

2. Шкала самооцінки і оцінки тривоги. Даний тест є надійним і інформативним способом самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність як стан) і особової тривожності (як стійкої характеристики людини). Тест розроблений Ч.Д.Спілбергом (США) і адаптований Ю.Л.Ханіним. Шкала самооцінки складається з 2-х частин, роздільно оцінюючих реактивну (РТ, висловлення № 1- 20) і особову (ОТ, висловлення № 21 – 40) тривожність.

При інтерпретації результат можна оцінювати так:

- до 30 – низька тривожність

- 31 – 45 – помірна тривожність
- 46 і більш – висока тривожність

3. Шкала депресії. Опитувальник розроблений для диференціальної діагностики депресивних станів, станів близьких до депресивних станів, станів близьких до депресії, для ситинг-діагностики при масових дослідженнях і в цілях попередньої, долікарської діагностики.

- Рівень депресії (РД) від 20 до 80 балів.
- При РД не більше 50 балів – діагностується стан без депресії.
- Якщо РД більше 50 балів і менше 59 балів, то робиться висновок про легку депресію ситуативного або невротичного генеза.
- При показнику РД від 60 до 69 балів діагностується субдепресивний стан або маскована депресія.
- Істинно депресивний стан діагностується при РД більше 70 балів.

4. Шкала професійного стресу

Як відомо, робота лікаря пов'язана з особовими переживаннями і нервовими потрясіннями. Це нерідко призводить до стресових станів і навіть неврозів. Ця шкала може бути використана для оцінки положення, що склалося.

Шкала містить 22 питання.

При інтерпретації результату оцінюється таким чином:

- 0 - 15 балів: стрес не є проблемою у Вашому житті.
- 16 - 30 балів: помірний рівень стресу для зайнятого і багато працюючого професіонала.
- 31 - 45 балів: стрес представляє безумовну проблему. Очевидна необхідність коректувальних дій. Це серйозний привід для ретельного аналізу вашого професійного життя.
- 46 - 60 балів: на цьому рівні стрес представляє головну проблему. Щось повинне бути зроблено негайно.

5. Методика «Емоційне вигоряння» В.В.Бойко

Методика В.В.Бойко складається з опитувальника, що включає 84 думки. Досліджуваний відповідає на них у вигляді ствердних «Так" і негативних «Ні» відповідей. Інтерпритация результатів тестування проводиться за трьма фазами, що включають по 4 симптоми.

Фаза «напруги»

1. Симптом переживання психотравмвмируючих обставин»

2. Симптом «незадоволеності собою»

3. Симптом «загнаності в клітку»

4. Симптом «тривоги і депресії»

Фаза «резистенції»

1. Симптом «неадекватного виборчого емоційного реагування»

2. Симптом «емоційно-етичної дезорієнтації»

3. Симптом «розширення сфери економії емоцій»

1. Симптом «редукції професійних обов'язків».

Фаза «виснаження»

1. Симптом «емоційного дефіциту».

2. Симптом «емоційної відчуженості».

3. Симптом «особової відчуженості, або деперсоналізації».

4. Симптом «психосоматичних і психовегетативних порушень».

Якщо в будь-якому симптомі кількість балів:

- від 0 до 9 – симптом відсутній
- від 10 до 19 - симптом формується
- від 20 до 30 - симптом сформувався

Якщо сума балів в кожній фазі:

- Від 0 до 29 - фаза відсутня
- від 30 до 59 - фаза формується
- від 60 до 120 - фаза сформувалася

Виділяються симптоми і фази, що отримали найбільше число балів.

СБОО, шкала самооцінки і оцінки тривоги, шкала депресії є опитувальниками самозвіту. При такому типу обстеження дослідженним пропонують відповідати письмово на бланку на питання, що стосуються особливостей їх характеру, цінностей, установок, мотивів, відчуттів, інтересів і т.д., тобто суб'єкт прямо повідомляє про себе шляхом відповіді на певні питання або шляхом вибору одного з наявних тверджень за умови обмеженої кількості варіантів (наприклад, „майже ніколи", „іноді", „часто", „майже завжди"). Характерна особливість тестів самозвіту полягає в тому, що варіанти відповідей тут відкалібровані. Тому люди, що користуються цими тестами повинні вибирати між відповідями „вірно"» і не „«вірно"», згодою або не згодою, або ж вони повинні вибирати з альтернатив, що варіюють від «ні, це не так» до «цілком вірно» і т.д. об'єктивність досягається шляхом обмеження ступенів свободи, що є у випробовуваного при відповіді на пункти тесту. Шкала самооцінки і оцінки тривоги і депресії – одновимірні тести, СБОО – багатовимірний тест, що виміряє одночасно декілька особових характеристик. Перевага Смола в тому, що він дає більш повне уявлення про особу.

Методики самозвіту були обрані з наступних причин:

- Тести самозвіту дають більш повну, визначену інформацію про особу, ніж нерегулярно одержувані відомості. В даному випадку можливі особисті упередження або теоретичні пристрасті дослідника компенсуються такою гідністю методу, як об'єктивність підрахунку результатів.
- З цими тестами легко може працювати людина, що має відносно невелику підготовку.
- Тести самозвіту мають велику надійність в порівнянні з іншими методами.
- Багатовимірні опитувальники дозволяють визначати одночасно декілька особових особливостей.

2.2 Аналіз і інтерпретація результатів

Дослідження особових особливостей лікарів і медсестер по СБОО показали наступні результати (Табл.1).

По оцінних шкалах

По шкалі щирості – L

високі показники – 13 осіб (44%)

середні показники – 10 осіб (33%)

низькі показники – 13 осіб (25%)

По шкалі достовірності – F

високі показники – 25 осіб (83%)

середні показники – 5 осіб (17%)

низькі показники – ні

По шкалі корекції – К

високі показники – 23 особи (77%)

середні показники – 5 осіб (16%)

низькі показники – 2 особи (7%)

Таблиця 1

Результати дослідження особових особливостей по СБОО

№	Стаж	Вік	L	F	K	1	2	3	4	6	7	8	9
1.	3 р.	20	0	0	3	10	11	13	12	7	16	15	6
2.	4 р.	26	1	1	6	10	5	13	7	4	13	13	7
3.	4 р.	25	0	1	4	6	2	9	10	6	12	13	7
4.	6 р.	29	0	1	6	6	5	7	7	2	10	11	3
5.	4 р.	27	1	3	5	7	3	10	5	5	11	11	5
6.	3 р.	24	0	0	7	9	9	8	11	7	14	15	8
7.	20 р.	48	0	0	8	6	5	9	10	3	14	14	9
8.	3 р.	26	2	3	7	5	4	4	11	2	10	11	6
9.	6 р.	26	1	2	8	5	4	5	7	1	8	9	6
10.	27 р.	50	1	1	6	7	7	7	12	4	9	11	5
11.	1 р.	18	0	2	10	7	3	8	8	2	13	12	6
12.	10 р.	30	0	1	7	10	8	11	11	9	17	17	17
13.	6 р.	26	2	1	7	5	5	11	6	5	12	10	6
14.	6 р.	30	0	1	8	12	11	17	13	6	20	19	8
15.	5 р.	34	0	1	7	7	2	8	9	4	15	14	9
16.	12 р.	29	1	1	9	7	9	9	11	1	16	5	5
17.	18 р.	38	1	0	11	11	9	14	12	3	16	14	7
18.	8 р.	27	2	2	8	6	5	9	10	4	11	13	4
19.	30 р.	50	1	2	7	7	7	7	9	5	13	13	6
20.	10 р.	29	0	3	10	8	6	9	10	4	16	15	5
21.	8 р.	35	1	0	9	7	8	10	14	8	17	16	7
22.	14 р.	34	2	1	8	5	2	7	7	3	10	12	6
23.	12 р.	30	0	0	4	13	12	15	11	5	16	16	9
24.	15 р.	34	0	2	8	8	9	12	12	6	18	14	6
25.	12 р.	30	2	3	7	6	5	7	7	4	11	11	6
26.	12 р.	21	0	0	2	6	7	8	7	8	13	14	9
27.	7 р.	25	1	2	5	10	7	10	11	6	15	15	10
28.	7 р..	25	2	1	6	7	6	7	8	4	15	11	7
29.	7 р.	25	1	3	7	6	7	9	12	5	11	13	7
30.	7 р.	25	2	1	11	8	4	10	9	2	12	12	4

За цими даними можна зробити такий висновок, що випробовувані відповідали достатньо щиро і неусвідомлено контролювали свою поведінку під час тестування, і отримані показники можна вважати достовірними.

По базисних шкалах

I шкала - невротичний сверхконтроль (іпохондричність)

високі показники – 10 осіби (33%)

середні показники – 9 осіб (30%)

низькі показники – 11 осіб (37%)

II шкала - депресія

високі показники – 3 осіби (1%)

середні показники – 11 осіб (37%)

низькі показники – 16 осіб (62%)

III шкала - емоційна мобільність (істерія)

високі показники – 13 осіб (44%)

середні показники – 10 осіб (33%)

низькі показники – 7 осіб (23%)

IV шкала - соціальна дезадаптація (психопатія)

високі показники – 17 осіб (57%)

середні показники – 10 осіб (33%)

низькі показники – 13 осіб (10%)

VI шкала - афектна фригідність (паранойя)

високі показники – 3 особи (10%)

середні показники – 22 особи (73%)

низькі показники – 5 осіб (17%)

VII шкала - тривога

високі показники – 24 особи (80%)

середні показники – 4 особи (13%)

низькі показники – 2 особи (7%)

VIII шкала - індивідуалістичність

високі показники – 20 осіб (67%)

середні показники – 9 осіб (30%)

низькі показники – 1 особа (3%)

IX шкала - оптимізм

високі показники – 10 осіб (33%)

середні показники – 17 осіб (57%)

низькі показники – 3 особи (10%)

З цих даних в групі досліджуваних виділялися домінуючі шкали 3, 4, 7, 8, що указує на вираженість нестійкості фону настрою, схильності до драматизації подій, чутливості, можливе виявлення таких рис, як імпульсна, конфліктність, агресивність, тривожність, індивідуалістичність.

З середніми значеннями переважають шкали 6 і 9. Вони реєструють такі властивості, як зацикленість на негативних переживаннях, образливість, схильність до прямоти в спілкуванні, практичність, оптимізм.

Не властиві даній групі (шкали 1 і 2) схильність до контролю своїх емоцій, орієнтація в поведінці на традиції, загальновизнані норми, депресія, песимістична, пригніченість власним положенням.

Діагностика психічних станів по шкалі самооцінки і оцінки тривоги Ч.Д.Спілбергера, Ю.Л.Ханіна.

Реактивна тривожність (рівень тривожності в даний момент) і особова тривожність (як стійка характеристика людини)

Таблиця 2.

Результати оцінки рівня тривожності, депресії і стресу (при t=0,05)

№	Стаж	Вік	Реактивна тривожність	Особова тривожність	Депресія	Стрес професійний
1.	3 р.	20	54	63	53	32
2.	4 р.	26	31	52	35	14
3.	4 р.	25	23	34	28	19
4.	6 л.	29	40	44	31	14
5.	4 р.	27	27	45	39	17
6.	3 р.	24	28	42	34	26
7.	20 л.	48	27	44	40	26
8.	3 р.	26	11	38	25	14
9.	6 л.	26	12	28	26	12
10.	27 л.	50	42	44	37	24
11.	1 р.	18	24	34	34	31
12.	10 л.	30	21	41	33	20
13.	6 л.	26	21	42	42	13
14.	6 л.	30	26	52	21	24
15.	5 л.	34	21	41	31	16
16.	12 л.	29	15	40	27	23
17.	18 л.	38	35	47	48	32
18.	8 л.	27	27	48	30	20
19.	30 л.	50	45	43	20	18
20.	10 л.	29	28	50	39	17
21.	8 л.	35	40	52	44	21
22.	14 л.	34	17	41	28	14
23.	12 л.	30	30	52	53	33
24.	15 л.	34	28	49	44	33
25.	12 л.	30	14	34	33	20
26.	12 л.	21	31	47	32	23
27.	7 л.	25	29	51	53	37
28.	7 л.	25	17	42	32	39
29.	7 л.	25	32	52	40	23
30.	7 л.	25	13	36	31	15

Результати оцінювалися за трьома параметрами.

Реактивна тривожність

низька – 20 осіб (67%)

помірна – 8 осіб (26%)

висока – 2 осіб (7%)

Особова тривожність

низька – 1 особа (3%)

помірна –14 осіб (47%)

висока – 15 осіб (50%)

В групі досліджуваних переважає низька реактивна тривожність і висока особова тривожність. Низька реактивна тривожність вимагає підвищення уваги до мотивів діяльності і підвищення відчуття відповідальності. Висока особова тривожність припускає схильність до появи стану тривоги у людини в ситуаціях оцінки його компетентності.

По шкалі депресії характеризуються стани

без депресії – 27 осіб (90%)

легка депресія – 3 особи (10%)

Дані цієї шкали повністю співпадають з результатами 2 шкали СБОО, і підтверджує відсутність депресії в групі випробовуваних.

По шкалі професійного стресу

стрес не є проблемою – 7 осіб (23%)

помірний рівень стресу – 16 осіб (54%)

стрес як проблема – 7 осіб (23%)

В даній групі переважає помірний рівень стресу для зайнятого багатопрацюючого професіонала, проте, потрібно якомога розумно зменшити стрес.

За методикою "Емоційного вигоряння" В.В.Бойко

Таблиця 3

Результати досліджень ступеня емоційного вигоряння у медичних працівників (при t=0,05)

№	А	В	Г	Д	Е	Ж	З	І	К	Л	М	Н	І ф.	ІІ ф.	ІІІ ф
1	28	8	5	15	28	7	2	17	15	18	18	15	57	54	66
2	22	11	8	12	11	10	17	15	11	19	23	4	53	53	57
3	22	6	3	3	12	17	10	8	11	12	10	10	34	47	43
4	24	15	2	6	15	5	5	10	8	16	15	7	47	35	46
5	15	3	0	11	0	5	10	3	5	0	5	10	29	18	20
6	27	5	10	10	28	7	8	12	18	13	23	15	52	55	69
7	9	8	5	18	23	23	7	23	31	13	18	13	40	76	75
8	2	0	0	3	10	7	5	10	0	15	5	10	5	32	20
9	5	8	5	0	20	15	0	8	10	12	18	7	18	43	47
10	7	2	0	0	21	25	14	20	16	13	8	12	9	80	49
11	20	5	0	5	23	15	12	23	18	20	13	15	30	73	66
12	9	3	1	15	12	5	19	11	5	10	8	10	28	47	33
13	9	5	4	3	18	17	3	12	15	2	0	10	21	50	27
14	30	0	10	8	18	20	6	19	5	7	18	5	48	63	35
15	7	3	6	3	18	7	9	12	8	18	5	8	19	46	39
16	10	5	8	5	13	20	4	25	18	17	15	7	28	62	57
17	27	13	13	26	18	5	24	18	23	10	23	15	79	65	71
18	17	6	10	0	2	13	2	5	8	13	0	5	33	22	26
19	24	8	5	3	3	12	3	10	0	10	5	12	40	28	27
20	19	0	2	11	15	22	20	13	13	7	0	10	32	42	30
21	10	0	0	3	12	8	10	10	10	18	5	0	13	40	33
22	5	0	0	0	15	8	17	17	15	12	0	9	5	57	36
23	24	10	1	15	21	10	24	22	31	12	23	20	50	77	86
24	9	8	1	7	28	15	2	10	12	10	18	7	25	55	47
25	23	17	17	22	15	15	3	15	14	12	0	9	79	48	35
26	19	8	3	17	23	2	3	20	12	13	10	13	47	48	48
27	22	0	6	16	24	15	12	22	10	15	15	25	44	73	65
28	26	6	5	3	15	7	13	10	10	18	21	25	40	45	74
29	37	3	1	11	18	17	2	20	2	7	5	7	52	57	21
30	4	3	0	3	23	10	2	8	7	3	10	3	10	43	23

Таблиця 4

Аналіз рівнів розвитку СЕВ у випробовуваних

Симптом	Стадії формування					
	відсутній		формується		сформувався	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
А	9	30	7	23	14	47
В	25	83	5	17	–	–
Г	24	80	6	20	–	–
Д	17	57	11	37	2	6
Е	3	10	16	54	11	36
Ж	12	40	13	43	5	17
З	16	54	2	6	12	40
І	4	13	18	60	8	27
К	9	30	19	64	2	6
Л	6	20	23	77	1	3
М	13	43	12	40	5	17
Н	11	36	16	54	3	10

Сформувався симптом А

формується – Е, Ж, І, К, Л

відсутній – В, Г, Д

домінує – ІІ фаза

Проаналізувавши ці дані, можна зробити такий висновок по ″Емоційному вигорянню″. В групі досліджуваних сформувався симптом А – переживання психотравмуючих обставин. Він виявляється усвідомленням психотравмуючих

чинників професійної діяльності, які важко або зовсім зовсім не піддаються усуненню. Наростає роздратування, виливаючись у відчай і обурення. Нерозв'язність ситуації приводить до розвитку інших явищ ″вигоряння″.

Формується симптом

- Е – неадекватне виборче реагування
- Ж – емоційно-етична дезорієнтація
- І – редукція професійних обов'язків
- К – емоційний дефіцит
- Л – емоційна відчуженість
- З – розширення сфери економії емоцій

Їх прояви відображаються на неадекватній економії емоцій, професіонал обмежує емоційну віддачу за рахунок вибіркового реагування в ході робочих контактів. Діє принцип ″хочу – не хочу″; „визнаю потрібним – надам увагу даному партнеру", „буде настрій – відгукнуся на його стан і потреби". Самій же людині здається, що він поступає належним чином, проте суб'єкт спілкування фіксує інше - емоційну черствість, нечемність, байдужість. В спілкуванні з рідними, приятелями, знайомими, на роботі, втомившися від контактів, розмов, професіоналу не хочеться спілкуватися навіть з близькими, замикаєтеся, можна сказати, що вони пересичені людськими контактами і переживають симптом ″отруєння людьми″.

Ці симптоми виявляються в спробах полегшити або скоротити обов'язки, які вимагають емоційних витрат. Внаслідок чого до професіонала приходить відчуття, що емоційно він вже не може допомагати суб'єктам своєї діяльності. Не в змозі увійти до їх положення, брати участь і співпереживати. Реагування без відчуттів і емоцій – найяскравіший симптом ″вигоряння″. Він свідчить про професійну деформацію особи і завдає збитку суб'єкту спілкування. Партнер переживає проявленій до нього байдужість і може бути глибоко травмований.

Відрадно те, що практично відсутні симптоми В, Г, Д:

- В – незадоволеність собою
- Г – загнана в клітину
- Д – тривога і депресія

Це говорить про те, що тут дійсно працюють люди своєї справи, що вони не випадкові в цій професії і задоволені нею.

По фазах ″Емоційного вигоряння″ складається така ситуація:

I відсутнє – 12 осіб (40%)
формується – 16 осіб (44%)
сформувалося – 2 особи (6%)

II відсутнє – 2 особи (6%)
формується – 20 осіб (67%)
сформувалося – 8 осіб (27%)

III відсутнє – 6 осіб (20%)
формується – 16 осіб (53%)
сформувалося - 8 осіб (27%)

Ця ситуація констатує, що більший відсоток випробовуваних знаходиться в II-ой фазі - резистентності (″опору″). Фактично опір наростаючому стресу починається з моменту появи тривожної напруги. Це природно: людина усвідомлено або несвідомо прагне психологічного комфорту, понизити тиск зовнішніх обставин за допомогою є в його розпорядженні засобів.

ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

Проаналізувавши отримані результати, ми бачимо, що більшість випробовуваних знаходиться в другій фазі ″Емоційного вигоряння". Для них найбільш характерні риси емоційної лабільності, істерії, психостеничні риси характеру, такі як тривожність, недовірливість та індивідуалістичність. У них підвищена особова тривожність, помірний рівень стресу не є проблемою. У осіб, що знаходяться в III фазі (їх менше в 2 рази, ніж в I фазі), дослідження показують, що переважає невротичний сверхконтроль, він проявляється в схильності до контролю своїх емоцій, орієнтації в поведінці на традиції: загальновизнані норми, схильність до перебільшення тяжкості свого стану. Також характерними є риси емоційної лабільності, істерії, психостенії і індивідуалістичності. У цих людей яскраво виражена реактивна тривожність, яка направлена на діяльність, а рівень стресу вище помірного, що становить певну проблему.

Незначне число осіб, що знаходяться в I фазі, характеризує така особливість, як поєднання імпульсивності і конфліктності разом з емоційною лабільністю. Особова тривожність підвищена, стрес має помірний рівень і не є проблемою.

У всіх фазах має місце стрес, але для осіб, що знаходяться в III фазі, стрес виникає частіше і представляє проблему, тому і очевидна необхідність коректувальних дій. Це серйозний привід для ретельного аналізу професійного життя.

Розглянувши супутні риси для кожної фази емоційного вигоряння, ми бачимо, що гіпотеза, висунута спочатку роботи, підтверджується. Дійсно, особові особливості медпрацівників є внутрішніми чинниками, сприяючими виникненню і формуванню синдрому ″Емоційного вигоряння".

На основі отриманих результатів дослідження, можна розробити модель особових якостей для професії медпрацівника.

Виявлені особливості особи, що ведуть до її деформації - це емоційна лабільність, що характеризується нестійкістю фону настрою, схильністю до драматизації подій, демонстративністю, егоцентризмом, істерією; психостенічні риси характеру, які проявляються тривожністю і недовірливістю, а так само і імпульсивністю, конфліктністю і агресивністю.

Щоб професіонал не деформувався, йому необхідно мати якості особи, прямо протилежні тим, що ведуть до її деформації.

Отримані результати підтверджують гіпотезу: особові особливості медпрацівників є внутрішніми чинниками, сприяючими виникненню і формуванню симптомів емоційного вигоряння, і висувають наступні проблеми:

1. Проблема профілактики особових деформацій (внутрішній чинник).

2. Створіння умов для запобігання або зниження особової деформації (зовнішній чинник).

Як зовнішні умови лежать вимоги ергономіки до організації робочого часу і режиму професійної діяльності. Це є задачею адміністрації. А для створення внутрішніх чинників як профілактика негативних особових професійних змін необхідно сформувати у майбутніх професіоналів (студентів) механізми свідомого збереження здоров'я і свідомого захисту.

Одним з підходів в рішенні цієї проблеми може бути введення в зміст професійної освіти курсу по психічній культурі наступних розділів:

1. Самопізнання

2. Розвиток комунікативних здібностей

3. Оволодіння навиками саморегуляції і самокорекції

Робота лікарів-анестезіологів-реаніматологів і медсестер-анестезистів пов'язана з численними переживаннями і нервовими потрясіннями. Це нерідко призводить до стресових станів і навіть неврозів. Адже робота у цих людей,

прямо скажемо, важка – цілодобово вони знаходяться з важко і смертельно хворими людьми, не зважають на свої сили, здоров'я, роблять все можливе, а іноді і неможливе, щоб зберегти або хоча б продовжити людям життя. Важко при цьому залишатися здоровою людиною. Важко, але необхідно.

Для цього потрібно уміти відноситися до життя спокійніше, уміти внутрішньо розслаблятися, знімаючи напругу, прагнути уникати хвилювань, не звертати уваги на дурниці і не сприймати драматично будь-які невдачі. Розумно чергувати нічні чергування, повноцінно відпочивати, виїжджати загород - спілкування з природою приносить заряд бадьорості, відвідувати театри, виставки і інші культурні заходи, що збагатить ваш духовний світ і поповнить ваш потенціал енергії. І тоді вдасться зберегти спокій і врівноваженість.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине. – М. - 1998.
2. Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. М., 2002.
3. Алиев Х. Защита от стресса. - М. - 1996.
4. Асмолов А. Г. Психология личности. М., 1990.
5. Березин Ф. Психологическая и психофизическая адаптация человека. - Л. - 1988.
6. Бенджамин Колодзин. Как выжить после психической травмы. Перевод с английского Савельевой. М. - 1999
7. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений; Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы.-М.: Прогресс, 1988.-С.277-283, 380.
8. Большая Медицинская Энциклопедия - Советская Энциклопедия, Москва, 1983г.
9. Брей Р. Как жить с собой и миром. - М. - 1992.
10. Василюк Ф. Е. Психология переживания. М., 2003.
11. Гамезо М.В., И.А.Домашенко, Атлас по психологии, 3-е издание, Москва, 1999,
12. Годфруа Ж. Что такое психология, М., 1996.
13. Грановская Р. Элементы практической психологии. - С.П. - 1997.
14. Гримак Л.П. Резервы человеческой психики: Введение в психологию активности. – М.: Политиздат, 1999.
15. Губачёв Ю. М., Иовлев Б. В., Карвасарский Б. Д. и другие. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. Л., 2002.
16. Кижаев-Смык Л.А. Психология стресса: Издат. Наука. Москва 2003.
17. Колодзин Б. Как жить после психологической травмы. - М. - 1993.

18. Кон И. С. Социология личности. М., 2002.
19. Кон И. Социология личности. – М. - 1967.
20. Кондрашенко В. Донской Д. Общая психотерапия. – М. - 1997.
21. Краткий психологический словарь. – Р-н/Д. - 1998.
22. Курс практической психологии или как научиться работать и добиваться успеха. – Ижевск. - 1996.
23. Лабунская В.А. Невербальное поведение. - Р. - 1986.
24. Линдеман Х. Аутогенная тренировка. Путь к восстановлению здоровья и работоспособности. – М. - 1980.
25. Майср Д. Социальная психология. - С.-П. - 1999.
26. Маклаков А.Г. – Общая психология, СПБ, 2003.
27. Менделевич В. Клиническая медицинская психология. - М. - 1960.
28. Немов Р.С. Психология том 1, М., 1999.
29. Общая психология. Учебн. пособие для пед. ин-тов. Под ред. проф. А.В. Петровского - М.: Просвещение, 1970
30. Общая психология: Учебное пособие для студентов пед. институтов. Богословский В.В., Стеканов А.Д., Виноградова и др. – 3-е изд. перераб. и доп. – М.: Просвещение 2001.
31. Пауэлл Т., Дж. Пауэлл Психотренинг по методу Хосе Сильва, С-П.: Питер, 2002.
32. Психология. Учебник./Под редакцией А.А. Крылова. – М.: Проспект, 2000.
33. Психологический словарь. - М. - 1998.
34. Рогов Е. Настольная книга практического психолога. - М. -1998.
35. Рубинштейн С. Основы общей психологии. - С.П. - 1999.
36. Рутман Э.М. Как преодолеть стресс, М.: ТОО ТП, 2000.
37. Селье Г. Стресс без дистресса. – М. - 1982.
38. Селье Г. Стресс без дистресса. Москва Прогресс 2002.

39. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. - М. - 1960.
40. Селье Г.. Стресс без болезней. - Спб, ТОО Лейла, 2003.
41. Столяренко. Основы психологии, 2000.
42. Стресс жизни. составители Л.Попова, В. М.Соколов. - 1996.
43. Судаков К. В. Системные механизмы эмоционального стресса. М., 2001.
44. Столяренко Л. Основы психологии. - Р.н/Д. - 1997.
45. Теппервайн К. Как противостоять превратностям судьбы. - С.-П.-1996.
46. Турачев Ю., Иовлев Б. и др. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. – М. - 1976.
47. Тригранян Р.А. Стресс и его значение для организма (отв. ред. навст. предисл. О.Г. Газенко. – М.: Наука, 2000.
48. Хьелл Л., Зинглер Теории личности. - С.-П. - 1999.