

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ
ТАРАСА ШЕВЧЕНКА
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ РОЗВИТКУ**

**ДИПЛОМНА РОБОТА
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СИНДРОМУ
ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня «Бакалавр»
з напрямку 053 «Психологія»

Студентки ОР Бакалавр
4 курсу, 2 групи

Маркової Єлени Володимирівни

Науковий керівник:

кандидат медичних наук,
доцент кафедри психології розвитку

Прокопович Євгеній Михайлович

Робота захищена _____ 2022 р.

Допустити до захисту в ДЕК №2

Кафедра психології розвитку

Протокол №__ від ____

Завідувач кафедри:

Кандидат медичних наук,

Доцент кафедри психології розвитку

Прокопович Євгеній Михайлович

(підпис)

Київ-2022

ЗМІСТ

ВСТУП		2
РОЗДІЛ 1	ТЕОРЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ДОСЛІДЖЕННЯ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	3
	1.1. Концептуальні передумови виникнення теорії синдрому емоційного вигорання	3
	1.2. Синдром емоційного вигорання: підходи до вивчення	8
	1.3. Психотерапевтичні версії емоційного вигорання	21
	Висновки до розділу 1	30
РОЗДІЛ 2	ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ СИНДРОМУ «ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ» У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	32
	2.1 Підходи до дослідження емоційного вигорання медичних працівників	32
	2.2 Організація та проведення дослідження	36
	2.3 Аналіз та інтерпретація отриманих результатів дослідження синдрому емоційного вигорання медичних працівників	45
	Висновки до розділу 2	67
РОЗДІЛ 3	ІНТЕГРАЛЬНА МОДЕЛЬ ДІЯЛЬНОСТІ ПСИХОЛОГА В РОБОТІ ІЗ СИНДРОМОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ В МЕДИЧНІЙ УСТАНОВІ	70
	3.1 Діяльність психолога з поліпшення психолого–соціального клімат в медичній установі	70
	3.2. Програма тренінгу: «Профілактика та корекція синдрому емоційного вигорання медичних працівників»	74
	3.3. Аналіз результатів впровадження програми тренінгу «Профілактика та корекція синдрому емоційного вигорання медичних працівників»	89
	Висновки до розділу 3	96
ВИСНОВКИ		99
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ		105

ВСТУП

Інтенсифікація життя, соціально-політичні та соціально-економічні зміни, які відбуваються в Україні сьогодні, висувають до працівників медичних установ нові, більш складні вимоги, що, безумовно, впливає на психологічний стан працівників, обумовлює виникнення емоційного напруження, розвиток значної кількості професійних стресів. Особливо яскраво вплив стресів проявляється у лікувальній діяльності, через перенасиченість її такими стресогенами, як: відповідальність за відновлення здоров'я хворих, активна міжособистісна взаємодія, підвищена емоційна напруженість, недостатня соціальна оцінка тощо.

Одним із найважчих наслідків довготривалого професійного стресу є синдром “професійного вигорання” [88, 101].

Актуальність дослідження. Специфіка психологічних проблем професіоналізації медичного працівника визначається не тільки необхідністю освоєння ним професійного досвіду в нових соціально-економічних умовах, але й у цілеспрямованому формуванні відповідних знань, умінь і особистісних якостей, необхідних для подолання різноманітних об'єктивних і суб'єктивних труднощів професії [112].

Проблема синдрому вигорання досліджена в роботах К. Р. Маслач, В. Е. Орла, Г. А. Робертса, Т. І. Рогинської, И. Н. Шаталової. Емоційне вигорання являє собою придбаний стереотип емоційної, найчастіше професійної, поведінки. «Вигорання» почасти функціональний стереотип, оскільки дозволяє людині дозувати й економно витратити енергетичні ресурси. У той же час, можуть наступати його дисфункціональні наслідки, коли вигорання негативно позначається на виконанні професійної діяльності [58].

Розвитку синдрому емоційного вигорання передуює період підвищеної активності, коли людина повністю поглинена роботою, відмовляється від потреб, з нею не зв'язаних, у результаті цього наступає емоційне виснаження – „афективний” фактор (відноситься до сфери скарг на погане фізичне самопочуття, нервову напругу). „Установчий” фактор – деперсоналізація

проявляється у зміні ставлення до пацієнтів і до себе. Взаємовплив факторів визначає динаміку розвитку процесу вигорання [32; 33].

Термін «емоційне вигорання» запровадив американський психіатр Х. Дж. Фрейденберг (1974) для характеристики психологічного стану здорових людей, що перебувають в інтенсивному й тісному спілкуванні із клієнтами, пацієнтами та в емоційно насиченій атмосфері при наданні професійної допомоги [83].

Аналіз літератури свідчить, що проблема синдрому “професійного вигорання” знайшла своє відображення у роботах зарубіжних і вітчизняних вчених присвячених змісту та структурі цього синдрому (М.Буриш, Г.Діон, Л.М.Карамушка, Н.О.Левицька, Г.В.Ложкін, М.П.Лейтер, С.Д.Максименко, Л.Малець, Е.Махер, В.Є.Орел, М.Л.Смульсон, Т.В.Форманюк, Х.Дж.Фрейденбергер, У.Б.Шуфелі та ін.), а також методам його діагностики (В.В.Бойко, Н.Є.Водоп'янова, С.Джексон, К.Маслач, Т.І.Ронгинська, О.С.Старченкова та ін.).

Однак проблема вивчення психологічних особливостей синдрому емоційного вигорання у медичних працівників вивчена не достатньо, що обумовлює актуальність теми нашої роботи «Психологічні особливості синдрому емоційного вигорання у медичних працівників».

Об'єкт дослідження – емоційна сфера особистості медичних працівників.

Предмет дослідження – психологічні особливості синдрому «емоційного вигорання» у медичних працівників.

Мета роботи – дослідження психологічних особливостей прояву емоційного вигорання медичних працівників (зв'язок із гендерними та соціально-демографічними чинниками).

Припущення дослідження: синдром «емоційного вигорання» або його окремі симптоми притаманні особистості медичного працівника залежать від його індивідуально-типологічних особливостей та специфіки професійної

діяльності, що надає можливість скорегувати це явище за допомогою психологічного втручання.

У відповідності з метою визначено наступні *завдання дослідження*:

1. Дослідити психологічні особливості синдрому “професійного вигорання”, як одного з наслідків хронічного професійного стресу у медичних працівників.

2. Виявити основні прояви синдрому “професійного вигорання” у медичних працівників та розглянути зв’язок їх із гендерними та соціально-психологічними чинниками його виникнення.

3. Розробити інтегральну модель діяльності психолога із профілактики та подолання синдрому “емоційного вигорання” у медичних працівників.

Методи дослідження. Теоретичні (аналіз проблеми на базі психологічної та управлінської літератури, синтез, порівняння, узагальнення, систематизація); емпіричні (особистісні опитувальники, анкетування, спостереження); методи математичної статистики.

Організація дослідження. У нашому дослідженні брали участь медичні працівники в кількості 60 осіб – 30 медичних сестер і 30 лікарів-чоловіків зі стажем роботи 5 та більше років.

Експериментальна база дослідження. Дослідження проводилося в медичних закладах міста Києва.

Практичне значення роботи полягає в тому, що отримані в нашому дослідженні дані можуть будуть використані в системі вузівської та післядипломної освіти для підготовки: майбутніх та реально працюючих медичних працівників з метою профілактики та подолання синдрому “емоційного вигорання”; практичних психологів до надання допомоги медичного працівникам та керівникам медичних закладів з проблеми “професійного вигорання”.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що налічує 111 найменувань. Основний зміст дипломної роботи викладений на 125 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ДОСЛІДЖЕННЯ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

1.1 Концептуальні передумови виникнення теорії синдрому емоційного вигорання

Історичний екскурс в проблему вигорання торкається ранніх праць, в яких власне термін вигорання не фігурує, але психологічні стани та психогенні розлади, які в них описуються, за своєю суттю відображають сучасне розуміння феномену.

Загалом, термін “вигорання” (англ. - “burnout”) вперше в психологічному його розумінні з’явився в 30-х роках минулого сторіччя. Під цим явищем спортсмени розуміли стан виснаження, коли після тривалих тренувань та успішних виступів атлети не могли продовжувати і надалі брати участь у змаганнях.

К. Хорні, досліджуючи різні форми невротичних порушень особистості, виділила особливу групу *невротичних порушень, пов’язаних з роботою*. Аналізуючи психологічну суть цих порушень, дослідниця писала про різні рівні їх прояву: усвідомлюваний та неусвідомлюваний. Описуючи неусвідомлюваний рівень невротичних порушень вона зазначала: “...багато які (невротичні порушення) відображаються на якості виконуваної роботи чи її продуктивності. Інші виражаються в різних видах психічного дистресу, пов’язаного з роботою, наприклад, незвичним напруженням, втомою, виснаженням, страхом, панікою, дратівливістю...” [67].

На початку 60-х років минулого сторіччя активно велись дискусії, які стосувалися так званої “*депресії виснаження*”, в анамнезі якої головним чином фігурували фізичні, а точніше, психосоматичні болі. Причинами цієї форми депресії автори П. Кільхольц та Р. Бек, які її вперше описали в 1964 році, називають конфлікти на роботі, фінансові проблеми, подвійне навантаження на роботі та вдома (особливо це стосується жінок). Депресія виснаження в своїй динаміці проходить три фази: гіперестетично-астетичну (характеризується надмірною сприйнятливістю, роздратуванням, швидкою стомлюваністю), психосоматичну та власне депресивну [38]. Та з появою перших наукових описів синдрому емоційного вигорання дискусії про депресію виснаження припинилися.

Інша лінія теоретичних досліджень, які стали коренями в концептуальному дереві феномену синдрому емоційного вигорання, пов'язана з проблематикою адаптаційних можливостей психіки та організму.

Поняття “адаптація” – одне з ключових в науковому дослідженні живих організмів, оскільки саме механізми адаптації, вироблені в результаті тривалої еволюції, забезпечують можливість існування організму в умовах середовища, що постійно змінюються. Великий французький фізіолог Клод Бернар у другій половині XIX ст. вперше чітко вказав, що внутрішнє середовище (фр. – “*milie interieur*”) живого організму повинно зберігати постійність при будь-яких коливаннях зовнішнього середовища. Він усвідомив, що саме постійність внутрішнього середовища слугує умовою вільного та незалежного життя [22].

Психічна адаптація визначається як процес встановлення оптимального співвідношення особистості та оточуючого середовища в ході здійснення властивої людині діяльності [4]. Це дозволяє індивідууму задовольняти актуальні потреби та реалізовувати пов'язані з

ними значущі цілі (при збереженні психічного та фізичного здоров'я), забезпечуючи водночас відповідність психічної діяльності людини, її поведінки вимогам середовища.

Вивчення адаптаційних процесів тісно пов'язане з уявленнями про емоційне напруження та стрес. Концепція стресу виникла та розвивалась у зв'язку з описаними загальними закономірностями процесу адаптації.

Праці Г. Сельє, присвячені адаптації організму, його концепція загального адаптаційного синдрому знайшли великий резонанс серед медиків, фізіологів, психологів. Він розглядав стрес як неспецифічну відповідь організму на будь-яку пред'явлену йому вимогу. Причому, з точки зору стресової реакції, не має значення приємна чи неприємна ситуація, з якою ми стикнулися. Має значення лише інтенсивність потреби в перебудові чи в адаптації [60; 61; 62].

Ідея концепції загального адаптаційного синдрому зародилася у Г. Сельє під час роботи у медичній працівникні. Спостерігаючи за хворими, він помітив, що незалежно від того, чим хворіє людина, реакція на різні хвороби відбувається за загальною схемою, яку він назвав *загальним адаптаційним синдромом* або синдромом біологічного стресу [62]. Г. Сельє виділив в ньому 3 стадії:

1. Реакція тривоги. Організм змінює свої характеристики. Якщо стресор сильний, то настає смерть.

2. Фаза опору. Якщо дія стресору сумісна з можливостями адаптації, організм чинить опір. Ознаки реакції тривоги практично зникають, рівень опору значно підвищується.

3. Фаза виснаження. Після тривалої дії стресору, до якого організм пристосувався, поступово виснажуються запаси адаптаційної енергії. Знову з'являються реакції тривоги, вони незворотні, організм гине.

Т.В. Форманюк нагадує про схожість терміну вигорання в його англійському еквіваленті – “burnout” та психіатричного терміну “burn out”, під яким розуміються залишкові явища шизофренії [69].

Особливими за своїм значенням є праці, які свідчать про те, що питання про зв'язок емоційного вигорання та робочого стресу є невирішеним. Так, С. Осипов та А. Спокейн говорять про те, що стрес стає негативним та виявляється у напруженні, якщо індивід не в змозі його долати та відновлювати стабільність. А тривала нестабільність чи напруга викликають негативні наслідки, одним з яких є "емоційне вигорання" [65]. Та все ж, незважаючи на сумніви цих авторів, питання про місце синдрому "емоційного вигорання" серед інших психічних порушень та психогенних розладів на сьогоднішній день є вирішеним. Керуючись Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ – 10) можна говорити про те, що вигорання є синдромом з притаманною йому специфічною групою симптомів [58].

Нині вивчення синдрому вигорання проводиться в кількох напрямках. Перший з них пов'язаний з проблемою структури та динаміки синдрому. Другий – з проблемою психологічних та непсихологічних чинників синдрому "емоційного вигорання". Третій – з проблемою наслідків синдрому. І четвертий пов'язаний з проблемою, яка має науково – прикладне значення – проблемою психопрофілактики та корекції.

1.2. Синдром емоційного вигорання: підходи до вивчення.

Проблема вивчення синдрому вигорання з позицій трикомпонентної теорії К. Маслач. К. Маслач, яка нині є провідним дослідником проблем, пов'язаних із синдромом "емоційного вигорання", описала його як стан, що виникає у людей, праця яких так чи інакше потребує постійного прямого контакту з реципієнтами: здоровими людьми, пацієнтами, дітьми, засудженими та іншими. Діяльність цих професіоналів є різною, але їх об'єднує близький контакт з людьми, який часто досить важко підтримувати тривалий час внаслідок значної емоційної навантаженості. Вони починають говорити про емоційне виснаження [43].

До речі, К. Маслач стала автором однієї з перших наукових праць, присвячених вигоранню, і найвідоміша нині концепція синдрому

"емоційного вигорання" також належить їй. Трикомпонентна структура синдрому була запропонована К. Маслач у 1982 році [43]. Ця концепція стала методологічним підґрунтям для багатьох зарубіжних дослідників. Пізніше К. Маслач розробила авторський опитувальник для вимірювання синдрому "емоційного вигорання" [43] (рис. 1.1).

Отже, на думку американської дослідниці, "емоційне вигорання" є синдромом, що включає в себе три складові: емоційне виснаження, деперсоналізацію, редукцію професійних досягнень.

Під *емоційним виснаженням* розуміється стан емоційного спустошення та втоми, викликаного стресом міжособистісних контактів під час виконання професійних обов'язків на роботі.

Деперсоналізація концептуально описується як відповідь на ті аспекти роботи або оточення, що характеризують його як бюрократизоване, безособове, ригідне. Деперсоналізація характеризується цинічністю, відстороненістю по відношенню до організації, де людина працює, та її клієнтів.

Почуття редукції професійних обов'язків описується як впевненість у власній некомпетентності, серцевиною цього компоненту "емоційного вигорання" дослідники називають сприймання власної неефективності [43].

К. Маслач вважає, що така модель найбільш повно характеризує вигорання як синдром та дає широкі можливості дослідникам для його вивчення.

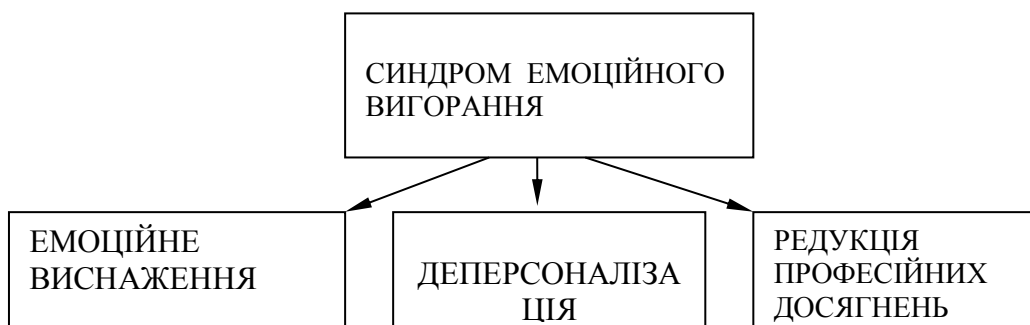


Рис. 1.1. Трикомпонентна модель синдрому емоційного вигорання К. Маслач

Більшість зарубіжних дослідників підтримують трикомпонентну модель синдрому "емоційного вигорання", запропоновану К. Маслач [51]. Але є праці, в яких, зважаючи на високі кореляції між першими двома компонентами "емоційного вигорання" (емоційним виснаженням та деперсоналізацією), пропонуються альтернативні моделі. Так, Р. Бурке, І. Грінглесом та ін. була запропонована двокомпонентна модель "емоційного вигорання" [35], представлена на рисунку (рис. 1.2).

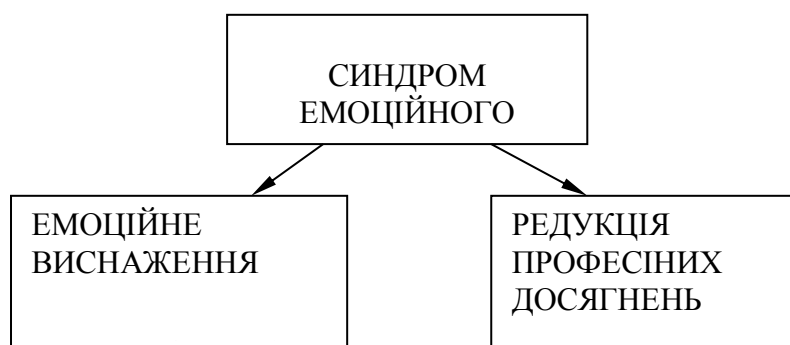


Рис. 1.2. Двокомпонентна модель синдрому емоційного вигорання

На думку П. Гільмонте, така структура обумовлена змістовними характеристиками компонентів "емоційного вигорання". Перший з них включає в себе емоційне виснаження та деперсоналізацію і цей компонент є емоційним. Другий є когнітивним та оцінюється він показником редукції професійних досягнень [12].

У працях Р. Мунзенрідера та С. Мейера припускається, що почуття редукції особистих досягнень у роботі можуть розглядатися не як компонент, а як результат емоційного вигорання [49]. Вони пропонують однокомпонентну модель синдрому.

Для того щоб покласти край цим дискусіям, було проведено спеціальне дослідження, яке підтвердило наукову обґрунтованість трикомпонентної моделі синдрому вигорання К. Маслач [51].

Більшість дослідників погоджуються з тим, що патогенетично синдром "емоційного вигорання" в своєму розвитку проходить низку стадій [72].

Перша модель представлена дослідженнями К. Маслач, М. Лейтер та ін. і має наступний вигляд (рис. 1.3):



Рис. 1.3. Динаміка синдрому емоційного вигорання за К. Маслач

Автори даної моделі так описують послідовність розвитку синдрому "емоційного вигорання". Люди на роботі стикаються з нестримним потоком проблем, що вимагає від них, як професіоналів, відгуку на ці проблеми. Тому поступово вони починають уникати сильного емоційного вникання в проблему, емоційних відповідей на проблему і "непрояв" емоцій набуває характеру своєрідного інструменту, який опановує жорсткий та цинічний спосіб спілкування з клієнтами. Це створює своєрідний емоційний буфер. І, оскільки професіонал віддає менше часу та енергії тим обов'язкам, що стосуються безпосередньо спілкування з клієнтом, він починає переживати почуття професійної неефективності. У них може виникнути почуття невідповідності між тим, як можна добре та ефективно працювати, успішно спілкуватися з людьми, якщо на роботу вони прийшли з іншими думками [47].

Інша модель представлена Р. Голембієвським та Р. Мунзенрідером [19] і має дещо інший вигляд (див.рис. 1.4):



Рис. 1.4. Динаміка синдрому емоційного вигорання за Р. Голембієвським та Р. Мунзенрідером

Згідно позиції цих авторів, відсторонення від своїх функціональних обов'язків – це досить поширене явище в професійній діяльності. Але таке відсторонення прокладає шлях до деперсоналізації та починає впливати на те, як професіонал себе виявляє, виконує роботу. Це, в свою чергу, відбивається на сприйманні власної ефективності та особистих досягнень на роботі. Людина може легко впасти в гнів, дратуватися і почувати себе розбитим, зосереджувати увагу на деталях і бути налаштованим надзвичайно негативно до усіх подій. Тривале повторення таких ситуацій, хронічне переживання редукції своїх професійних вмінь та досягнень призводить до емоційного виснаження. Причому автори роблять наголос саме на хронічності переживання власної ефективності. Саме це тривале почуття може призвести до емоційного виснаження [4].

І третя модель представлена дослідженнями іспанського психолога П.Гільмонте [14] (рис. 1.5).

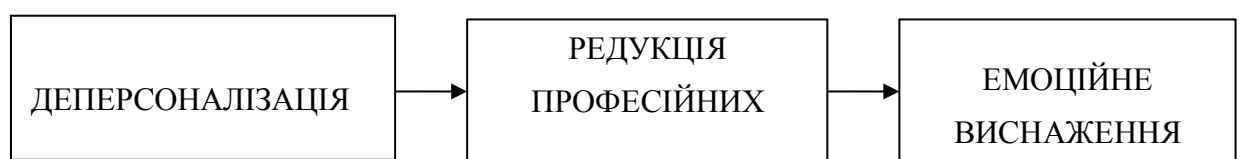


Рис. 1.5. Динаміка синдрому емоційного вигорання за П.Гільмонте

На думку автора, такий взаємозв'язок узгоджується з теорією А.Бандури, який говорить, що те, як суб'єкти оцінюють свої здібності, прямо впливає на їхні емоційні переживання. Крім цього, такий зв'язок впливає із структури самого синдрому емоційного вигорання, що включає когнітивно-оцінну та емоційну складові.

Звичайно, що сьогодні ведуться дискусії щодо справедливості тієї чи іншої моделі, адже правильне розв'язання теоретичного питання про те, що ініціює емоційне вигорання – емоційне виснаження, деперсоналізація чи редукція професійних досягнень, допоможе діагностувати емоційне вигорання на початку його розвитку та обрати адекватні техніки подолання.

Існують праці, присвячені саме з'ясуванню того, яка з моделей є справедливою. В них, наводячи результати емпіричних досліджень, дослідники доводять, що теоретично та емпірично (виходячи із значуще високих кореляційних зв'язків між емоційним виснаженням і деперсоналізацією та низьких зв'язків між професійними досягнення з емоційним виснаженням і деперсоналізацією) модель К.Маслач є науково обгрунтованою [4].

Синдром вигорання як психогенний розлад сучасних жінок в теорії Х. Фрейденбергера. Підхід до вивчення синдрому вигорання, запропонований К.Маслач, є досить популярним, але не єдиним. Дж. Фрейденбергер пропонує свою модель емоційного вигорання, розглядаючи його як проблему сучасних жінок [10]. На його думку, для багатьох жінок стрес та постійний тиск стали настільки звичними для їхнього життя та ролей, що стійке почуття виснаження розуміється як нормальне. Робота, сім'я, діти, коханці, оточення, – все тією чи іншою мірою спричиняє виснаження сил та енергії.

Розвиток емоційного вигорання у жінок Г.Фрейденбергер ілюструє 12-стадійним симптомоциклом (англ. – “The Burnout Symptom Cycle”). Інтенсивність та тривалість кожної стадії залежить від кожної окремої жінки: (рис. 1.6).

Шестифазна концепція синдрому вигорання М.Буріша. В концепції емоційного вигорання М.Буріша, представлений в табл. 1.1, вигорання також розглядається як процес, що складається з низки фаз, для кожної з яких характерні певні симптоми [59] (див. табл. 1.1).



Рис.1.6. 12-стадійний симптомоцикл вигорання за Г.Фрейденбергером

Коментуючи бачення автором даної концепції динаміки вигорання, слід зазначити, що автор розглядає "емоційне вигорання" як патогенетичний процес, що запускається надмірною активністю, залученістю до професійної діяльності, відмовою від власних потреб заради роботи. Оскільки це не може продовжуватись тривалий час, у людини з'являються прояви деперсоналізації, які характерні для другої фази вигорання. Наступні чотири фази описують зміни в емоційній, когнітивній, поведінковій та психосоматичній сферах особистості. Врешті-решт такі зміни призводять до втрати сенсу життя та екзистенційної порожнечі.

Фази розвитку синдрому емоційного вигорання за М.Бурішем

Фаза синдрому емоційного вигорання		Симптоми
1. Попереджувальна фаза	а) надмірна участь	– надмірна участь, почуття незамінності; – відмова від потреб, не пов'язаних з роботою, витіснення невдач та розчарувань; – обмеження соціальних контактів
	б) виснаження	– почуття втоми, безсоння, загроза нещасних випадків
2. Зниження рівня власної участі	а) по відношенню до співробітників, пацієнтів тощо	– втрата позитивного сприймання колег; – перехід від допомоги до нагляду та контролю; – приписування провини за власні невдачі іншим людям; – домінування стереотипів у поведінці по відношенню до співробітників – вияв негуманного підходу до людей
	б) по відношенню до решти оточуючих	– відсутність емпатії, байдужість, цинічні оцінки
	с) по відношенню до професійної діяльності	– небажання виконувати свої обов'язки; – штучне подовження перерв у роботі, запізнення тощо; – акцент на матеріальний аспект при одночасній незадоволеності роботою
	д) зростання вимог	– втрата життєвого ідеалу, концентрація на власних потребах; – почуття переживання того, що інші тебе використовують, заздрощі
3. Емоційні реакції	а) депресія	– постійне почуття провини, зниження самооцінки; – безпідставні страхи, лабільність настроїв, апатія
	б) агресія	– захисні установки, обвинувачення інших, ігнорування своєї участі у невдачах; – відсутність толерантності та здатності до компромісу, підозрілість, конфлікти з оточенням

4. Фаза деструктивної поведінки	a) сфера інтелекту	– зниження концентрації уваги, відсутність здатності до виконання складних завдань; – ригідність мислення, відсутність уяви
	b) мотиваційна сфера	– відсутність власної ініціативи, зниження ефективності діяльності, виконання завдань строго за інструкціями
	c) емоційно-соціальна сфера	– байдужість, уникання неформальних контактів; – відсутність участі в житті інших людей або ж надмірна прихильність до конкретної особи; – уникання тем, пов'язаних з роботою; – самодостатність, самотність, нудьга
5. Психо-соматичні реакції		– зниження імунітету; – нездатність до релаксації у вільний час; – безсоння, сексуальні розлади; – підвищений тиск, тахікардія, головні болі; – залежність від нікотину, кофеїну, алкоголю
6. Розчарування		– негативна життєва установка; – почуття безпорадності та відсутності сенсу життя; – екзистенційний відчай

До речі, сьогодні в наукових колах досить розповсюдженою є думка про те, що вигорання як психічне явище може виникати не лише на індивідуальному, але й на колективному рівні, воно є психологічним досвідом, що включає почуття, відношення, мотиви, очікування та негативні переживання, що підкреслюють дистрес, дисфункцію та негативні наслідки [52].

Структурно-динамічна модель синдрому вигорання В.В.Бойка. Вище описувались підходи до вивчення вигорання, запропоновані зарубіжними вченими.

Вітчизняним дослідником В.В. Бойко запропонована модель емоційного вигорання як психогенного розладу, що виникає та розвивається відповідно до механізму розвитку стресу. Методологічним підґрунтям концепції вигорання В.В. Бойка стало поєднання класичної

теорії загального адаптаційного синдрому, розробленої Г. Сельє, та теорії синдрому вигорання К. Маслач [9].

Емоційне вигорання він визначає як “вироблений особистістю механізм психологічного захисту у формі повного або часткового виключення емоцій (зниження їх енергетики) у відповідь на вибрані психотравмуючі обставини” [9].

В.В. Бойко говорить про те, що емоційне вигорання дозволяє особистості, з одного боку, економити власні енергетичні ресурси (емоційні, інтелектуальні), а з іншого боку – негативно відображається на здоров’ї людини (як соматичному, так і психічному) та її діяльності.

Порівнюючи таке розуміння емоційного вигорання з тим, що запропонувала К. Маслач, можна побачити, що обидва автори говорять про емоційне вигорання як зменшення енергії емоцій в спілкуванні. А якщо згадати Г. Сельє з його концепцією загального адаптаційного синдрому, то можна припустити, що теорія синдрому емоційного вигорання В.В.Бойка є втіленням філософських припущень Г. Сельє, що стосуються стресу життя [62].

Фази розвитку синдрому "емоційного вигорання", запропоновані В. В. Бойком, аналогічні фазам розвитку загального адаптаційного синдрому.

Нервове (тривожне) напруження слугує стартовим механізмом, що запускає формування "емоційного вигорання". Напруження має динамічний характер, що обумовлюється стабільною інтенсивністю чи посиленням стресогенних чинників. Причому в якості останніх виступають як позитивні, так і негативні моменти діяльності, оскільки всі вони вимагають від особистості реакції та адаптації до цих чинників.

Наступною в динаміці "емоційного вигорання" є фаза *резистенції*, або опору психотравмуючим чинникам. Фактично опір зростаючому стресу починається з моменту появи тривожного напруження. Це

природно: людина свідомо чи несвідомо прагне до психологічного комфорту, зниження тиску оточуючих обставин.

Фаза *виснаження* характеризується більш чи менш вираженим падінням загального енергетичного тону та послабленням нервової системи. Емоційний захист у формі “емоційного вигорання” стає невід’ємним атрибутом особистості.

В.В. Бойко вважає, що перехід реакцій з рівня емоцій на рівень психосоматики на останній фазі динаміки говорить про те, що емоційний захист у формі синдрому вигорання самостійно вже не справляється з навантаженнями, і енергія емоцій перерозподіляється між іншими підсистемами організму. На його думку, саме так організм рятує себе від руйнівної сили емоційної енергії.

В таблиці (див.табл. 1.2.) наведені характерні симптоми кожної фази "емоційного вигорання" за В.В. Бойко [9].

Клінічна картина симптомів синдрому вигорання, описаних В.В. Бойко (див. табл.1.2.), включає поряд з вже відомими симптомами редукції професійних досягнень, деперсоналізації та емоційного виснаження, низку додаткових симптомів. Все це полегшує диференціальну діагностику синдрому.

В.В. Бойко говорить про те, що в кожного окремого професіонала синдром "емоційного вигорання" проходить динаміку цих трьох фаз по-різному. Дві або ж навіть всі три фази можуть розвиватися паралельно. Все залежить від індивідуальних психофізіологічних особливостей.

Порівнюючи теорію В.В. Бойка з концепцією К. Маслач, можна провести певні паралелі між фазами синдрому вигорання, описаними російським дослідником, та його американською колегою. Так, емоційне виснаження, яке є першим та пусковим компонентом синдрому "емоційного вигорання" в концепції К. Маслач, за своїм змістом схоже на описану В.В. Бойко фазу тривожного напруження. Обидва автори наголошують на хронічності психоемоційного напруження, пов’язаного із

великою кількістю клієнтів, з якими доводиться спілкуватися, а також сильним емоційним забарвленням, яке має спілкування з цими клієнтами. Все це призводить до того, що особистість починає захищатись від хронічності психоемоційного напруження, пов'язаного із великою кількістю клієнтів, з якими доводиться спілкуватися, а також сильним емоційним забарвленням, яке має спілкування з цими клієнтами. Все це призводить до того, що особистість починає захищатись від психотравмуючого впливу стресогенних чинників, використовуючи дезадаптивні способи поведінки та емоційного реагування: цинічне та дегуманізоване ставлення до колег та клієнтів, емоційне відчуження від проблем клієнтів, автоматизм та спустошення при виконанні професійних обов'язків, неконтрольований вплив настрою на професійні стосунки, емоційна замкненість, розвиток байдужості у професійних стосунках. Врешті – решт все призводить до загального виснаження організму та психіки, виникнення почуття власної неефективності є неминучим.

Поряд з уже названими симптомами вигорання, які розглядаються у вищенаведених концепціях, у літературі описано ще близько ста симптомів, які дослідники пов'язують із синдромом "емоційного вигорання" [58]. Діагностичної розгубленості нас позбавляє лише те, що в більшості випадків ці симптоми носять описовий характер і не мають емпіричного підтвердження, і лише небагато з них містять статистичний аналіз даних. Найчастіше описуються симптоми, які умовно можна віднести до трьох сфер: фізичні або соматичні, психологічні та поведінкові.

Симптоми для трьох фаз емоційного вигорання за В.В. Бойко

Напруження	Резистенція	Виснаження
<ul style="list-style-type: none"> – переживання обставин психотравмуючих професійної діяльності; – незадоволеність собою, обраною професією, займаною посадою, конкретними обов'язками; – інтенсивна інтеріоризація обов'язків, ролі; – підвищене почуття відповідальності; відчуття “загнаності в клітку”; – тривога та депресія. 	<ul style="list-style-type: none"> – неадекватне вибіркоче реагування (професіонал перестає вловлювати різницю між двома явищами: економічний прояв емоцій - вміння підключати до взаємодії з діловими партнерами емоції досить обмеженого реєстру і помірної інтенсивності, та неадекватне вибіркоче емоційне реагування); – емоційно-моральна дезорієнтація (як невияв належного емоційного ставлення до суб'єкта); – розширення сфери економії емоцій (у спілкуванні з близькими) – редукція професійних обов'язків, що потребують емоційних витрат 	<ul style="list-style-type: none"> – емоційний дефіцит; -емоційна відстороненість; – особистісна відстороненість (деперсоналізація): повна чи часткова втрата інтересу до людини, особистість стверджує, що робота з людьми не цікава, не приносить задоволення, не має соціальної цінності; – психосоматичні та психовегетативні порушення: більшість з того, що стосується суб'єктів професійної діяльності, провокує відхилення в соматичних чи психічних станах, інколи навіть думка про таких суб'єктів чи контакт з ними викликає безсоння, почуття страху, судинні реакції тощо

Фізичні (або соматичні) симптоми характеризують актуальні зміни у фізіологічних функціях людського тіла. Психологічні симптоми стосуються змін у відношеннях та почуттях людини. Поведінкові симптоми виявляються у вчинках та діях [30].

Симптоми, що найчастіше зустрічаються в літературі, узагальнено в таблиці 1.3. (табл. 1.3.)

Таблиця 1.3.

Симптоми синдрому емоційного вигорання

Фізичні (соматичні)	Психічні	Поведінкові
Фізичне виснаження та втома; Безсоння або надмірна сонливість; Головні болі; Гастроентерологічні проблеми; Часті застуди; Втрата ваги або зайва вага; Підвищений тиск; Підвищений вміст холестерину; Коронарні хвороби; порушення мовлення; сексуальні дисфункції;	Ригідність; Занепадницький настрій та пов'язані з ним емоційні переживання: апатія, цинізм, негативізм; Емоційне виснаження; Втрата контролю над емоціями; Відчуття порожнечі; Неспроможність в подоланні стресу; Агресивні почуття: роздратованість, озлоблення, обурення, відраза, напруження, тривога; Нудьга; Зміни в "Я"- концепції (тенденція до негативної); Фрустрованість; Неспроможність приймати рішення; Втрата здатності захоплюватися, відчуття відповідальності, інтуїції; Невпевненість у собі, негативне ставлення до себе, до роботи, до суспільства і життя Низька сконцентрованість, погіршення пам'яті	Низька задоволеність роботою; Уникнення спілкування; Збільшення прогулів; Втрата ентузіазму до роботи; Зростання кількості конфліктів у родині; Відсутність бачення перспективи у роботі; Зростання скарг на роботу; Працеголізм; Зловживання хімічними агентами: тютюн, кава, алкоголь, наркотики

1.3 Психотерапевтичні версії «емоційного вигорання»

Теоретичні пошуки ефективних психологічних засобів профілактики «емоційного вигорання» підводять нас до необхідності психологічного

аналізу «емоційного вигорання» через призму ключових категорій психотерапевтичних систем.

Розглянемо психологічні особливості «емоційного вигорання» через призму гуманістичної концепції А. Маслоу.

У доповнення до своєї ієрархічної моделі мотивації А. Маслоу виділив дві глобальні категорії мотивів особистості: дефіцитарні (Д-мотиви) та мотиви росту (так звані метапотреби і буттєві, чи Б-мотиви). Дефіцитарні мотиви орієнтовані на зниження напруги, тоді як мотивація росту (так звана метамотивація) спрямована на підвищення напруги шляхом пошуку нових і хвилюючих переживань. Єдиною метою деприваційної мотивації є задоволення дефіцитарних станів (наприклад, голоду, холоду, небезпеки), тоді як метамотиви мають віддалені цілі, пов'язані з прагненням актуалізувати потенціал особистості.

Вчений виокремив низку мета потреб (Б-мотивів), які є необхідною умовою самоактуалізації особистості: цілісність (єдність, інтеграція, тенденція до тотожності, взаємопов'язаність, простота, організація, структура, дихотомія, порядок, прагнення до трансцендентного), досконалість (необхідність, справедливість, точність, неминучість, доречність, правосуддя, довершеність, повинність), завершення (закінчення, фінал, ствердження, виконання, доля, фатум), закон (справедливість, незаплямованість, порядок, законність, повинність), активність (процес, рухливість, спонтанність, саморегуляція, повне функціонування), багатство (диференціація, складність), простота (чесність, відкритість, сутність, абстракція, основна структура), краса (правильність, форма, барвистість, багатство, простота, цілісність, досконалість, завершеність, унікальність, шляхетність), доброта (правота, бажаність, повинність, справедливість, добра воля, чесність), унікальність (особливість, індивідуальність, незрівнянність, новизна), невимушеність (легкість, відсутність напруги, зусиль, труднощів, витонченість, досконалість), гра (забава, задоволення, розвага, гумор, легкість, достаток), істина, честь, реальність (відкритість, простота,

багатство, повинність, чиста й непорочна краса, завершеність, сутність), самовпевненість (автономія, незалежність, відсутність необхідності в інших для того, щоб бути самим собою, самовизначення, вихід за межі середовища, окремішність, життя за власними правилами) [71].

А. Маслоу висунув гіпотезу, що метапотреби, так само, як і дефіцитарні потреби, є інстинктивними, тобто мають біологічні корені. Отже, вони також повинні задовольнятися, якщо особистість прагне зберегти психічне здоров'я і досягти максимуму своїх можливостей. Перешкодою на шляху функціонування на рівні метапотреб є заперечення дефіцитарних потреб і тим самим їх незадоволення. Більше того, депривація метапотреб, на відміну від депривації дефіцитарних потреб, не завжди переживається як усвідомлене бажання. Метамотивація неможлива до тих пір, поки особистість адекватно не задовольнила дефіцитарні потреби нижчого рівня. Фрустрація та депривація метапотреб може викликати психічні захворювання. А. Маслоу характеризував хвороби, що проявляються в результаті незадоволених метапотреб, як метапатології.

Професійна діяльність є однією із сфер, у якій особистість може задовольнити свої метапотреби. Наприклад, адвокат може шукати справедливості, чесності, порядку, законності у своїй професійній діяльності; медичний працівник отримувати задоволення від того, що бере участь у поверненні здоров'я пацієнтові. Ми припускаємо, що фрустрація, незадоволення метапотреб у професійній діяльності може призводити до виникнення метапатологій, які органічно входять до структури синдрому “емоційного вигорання”.

А. Маслоу запропонував перелік численних симптомів, які свідчать про наявність метапатології. Серед них: нездатність любити, прагнення жити сьогоднішнім днем, небажання бачити що-небудь цінне й гідне у житті, невміння цінувати наполегливість у пошуках особистісного самовдосконалення, неетична поведінка, вульгарність, нетерплячість,

відсутність почуття смаку, безбарвність. Людина, яка страждає метапатологією, не помічає цього [42].

Для глибшого розкриття сутності “емоційного вигорання” порівняємо його зі специфікою метапатологій. Проаналізувавши метапатології, які виділяє А. Маслоу, представляємо ті, які можуть супроводжувати процес “емоційного вигорання” особистості: недовіра, цинізм, скептицизм, ненависть, антипатія, відраза, покладання лише на себе й для себе, дезінтеграція; втрата почуття власного “Я” та власної індивідуальності, відчуття себе постійно мінливим та анонімним, безнадійність, небажання будь – чого добиватися, гнів, невизнання законів, тотальний егоїзм, похмурість, депресія, параноїдна відсутність почуття гумору, відсутність інтересу до життя, перекладання відповідальності на інших, відчай, втрата сенсу життя.

Таким чином, можемо стверджувати, що “емоційне вигорання” являє собою сукупність метапатологій, які виникають в результаті незадоволення метацінностей у процесі професійної самореалізації.

А. Маслоу виділив наступні характеристики особистості, що самоактуалізується: більш ефективно сприйняття реальності; прийняття себе, інших і природи такими, якими вони є; безпосередність, простота і природність; центрованість на проблемі, тобто особистості захоплені чи ідеєю, чи задачею, чи покликанням, чи професійною діяльністю. Вони не егоцентровані, а скоріше орієнтовані на проблеми, які ставлять вище за свої безпосередні потреби; незалежність: потреба в самотності; автономія: незалежність від культури й оточення; свіжість сприйняття; вершинні переживання, здатність відчувати інсайт, осяяння; суспільний інтерес; глибокі міжособистісні стосунки; демократичний характер; розмежування засобів і цілей, тобто такі люди дотримуються певних етичних і моральних норм; філософське почуття гумору; креативність, здатність до творчості; опір окультурюванню – такі особистості володіють автономністю і впевненістю в собі, і тому їх мислення і поведінка не піддаються соціальному і культурному впливу.

В. Франкл вважає, що смисл людина може знайти у роботі, у любові, у релігії, у стражданні, у минулому тощо. Зокрема, професійна діяльність є головною сферою, в якій людина може виходити за межі самої себе. Смисл у роботі може допомогти людині вийти за межі своєї особистості, за межі специфічного заняття. Найбільше значення має те, як люди використовують свої унікальні людські якості в процесі виконання трудової діяльності, наприклад, медсестра може вийти за межі своїх регламентованих обов'язків, потішивши добрим словом важкохвору людину. Вчений говорить про те, що при виконанні будь-якої роботи існують такі можливості, хоча він визнає, що все ж деякі види роботи в основному рутинні. В таких випадках смисл творчості слід шукати у справах, якими можна зайнятися на дозвіллі. Безробіття – приклад того, як на людей може впливати брак смислу творчості. В. Франкл розглядає невроз, пов'язаний з безробіттям, що характеризується апатією та депресією, як екзистенційну позицію. Деякі люди реагують на екзистенційний виклик безробіття, залишаючись активними, таким чином їм вдається уникнути неврозу, пов'язаного з безробіттям. Зайнятість може мати як позитивне, так і негативне значення. Деякі люди намагаються уникнути зіткнення з порожнечою свого існування, шукаючи сховища в роботі чи професії. Здобуття смислу творчості не синонімічне одному лише задоволенню потреби в роботі [47].

Отже, якщо, з одного боку, “емоційне вигорання” може супроводжуватися екзистенційним вакуумом, втратою сенсу в житті чи роботі, а з іншого, професійна діяльність є середовищем знаходження сенсу існування, то одним із шляхів подолання “емоційного вигорання” може виступати надання допомоги людині у пошуку сенсу життя чи нового смислу в роботі.

Для глибшого розуміння сутності “емоційного вигорання” проаналізуємо його через призму термінів раціонально-емотивного поведінкового консультування А. Елліса та когнітивного напрямку Дж. Келлі.

На думку А. Елліса, в усіх людей відмічається напруженість, пов'язана з протистоянням двох ворожих творчих тенденцій. З одного боку, люди мають тенденцію створювати, розвивати та актуалізувати себе як здорові, цілеспрямовані особистості. Люди володіють великим потенціалом, який дозволяє їм бути раціональними і почувати задоволення. З іншого боку, люди схильні створювати, розвивати й втілювати і життя ірраціональні когніції, невідповідні емоції й дисфункціональну поведінку. Теоретики раціонально-емотивного поведінкового консультування стверджують, що часто люди біологічно схильні до того, щоб настирно, невблаганно й несамовито створювати повинності та інші ірраціональні установки, що викликають порушення душевної рівноваги, і триматися за ці установки. Таким чином, люди володіють великим потенціалом, який дозволяє їм руйнувати самих себе та інших людей, бути нелогічними і безперервно повторювати одні й ті самі помилки [47].

А. Елліс перерахував основні характеристики людей, що самоактуалізуються: особистий та соціальний інтерес, самоуправління, гнучкість, прийняття нестабільності, толерантність, обов'язковість, творчий потенціал і оригінальність, наукове мислення, самоприйняття, прийняття тваринного начала в людині, ризик, перспективний гедонізм, відсутність утопізму, висока фрустраційна толерантність, власна відповідальність за порушення своєї душевної рівноваги [74].

А. Елліс ділить системи установок на дві основні категорії: раціональні переконання та ірраціональні переконання. Наявність в особистості ірраціональних переконань робить її сензитивною до розвитку "емоційного вигорання". Розглянемо основні ірраціональні переконання, які можуть проявлятися у професійній сфері медичних працівників.

медичний працівницька свідомість багато в чому заповнена міфами, ілюзіями, стереотипами, що, з одного боку, дають змогу медичний працівникові з мінімальними витратами оперативно вирішувати складні проблеми, які виникають у його діяльності, а з іншого боку, – призводять до

виникнення “емоційного вигорання”. О. Кочерга, О. Васильєв виділяють п’ять міфів, що перешкоджають роботі медичного працівника:

1) міф про спокій – медичний працівник у будь-якій ситуації повинен поводитися спокійно, врівноважено («Я ніколи не повинен сердитися»);

2) міф про любов до всіх пацієнтів – медичний працівник повинен виявляти однаково рівне ставлення до всіх пацієнтів («Я не маю права бути упередженим»);

3) міф про стриманість – медичний працівник завжди повинен бути стриманий і тримати дистанцію («Я повинен бути стриманим»);

4) міф про необхідність приховування почуттів – медичний працівник повинен приховувати свої щирі почуття від пацієнтів, що піддається усвідомленню й контролю («Я не повинен цілком розкриватися ні перед ким»);

5) міф медичний працівницької самопожертви – виявляється в настанові медичного працівника на повну віддачу роботі, прагненні забути про всіх і жити тільки інтересами медичний працівницької діяльності («Моя робота завжди повинна мене стимулювати», «Без роботи моє життя не має сенсу, але пацієнти цього не цінують»);

6) міф про досконалість – медичний працівник завжди повинен бути взірцем для наслідування, він не має права на помилку чи слабкість («Я зобов’язаний бути у всьому зразком для наслідування», «Я завжди повинен бути на висоті», «Мені не можна помилятися», «Я повинен добитися успіху в роботі та схвалення іншими людьми всіх моїх вчинків») [73].

На думку деяких психологів, медичний працівник, який стоїть на таких позиціях, більше схильний до “емоційного вигорання”. Такий медичний працівник ніби стоїть на п’єдесталі своєї винятковості та непогрішності, він будує з пацієнтами вертикальні, суб’єкт-об’єктні стосунки. Причому і сам медичний працівник знаходиться у позиції об’єкта по відношенню до адміністрації. Вертикально орієнтована система освіти та позиція медичного працівника як взірця, який не має права на помилку та власні почуття,

створюють нестерпні умови і для медичного працівника, і для пацієнтів і, як наслідок, у медичних працівників може розвиватися “емоційне вигорання” [71].

Теорія Дж. Келлі представляє когнітивний підхід до особистості. Вчений вважав, що найкраще поведінку людини можна зрозуміти, якщо вважати її дослідником. Як і дослідникам, людям необхідно з певною точністю прогнозувати та контролювати події, які відбуваються в їх оточенні. На думку Дж. Келлі, це здійснюється за допомогою особистісних конструктів – ідей чи думок, які особистість використовує, щоб усвідомити, інтерпретувати, пояснити або передбачити свій досвід [42].

Дж. Келлі виділив чотири характеристики, які визначають нормальне функціонування особистості:

1) здорові люди хочуть оцінювати свої конструкти і перевіряти правильність своїх почуттів до інших людей, інакше кажучи, вони оцінюють прогностичну ефективність своїх особистісних конструктів на основі соціального досвіду;

2) здорові люди можуть відкинути свої конструкти і переорієнтувати системи стрижневої ролі, як тільки виявиться, що вони не діють, тобто, в термінології Дж. Келлі, конструкти здорової людини проникні – особистість може не тільки визнати свою неправоту, але також і переглянути свої погляди, коли цього вимагає життєвий досвід;

3) бажання розширити діапазон, об’єм і обсяг конструктної системи, здорові люди залишаються відкритими для нових можливостей особистісного росту й розвитку;

4) добре розвинутий репертуар ролей, людина здорова, якщо вона може ефективно виконувати різноманітні соціальні ролі і розуміти інших людей, включених у процес соціальних взаємодій [71].

Психічні розлади Дж. Келлі інтерпретував як будь-який особистісний конструкт, який, як правило, повторюється, незважаючи на послідовну неповноцінність, вони являють собою очевидну непридатність системи

особистісних конструктів для досягнення мети. Вчений аналізував психологічні проблеми у зв'язку з розширенням чи звуженням конструктної системи особистості.

Спираючись на думку Дж. Келлі про те, що люди сприймають світ за допомогою чітких оцінних систем, які він назвав конструктами, доходимо висновку, що люди, які зазнають “емоційного вигорання”, сприймають реальність неадекватно, у зв'язку з недосконалою конструктною системою. Використовуючи основні характеристики конструктної системи, проаналізуємо поняття “емоційне вигорання”. На нашу думку, «емоційне вигорання» має тенденцію проявлятися у людей, які звузили своє перцептивне поле. У зв'язку з виснаженістю, втратою сенсу, апатією, особистість, як правило, звужує свої інтереси, як професійні, так і соціальні. При “емоційному вигоранні” перцептивне поле особистості стискається до мінімуму, людина відчуває труднощі у прийнятті повсякденних рішень. Думки про самогубство – останній акт звуження поля сприймання [37]. Непроникність та жорсткість конструктів особистості, які відповідають сутності шаблонного, стереотипного мислення, є наслідками “емоційного вигорання”.

Розглянемо з позиції теорії особистісних конструктів три емоційні стани – тривогу, провину і ворожість, які супроводжують процес “емоційного вигорання” особистості.

Дж. Келлі визначив тривогу як усвідомлення того, що події, з якими стикається людина, лежать поза діапазоном застосовуваності його конструктної системи. Вона є результатом усвідомлення того, що конструкти, якими ми володіємо, незастосовувані для передбачення подій, з якими ми стикаємося. Дж. Келлі підкреслював: зовсім не факт, що наша конструктна система не функціонує ідеально, провокує тривогу; ми не тривожимося просто тому, що наші очікування не є точними. Тривога виникає тільки тоді, коли ми усвідомлюємо, що у нас немає адекватних

конструктів, за допомогою яких можна інтерпретувати події нашого життя [71].

Вчений стверджує, що у всіх нас є стрижнева система конструктів. Певні аспекти цієї стрижневої структури, які він назвав стрижневими ролями, є важливими детермінантами нашого сприйняття ідентичності. Прикладами таких стрижневих ролей є наші професійні та соціальні ролі. Оскільки стрижневі ролі дуже важливі в нашому житті, їх неадекватне виконання може мати неприємні наслідки. За Дж. Келлі, якщо інша людина інтерпретує наше виконання стрижневої ролі як невдале, з'являється почуття провини, вина виникає, коли індивід усвідомлює, що відступає від ролей, за допомогою яких він зберігає найважливіші стосунки з іншими людьми. Людина, яка переживає почуття провини, усвідомлює, що вона вчинила не у відповідності зі своїм власним образом.

За визначенням Дж. Келлі, ворожість – це постійні спроби отримати факти на користь такого типу соціального прогнозу, який вже довів свою непридатність, це спроби дотримуватися непридатного конструкта при зіткненні з суперечливим (неповноцінним) фактом. Ворожа людина замість визнання того, що її очікування відносно інших людей нереалістичні і тому потребують перегляду, намагається змусити інших поводитися так, щоб задовольнити свою упереджену думку [71].

Висновки до розділу 1

“Емоційне вигорання” виникає тоді, коли спектр особистісних конструктів є звуженим. Проблема добору психологічних засобів профілактики “емоційного вигорання” передбачає розширення конструктивних патернів поведінки особистості в рамках психологічного тренінгу.

Спілкуючись з пацієнтами медичний працівник, як правило, займає комунікативну позицію “над”, з колегами по роботі – позицію “нарівні” з

керівництвом лікувального закладу працівниками управління ОЗ– позицію “під”.

Взаємодія типу “над” характеризується тим, що активним, домінуючим суб’єктом спілкування постає медичний працівник. Він виявляє ініціативу, здійснює контроль, управління і планування ситуації, реалізує свої цілі. Взаємодія типу “нарівні” реалізується у спілкуванні двох рівних партнерів, при якому обидва виявляють ініціативу й активність, намагаються враховувати цілі та інтереси один одного, вступають у відносини взаємозалежності. Взаємодія типу “під” спостерігається тоді, коли медичний працівник підпорядковується вищому за статусом, пристосовується до стилю керівництва.

Для успішного виконання медичний працівницької діяльності медичний працівник повинен гнучко варіювати та вміло оперувати комунікативними позиціями, а з метою профілактики “емоційного вигорання” слід вправлятися у доцільному здійсненні переходів з однієї позиції до іншої.

Отже, психологічна рецепція феноменологічного поля “емоційного вигорання” та порівняльний аналіз його з корелятами гуманістичної, психоаналітичної, когнітивної, раціонально-емотивної психотерапії та трансактного аналізу засвідчують можливість їх подальшого теоретико-методологічного конструювання та експериментального використання в роботі з медичного працівниками.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ СИНДРОМУ „ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ" У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

2.1 Підходи до дослідження емоційного вигорання медичних працівників

Синдром "емоційного вигорання" є психогенним розладом, що виникає та розвивається в процесі виконання людиною професійної діяльності. Найбільш актуальною ця проблема постає для представників соціономічних професій, внаслідок постійного тісного емоційно забарвленого контакту з людьми.

Концептуальні передумови виникнення поняття синдрому "емоційного вигорання" складають наукові дослідження, пов'язані із розробкою проблематики стресу, невротичних порушень на роботі, депресії виснаження та психічної адаптації. Сучасний науковий стан проблеми свідчить про наявність декількох концепцій синдрому "емоційного вигорання" особистості (теорії К. Маслач, Х. Фройденбергера, В.В. Бойка, М. Буріша). Серед них найбільш популярною в зарубіжній психологічній думці є концепція, що описує трикомпонентну модель вигорання К. Маслач (емоційне виснаження, деперсоналізація та редукція професійних досягнень).

Концепція В.В. Бойка поєднує в собі елементи теорії К. Маслач та концепції загального адаптаційного синдрому Г. Сельє. Спільним у підходах К. Маслач та В.В. Бойка є відзначення змін в емоційній, когнітивній та поведінковій сферах особистості, які не є незворотними і потребують психокорекційної та психотерапевтичної роботи.

Дослідження особливостей прояву синдрому "емоційного вигорання" в професійній медичній діяльності проводяться більшою мірою за кордоном та спрямовані на вивчення окремих причин

виникнення синдрому, його наслідків. Сучасні погляди на природу вигорання медичних працівників характеризуються розбіжністю думок та відсутністю єдиного підходу в дослідженні. Дані зарубіжних досліджень щодо впливу тієї чи іншої причини на виникнення та патогенез синдрому вигорання є суперечливими.

Дослідження синдрому "емоційного вигорання" у вітчизняному соціокультурному контексті майже не проводяться, що свідчить про необхідність детального вивчення синдрому на вітчизняній вибірці.

Більш доцільним уявляється цілісний підхід до дослідження вигорання – вивчення індивідуальних, організаційних причин його виникнення, а також врахування специфіки професійного розвитку медичного працівника. Лікувальна майстерність медичного працівника є показником його професійного розвитку та реалізації. Було розглянуто існуючі підходи до розуміння медичний працівницької майстерності медичного працівника. Основні виміри медичний працівницької майстерності, розгляд яких у зв'язку з вигоранням є перспективним, наступні: гуманістична спрямованість, медична техніка, медична компетентність та професійно важливі особистісні якості медичного працівника. Медичний працівницьку майстерність пропонується розглядати як чинник протидії виникненню вигорання в професійній діяльності медичного працівника.

Аналізуючи існуючі пояснювальні моделі вигорання медичного працівника, ми дійшли висновку, що для вивчення проблеми виникнення синдрому "емоційного вигорання" потрібно застосувати цілісний підхід, який би враховував взаємодію багатьох організаційних та індивідуальних чинників. Крім цього, слід враховувати нові теоретичні припущення, в яких вигорання розглядається в континуумі "вигорання – залученість до професійної діяльності" (англ. "engagement"). Залученість є своєрідним антиподом вигорання і

характеризується включеністю до роботи, енергійністю, самоефективністю [51].

До речі, ключовою ідеєю психології праці, яка розробляється вітчизняними методологами психологічної науки, є уявлення про взаємопов'язаність людини як суб'єкта, з одного боку, та об'єктивних вимог роботи (діяльності, професійної спільноти, технології), - з іншого. А головним практичним завданням є встановлення гармонії між людиною та взаємопов'язаність людини як суб'єкта, з одного боку, та об'єктивних вимог роботи (діяльності, професійної спільноти, технології), - з іншого. А головним практичним завданням є встановлення гармонії між людиною та професією, роботою [28]. І ця ідея не є новою. Ще в 20-х роках минулого сторіччя Н. А. Рибниковим було зазначено, що особистість втрачає дуже багато “внаслідок незадоволеності, усвідомлення нездатності привнести в роботу елемент творчості. Людина стає невдахою дуже часто лише тому, що їй свого часу не допомогли знайти своє місце, на якому вона б змогла творчо виявити себе, відчувати радість та свободу від праці за покликанням” [49].

З іншого боку, зарубіжними дослідниками К. Маслач та М. Лейтер було запропоновано підхід, згідно з яким вигорання виникає в результаті невідповідності особистості та професії [49]. Абстрагуючись від типу професійної діяльності, яку виконує професіонал, автори пропонують розглянути шість сфер невідповідності в контексті виникнення вигорання:

1. Невідповідність між вимогами до ресурсного потенціалу працівника організації.
2. Невідповідність між жорстким, авторитарним керівництвом організації та прагненням робітника мати певну міру самостійності в своїй роботі та можливість приймати рішення.
3. Невідповідність між очікуваною та реальною оплатою праці професіонала.

4. Невідповідність між прагненням та неможливістю позитивної взаємодії з іншими людьми в робочому середовищі (наприклад, через вимушену ізоляцію в процесі виконання роботи).

5. Невідповідність між очікуванням належного, справедливого відношення до себе як працівника організації та відсутністю останнього.

6. Невідповідність між вимогами роботи та етично – моральними принципами особистості.

Базуючись на цих теоретичних припущеннях, уявляється досить продуктивним підхід до вивчення синдрому "емоційного вигорання" медичного працівника, який в якості чинників, окрім групи індивідуальних та організаційних, буде враховувати особливості професійного становлення медичного працівника. Як зазначають дослідники професійної самореалізації медичного працівника, "медичний працівник своїм ставленням, поведінкою, життєвою позицією може нівелювати вплив негативних чинників, так і погіршити їх" [30]. Розглядаючи синдром емоційного вигорання як результат зниження задоволеності працею та психічної втоми, дослідники наголошують на тому, що саме психологічно зріла особистість медичного працівника, його індивідуальний стиль діяльності, іншими словами, – його *професійно-особистісна майстерність* – може стати тим внутрішнім резервом медичного працівника, що дозволяє уникнути цих труднощів [30].

Отже, говорити про предмет професійного розвитку медичного працівника можна аналізуючи становлення його медичний працівницької *майстерності*, яка поєднує в собі різні рівні прояву особистості медичного працівника в професійній діяльності.

2.2. Методи дослідження синдрому емоційного вигорання медичних працівників

Емпіричне дослідження проводилось у декілька етапів упродовж 2020 - 2021 р.р.

На першому етапі дослідження нами був проведений аналіз сучасних літературних джерел, що дозволило встановити стан проблеми. Проведено реферування статей, вивчення методів дослідження.

Аналіз та узагальнення даних літератури. Одним з основних методів дослідження був аналіз джерел літератури. Отримані дані систематизувалися та оброблялися математично відповідно до мети та завдань досліджень.

Застосування даного методу дозволило визначити вихідну позицію для вивчення проблемної ситуації. Аналіз джерел літератури підтвердив актуальність проблеми, і сприяв оцінці даних, забезпечуючи надійність висловлень фахівців. Було проаналізовано та узагальнено 111 сучасних літературних джерел.

Другий етап емпіричного дослідження був спрямований на виявлення психологічних особливостей та рівня розвитку синдрому “професійного вигорання” у медичних працівників. Нами були проведені основні первинні дослідження та отримані матеріали, що дозволяють оцінити синдром емоційного вигорання медичних працівників за рядом методик, проведена первинна обробка отриманих даних. Використовувався математичний підрахунок отриманих даних, вивчались методики.

Третій етап дослідження був спрямований на вивчення взаємозв'язку між синдромом “емоційного вигорання” у медичних працівників в залежності від гендерних особливостей і соціально-демографічних чинників, що було проведено за допомогою кореляційного аналізу із використанням статистичного пакету обробки даних SPSS версія 16.0.

При проведенні емпіричного дослідження були використані наступні психодіагностичні методики:

- Методика діагностики рівня „емоційного вигорання” В.В.Бойко [15];

- Методика «Дослідження синдрому «вигорання» ГринбергДж. [27];
- Опитувальник “Синдром вигорання” в професіях системи “людина – людина” К. Маслач та С.Джексон [81];
- Методика самооцінки С.А.Будассі [73];
- Опитувальник Кеттелла PF-16 тест властивостей особистості дорослих [95].

1. Методика діагностики рівня емоційного вигорання В.В. Бойка (Додаток А) [15]. В. Бойко дає наступне визначення емоційного вигорання. Емоційне вигорання – це механізм психологічного захисту, вироблений особистістю, який має форму повного чи часткового виключення емоцій у відповідь на окремі психотравмуючі впливи. Вигорання є частково функціональним стереотипом, оскільки дає змогу людині дозувати та економно витратити енергетичні ресурси. Водночас можуть виникнути його дисфункційні наслідки, коли вигорання спричиняє негативний вплив на професійну діяльність та стосунки з партнерами. Бойко розглядає емоційне вигорання як професійну деформацію особистості, яка виникає під впливом низки чинників – зовнішніх та внутрішніх. Зовнішні чинники: хронічно напружена психоемоційна діяльність. (Це відбувається у тих випадках, коли професіоналу, який працює з людьми, доводиться постійно підкріплювати емоціями різні аспекти діяльності).

Запропонована методика дає докладну картину синдрому емоційного вигорання як динамічного процесу, що виникає поетапно у повній відповідності до механізму розвитку стресу, коли присутні три його фази. Рівень емоційного вигорання оцінюється за 12 шкалами, які відповідають трьом фазам [14]:

- фаза «Тривожна напруга»: передвісник і «пусковий механізм» у формуванні емоційного вигорання. Напруга має динамічний характер, що зумовлено вимотуючою постійністю або посиленням дії психотравмуючих чинників;
- фаза «Резистенція»: опір наростаючому стресу;
- фаза «Виснаження»: характеризується більш або менш вираженим падінням енергетичного тону і ослабленням нервової системи.

Відповідно до ключа визначається сума балів окремо для кожного з симптомів вигорання.

Показник вираженості емоцій коливається в межах від 0 до 30 балів: симптом не склався – 9 і менше; симптом, який складається - 10 – 15 балів; симптом, який склався - 16 і більш

Подальший крок в інтерпретації результатів опитування – підрахунок суми показників симптомів, який здійснюється для кожної з трьох фаз формування вигорання. Для кожної фази оцінка може бути від нуля до 120 балів. За кількісними показниками можна судити тільки про те, яка фаза сформувалася більшою чи меншою мірою: фаза не сформувалася - 36 і менш балів; фаза у стадії формування - 37 – 60 балів; фаза сформувалася - 61 і більше балів.

Відповідно до ключа проводяться наступні підрахунки: визначається сума балів для кожного з 12 симптомів вигорання; підраховується сума показників симптомів для кожної з трьох фаз формування вигорання; встановлюється підсумковий показник синдрому емоційного вигорання, тобто сума 12 симптомів.

2. *Методика «Дослідження синдрому «вигорання» Гринберг Дж (Додаток Б) [27].* Емоційне вигорання є надбаним стереотипом емоційної, частіше професійної поведінки. Дж. Гринберг пропонує розглядати емоційне вигорання як п'ятиступенчастий прогресуючий процес.

- Перша стадія емоційного вигорання ("медяний місяць"). працівник звичайно задоволений роботою та завданнями, ставиться до них з ентузіазмом. Однак у міру продовження робочих стресів професійна діяльність починає приносити усе менше задоволення та працівник стає менш енергійним.

- Друга стадія емоційного вигорання ("недолік палива"). З'являються втома, апатія, можуть виникнути проблеми зі сном. При відсутності додаткової мотивації та стимулювання в працівника губиться інтерес до своєї праці або зникають привабливість роботи в даній організації та продуктивність його діяльності. Можливі порушення трудової дисципліни і віддаленість (дистанціювання) від професійних обов'язків. У випадку високої мотивації працівник може продовжувати горіти, але на шкоду

своєму здоров'ю.

- Третя стадія емоційного вигорання (хронічні симптоми). Надмірна робота без відпочинку, особливо у "трудоголиків", приводить до таких фізичних явищ, як виснаження та схильність до захворювань, а також психологічним переживанням - хронічної дратівливості, загостреній злості або почуттю пригніченості, "загнанности в кут". Постійне переживання нестачі часу.

- Четверта стадія емоційного вигорання (криза). Як правило, розвиваються хронічні захворювання, у результаті чого людина частково або повністю втрачає працездатність. Підсилюються переживання незадоволеності власною ефективністю і якістю життя.

- П'ята стадія емоційного вигорання ("прибивання стіни"). Фізичні та психологічні проблеми переходять у гостру форму і можуть спровокувати розвиток небезпечних захворювань, що загрожують життя людини. У працівника з'являється стільки проблем, що його кар'єра перебуває під загрозою.

Базуючись на моделі Дж. Гринберга, методика дозволяє нам проаналувати основні складові стресу:

а) життєва ситуація;

б) сприймання життєвої ситуації, як стресової;

в) емоційне збудження;

г) фізіологічне збудження;

д) наслідки та виявити рівень сформованості професійного вигорання [27].

3.Методика «Синдром «вигорання» в професіях системи «людина-людина»К. Маслач та С. Джексон (Додаток В) [81]. Згідно з К. Маслач, прояви „професійного вигорання” можуть мати три стадії. Наприклад на першій стадії індивід виснажений емоційно й фізично і може скаржитись на постійний головний біль, застуду тощо. Для другої стадії характерні дві сукупності симптомів. Наприклад , може розвинути негативне, цинічне і знеособлене ставлення до людей, з якими він працює (і до колег, і до пацієнтів), чи , навпаки, у нього можуть виникнути негативні думки про себе через почуття до колег і пацієнтів. Третя стадія – повне „професійне

вигорання” – трапляється, нечасто, проте виливається у повну відразу до усього на світі. На перших двох стадіях „професійного вигорання” індивід може „відновитися”, але, щоб повернутися до нормального життя, йому необхідно або навчитися жити з тим, що є, або змінити ситуацію. Опитувальник адаптований для медичних працівників. Дану методику було розроблено на основі моделі К. Маслач та С.Джексон. Опитувальник містить 22 твердження про відчуття та переживання, пов'язані з виконанням робочої діяльності. Складається він з трьох субшкал (емоційне виснаження, деперсоналізація і персональні досягнення). Відповіді оцінюються за 7-бальною шкалою вимірювань і варіюються від «ніколи» (0 балів) до «завжди» (6 балів).

Існують варіанти опитувальника для різних професійних груп. Прояв наявності високого рівня вигорання свідчать високі оцінки по субшкалах емоційного виснаження та деперсоналізації і низькі - за шкалою персональних досягнень. Нижче представлені варіанти опитувальника для різних груп професій та ключ, що дозволяє визначити персональні характеристики вигорання.

4. *Опитувальник Кеттелла PF-16 тест властивостей особистості дорослих* (Додаток Ж) [95]. Поглиблена діагностика особистісних особливостей. Аналіз факторів другого порядку (інтелектуальні особливості, емоційно-вольові особливості, комунікативні властивості й т.п.) [73].

Порівняння зі стандартними особистісними профілями (керівники вищої ланки, успішні підприємці, ефективні з; антисоціальні особистості). Для обліку особистісних особливостей у процесі навчання, професійного відбору, психологічного консультування, професійної переорієнтації.

Призначений для виміру шістнадцяти особистісних рис, що характеризують структуру особистості: А: добросердність – відчуженість; В: мислення абстрактне – конкретне; С: емоційна стійкість – нестійкість; Е: домінантність – підпорядкованість; F: безтурботність – клопотаність; G: обов'язковість – безвідповідальність; Н: сміливість – боязкість; І: м'якість -

твердість характеру; L: підозрілість – довірливість; M: мрійність – практичність; N: проникливість – наївність; O: тривожність – безтурботність; Q1: радикалізм – консерватизм; Q2: самостійність - залежність від групи; Q3: самоконтроль – імпульсивність; Q4: напруженість - розслабленість.

У цей час цей опросник є найбільш популярним засобом експрес-діагностики особистості. Він використовується у всіх ситуаціях, коли необхідне знання індивідуально-психологічних особливостей людини.

Результати виражаються в шкалі стенів з мінімальним значенням в 0 балів, максимальним - 10 балів і середнім - 5.5 бала. Низьким значенням відповідають 1 - 3 стіни, середнім значенням відповідають 4 - 7 стіни, високим значенням відповідають 8 - 10 стіни. Отримані результати тестування представлені у вигляді профілю особистості.

На підставі якісного та кількісного аналізу змісту особистісних факторів виділюються наступні блоки факторів:

- Інтелектуальні особливості: фактори В, М, Q1.
- Емоційно-вольові особливості: фактори С, G, I, O, Q3, Q4.
- Комунікативні особливості та особливості міжособистісної взаємодії: фактори А, Н, F, Q2, N, L.

Шкала "мотиваційного перекручування" (MD) уведена для виявлення випадків, коли випробувані намагаються створити занадто сприятливе подання про себе. Якщо оцінка по шкалі MD вище 9 балів, можливо випробуваний свідомо маніпулює тестовими результатами (наприклад, при прийманні на роботу) або випробуваного дуже турбує питання про те, як він виглядають в очах навколишніх. У цих випадках варто провести емпіричну корекцію результатів, щоб виключити свідомі або неусвідомлені спроби обстежуваних спотворити оцінки по особистісних шкалах у позитивному напрямку [73].

З метою вивчення синдрому «емоційного вигорання» у медичних працівників нами було проведено спеціальне соціально – психологічне дослідження. У ньому взяли участь 60 медичних працівників : 30 жінок і

30 чоловіків зі стажем роботи 5 та більше років, що працюють в медичних закладах міста Києва. Тестування проводилося на початку робочого дня.

Медичний персонал відділень повсякденно в процесі професійної діяльності піддається надмірним стресовим впливам у зв'язку з постійним й безпосереднім контактом з хворими, які потребують термінової допомоги або знаходяться в критичному психологічному стані. Ці обставини в переважній кількості випадків викликають негативні емоції, надмірну психічну напругу та фізичну втому, вороже ставлення до роботи, загальне невизначене чуття занепокоєння, що сприяє виснаженню психоемоційної сфери та розвитку синдрому „професійного та емоційного вигорання”. Серед симптомів, що виникають першими, можна вирізнити загальне почуття втоми, вороже ставлення до роботи, загальне невизначене почуття занепокоєння, сприймання роботи як такої, що постійно ускладнюється та стає менш результативною. Медичний працівник може легко впасти в гнів, дратуватися і почувати себе розбитим, зосереджувати увагу на деталях і бути налаштованим надзвичайно негативно до усіх подій. Гнів, що він відчуває, може призвести до розвитку підозрливості. Працівник може думати, що співробітники можуть його позбутися. Цей стан може посилюватися почуттям "незалученості", особливо якщо раніше працівник брав участь в усіх подіях. Окрім того, кожен, хто намагається допомогти, щось порадити, викликає роздратування. Серйозними проявами "емоційного вигорання" є поведінкові зміни і ригідність. Якщо людина зазвичай балакуча і нестримана, вона може стати тихою і відчуженою. Чи навпаки, людина, що зазвичай тиха і стримана, може стати дуже говірковою, вступати в бесіду будь з ким. Жертва "емоційного вигорання" може стати ригідною у мисленні. Ригідний працівник закритий до змін, оскільки це вимагає енергії чи ризику, котрі є великою загрозою для вже виснаженої особистості.

Медичний працівник, який відчуває на собі дію синдрому "емоційного вигорання", може намагатися подолати ситуацію, уникаючи

колег та клієнтів, фізично і духовно дистанціюючись від них. Уникнення та дистанціювання можуть проявлятися багатьма шляхами. Наприклад, працівник може бути відсутній на роботі. Він може спілкуватися безособовими способами з колегами та клієнтами, може зменшувати власну замученість до контактів з ними. Медичний працівник, врешті – решт, впадає в депресію і починає сприймати ситуацію як "безнадійну". Він може залишити свою посаду чи взагалі змінити професію.

Характеристика складу вибірки емпіричного дослідження указані в таблиці 2.1. (див. табл.2.1). За гендерними ознаками у дослідженні взяли участь 50,0% жінок та 50,0% чоловіків. Вікові групи у даному дослідженні поділені на 3 категорії: до 30 років - 30% досліджуваних, 30 – 40 років - 40% респондентів, більше 40 років - 30%.

Таблиця 2.1.

Характеристика складу вибірки емпіричного дослідження

№ п/п	Характеристики, за якими було підбрано вибірку	Кількість опитаних (у відсотках)
Гендерні характеристики:		
1.	Загальна кількість осіб– 60 З них: - жінки – 30 - чоловіки – 30	100 % 50% 50%
Соціально-демографічні характеристики:		
1.	Вік медичних працівників Загальна кількість: 60 - до 30 років - 18 - 30-40 років - 24 більше 40 років – 18	100% 30 % 40 % 30 %
2.	Стаж роботи - до 5 років – 10 - 6-14 років- 30 - 15 і більше років – 20	20% 50% 30%

Як видно з таблиці групи досліджуваних за стажем роботи в лікувальних установах розподілились таким чином: відсоток працюючих

до 5 років становить – 20%, працюючих , 6 – 14 років – 50%, мають стаж 15 і більше років- 30%. Оскільки для проведення даного дослідження і формування висновків важливо знати, як довго людина працює в певній системі (галузі охорони здоров'я), тому, що це накладає відбиток на робочий стиль спілкування, ми маємо загострити увагу на тому, що уданому випадку критерієм віднесення до певної категорії був стаж роботи саме в медичних установах (поліклінічні відділення, клінічні медичний працівникні), а не загальний трудовий стаж. Тому, наприклад, до категорії працюючих в медичних установах 6 - 14 років неправомірно було б віднести всіх опитаних у віці від 30 до 40 років.

2.3 Аналіз та інтерпретація отриманих результатів дослідження синдрому емоційного вигорання медичних працівників

Методика №1 Дослідження рівня „емоційного вигорання” В.В.Бойко.

Для визначення виразності фаз та окремих симптомів емоційного вигорання медичних працівників нами була використана методика В.В. Бойко.

У таблиці 2.2. представлені результати дослідження виразності фаз і окремих симптомів вигорання медичних працівників.

Таблиця 2.2.

Частота симптомів і фаз емоційного вигорання у медичних працівників (%)

№ з/п	Показники вигорання	Симптом що сформувався /фаза	Симптом що формується /фаза
1	Переживання психотравмуючих обставин	44	20
2	Незадоволеність собою	0	10
3	«Загнаність у клітку»	0	10
4	Тривога й депресія	36	16
5	Фаза «напруги»	4	44
6	Неадекватне виборне емоційне реагування	54	36
7	Емоційно-моральна дезорієнтація	20	36
8	Розширення сфери економії емоцій	26	26
9	Редукція професійних обов'язків	44	14
10	Фаза «резистенції»	20	66
11	Емоційний дефіцит	20	54
12	Емоційна відстороність	20	54
13	Особистісна відстороність (деперсоналізація)	30	36

14	Психосоматичні та психовегетативні порушення	10	44
15	Фаза «виснаження»	26	36

Аналіз результатів дослідження симптомів і фаз емоційного вигорання у медичних працівників показав, що найчастіше відмічалися такі фази що сформувалися як: «Виснаження» (26%) і «Резистенція» (20%), а фаза «Напруга» практично не реєструється і була виявлена лише у 4% досліджуваних.

Фаза «Резистенція» лідирувала і серед складних фаз емоційного вигорання (виявлена у 66% випробуваних). Трохи рідше зустрічалися як складна фаза «Напруга» (44%) і «Виснаження» (36%).

Аналіз структури окремих фаз показує, що найчастіше виявленим симптомом вигорання фази «Напруга» є симптом «Переживання психотравмуючих обставин», виявлений у 44% медичних працівників. Трохи рідше - у 36% досліджуваних, реєструється симптом «Тривога та депресія». Симптоми «Незадоволеність собою та загнаність у клітку» повністю не сформовані у жодного випробуваного.

У фазі «Резистенція» лідирували симптоми «Неадекватне вибірне емоційне реагування» (виявлено у 54% випробуваних) і «Редукція професійних обов'язків» (у 44%). Рідше зустрічаються «Емоційно моральна дезорієнтація» (20%) і «Розширення сфери економії емоцій» (20%).

Серед симптомів фази «Виснаження» найчастіше реєструється симптом «Особистісна відстороність» (30%) і трохи рідше - у 20% - «Емоційний дефіцит» і «Емоційна відстороність». Симптом «Психосоматичні та психовегетативні порушення» зустрічаються найрідше - у 10% медичних працівників.

Як видно з рис. 2.1.(див.рис 2.1.), серед складних симптомів лідирують симптоми фази «Виснаження» - «Емоційна відстороність» (zareєстровано у 54%), «Емоційний дефіцит» (54%) і «Психосоматичні та психовегетативні порушення» (44%), а також симптоми «Неадекватне



виборче емоційне реагування» (в 35%) і «Емоційно моральна дезорієнтація» (36%) фази «Резистенція».

Рис. 2.1. Симптоми, що лідирують у досліджуваних

Таким чином, синдром вигорання медичних працівників представлений фазами «Резистенція» і «Виснаження».

Визначальними для розвитку синдрому емоційного вигорання медичних працівників є симптоми «неадекватне виборче емоційне реагування», «переживання психотравмуючих обставин», «редукція професійних обов'язків», «особистісна відстороність (деперсоналізація)» і «тривога та депресія». Найрідше у медичних працівників зустрічається симптом «психосоматичні та психовегетативні порушення», а «незадоволеність собою» і «загнаність у клітку» у досліджуваних медичних працівників терапевтів не реєструються як, симптоми, що сформувалися.

Можна припустити можливість збільшення в найближчі роки числа медичних працівників, що емоційно вигоріли за рахунок остаточного формування фази «Резистенція» і фази «Виснаження», а також завершення формування симптомів «Емоційна відстороність», «Емоційний дефіцит», «Психосоматичні та психовегетативні порушення», «Неадекватне виборче емоційне реагування» і «Емоційно моральна дезорієнтація».

Методика №2 дослідження синдрому вигорання медичних працівників (Гринбергер Дж.). В результаті проведеної діагностики ми

виявили які рівні вигорання, що склалися у досліджуваних медичних працівників (табл. 2.3.).

Таблиця 2.3.

Рівні «вигорання» у медичних працівників (%)

№з\п	Рівні «вигорання»	Кількість досліджуваних (%)
1	Низький рівень	26
2	Середній рівень	30
3	Високий рівень	44

Як видно з таблиці аналіз результатів дослідження рівнів професійного вигорання у медичних працівників показав, що високий рівень «вигорання» був наявний у більшості досліджуваних (44 %), крім того середній рівень був притаманний 30 % досліджуваних медичних працівників, також відмічалися особи із низьким рівнем «вигорання», але їх було найменше – 26 % досліджуваних.

Таким чином, синдром професійного вигорання був притаманний більшості досліджуваних медичних працівників-терапевтів.

Методика №3 дослідження особливостей прояву синдрому „емоційного вигорання" у медичних працівників (К.Маслач та С. Джексон). При виборі методики „Синдром “вигорання” в професіях системи “людина – людина” ми керувались тим, що дана методика є загально використовуваною у багатьох країнах світу, є найбільш поширеною при вивченні синдрому „емоційного вигорання”. Також при виборі методики дослідження синдрому „емоційного вигорання” ми враховували, що вона має багато модифікацій за різними професіями, одна з яких – медичний працівники, що є найбільш актуальна при дослідженні синдрому „емоційного вигорання” у працівників медичних закладів, а саме медичних працівників-терапевтів.

За допомогою використання методики „Синдром “вигорання” в професіях системи “людина – людина” нами було виявлено у медичних працівників достатньо високий рівень прояву всіх трьох складових

синдрому „емоційного вигорання” згідно теорії К.Маслач та С.Джексоном а саме: емоційне виснаження; деперсоналізація; редукція особистісних досягнень (табл. 2.4.).

Аналіз результатів дослідження рівнів прояву компонентів синдрому „емоційного вигорання” у медичних працівників-терапевтів указав, що у медичних працівників були наявні всі рівні прояву: низький, середній та високий всіх трьох складових синдрому «емоційного вигорання». Отже, емоційне виснаження у більшості медичних працівників було на середньому рівні (54 %), низький рівень мали лише 4 % досліджуваних, високий рівень емоційного виснаження мали 42 % медичних працівників. Тобто емоційний стан досліджуваних медичних працівників характеризуються заниженим емоційним фоном, байдужістю до професійної діяльності або навпаки емоційним перенасиченням.

Таблиця 2.4.

Рівні прояву компонентів синдрому „емоційного вигорання” у медичних працівників

Рівень прояву компонентів синдрому „емоційного вигорання”	Компоненти синдрому „емоційного вигорання” (кількість медичних працівників, у %)		
	Емоційне виснаження	Деперсоналізація	Редукція особистісних досягнень
Низький	4	20	-
Середній	54	50	34
Високий	42	30	66

Деперсоналізація як один з компонентів синдрому „емоційного вигорання” медичних працівників спостерігалася у більшості медичних працівників на середньому (50 %) та високому (30 %) рівнях, у 20 % медичних працівників деперсоналізація знаходилася на низькому рівні. Отже, серед медичних працівників із високим рівнем деперсоналізації характерна

наявність негативізму, спостерігається негативні цинічні установки по відношенню до колег та пацієнтів.

Редукція особистісних досягнень високого рівня була характерна більшості (66 %) медичних працівників, середнього рівня – 34 % досліджуваних. Редукція особистісних досягнень характеризує негативну оцінку власних досягнень та успіхів, негативне ставлення до своєї професійної гідності, своїх фахових можливостей, тобто у більшості досліджуваних наявні саме ці симптоми в процесі «емоційного вигорання».

Також нами проведено дослідження самооцінки медичних працівників *за методикою №4 С.А. Будасі*. Самооцінка, складаючи ядро «Я-концепції» медичного спеціаліста, виконує регулятивну та захисну функції, впливає на поведінку, діяльність і професійний розвиток особистості, на її взаємовідносини з іншими людьми.

Самооцінка функціонує у двох формах - загальній і частковій (парціальній, локальній). Саме на тлі останньої складається інтегративна, загальна самооцінка - цілісне емоційно-ціннісне ставлення до себе, прийняття (самоповага) чи неприйняття (самозневага) себе як особистості. Об'єктом самооцінки можуть бути різні сторони особистості: особливості побудови та перебігу діяльності, її результати, поведінка і взаємини, наявні здібності, інтереси і потреби, особливості характеру, інтелекту тощо. Проте, незалежно від того, що лежить в основі самооцінки особистості - судження людини, інтерпретації суджень інших людей, ідеали тощо, - вона завжди має суб'єктивний характер.

У роботі систематизовано основні види самооцінки, що виокремлено за такими ознаками:

- рівень - високий, середній, низький;
- співвідношення з реальною успішністю - адекватна (реальна) і неадекватна (завищена, занижена);
- особливості побудови - конфліктна і неконфліктна;
- тривалість збереження - стійка ригідна, стійка гнучка, нестійка;

- часова належність - прогностична, актуальна, ретроспективна.

Від рівня самооцінки залежить активність суб'єкта, його участь у діяльності колективу, прагнення до самореалізації. Оптимальною для розвитку та продуктивної професійної діяльності особистості є стійка, виважена й водночас достатньо гнучка самооцінка, що може змінюватися під впливом нової інформації, набуття досвіду, оцінок оточуючих тощо. Ригідна (стійка) і нестійка (що сильно коливається) самооцінка справляє негативний вплив на особистість. Самооцінка тісно пов'язана з рівнем домагань людини, складністю й важкістю цілей, яких вона прагне досягти. Відмінності між домаганнями і реальними можливостями людини призводять до неадекватної самооцінки та неадекватної поведінки (емоційні зриви, підвищена тривожність). Самооцінка та пов'язані з нею ціннісні можливості особистості формуються, розвиваються протягом усього життя людини в спілкуванні та індивідуальній діяльності. Визначає самооцінку оцінка оточення результатів діяльності особистості: чим більше досвіду спілкування у людини з іншими, тим більше інформації про себе як особистість вона отримує, тим частіше їй доводиться зіставляти власні судження про себе із думками інших людей, тим швидше й активніше розвивається у неї здатність адекватно сприймати й оцінювати свою поведінку, вчинки та особистісні якості інших людей.

На підставі неадекватно завищеної самооцінки у людини виникає помилкове уявлення про себе, ідеалізований образ своєї особистості, завищена самооцінка уповільнює особистісний розвиток, породжує важко вирішувані внутрішньоособистісні та міжособистісні протиріччя, конфлікти. Самооцінка може бути й заниженою, тобто нижче реальних можливостей особистості. Звичайно, це призводить до невпевненості у собі, надмірної критичності, неможливості реалізувати свої здібності. При адекватній самооцінці суб'єкт чітко уявляє власні професійні можливості, досить критично ставиться до себе, прагне реально дивитися на свої невдачі й успіхи, намагається ставити перед собою складні, але реальні цілі. Адекватною самооцінкою вважають такі її рівні, як «високий», «вище

середнього», а також «середній». Отримані дані указані в табл. 2.5.

Із результатів, поданих у табл. 2.5, помітно, що у досліджуваних медичних працівників зафіксовано п'ять рівнів розвитку самооцінки. Якісний аналіз загального відсоткового розподілу свідчить, що для більшості (34 %) медичних працівників властивий «середній» рівень розвитку самооцінки, що загалом відображає їх реалістичне та критичне ставлення до себе. У них спостерігається досить стала і позитивна «Я-концепція», що має прояв у внутрішній спрямованості особистості, й її самоповазі, адекватному самосприйманні. Вони реально оцінюють власну особистість, здатні переживати позитивні почуття стосовно самих себе, можуть прийняти себе такими, якими вони є, з позитивними і негативними якостями. На нашу думку, психологічна природа їх задоволеності собою ґрунтується насамперед на певних успіхах у професійній діяльності.

Таблиця 2.5.

Самооцінка медичних працівників (у % від кількості обстежуваних)

Рівень самооцінки		Кількість досліджуваних (%)
Неадекватно низький		-
Низький		20
Нижче середнього		26
Середній	Адекватний	34
Вище середнього		16
Високий		4
Неадекватно високий		-

Показовим є й той факт, що у обстежених також спостерігаються «низький» (20 %) та «нижче середнього» (26 %) рівні розвитку самооцінки, їхня незадоволеність собою обумовлена, на наш погляд, або високим рівнем критичності та вимогливості щодо себе, або нереалістично високим рівнем домагань.

За результатами дослідження було виявлено також медичних працівників із рівнем самооцінки «вище середнього» (16 %) та високим рівнем (4 %) розвитку самооцінки.

Таким чином, розподіл рівнів самооцінки у досліджуваних медичних працівників свідчить про наявність проблем у 45 % досліджуваних, що мають низький та нижче середнього рівні самооцінки, які ми можемо пов'язати із наявністю синдрому емоційного вигорання.

Методика №5. Результати дослідження особистості медичних працівників за скороченим 16 – факторним опитувальником Р. Кеттелла. Для подальшого дослідження ми використовували 16 – факторний опитувальник Р. Кеттелла [25]. В даний час різні форми 16 PF опитувальника є найбільш популярним засобом експрес – діагностики особистості. Вони використовуються у всіх ситуаціях, коли необхідне знання індивідуально – психологічних особливостей людини. Опитувальник діагностує риси особистості, що Р.Б.Кеттелл називає конституційними факторами. Вивчення динамічних факторів – мотивів, потреб, інтересів, цінностей – вимагає застосування інших методів. Це необхідно враховувати при інтерпретації, тому що реалізація в поведінці особистісних рис і установок залежить від потреб і характеристик ситуації. В рамках нашого емпіричного дослідження було проведено опитування медичних працівників за допомогою скороченого 16 – факторного опитувальника Р. Кеттелла. Ми мали на меті вивчити особистісно – поведінкові та психоемоційні особливості особистості медичних працівників з метою виявлення не тільки організаційних, але й психологічних, внутрішніх чинників, що сприяють розвитку синдрому „емоційного вигорання“. Згідно з отриманими даними, вказаними в таблицях 2.6. та 2.7. (див.табл 2.6; табл.2.7), ми змогли скласти психологічні профілі медичних працівників.

З точки зору психології ідеальний варіант – це коли риса характеру лежить в середині, і в залежності від ситуації людина може бути такою чи іншою, що дає адекватність реакцій та більше свободи у виборі поведінки. Прояв особистісних факторів у медичних працівників указаний в табл. 2.6.

Прояв особистісних факторів медичних працівників (%)

№ з/п	Вираженість Факторів	Рівні прояву особистісних особливостей, у %		
		Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
1	Адекватність Самооцінки	44	30	26
2	Інтелект	10	74	16
3	довірливість- підозрілість	40	36	24
4	відвертість – дипломатичність	36	34	30
5	низький – високий самоконтроль	80	10	10
6	розслабленість – напруженість	44	36	20

Згідно з результатами, указаними в табл. 2.6., адекватність самооцінки у більшості медичних працівників була на низькому рівні (44 %) що проявляється в підвищеній відвертості й критичному ставленні до самих себе, середній рівень був наявний у 30 % медичних працівників та високий рівень спостерігався у 26 % досліджуваних.

Рівень інтелекту медичних працівників-терапевтів співпадає із середньостатистичними даними нормального розподілу (середній рівень абстрактного та логічного мислення виявлений у 74 % медичних працівників), низький рівень спостерігався у 10 % досліджуваних та високий – у 16 % досліджуваних.

Показник довірливість – підозрілість розподіляється наступним чином: у більшості досліджуваних довірливість переважає – у 40 % медичних працівників, для них характерним є такі риси: приймають на віру ділові пропозиції, сумлінні, східні до підкорення зовнішнім обставинам, є терплячими, мирними, уникають конфліктних ситуацій. Середній рівень довірливості – підозрливості дає можливість варіювати поведінку в залежності від ситуації та спостерігався у 36 % медичних працівників . У 24 % медичних працівників спостерігаються такі риси характеру як: підозрілість, пильність, ревнивість та реактивність.

Фактор відвертість – дипломатичність розподілений майже однаковою кількістю медичних працівників: низький та середній рівень

мають 36 % медичних працівників, що характеризує їх як відвертих, чесних, невибагливих та простих людей, крім того 30 % досліджуваних мають високий рівень, що характеризує їх як дипломатичних, вишуканих, амбіційних та сумлінних людей.

Стосовно рівнів самоконтролю поведінки ми виявили наступні дані: у більшості медичних працівників (80%) спостерігається неконтрольована поведінка, такі особистості діють хаотично, незаплановано, імпульсивно, вони мають розсіяну увагу і є нетерплячими особами, що підтверджується результатами професійного вигорання через фазу резистенції, які отримані за методикою В.В. Бойка (див.табл. 2.2.). І тільки 10 % медичних працівників мають середній та високий рівень самоконтролю, що характеризує їх як високо організованих, зібраних, цілеспрямованих та терплячих особистостей.

Згідно із фактором розслабленість – напруженість спостерігається більша кількість медичних працівників із низьким рівнем напруженості (44 %), що характеризує їх як розслаблених, млявих, інертних та байдужих, тобто вони задоволені собою і неадекватно реагують на успіх і невдачі, незацікавлені в результатах роботи. Це узгоджується із дослідженою нами вираженою фазою резистенції синдрому "емоційного вигорання". Однак є й ті, що мають середній рівень за фактором розслабленості-напруженості – 36 % медичних працівників. Крім того, 20 % досліджуваних мають високий рівень напруженості, що характеризується надмірним перенапруженням, неспокоєм та підвищеним рівнем домагань і власних амбіцій, що є поганим для виконання функціональних обов'язків медичного працівника.

На табл. 2.7. нами розглянуто прояв психоемоційних факторів медичних працівників.

Таблиця 2.7.

Прояв психоемоційних факторів медичних працівників (%)

№ з\п	Вираженість факторів	Рівні прояву психоемоційних особливостей, у %		
		Низький	Середній	Високий
1	емоційна нестійкість - емоційна стійкість	84	10	6

2	стриманість – експресивність	50	34	16
3	афективність - висока нормативність поведінки	90	6	4
4	жорсткість – чутливість	70	14	16
5	самовпевненість - тривожність	44	28	28

Згідно з результатами дослідження психоемоційної сфери особистості медичних працівників ми виявили наступні дані: згідно з фактором емоційна нестійкість – емоційна стійкість спостерігається більшість медичних працівників (84 %) із підвищеною тривожністю, плинністю настроїв та неврівноваженістю по відношенню до інших людей. 10 % медичних працівників-терапевтів мають середній рівень емоційної стійкості, та тільки 6 % медичних працівників є спокійними, врівноваженими, наполегливими та емоційно сильними.

За фактором стриманість - експресивність нами виявлено більшість медичних працівників (50 %) із низьким рівнем прояву цього показника, що характеризує їх як стурбованих, стриманих, печальних та пасивних (група ризику вигорання) осіб, що провокує накопиченню негативної енергії, яка не знаходить адекватного виходу і призводить до професійного вигорання досліджуваних медичних працівників. 34 % медичних працівників мають середній рівень прояву і 16 % медичних працівників є оптимістично настроєними, веселими, безтурботними та енергійними (вони не входять до групи ризику виникнення синдрому професійного вигорання).

Нас зацікавив той факт, що 90 % медичних працівників є афективними, що характеризує їх як легковажних, прагматичних (шукають власну вигоду, не замислюючись над моральними настановами), безпринципних та керуються власними потребами та бажаннями. Тобто в них страждає перш за все ідейність та моральні якості, що є неприпустимим з огляду на покладені на них функції, високу відповідальність за життя пацієнтів. Тільки 6 % медичних працівників мають середній та 4 % - високий контроль поведінки.

Крім того більшість медичних працівників (70 %) є жорсткими (суворими, карають і себе, і оточуючих, байдужі до страждань, тверезо оцінюють речі без зайвих сентиментів та є більш раціоналістичними, тобто обирають найбільш вигідне рішення без емоцій). Середній та високий рівень виявлено у 14 % та 16 % відповідно опитаних медичних працівників, що характеризує їх як чутливі, яким притаманна ніжність, романтичність та сентиментальність.

За фактором самовпевненість у собі – тривожність ми виявили 44 % медичних працівників, що є самовпевненими, захищеними, спокійними по відношенню до майбутнього. Крім того 28 % медичних працівників мали середній та високий рівень тривожності, які переживати провину, тривожитися, вагатися в прийнятті рішень. Отже, отримані дані співпадають з поглибленим аналізом симптомів вигорання за методикою В. В.Бойка.

Як бачимо, з аналізу результатів дослідження у багатьох медичних працівників є ознаки внутрішньо особистісного конфлікту: з одного боку це довірливі люди, а з іншого жорсткі, з одного боку вони сумлінні і поступливі, а з іншого імпульсивні та легковажні. Цей дисонанс викликаний протиріччями соціальних та психологічних чинників, особливо у молодих спеціалістів і викликає "емоційне вигорання".

Треба однак відмітити, що даний аспект (можливі гендерні відмінності щодо досліджувальних характеристик) потребує додаткових психодіагностичних досліджень.

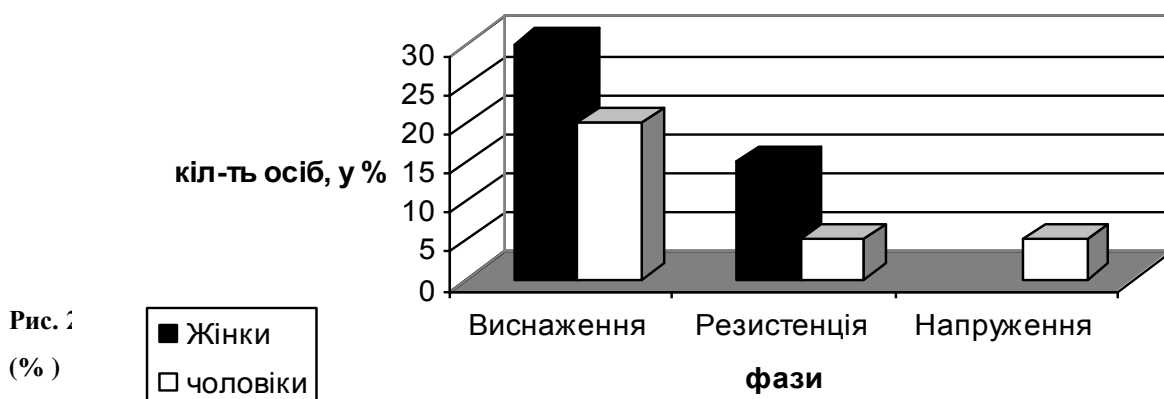
Особливості прояву "емоційного вигорання" медичних працівників в залежності від гендерних ознак

Нами проведено дослідження особливостей прояву "емоційного вигорання" медичних працівників в залежності від гендерних ознак.

Проведене дослідження дало змогу виявити деякі тенденції у розвитку синдрому „емоційного вигорання" у медичних працівників –

жінок та медичних працівників – чоловіків. Гендер – це соціальна категорія, що визначає сукупність усіх властивостей, які відрізняють людей залежно від статі; становить комплекс соматичних, репродуктивних, соціокультурних і поведінкових характеристик. Гендерні особливості високого рівня розвитку компонентів синдрому „емоційного вигорання” розглянуто на рис. 2.1.

Як указано на рис. 2.2., високий рівень розвитку „виснаження” - у жінок–медичних працівників сформоване у переважній кількості (32 %) ніж у чоловіків (20%). Аналіз показників другого компонента - „резистенції” - свідчить, що його розвиток властивий більшості жінок (16 %) та 4% чоловіків-медичних працівників, тобто більше властивий жінкам, ніж чоловікам (на 8%). У фазі «напруження» ми виявили високий рівень прояву цього компонента лише у чоловіків (4%). **Рис. 2.3. Гендерні особливості високого рівня розвитку компонентів синдрому «емоційного вигорання» (%)**



Таким чином, можна зробити висновок, що при високому рівні розвитку синдрому „емоційного вигорання” медичний працівники - чоловіки і медичний працівники - жінки, які працюють в медичних установах, майже однаково реагують на стрес - фактори через перший, другий компоненти — «виснаження» та «резистенцію», однак, чоловіки більш схильні реагувати також на третій компонент синдрому «напруження».

Поглиблений аналіз особливостей прояву симптомів кожного із компонентів дає можливість детальніше розкрити взаємозв’язок синдрому емоційного вигорання та статі. Гендерні особливості частоти симптомів що

сформувалися і фаз емоційного вигорання у медичних працівників указані на табл.2.8.

Згідно з результатами дослідження, указаних в таблиці 2.8. (див.табл.2.8), ми виявили, що за показниками вигорання у фазі «напруги» переживання психотравмуючих обставин більша у жінок – медичних працівників (64 %), ніж у чоловіків (32 %); крім того тривога та депресія також більша у жінок (24%) ніж у чоловіків (12 %).

Фаза «резистенції» за показниками неадекватне виборне емоційне реагування представлена більшістю жінок (60 %) ніж чоловіків (44 %).

Показник вигорання емоційно-моральна дезорієнтація представлений однаково як у жінок –медичних працівників (20 %) так і у чоловіків – медичних працівників (20 %). Розширення сфери економії емоцій більший у чоловіків (32 %) ніж у жінок (20 %). Редукція професійних обов'язків виявлена у більшості жінок (52 %) ніж чоловіків (24 %).

Фаза «виснаження» представлена наявністю наступних показників вигорання: емоційний дефіцит та емоційна відстороність наявна у однаковій кількості чоловіків та жінок (20 %); особистісна відстороність (деперсоналізація) наявна у більшості чоловіків (40 %), серед жінок вона представлена у 20 % досліджуваних. Психосоматичні та психовегетативні порушення наявні у більшості жінок-медичних працівників (16 %) ніж у чоловіків (4 %).

Таблиця 2.8.

Гендерні особливості частоти симптомів що сформувалися і фаз емоційного вигорання у медичних працівників (%)

№ з\п	Показники вигорання	Стать (показники розвитку симптомів, кількість досліджуваних у %)	
		Жінки	Чоловіки
Фаза «напруги»	Переживання психотравмуючих обставин	64	32
	Тривога й депресія	24	12
Фаза «резистенції»	Неадекватне виборне емоційне реагування	60	44
	Емоційно-моральна дезорієнтація	20	20

	Розширення сфери економії емоцій	20	32
	Редукція професійних обов'язків	52	24
Фаза «виснаження»	Емоційний дефіцит	20	20
	Емоційна відстороність	20	20
	Особистісна відстороність (деперсоналізація)	20*	40*
	Психосоматичні та психовегетативні порушення	16**	4**

Примітка: * -рівень статистичної значущості ($p < 0,01$)
 ** -рівень статистичної значущості ($p < 0,001$)

Як видно з таблиці виявлено статистично значущі відмінності між статтю та такими симптомами емоційного вигорання: особистісна відстороність (деперсоналізація) ($p < 0,01$) та психосоматичні та психовегетативні порушення ($p < 0,001$). Аналізуючи отримані дані, можна стверджувати, що жінки у стресовій ситуації більш схильні до психосоматичних та психовегетативних порушень, а чоловіки до особистісної відстороненості (деперсоналізації). Крім того у жінок розвиток синдрому відбувається не тільки через «резистенцію» - неадекватне виборне емоційне реагування та через редукцію професійних обов'язків, крім того через переживання психотравмуючих обставин - симптом компонента „напруга”, в той час коли у чоловіків „емоційне вигорання» розгортається через симптоми лише „резистенції».

Отримані нами в ході емпіричного дослідження дані узгоджуються з висновками вітчизняних і зарубіжних досліджень. Так, зазначається, що взаємозв'язок між „емоційним вигоранням» і статтю не є однозначним. Одні автори стверджують, що чоловіки вигорають більше, ніж жінки, інші - навпаки. Отже, мова має йти не про те, що представники однієї із статей вигорають більше, а про специфіку впливу статі на компоненти емоційного вигорання [89; 111].

Крім того, вченими встановлено, що у стресовій ситуації чоловіки більше схильні до емоційної відстороненості, відчуття загнаності, сприймання ситуації як критичної, що дуже часто впливає на зміну стосунків з оточенням, провокує відчуження від людей. Чоловіки менше

схильні до пошуку соціальної підтримки, ніж жінки, вони часто намагаються наслідувати стереотип поведінки «я мушу бути сильним і мужнім та вирішувати все сам».

Водночас жінки у стресовій ситуації більше схильні до емоційного виснаження, вони більше емоційно відкриті, але, емоційно заглиблюючись у переживання кожного з тих, хто поруч (і на роботі, і вдома), вони ставлять під загрозу своє емоційне здоров'я, ризикують емоційно спустошитися, виснажитись емоційно та фізично, набути психосоматичних та психовегетативних порушень (на які, порівняно з чоловіками, скаржаться значно частіше). Жінки схильні займати материнську позицію як вдома, так і на роботі, беручи на себе відповідальність за життя та добробут тих, хто поруч, що також може призводити до емоційного перевантаження, фізичного та морального виснаження (особливо, коли жінка не в змозі виконати покладені на неї обов'язки) [89].

Різниця у поведінкових проявах синдрому „емоційного вигорання» у чоловіків та жінок може пояснюватися також тим, що у чоловіків переважають інструментальні цінності, а жінки більше схильні до емоційного відгуку: вони у меншій мірі схильні до відсторонення від своїх клієнтів, відвідувачів, громадян, які звернулися до них про допомогу.

Ризик «вигоріти» також залежить від того, наскільки функції, які виконують працівники, відповідають їх статево - рольовій орієнтації. Так, дослідники встановили, що чоловіки більше чутливі до впливу стресорів у тих ситуаціях, в яких від них вимагають демонстрації суто чоловічих якостей, таких, як фізичні дані, чоловіча відвага, емоційна стриманість, демонстрація власних досягнень у роботі. У той же час жінки більше чутливі до стресорних факторів при виконанні тих обов'язків, які потребують від них співчуття, підкорення.

Ще одним чинником, що впливає на виникнення синдрому „професійного вигорання» у жінок, є той факт, що жінка, яка працює, відчуває більш високі робочі перевантаження (порівняно з чоловіками) через додаткові домашні та родинні обставини [111].

Зв'язок прояву "емоційного вигорання" медичних працівників в залежності від соціально – демографічних чинників

Загальні дані щодо рівня розвитку та прояву компонентів та симптомів «емоційного вигорання» не дають нам повну картину особливостей цього феномену. Тому ми вирішили провести статистичну обробку даних для виявлення зв'язків між характеристиками синдрому “емоційного вигорання” у медичних працівників та їх соціально-демографічними чинниками. Результати емпіричного дослідження за цими ознаками наведені в таблицях в відсотковому співвідношенні.

Зв'язок прояву "емоційного вигорання" медичних працівників в залежності від віку. Вплив віку на ефект вигорання не є однозначним. В деяких дослідженнях була виявлена схильність до вигорання осіб не тільки старшого, а й молодого віку. В певних випадках стан останніх пояснюється емоційним шоком, який вони відчувають при зіткненні з реальною дійсністю, яка часто не відповідає їх очікуванням відносно професійної діяльності

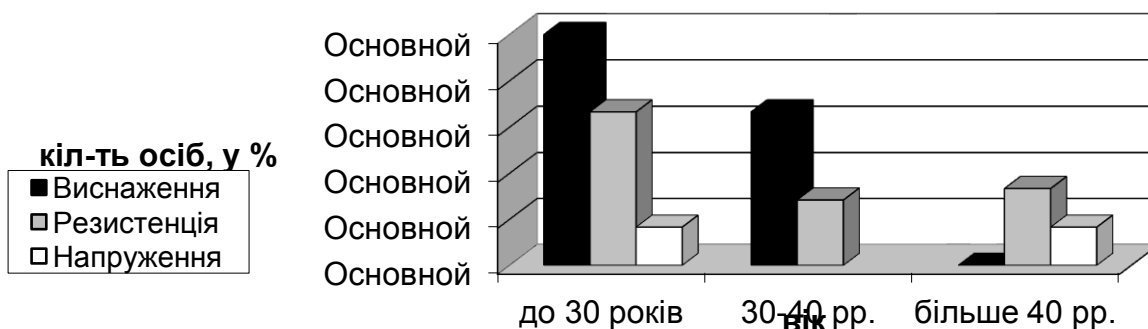


Рис. 2.3. Взаємозв'язок віку та компонентів синдрому „емоційного вигорання”

За допомогою даних, що представлені на рисунку, ми маємо можливість співставити високий рівень розвитку синдрому на різному віковому етапі (див.рис. 2.3.). Отже, згідно з даними, вказаними на рис.

2.3., у медичних працівників віком до 30 років високий рівень синдрому виснаження має 46,9 % досліджуваних, це ті працівники, як правило молоді спеціалісти, які тільки розпочинають свій трудовий шлях в медичних закладах й можливо, на наш погляд, ще не знайшли оптимальної комунікабельної форми емоційної поведінки у відносинах з колегами, пацієнтами та їх близькими, не опанували (не володіють) ефективними засобами організації роботи; резистенція – 33,5 % та напруження – 6,7 % осіб. У медичних працівників віком від 30 до 40 років виснаження спостерігається у 35 % досліджуваних, резистенція – 15 % медичних працівників, напруження у цієї вікової групи не виявлено. У медичних працівників віком від 40 років – виснаження спостерігається у 80,4 % досліджуваних, резистенція – 13,4 % осіб та напруження у 6,7 % медичних працівників.

Таким чином, можна зробити висновок, що при розвитку синдрому «емоційного вигорання» медичний працівники віком до 30 років реагують через виснаження та резистенцію. Разом з тим, більшість медичних працівників, яким більше 40 років, реагують на синдром емоційного вигорання через компонент виснаження.

Поглиблений аналіз особливостей прояву симптомів кожного із компонентів дає можливість детальніше розкрити взаємозв'язок синдрому „емоційного вигорання" та віку (див.табл. 2.9).

Було виявлено статистично значущі відмінності між віком та таким симптомом емоційного вигорання як редукція професійних обов'язків ($p < 0,01$) Згідно з отриманими даними у табл. 2.9., ми можемо стверджувати, що медичний працівники віком до 30 років у стресовій ситуації найбільше схильні до редукції професійних обов'язків – 67 % опитаних, працівники віком 30-40 років до неадекватного вибіркового емоційного реагування та емоційно-моральної дезорієнтації (по 35 % опитаних), в той час коли медичний працівники, яким більше 40 років, схильні не тільки до

неадекватного вибіркового емоційного реагування, а й до розширення сфери економії емоцій (по 33,5 % опитаних).

Таблиця 2.9.

Взаємозв'язок віку та симптомів синдрому „емоційного вигорання”

№ з\п	Показники вигорання	Вік (показники розвитку симптомів, кількість досліджуваних у %)		
		До 30 рр.	30-40 років	Більше 40 рр.
Фаза «напруги»	Переживання психотравмуючих обставин	33,5	15	26,8
	Тривога та депресія	26,8	25	6,7
Фаза «резистенції»	Неадекватне виборне емоційне реагування	53,6	35	33,5
	Емоційно-моральна дезорієнтація	33,5	35	13,4
	Розширення сфери економії емоцій	33,5	25	33,5
	Редукція професійних обов'язків	67*	20*	13,4*
Фаза «виснаження»	Емоційний дефіцит	26,8	15	13,4
	Емоційна відстороність	26,8	15	13,4
	Особистісна відстороність (деперсоналізація)	20,1	20	13,4
	Психосоматичні та психовегетативні порушення	6,7	15	26,8

Примітка: * -рівень статистичної значущості ($p < 0,01$)

При цьому у медичних працівників віком до 30 років розвиток синдрому відбувається не тільки через другий компонент – «резистенції»: неадекватне вибіркоче емоційне реагування (53,6% опитаних), редукцію професійних обов'язків (67 % опитаних), а й через переживання психотравмуючих обставин - симптом першого компонента – «напруження», в той же час у медичних працівників, яким більше 40 років, „емоційне вигорання” теж розгортається через симптоми не лише «резистенції», але тут, окрім «напруження», з'являється ще й «виснаження» (відповідно до ступеню впливу: психосоматичні та психовегетативні порушення — 26,8%, переживання психотравмуючих обставин – 26,8%). У медичних працівників віком 30 -40 років розвиток синдрому відбувається переважно через другий компонент – «резистенцію».

Зв'язок між «емоційним вигоранням» та стажем роботи медичних працівників. Детальний аналіз симптомів “емоційного вигорання” дає нам можливість глибше проаналізувати вплив стажу роботи, який відноситься і до індивідуальних, і до організаційних чинників. Опосередковано стаж роботи впливає на досвід, адаптацію, характер медичного працівника-терапевта, а

також на вміння стратегічно та тактично планувати роботу та визначає статус. Водночас люди з великим стажем роботи більш професійно деформовані умовами та вимогами професії.

Все це ми бачимо з результатів проведеного дослідження (рис. 2.4.).

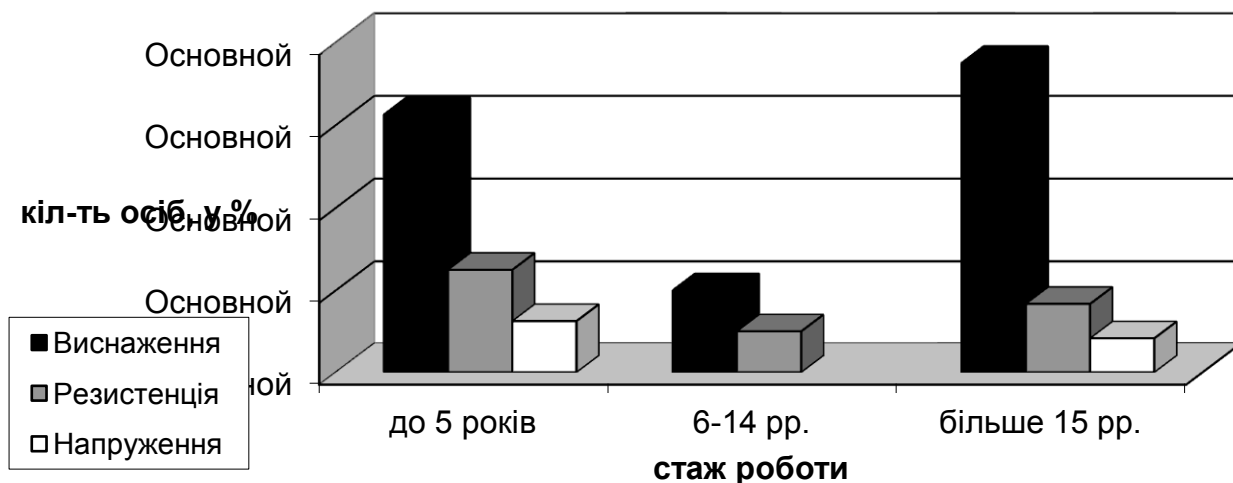


рис. 2.4. Взаємозв'язок стажу роботи та компонентів синдрому «емоційного вигорання»

Отже, компонент «виснаження» - у медичних працівників зі стажем роботи до 5 років сформований у 60 %, у медичних працівників зі стажем роботи 6-14 років - у 20 % опитаних, у медичних працівників зі стажем роботи 15 і більше років - у 73,7% опитаних.

Аналіз показників другого компонента - „резистенції” показує, що його розвиток властивий 20% працівників зі стажем роботи до 5 років та 12% осіб зі стажем роботи 6-14 років і 13,4% медичних працівників зі стажем роботи 15 і більше років, тобто у найбільшому ступені властивий та яскраво виражений у працівників зі стажем роботи до 5 років, ніж іншим категоріям медичних працівників.

У медичних працівників зі стажем роботи до 5 років «напруження» — в основному низьке і сягає високого рівня лише у 10% опитаних, у медичних працівників зі стажем роботи 6-14 років взагалі не встановлено сформованості „напруження”, у працівників зі стажем роботи 15 і більше років – високий рівень напруження був наявний у 6,7 % медичних працівників.

Отже, в результаті дослідження виявлено тенденцію розвитку синдрому “емоційного вигорання”: чим більше стаж, тим нижче рівень

напруження та резистенції, цікавий факт: компонент – «напруження», взагалі відсутнє у працівників зі стажем роботи 6-14 років і це дивно, бо напруження пов'язане з відповідальністю і сумлінним виконанням професійних обов'язків, тобто можна припустити, що мотивація досягнення знижена. Третій компонент – «виснаження» виразно виявляється у працівників зі стажем роботи до 5 років та більше 15 років.

Поглиблений аналіз особливостей прояву симптомів кожного із компонентів дає можливість детальніше розкрити взаємозв'язок синдрому «емоційного вигорання» та стажем роботи (див.табл. 2.10.).

Підвищення «переживання психотравмуючих обставин» на початку професійної діяльності та після 15 років від її початку можливо пояснити невпевненістю в собі молодих медичних працівників та зростанням згодом відповідальності при лікуванні хворих й складності операцій.

Чітке підвищення симптому "психосоматичні та психовегетативні порушення" можна пояснити віком та професійною деформацією особистості через фазу „резистенції“, яка діє протягом 15 років і більше.

Таблиця 2.10.

Взаємозв'язок стажу та симптомів синдрому «емоційного вигорання»

№ з\п	Показники вигорання	Стаж роботи (показники розвитку симптомів, кількість досліджуваних у %)		
		До 5 pp.	6-14 pp.	15 pp. і >
Фаза «напруги»	Переживання психотравмуючих обставин	50	16	20,1
	Тривога та депресія	20	24	-
Фаза «резистенції»	Неадекватне виборне емоційне реагування	40	44	33,5
	Емоційно-моральна дезорієнтація	50	32	13,4
	Розширення сфери економії емоцій	50	24	33,5
	Редукція професійних обов'язків	60	36	6,7
Фаза «виснаження»	Емоційний дефіцит	30	12	20,1
	Емоційна відстороність	20	16	13,4
	Особистісна відстороність (деперсоналізація)	20	24	6,7
	Психосоматичні та психовегетативні порушення	10	16	33,5

Підвищення «переживання психотравмуючих обставин» на початку професійної діяльності та після 15 років від її початку можливо пояснити

невпевненістю в собі молодих медичних працівників та зростанням згодом відповідальності при лікуванні хворих й складності операцій.

Чітке підвищення симптому «психосоматичні та психовегетативні порушення» можна пояснити віком та професійною деформацією особистості через фазу «резистенції», яка діє протягом 15 років і більше.

Результати дослідження за методикою Бойко В.В. дали нам з одного боку невтішні результати, що свідчать про психологічні проблеми у частини медичних працівників, пов'язані з «емоційним вигоранням», яке розвивається переважно через резистенцію. Вони проявляються у вигляді неадекватної економії емоцій, коли професіонал обмежує емоційну віддачу за рахунок вибіркового реагування в ході робочих контактів. Діє принцип «хочу - не хочу»; буду вважати потрібним - приділю увагу цьому пацієнту, буде настрій — відгукнуся на його стан та потреби. В спілкуванні з близькими, приятелями, на роботі, втомившись від контактів, оглядів, розмов, медичний працівник не має бажання спілкуватися, замикається в собі. Це призводить до спроб полегшити або скоротити обов'язки, що потребують емоційних витрат. Як результат - до професіонала приходять відчуття, що емоційно він вже не може належним чином допомагати суб'єктам своєї діяльності. Реагування без почуттів та емоцій - найбільш яскравий прояв вигорання. Він свідчить про професійну деформацію особистості та надає збитків суб'єкту спілкування, тобто пацієнтам.

Слід зауважити, що практично відсутні симптоми «загнаності у кут» та «незадоволеності собою». Це говорить про те, що маємо справу з людьми своєї справи, які не випадкові в цій професії. З іншого боку є привід для оптимізму: шляхом більш детального аналізу встановлено, що прояви синдрому поступово зменшуються з віком та стажем роботи. Отримані дані дають можливість, по-перше, ще в учбових закладах готувати молодих медиків до всіх реалій медичної праці, співробітників, які вперше почали працювати, потрібно адекватно ввести в курс справ, якщо їх очікування нереалістичні; по-друге проводити профілактичну психологічну роботу у

вигляді лекцій, тренінгів та психокорекційних занять з найбільш проблемними категоріями медичних працівників: молодими працівниками (віком до 30 років) та медичного працівниками з невеликим стажем роботи з врахуванням гендерних аспектів.

Висновки до розділу 2

Проведене нами емпіричне дослідження присвячене аналізу дослідження психологічних особливостей прояву емоційного вигорання серед медичних працівників (зв'язок із гендерними та соціально-демографічними чинниками). Результати дослідження дозволяють нам сформулювати наступні висновки:

1. Медичний працівник є тією професійною групою, серед представників якої ризик виникнення синдрому емоційного вигорання є надзвичайно високим. У досліджуваних синдром професійного вигорання був притаманний більшості досліджуваних медичних працівників-терапевтів.

2. На статистично значущому рівні у медичних працівників виявлені показники симптомів кожного з трьох компонентів вигорання – показники фази напруження, резистенції та виснаження.

3. За допомогою використання методики «Синдром вигорання» в професіях системи «людина – людина» нами було виявлено у медичних працівників достатньо високий рівень прояву всіх трьох складових синдрому «емоційного вигорання», а саме: емоційне виснаження; деперсоналізація; редукція особистісних досягнень.

4. Розподіл рівнів самооцінки у досліджуваних медичних працівників свідчить про наявність проблем у 44 % досліджуваних, що мають низький та нижче середнього рівні самооцінки, які ми можемо пов'язати із наявністю синдрому емоційного вигорання.

5. У багатьох медичних працівників виявлено ознаки внутрішньо особистісного конфлікту: з одного боку це довірливі люди, а з іншого

жорсткі, з одного боку вони сумлінні і поступливі, а з іншого імпульсивні та легковажні. Цей дисонанс викликаний протиріччями соціальних та психологічних чинників, особливо у молодих спеціалістів і викликає «емоційне вигорання».

6. Аналізуючи зв'язок гендерних ознак із емоційним вигоранням, можна стверджувати, що жінки у стресовій ситуації більш схильні до психосоматичних та психовегетативних порушень, а чоловіки до особистісної відстороненості (деперсоналізації). Крім того у жінок розвиток синдрому відбувається не тільки через «резистенцію» - неадекватне виборне емоційне реагування та через редуцію професійних обов'язків, а ще через переживання психотравмуючих обставин - симптом компонента «напруга», в той час коли у чоловіків «емоційне вигорання» розгортається через симптоми лише «резистенції».

7. При розвитку синдрому «емоційного вигорання» медичний працівник віком до 30 років реагують через виснаження та резистенцію. Разом з тим, більшість медичних працівників, яким більше 40 років, реагують на синдром емоційного вигорання через компонент виснаження.

8. Виявлено тенденцію розвитку синдрому «емоційного вигорання»: чим більше стаж, тим нижче рівень напруження та резистенції, цікавий факт: компонент – «напруження», взагалі відсутнє у працівників зі стажем роботи 6-14 років і це дивно, бо напруження пов'язане з відповідальністю і сумлінним виконанням професійних обов'язків, тобто можна припустити, що мотивація досягнення знижена. Третій компонент – «виснаження» виразно виявляється у працівників зі стажем роботи до 5 років та більше 15 років.

9. Отримані результати дають можливість розглянути у новому ракурсі проблему вивчення чинників вигорання в контексті професійного шляху особистості медичного працівника. Ґрунтуючись на отриманих результатах можна говорити, що більшість досліджуваних медичних працівників потребують спеціалізованої психологічної допомоги для подолання синдрому емоційного вигорання.

РОЗДІЛ 3

ІНТЕГРАЛЬНА МОДЕЛЬ ДІЯЛЬНОСТІ ПСИХОЛОГА В РОБОТІ ІЗ СИНДРОМОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ В МЕДИЧНІЙ УСТАНОВІ

3.1. Діяльність психолога з поліпшення психологічно – соціального клімату в медичній установі

Проблема попередження та профілактики психогенних розладів була і залишається актуальною проблемою психологічної науки. В нашу бурхливу, відзначену технічним прогресом епоху постіндустріального суспільства ця проблема набуває нового значення. Адже досить велика кількість психогенних розладів виникли саме протягом ХХІ сторіччя [103].

Соціально-психологічний клімат будь-якої установи породжується міжособистісною взаємодією, яка опосередковує не тільки між-особистісні впливи, а й вплив навколишнього фізичного середовища: речей, предметів, явищ природи тощо. Настрій однієї людини впливає на настрій іншої, позначається на різноманітних актах поведінки, діяльності, життя людини.

Р. Х. Шакуров пропонує розглядати соціально-психологічний клімат з урахуванням трьох особливостей: психологічної, соціальної та соціально-психологічної. "Психологічна форма клімату, — пише Р. Х. Шакуров, — розкривається в емоційних, вольових та інтелектуальних станах і властивостях групи (так, можна говорити про атмосферу оптимізму, страху, цілеспрямованості або вольової розслабленості, творчого пошуку та інтелектуальної активності людини тощо)". На його думку, якщо в інтелекті, емоціях, волі фіксувати їхній соціальний зміст, то тут виявлятиметься соціальний аспект, соціально-психологічний аспект виявляється в єдності, згоді, задоволенні, дружбі, згуртованості.

Соціально-психологічний клімат — якісний бік стосунків, що виявляється у вигляді сукупності психологічних умов, які сприяють або перешкоджають продуктивній спільній діяльності та всебічному розвитку особистості в групі. Такий клімат може бути сприятливим, несприятливим, нейтральним, позитивно чи негативно впливати на самопочуття людини.

Формування здорової моральної атмосфери в медичний працівницькому колективі – складний і тривалий процес. Головна його мета – досягнення такого становища, коли праця приносить медичного працівникам задоволення, коли вони виконують спільну справу з радістю. Прийти до цього можна лише через вмилу організацію праці, справедливу оцінку і винагородження працівників, сприяння їх професійному зростанню, а також розуміння їх труднощів і проблем [102].

Робота психолога має такі складові [99]:

- діагностування соціально-психологічного клімату як інформаційна база для діяльності психолога з його оптимізації;
- консультативна робота з керівником і співробітниками медичний працівникні щодо врахування психологічних особливостей медичних працівників у процесі розподілу навантажень тощо;
- гармонізація ділових і особистісних стосунків на основі даних соціометричного дослідження тощо;
- психопрофілактична та психокорекційна робота психолога з окремими співробітниками (тренінги, психотерапевтичні бесіди тощо);
- діяльність із запобігання та розв'язання конфліктів.

Соціально-психологічний клімат колективу є продуктом всієї системи соціальних відносин у суспільстві, тенденцій сучасного науково-технічного прогресу і специфічного мікросередовища того чи іншого колективу. Глибокі соціальні і соціально-психологічні корені психологічного клімату будь-якого колективу зачасні в багатогранній життєдіяльності суспільства – це істотна передумова розвитку духовної атмосфери. Водночас соціально-психологічний клімат не є простим наслідком соціального чи науково-

технічного прогресу. Він формується за власними, ще не зовсім дослідженими законами.

Це пояснюється кількома обставинами, зокрема: соціально-психологічний клімат колективу в усіх його формах має досить складний, багаторазово опосередкований, в тому числі й структурою внутрішньоколективних відносин, характер; соціальний і науково-технічний прогрес дають досить суперечливі за своїм характером соціально-психологічні наслідки.

Останнє обумовлюється, зокрема, зростанням складності, темпу та ритму та, відповідно, і психологічної напруги праці.

З метою формування та поліпшення соціально-психологічного клімату в медичній працівницькому колективі бажано проводити тренінги, з допомогою яких психологи навчали б членів колективу і керівників високій культурі взаємодії та спілкування. Найбільш ефективними є такі форми тренінгів, як тренінг поведінковий, тренінг чутливості, тренінг рольовий, відеотренінг та ін. [103].

Однак найважливішим в роботі психолога є психопрофілактика. Згідно міжнародної класифікації, психопрофілактика умовно поділяється на первинну, вторинну та третинну [1; 4].

Первинна психопрофілактика включає в себе заходи, спрямовані на попередження шкідливих впливів на людську психіку. На цьому рівні система психопрофілактики складається з вивчення стійкості психіки до впливу шкідливих агентів оточуючого середовища та пошуку шляхів збільшення цієї стійкості. Завдання психолога на цьому етапі – рання діагностика нервово-психічних захворювань, розробка та впровадження спеціальних психопрофілактичних та психотерапевтичних заходів для медичних працівників.

Вторинна психопрофілактика передбачає максимально раннє виявлення початкових фаз нервово-психічного захворювання та їх своєчасне

активне лікування (згідно рекомендації Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я під вторинною профілактикою мається на увазі саме лікування).

Третинна психопрофілактика спрямована на попередження рецидивів нервово-психічних захворювань та відновлення нормальної працездатності людини. Якщо говорити про нервово-психічні захворювання, пов'язані з професійною діяльністю, то здебільшого третинна психопрофілактика йде шляхом пошуку нових ресурсів в професійній діяльності (професійна реабілітація), створення максимально сприятливих організаційних умов роботи (соціальна адаптація) та усвідомлення особистістю власних можливостей для поповнення ресурсів розвитку та професійного зростання (самоактуалізація особистості) [12].

Що стосується психопрофілактики та корекції негативних проявів синдрому емоційного вигорання, то в зарубіжній практиці підходи до його лікування або зменшення ступеню важкості в більшості своїй пов'язані з техніками, взятими з області подолання стресу, які виявилися ефективними в подоланні синдрому вигорання у медичних працівників [52].

Загалом стратегії психопрофілактики синдрому емоційного вигорання, які впроваджуються за кордоном, деякі дослідники поділяють на декілька груп, залежно від зосередженості на окремих медичних працівниках, структурі роботи чи на організації [22].

На рівні окремих працівників пропонується надання їм допомоги у розробці та використанні механізмів моніторингу та зворотного зв'язку, надання можливостей для навчання на робочому місці з метою підвищення рольової ефективності (яка є одним із чинників виникнення синдрому емоційного вигорання), проведення в колективах періодичних обстежень для діагностики наявності синдрому емоційного вигорання, організація індивідуального консультування та тренінгу для працівників, які переживають високий рівень стресу тощо.

Стратегії подолання вигорання, що базуються на модифікації структури роботи, на думку дослідників, є найбільш простими та ефективними

у зменшенні проявів синдрому. В цьому напрямку пропонується обмежувати кількість клієнтів, з якими працює кожен медичний працівник; рівномірно розподіляти найбільш важку та невдячну роботу між членами колективу; виокремлювати протягом робочого дня часу для релаксаційних заходів, після яких співробітники відновлюють рівень енергії; залучати до роботи в організаціях додаткових працівників, наприклад, волонтерів тощо [67].

3.2. Програма тренінгу: «Профілактика та корекція синдрому емоційного вигорання медичних працівників»

Історично ідея тренінгу з'явилася серед психологів, які займалися підготовкою психологів та соціальних працівників до роботи з пацієнтами. До речі, зарубіжна практика підготовки медичного працівника до роботи з дітьми шляхом тренінгу, зокрема тренінгу комунікативних навичок особливо широко представлена в працях К. Роджерса [74]. В такій тренінговій групі створюється клімат захищеності, відкритості, можливості пізнання себе та інших, пошук конструктивних розв'язків медичних проблем. Для підвищення якості медичної працівницької взаємодії та лікувального процесу в цілому потрібно охопити груповим тренінгом всіх медичних працівників. Ґрунтуючись на результатах проведеного емпіричного дослідження, ми розробили тренінгову програму профілактики та психокорекції емоційного вигорання медичних працівників. Робоча назва тренінгу: „Профілактика та корекція негативних явищ, пов'язаних із синдромом емоційного вигорання медичного працівника”.

Завдання тренінгу:

- формування професійно важливих рис медичного працівника, що належать до структури медичної працівницької майстерності: емпатії, креативності, комунікативності, експресивності;
- профілактика та корекція негативних виявів синдрому емоційного вигорання;

- усвідомлення ресурсного потенціалу в медичній працівницькій праці;
- оволодіння навичками релаксації.

Тренінг було побудовано таким чином (див.табл. 3.1), що перша половина роботи з медичними працівниками була присвячена розвитку професійно важливих якостей медичного працівника, що за результатами нашої дослідницької роботи протидіють розвиткові вигорання. А друга половина присвячена власне роботі, спрямованій на профілактику та корекцію негативних проявів вигорання, усвідомлення ресурсного потенціалу медичній працівницькій праці та научіння навичкам релаксації.

Таблиця 3.1

Структура тренінгу „Профілактика та корекція синдрому емоційного вигорання медичного працівника”

	Тривалість	Основні спрямування
1 заняття	3 години	Ознайомлення учасників з основними принципами тренінгової роботи (особливий акцент робиться на принципі прийняття, який є важливий для роботи в групі, а також в повсякденній роботі медичного працівника). Дискусія стосовно синдрому емоційного вигорання (симптоми, причини, наслідки). Розвиток комунікативних навичок та вмінь.
2 заняття	2.5 години	Розвиток комунікативних вмінь та навичок; навичок емпатії; розвиток експресивності медичного працівника, як компоненту медичній працівницької майстерності, що протидіє вигоранню.
3 заняття	3 години	Розвиток креативності медичного працівника. Вправи спрямовані на усвідомлення того, що таке креативність; на розвиток креативності.
4 заняття	3 години	Профілактика та корекція негативних наслідків першої фази вигорання (фази напруження). Вправи спрямовані на подолання тривоги та напруження, оволодіння навичками релаксації, усвідомлення ресурсного потенціалу в роботі медичний працівником.
5 заняття	3.5 години	Профілактика та корекція негативних наслідків другої фази вигорання (фази резистенції). Вправи спрямовані на усвідомлення палітри емоційних переживань стосовно об'єктів та суб'єктів робочого середовища, на подолання деперсоналізованого ставлення до пацієнтів.
6 заняття	3 години	Профілактика та корекція негативних наслідків другої та третьої фаз вигорання (фази резистенції та виснаження). Вправи спрямовані на розвиток вміння безоцінно судити про поведінку оточуючих; на корекцію надмірної інтеріоризації професійних обов'язків, на профілактику ухилення від виконання професійних обов'язків; на розвиток емоційної гнучкості медичного працівника.

Нижче наведено приклади вправ, що використовувались для реалізації окремих завдань тренінгу „Профілактики та корекції негативних явищ, пов’язаних із синдромом емоційного вигорання медичного працівника”.

Заняття І.

Пацієнт для справжнього медичного працівника має виступати особливим суб’єктом медичній працівницької справи, якому потрібно відновити втрачене здоров’я та надати рекомендації по веденню здорового образу життя. Тому комплекс вправ, використаних нами для розвитку та актуалізації професійно важливих рис медичного працівника, переслідував також мету научіння навичкам ефективної, безконфліктної суб’єкт – суб’єктної взаємодії. Набуття таких навичок, як свідчать результати нашого дослідження, буде також протидіяти розвиткові синдрому емоційного вигорання. А отже, такі вправи матимуть профілактичний ефект.

Приклади вправ, спрямовані на розвиток комунікативних вмінь та навичок.

Вміння спілкуватися є найважливішим вмінням медичного працівника. Це підкреслюється рядом авторів [18; 19; 23; 32; 33; 34]. В нашому дослідженні було доведено, що безконфліктне, живе, емоційно забарвлене спілкування протидіє виникненню вигорання у медичних працівників. На перший погляд цьому будуть суперечити зарубіжні теоретичні припущення, що спілкування з великою кількістю людей призводить до вигорання професіонала [46]. Дані нашого емпіричного та теоретичного аналізу говорять на користь того, що не саме спілкування, а неправильно побудоване спілкування, яке вимагає надмірних психічних ресурсів від медичного працівника, призводить до появи ознак вигорання. Тому блок вправ буде присвячено виробленню навичок ефективного спілкування з пацієнтами.

Вправа: 1. *«Невербальний контакт».*

Мета: Вироблення навичок невербальної комунікації.

Хід виконання. Всі учасники розташовуються великим напівколом. Кожен з учасників по черзі виходить в центр і намагається будь-якими невербальними засобами встановити контакт з кожним учасником заняття.

Обговорення. Після виконання завдання тренер пропонує обговорити враження, що виникли в процесі роботи. Підводячи підсумки, тренер акцентує увагу учасників на тих засобах встановлення контакту, які кожен з учасників використовував, а також на тих ознаках, які свідчили про те, що контакт встановлений. Вправа є корисною в контексті встановлення контакту медичного працівника з пацієнтом на початку лікувального процесу.

Вправа: 2. *«Розповім усьому світу ...».*

Мета: Розвиток навичок прийому та передачі інформації.

Хід виконання. Учасники групи діляться на пари і по черзі розповідають один одному історію, яку б могли розповісти і всій групі також. Історія має бути закінченою, має розкривати психологічні проблеми, почуття та переживання того, хто її розповідає. Ведучий слідкує, щоб кожен розповідач вкладався у відведений для нього час (3 хвилини). Потім зліва направо по одному учаснику з кожної пари переходить до сусідів, і в нових парах кожен розповідає ті історії, які були почуті від колишніх партнерів.

Потім, в колі кожен розповідає ту історію, яку почув після обміну партнерами. Після кожної розповіді тренер звертається до того, чия насправді була ця історія і виявляє, що було пропущене, що викривлене, що придумане.

Обговорення. В групі обговорюється способи запам'ятовування історій, що в розповіді допомагало, а що перешкоджало кращому сприйманню та запам'ятовуванню.

Вправа: 3. *«Морська прогулянка».*

Мета: Відпрацювання навичок уважного слухання.

Хід виконання. Ведучий на початку виконання вправи запрошує учасників на морську прогулянку: «Сядьте будь ласка зручніше та заплющіть очі. Зверніть увагу на ваше дихання, відчуйте його: повітря проходить через ваше горло та потрапляє до легенів. З кожним вдихом до тіла потрапляє

енергія, а з кожним видихом щезає напруга та негативні переживання і напруга... Зверніть увагу на ваше тіло, відчуйте кожну його частинку. Ви чуєте звуки, відчуваєте вітерець на вашому обличчі. Уявіть, що ви на морському березі, вітерець наповнює ваше тіло солоним морським ароматом та смаком. Ви повільно йдете берегом, вас оточують квіти, звуки, запахи. Подивіться на море, зверніть увагу на ваш стан: які емоції та переживання у вас виникають під час прогулянки. Ви нікуди не поспішаєте, ви можете йти далі, можете скупатися або просто посидіти на березі.

А тепер настав час повернутися до нашої кімнати, в коло. Зробіть це в звичному для вас темпі: можете розплющити очі одразу, а можете посидіти ще із заплющеними очима”.

Після цього учасникам пропонується розділитися на групи по 3-4 особи, де кожен по черзі буде розповідати про свої враження від “морської прогулянки”. Завдання решті учасників: уважно слухати, не коментуючи, не ставлячи запитань.

Обговорення. В групі обговорюються такі питання: чи важко було уважно слухати один одного, в які моменти учасники припиняли слухати розповідь тощо. Ведучий наголошує на важливості уважного слухання в спілкуванні з пацієнтами.

Примітка. Перша частина вправи є також можливістю навчання навичкам релаксації. Продовживши час морської прогулянки, можна тим самим поновити власні сили та психічні ресурси. В процесі групової дискусії ведучий може звернути увагу учасників на цю можливість.

Приклади вправ, спрямовані на розвиток емпатії медичного працівника.

Вправа: 4. «Асоціації».

Мета: Розвиток емоційно-інтуїтивного каналу емпатії.

Хід виконання. Один із учасників групи виходить з кімнати. Група обирає учасника, якого загадують. Після цього медичний працівник, який виходив, повертається. Його мета – відгадати загадану людину. Для цього він

ставить учасникам групи питання типу: “Якби це була квітка (тварина, машина, погода, одяг, посуд, колір, комаха тощо), то яка?” Учасники, до яких звертаються, говорять свої асоціації. Ведучий повинен слідкувати за тим, щоб кожен спробував себе і в ролі загаданого учасника, і в ролі людини, яка відгадує за асоціаціями.

Обговорення. Після виконання вправи обговорюються всі труднощі та емоційні переживання, які виникали під час виконання вправи.

Вправа: 5. *«Митники та контрабандисти».*

Мета: Розвиток когнітивного каналу емпатії.

Хід виконання. Група ділиться на митників та контрабандистів. Задача контрабандистів: провести через митницю заборонений товар. Задача митників: дізнатися у кого з контрабандистів цей товар схований.

Обговорення. Виконання такої ігрової вправи змусить медичних працівників зосередитись на експресіях, які повсякчас важко помітити: зміна голосу, загальна напруженість, дрижання тощо. Під час обговорення учасники діляться враженнями про те, на що вони орієнтувалися під час виявлення “контрабандиста”.

Вправа: 6. *«Що ти відчуваєш».*

Мета: Відпрацювання навичок розуміння стану інших людей.

Хід виконання. Один з учасників за бажанням говорить про стан сусіда зліва. Наприклад, “Мені здається, що ти зараз зацікавлений тим, що відбувається в групі”. Той, кому це сказали, в свою чергу розповість всім про свій стан в даний момент. Потім він скаже про стан свого сусіда зліва, а той уточнить свій стан тощо.

Обговорення. Після виконання вправи учасники обговорюють, як кожен з них визначав стан свого сусіда: на які зовнішні ознаки орієнтувались, інтуїтивність вирішення проблеми.

Заняття II.

Вправа: 1. *«Креативна людина».*

Мета: Усвідомлення того, що таке креативність.

Хід виконання. Учасники, кидаючи один одному м'яч називають, не повторюючись, якості, притаманні креативній людині. Після того, як кожен назвав по 2-3 якості, медичний працівники продовжують кидати один одному м'яча, але називаючи якості поведінки антипода креативній людині.

Вправа: 2. *«Апельсин»*.

Мета: Розвиток біглості мислення.

Хід виконання. Ведучий тримає в руках м'яч, пропонуючи учасникам уявити, що це апельсин. Кидаючи один одному м'яч, учасники називають якості апельсина. Наприклад, “круглий”, “куплений в магазині”.

Вправа: 3. *«Прикмети»*.

Мета: Розвиток гнучкості та оригінальності мислення.

Хід виконання. Вправа виконується з м'ячем. На початку виконання ведучий робить вступ: “Певно, що кожен знає прикмету про те, якщо на підлогу впав ніж – прийде чоловік, виделка – жінка. Ми будемо розвивати ці прикмети”. Той, хто кидає м'яч, має сказати що впало, а той хто його ловить має сказати хто прийде (або що). Тренер стимулює оригінальні, несподівані ідеї, гнучкість та нестандартність інтерпретацій.

Примітка. Для стимуляції активності правої півкулі учасники можуть уявляти картинку падаючого предмету та того, хто приходить після цього.

Вправа: 4. *«Невирішуваних проблем не буває»*.

Мета: Відпрацювання навичок залучення „периферійного” досвіду в розв'язанні проблеми.

Хід виконання. На початку виконання медичного працівникам пропонується інструкція: “Будь ласка, подумайте деякий час та оберіть одну з ваших проблем, розв'язку якої у вас ще немає. В групі дана проблема обговорюватись не буде, тому ви абсолютно не обмежені у вашому виборі. Зараз я буду пропонувати вам образи. Ваша задача: концентруючись на образі, думати про свою проблему, прагнучи встановити як можна більше зв'язків між нею та запропонованим образом. Спробуйте утримуватися від думок, що відволікають вас в сторону від проблеми. В процесі роботи з

кожним образом ви можете робити записи, фіксувати найважливіші ідеї та враження”.

В якості образів ведучий може використовувати різноманітний стимульний матеріал, наприклад, картинки із зображенням тварин, рослин, предметів, слухові (плескіт морських хвиль), зорові (волошкове поле), тактильні (відчуття торкання сонячного проміння) образи, фрази (гуркоче грім) тощо.

Обговорення. Учасники можуть поділитися враженнями та емоційними переживаннями.

Примітка. В основі виконання цієї вправи лежить ідея про те, що інформація, необхідна для розв’язку проблеми, знаходиться часто на периферії або в більш глибоких пластах свідомості. В процесі виконання вправи до роботи паралельно залучаються обидві півкулі мозку, що підвищує ефективність результату

Вправа: 5. «Хто я?».

Мета: Усвідомлення етапів креативного процесу. Розвиток гнучкості мислення.

Хід виконання. Учасникам даються листи паперу та ручки і пропонується написати ім’я відомої всій групі людини (живої чи померлої). Після цього тренер пропонує кожному приколоти листок з написом комусь із учасників, не кажучи що там написано. Задача учасникам: дізнатися хто він. В процесі пошуку можна ставити лише такі питання, на які можна відповісти “так” чи “ні”.

Крім цього ведучий підкреслює необхідність усвідомлення того на якому з етапів креативного процесу кожен з учасників знаходиться, які почуття, переживання та реакції супроводжують на кожному з етапів. У кожного також є можливість взяти перерву в процесі пошуку відповіді під час якої може відбуватися “інкубація”.

Заняття III.

Комплекс вправ, приклади яких подані в даному підпункті, спрямовано на профілактику та подолання симптомів емоційного вигорання. Вправи побудовані таким чином, що виконуючи їх, медичний працівники залучаються в атмосферу звичних ситуацій, які зустрічаються в їхній роботі. Робота в групі спрямована на те, щоб учасники набули навички, які будуть ефективними для протидії виникненню вигорання.

Вправа: 1. *«Мій найважливіший пацієнт».*

Загальне спрямування вправи. Профілактика та подолання симптомів фази резистенції.

Мета: Подолання цинічного та деперсоналізованого відношення до пацієнтів.

Хід виконання. Медичного працівникам пропонується згадати “найважчого” пацієнта, з яким вони працюють на даний момент або працювали в минулому

Кожен учасник групи по колу описує психологічно важкі ситуації, з якими доводиться стикатися та способи поведінки в цих ситуаціях. Ведучий та учасники допомагають усвідомити ту поведінку, яка є проявами цинізму, деперсоналізації, антигуманізму. Можливо, ця поведінка медичного працівника стає каменем зіткнення у взаємовідносинах з пацієнтами. Аналізуються емоційні переживання, які пов’язуються з такими ситуаціями.

Після цього згадуються позитивні моменти роботи з цими пацієнтами та приємні переживання, пов’язані з цим.

Врешті, учасники групи мають дійти розуміння, що конструктивною поведінкою виступає та, яка є взаємовигідною для обох сторін.

В групі можна спробувати розіграти складну ситуацію, яка виникла між медичним працівником та пацієнтом. Проаналізувати поведінку медичного працівника та пацієнтів, яка призводить до виникнення такої ситуації. Медичний працівник в ігровій ситуації пробує змінити свою звичну поведінку в цій ситуації на таку, яка б виключала цинічне та деперсоналізоване поводження з пацієнтами.

Вправа: 2. *«Моя улюблена справа».*

Загальне спрямування вправи. Профілактика симптомів фази резистенції.

Мета: Попередження редукції професійних обов'язків.

Хід виконання. В процесі виконання даної вправи медичний працівники в колі згадують весь перелік професійних обов'язків, покладених на них лікувальним закладом. В групі обов'язково знайдуться такі, які ухиляються від виконання того чи іншого обов'язку, а також такі медичний працівники, яким даний вид роботи приносить задоволення. Завдання групі: знайти позитивні моменти та психологічні ресурси для виконання кожного професійного обов'язку.

Наприклад, хтось з медичних працівників не любить ходити на виклики. Уникання цього може призводити до різноманітних конфліктних ситуацій з адміністрацією. Ситуація обговорюється в колі. Кожен учасник розповідає про власний спосіб лікувального процесу того чи іншого захворювання. По закінченню вправи кожен збагачується досвідом, який, можливо, відкриває для нього нові перспективи та можливості.

Вправа: 3. *«Позитивні емоції на замовлення».*

Загальне спрямування вправи. Подолання симптомів фази напруження.

Мета: Відпрацювання навичок створення гарного настрою, вміння викликати у себе позитивні емоції.

Хід виконання. На першому етапі в групі проводиться обговорення: кожен учасник тренінгової групи висловлює свою думку з приводу: чи можна цілеспрямовано викликати у себе гарний настрій. Ведучий підводить підсумки обговорення. На другому етапі учасники тренінгу об'єднуються в міні-групи по 3 – 4 чоловіки. Кожна міні-група відпрацьовує свої способи створення гарного настрою на роботі, які потім обговорюються та демонструються в колі.

Примітка. Вправа дозволяє віднайти та відпрацювати прийнятні для кожного учасника групи способи поліпшення свого настрою, розширити їх арсенал.

Вправа: 4. *«Ні – тривозі»*.

Загальне спрямування вправи. Подолання симптомів фаза напруження.

Мета: Усвідомлення власної тривоги та невпевненості, вироблення власних стратегій подолання негативних емоційних станів.

Хід виконання. Учасники в колі обговорюють наступні питання: як часто кожен з медичних працівників переживає стан тривоги та невпевненості? коли ці переживання пов'язуються з роботою, а коли – ні? Ведучий слідкує за тим, щоб акцент робився на переживаннях, пов'язаних із роботою.

Далі учасники тренінгу об'єднуються в групи по три-чотири медичний працівники. Кожна група виробляє свій спосіб боротьби з тривогою та невпевненістю в лікувальному закладі. Потім цей спосіб обговорюється та демонструється в групі на прикладі ситуації, яка викликає тривогу та невпевненість.

Вправа 5. *«Час для праці, час для дозвілля»*.

Загальне спрямування вправи. Профілактика симптомів фази напруження.

Мета: Профілактика та корекція симптому надмірної інтеріоризації професійних обов'язків.

Хід виконання. Для виконання цієї вправи учасники групи діляться на пари. Один з учасників виконує роль медичного працівника, у якого накопичилось багато роботи (ведення історії хвороби, оформлення групи інвалідності, виписування рецептів). Мета іншого учасника діади: переконати колегу в тому, що цю роботу потрібно забрати додому та зробити у свій вільний час. Перший учасник має знайти пояснення того, що він не може взяти роботу додому, він має відпочити, наприклад, піти з друзями на пікнік, приділити час своїй сім'ї тощо.

Насправді такі ситуації “другої робочої зміни на дому” доволі часто виникають в медичній працівницькій практиці. Вправа дозволяє усвідомити, що насправді можна по-іншому організувати свій вільний час і задуматись чи справді виконання певної роботи, пов’язаної з професійною діяльністю є необхідністю, чи можливо вона взагалі не входить до функціональних обов’язків?

Вправа: 6. *«Кажу те, що бачу»*.

Загальне спрямування вправи. Профілактика симптомів фази резистенції.

Мета: Вироблення вміння безоціночного судження про поведінку пацієнтів (подолання та профілактика симптому емоційно-моральної дезорієнтації)

Хід виконання. Можливі два варіанти виконання вправи.

Перший варіант передбачає використання відео матеріалів в якості яких можуть виступити фрагменти художніх фільмів, в яких відзняті моменти взаємодії медичного працівника з пацієнтом,. З цією ж метою можна використати відеозапис проведення прийому медичного працівниками з тренінгової групи. Завдання учасників групи по черзі описувати поведінку пацієнтів на касеті, уникаючи оціночних суджень.

Обговорення. Після виконання завдання учасники обговорюють чи використовувались оцінки під час опису поведінки. Обговорюється також поведінка медичного працівника на касеті та використання ним оціночних умовиводів. Результатом виконання цієї вправи має стати розуміння учасниками доречності використання оцінок в кожній ситуації, неприпустимість вішання ярликів. Вправа розвиває гуманістичну спрямованість особистості медичного працівника, долаючи тим самим ознаки деперсоналізованого ставлення, як прояву вигорання.

В другому варіанті виконання даної вправи учасники спостерігають за поведінкою один одного та по черзі говорять, що вони бачать стосовно кожного з учасників.

Заняття IV.

Вправа: 1. *«Діалектика»*.

Загальне спрямування вправи: Профілактика вигорання.

Мета: Виявлення та усвідомлення ресурсного потенціалу в роботі медичного працівника.

Хід виконання. Кожен з учасників групи висловлює свої думки стосовно професії медичного працівника, послідовно відзначаючи позитивні та негативні сторони. Спочатку відзначаються позитивні сторони, кожен учасник починає зі слів «Медичний працівником бути добре, тому що...» Потім негативні: «Медичний працівником бути погано, тому що...» Ведучий на аркуші паперу реєструє всі позитивні та негативні особливості професії медичного працівника.

Обговорення. Після того, як висловився кожен з учасників групи, іде обмін враженнями про те, чи було щось несподіване, що дозволило трохи по-іншому подивитися на професію медичного працівника. Ведучий узагальнює та зачитує свої записи. Учасники намагаються переглянути названі негативні сторони роботи медичного працівника (можливо те, що для когось негативне, для іншого медичного працівника взагалі не має ніякого значення). Після цього учасники діляться на пари і там один одному пропонують, що можна самому змінити в негативних моментах своєї роботи, щоб вони не викликали почуття “загнаності в клітину”.

Вправа дає змогу відчувати задоволення від роботи медичний працівником, долаючи незадоволеність собою та обраною професією.

Вправа: 2. *«Життя в мінливому світі»*.

Загальне спрямування вправи: Профілактика вигорання.

Мета: Усвідомлення власного психічного ресурсного потенціалу.

Хід виконання. Учасникам пропонується заплющити очі, розслабитися та зосередитися на ідеї мінливості світу: «Нашому складному часові властиві швидкі та різкі зміни. Те, що не так давно тягнулося десятиріччями сьогодні відбувається протягом місяців або навіть тижнів. Лікувальні заклади

постійно вимагають вдосконалення та часто і несподівано змінюють звичний ритм лікувального процесу. Подумайте про це. Які думки та переживання у вас виникають в такому мінливому світі. А тепер подумайте, які якості допомагають вам жити в такому мінливому світі, а які заважають. Тепер ви можете повернутися до кола». Після цього ведучий пропонує учасникам побути наодинці зі своїми думками та переживаннями, намалювавши все кольоровими олівцями.

Потім учасникам пропонується розділитися на групи по 4-5 чоловік в кожній і скласти список тих якостей, які допомагають або заважають жити в мінливому світі.

Вправа 3. *«Як краще відпочити».*

Загальне спрямування вправи. Профілактика вигорання.

Мета: Актуалізація ресурсного потенціалу психічних можливостей медичного працівника.

Хід виконання. Ведучий дає інструкцію: «Шановні медичний працівники! Уявіть собі, що сьогодні середина робочого тижня, а адміністрація лікувального закладу відмінила прийом пацієнтів з однією умовою – ви повинні відпочити і гарно провести цей вільний час, уникаючи способів щоденного рутинного часопроводження. Ви зараз повинні придумати якнайбільше способів проведення дозвілля. Всі ідеї, які приходять вам в голову, ви можете записати у ваших блокнотах. На роздуми вам дається 10 хвилин». Після того, як учасники завершили письмову частину вправи, вони в колі діляться своїми варіантами проведення такої своєрідної відпустки. Ведучий дає завдання, обрати серед багатоманіття варіантів той, який найбільше хотілося б здійснити і зробити це до кінця роботи тренінгової групи.

Обговорення. В процесі обговорення учасники мають дійти (ведучий має спрямовувати дискусію в цьому руслі) до розуміння ресурсного потенціалу змістовного проведення дозвілля для психосоматичного здоров'я медичних працівників. На останньому занятті групи, учасники мають обговорити який

з варіантів відпочинку кожен з них обрав, які емоції та думки виникали під час цього. Чи сподобалось? Чи змінилося після цього самопочуття та настрої? Якщо так, то як змінилося?

Модифікація вправи. В якості варіанту проведення дозвілля кожен може обрати своє улюблене заняття, на яке давно вже не було часу.

Заняття V.

Вправа: 1. «Свобода м'язів».

Мета: Відпрацювання навичок релаксації.

Хід виконання. Вправа починається з перевірки ступеню зажатості всіх м'язів тіла. Пропонується зігнути та напружити вказівний палець руки та перевірити як перерозподіляється м'язова енергія, куди іде напруга (в сусідні пальці, в кисть, в лікоть, в шию, а можливо напруження з'явиться в іншій руці. Потрібно спробувати нівелювати зайву напругу: тримаючи палець напруженим вивільнити шию, плече, лікоть, щоб рука рухалась вільно, а палець лишився напруженим, вивільнити решту пальців, залишаючи в напрузі лише один.

Після цього вправа продовжується в напрямку вивільнення та поступового напруження всієї мускулатури: на рахунок до десяти розслабити мускулатуру, а потім напружити. Так повторити декілька раз. Потім напружуючи кожну з частин тіла (наприклад, ліву ногу), перевірити як перерозподілилася м'язова енергія. Якщо одночасно напружується права нога, то потрібно спробувати розслабити її.

Після цього можливий варіант виконання цієї вправи на швидку зміну об'єктів напруження, на швидке здійснення часткового напруження тіла. Аналогічно можна модифікувати вправу, виконуючи все це в процесі повільного або руху.

3.3. Аналіз результатів впровадження програми тренінгу «Профілактика та корекція синдрому емоційного вигорання медичного працівника»

Нами був проведений аналіз результатів впровадження програми тренінгу «Профілактика та корекція синдрому емоційного вигорання медичного працівника».

В результаті дослідження рівня „емоційного вигорання” за методикою В.В.Бойко отримано наступні дані: у таблиці 3.2. представлені результати дослідження виразності фаз і окремих симптомів вигорання медичних працівників впродовж нашого дослідження.

Таблиця 3.2.

Частота симптомів і фаз емоційного вигорання у медичних працівників впродовж експерименту (%)

№ з/п	Показники вигорання	Початок експерименту		Кінець експерименту	
		Симптом що сформувався /фаза	Симптом що формується /фаза	Симптом що сформувався /фаза	Симптом що формується /фаза
1	Переживання психотравмуючих обставин	44	20	40	10
2	Незадоволеність собою	0	10	0	0
3	«Загнаність у клітку»	0	10	0	0
4	Тривога й депресія	36	16	32	12
5	Фаза «напруги»	4	44	4	40
6	Неадекватне виборне емоційне реагування	54	36	50	32
7	Емоційно-моральна дезорієнтація	20	36	12	24
8	Розширення сфери економії емоцій	24	24	20	16
9	Редукція професійних обов'язків	44	14	32	10
10	Фаза «резистенції»	20	66	20	64
11	Емоційний дефіцит	20	54	20	54
12	Емоційна відстороність	20	54	20	54
13	Особистісна відстороність (деперсоналізація)	30	36	30	36
14	Психосоматичні та психовегетативні порушення	10	44	8	40
15	Фаза «виснаження»	26	36	20	32

Аналіз результатів повторного дослідження симптомів і фаз емоційного вигорання у медичних працівників після проведення тренінгу надав змогу спостерігати тенденцію позитивної динаміки щодо прояву симптомів і фаз емоційного вигорання, а саме: знизилася кількість осіб із

симптомом «переживання психотравмуючих обставин» як симптом, що сформувався на 4%, та як симптом, що формується на 10 %; наприкінці експерименту не виявлено жодного медичного працівника із показниками «незадоволеність собою» та «загнаність у клітку»; дещо знизилася кількість медичних працівників з тривогою та депресією із симптомами, що сформувалися як і з симптомами, що формуються на 4 %.

Фаза «напруги» наприкінці залишилася майже не змінною, дещо зменшилася кількість медичних працівників (на 4 %) із симптомом, що формується. Симptom «неадекватне виборне емоційне реагування» зменшився на 4 % як із симптомами, що сформувалися, так і з симптомами, що формуються.

На 8 % зменшилася кількість медичних працівників із емоційно-моральною дезорієнтацією як симптомом, що сформований, і на 10 % досліджуваних менше як симптомом, що формується.

На 4 % та на 8 % зменшилася кількість респондентів у сфері «розширення сфери економії емоцій» як симптомом, що сформований, так і симптомом, що формується, відповідно.

Істотно знизилася кількість медичних працівників із симптомом «редукція професійних обов'язків» як симптом, що сформований – на 12 % досліджуваних, та як симптомом, що формується – на 4 % медичних працівників.

Фаза «резистенції» залишилася майже не змінною впродовж експерименту, як і симптоми «емоційна відстороненість», «емоційний дефіцит», «особистісна відстороненість». Знизилася кількість медичних працівників із «психосоматичними та психовегетативними порушеннями» - як симптом, що сформований – на 2 %, та як симптомом, що формується – на 4 % медичних працівників.

Фаза «виснаження» виявлена у меншій кількості медичних працівників - як симптом, що сформований – на 6 % та як симптомом, що формується – на 4 % медичних працівників.

На рис. 3.1. (див.рис 3.1.), нами вказано симптоми, що змінилися в ході експерименту.

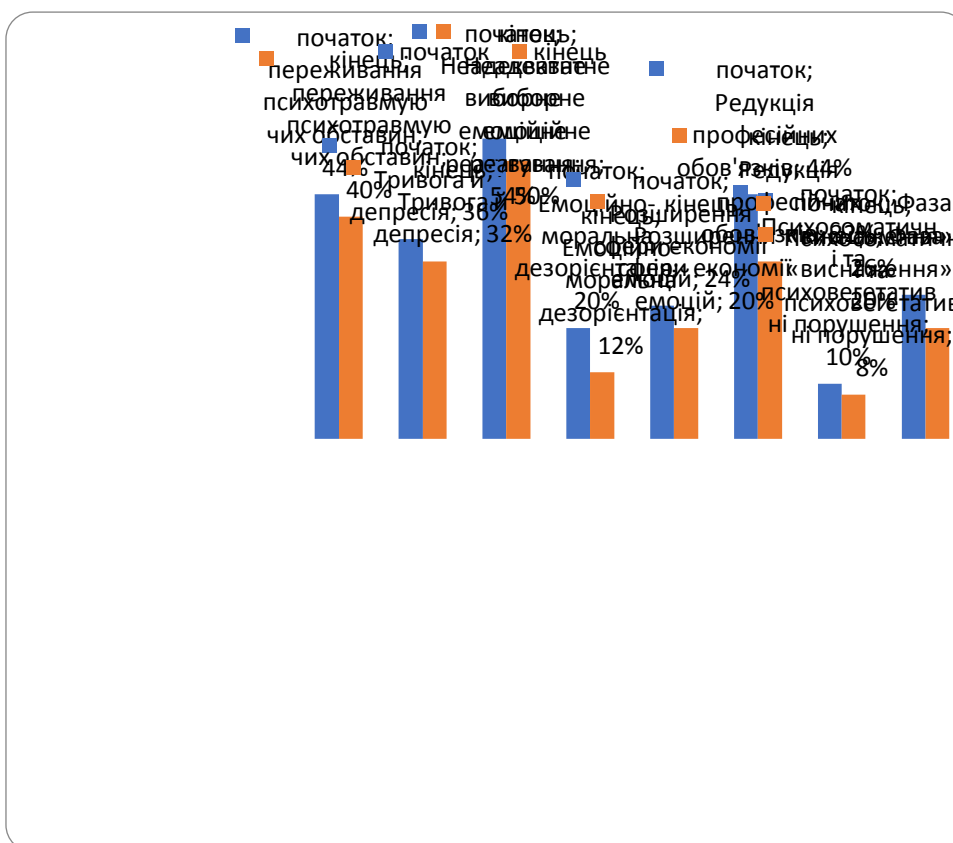


Рис. 3.1. Динаміка симптомів, що лідирують у досліджуваних впродовж експерименту

Таким чином, синдром вигорання медичних працівників представлений фазами «Резистенція» і «виснаження», однак кількість медичних працівників із цими симптомами дещо знизилася, що вказує на доцільність проведення психологічної роботи з медичного працівниками.

Повторне дослідження синдрому вигорання медичних працівників (за методикою Гринбергер Дж.) надало нам можливість виявити ефективність проведеного тренінгу (див. табл. 3.3.).

Таблиця 3.3.

Рівні «вигорання» у медичних працівників впродовж експерименту (%)

№з/п	Рівні «вигорання»	Початок експерименту		Кінець експерименту	
		Кількість досліджуваних (%)			
1	Низький рівень	26		30	
2	Середній рівень	30		38	
3	Високий рівень	44		32	

Як видно з таблиці 3.3., аналіз динаміки результатів дослідження рівнів професійного вигорання у медичних працівників показав, що знизилася кількість медичних працівників із високим рівнем «вигорання» на 12 %, збільшилася кількість досліджуваних із середнім рівнем на 8 % досліджуваних медичних працівників, також збільшилася на 4% осіб кількість медичних працівників із низьким рівнем «вигорання».

Таким чином, в кінці експерименту більшості досліджуваних медичних працівників був притаманний синдром професійного вигорання, що знаходився на середньому рівні, що вказує на ефективність проведеного тренінгу.

Динаміка дослідження особливостей прояву синдрому „емоційного вигорання” у медичних працівників (за методикою К.Маслач та С. Джексон) впродовж експерименту вказана на табл.. 3.4. (див.табл.3.4).

Серед компонентів синдрому „емоційного вигорання” у медичних працівників виявлено: компонент «емоційне виснаження» на високому рівні в кінці експерименту виявлено у меншій кількості досліджуваних на 4 %, відповідно збільшилася кількість медичних працівників із низьким рівнем прояву «емоційного виснаження» (на 4 %); компонент «деперсоналізація» виявлено у меншій кількості досліджуваних на 2 % на високому та середньому рівні, відповідно збільшилася кількість медичних працівників із низьким рівнем прояву «емоційного виснаження» (на 4 %) в кінці експерименту.

Таблиця 3.4.

Рівні прояву компонентів синдрому „емоційного вигорання” у медичних працівників впродовж експерименту (%)

Рівень прояву компонентів синдрому „емоційного вигорання”	Компоненти синдрому „емоційного вигорання” (кількість медичних працівників, у %)					
	Емоційне виснаження		Деперсоналізація		Редукція особистісних досягнень	
	Початок експерименту	Кінець експерименту	Початок експерименту	Кінець експерименту	Початок експерименту	Кінець експерименту

Низький	4	8	20	24	-	-
Середній	54	54	50	48	34	46
Високий	42	38	30	28	66	54

Значні зміни було виявлено в компоненті «Редукція особистісних досягнень» у медичних працівників в кінці експерименту: знизилася кількість медичних працівників із високим рівнем на 12 % досліджуваних та відповідно збільшилася кількість медичних працівників із середнім рівнем прояву цього компоненту на 12 %.

Отже, отримані дані вказують на ефективність проведення тренінгів для медичних працівників, що мають симптоми «емоційного вигорання».

Динаміка дослідження самооцінки медичних працівників впродовж експерименту за методикою С.А. Будассі вказана в табл. 3.5. (див.табл.3.5.).

За результатами дослідження було виявлено збільшення кількості медичних працівників із рівнем самооцінки «вище середнього» (на 4 %) та високим рівнем (на 12%) розвитку самооцінки, відповідно зменшилася кількість досліджуваних із низьким рівнем самооцінки на 16 %.

Таблиця 3.5.

Самооцінка медичних працівників впродовж експерименту (у % від кількості обстежуваних)

Рівень самооцінки		Початок експерименту	Кінець експерименту
		Кількість досліджуваних (%)	
Низький		20	4
Нижче середнього		26	26
Середній	Адекватний	34	34
Вище середнього		16	20
Високий		4	16

Динаміка результатів дослідження особистості медичних працівників впродовж експерименту за скороченим 16 – факторним опитувальником Р. Кеттелла укавана на табл. 3.6. (див.табл. 3.6.).

Згідно з отриманими даними, вказаними в таблиці 3.6. та 3.7. (див.табл 3.6; табл.3.7), ми змогли проаналізувати психологічні профілі медичних працівників впродовж експерименту.

Прояв динаміки особистісних факторів у медичних працівників указаний в табл. 3.6.

Таблиця 3.6.

Прояв особистісних факторів медичних працівників впродовж експерименту (у % від кількості обстежуваних)

№ з\п	Вираженість факторів	Рівні прояву особистісних особливостей, у %					
		Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
		Початок експерименту			Кінець експерименту		
1	адекватність самооцінки	44	30	26	30	44	26
2	інтелект	10	74	16	10	74	16
3	довірливість-підозрілість	40	36	24	30	44	26
4	відвертість – дипломатичність	36	34	30	36	34	30
5	низький – високий самоконтроль	80	10	10	68	20	12
6	розслабленість – напруженість	44	36	20	36	44	20

Згідно з результатами, указаними в табл. 3.6. впродовж експерименту, адекватність самооцінки у медичних працівників збільшилася – на 14 % медичних працівників стало більше із середнім рівнем самооцінки, відповідно зменшилася кількість медичних працівників із низьким рівнем самооцінки.

Рівень інтелекту медичних працівників впродовж експерименту залишився не змінним.

Збільшилася на 2 % кількість медичних працівників із високим рівнем за показником «довірливість – підозрілість», на 8 % збільшилася кількість медичних працівників із середнім рівнем довірливості – підозрілості, на 10 % знизилася кількість медичних працівників із низьким рівнем прояву цього показника.

Фактор відвертість – дипломатичність впродовж експерименту залишився не змінним.

Стосовно динаміки рівнів самоконтролю поведінки впродовж експерименту ми виявили наступні дані: на 12 % зменшилася кількість медичних працівників із низьким рівнем самоконтролю поведінки, на 10 % збільшилася кількість медичних працівників, які мають середній рівень самоконтролю, та на 2 % збільшилася кількість медичних працівників, які мають високий рівень самоконтролю.

Динаміка показників впродовж експерименту за фактором розслабленість – напруженість: спостерігається зменшення на 8 % кількості медичних працівників із низьким рівнем та збільшення кількості медичних працівників із середнім рівнем на 8 % відповідно.

В табл. 3.7. (див. табл.3.7) нами розглянуто прояв психоемоційних факторів медичних працівників впродовж експерименту.

Таблиця 3.7.

Прояв психоемоційних факторів медичних працівників впродовж експерименту (у % від кількості обстежуваних)

№ з/п	Вираженість факторів	Рівні прояву особистісних особливостей, у %					
		Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
		Початок експерименту			Кінець експерименту		
1	емоційна нестійкість - емоційна стійкість	84	10	6	64	20	16
2	стриманість - експресивність	50	34	16	50	34	16
3	афективність - висока нормативність поведінки	90	6	4	90	6	4
4	жорсткість - чутливість	70	14	16	60	24	16
5	самовпевненість - тривожність	44	28	28	28	44	28

Згідно з результатами дослідження динаміки психоемоційної сфери особистості медичних працівників впродовж експерименту ми виявили наступні дані: згідно з фактором емоційна нестійкість – емоційна стійкість спостерігається зменшення кількості медичних працівників із низьким рівнем (на 20 %); на 10 % збільшилася кількість медичних працівників, що мають середній рівень емоційної стійкості, та тільки на 10 % медичних працівників збільшилася кількість досліджуваних із високим рівнем.

За факторами «стриманість – експресивність» та «афективність - висока нормативність поведінки» нами не виявлено змін впродовж експерименту.

Зменшилася на 10 % кількість медичних працівників із низьким рівнем за фактором «жорсткість – чутливість», відповідно збільшилася на 10% кількість досліджуваних із середнім рівнем.

За фактором самовпевненість у собі – тривожність ми виявили зменшення тривожності у медичних працівників на 14 %.

Як бачимо, з аналізу результатів дослідження впродовж експерименту у багатьох медичних працівників знизилася ознака внутрішньо особистісного конфлікту, що викликає "емоційне вигорання", що свідчить про ефективність проведеної психологічної роботи.

Висновки до розділу 3

Соціально-психологічний клімат будь-якої установи породжується міжособистісною взаємодією, яка опосередковує не тільки міжособистісні впливи, а й вплив навколишнього фізичного середовища: речей, предметів, явищ природи тощо. Настрій однієї людини впливає на настрій іншої, позначається на різноманітних актах поведінки, діяльності, житті людини.

Соціально-психологічний клімат колективу є продуктом всієї системи соціальних відносин у суспільстві, тенденцій сучасного науково-технічного прогресу і специфічного мікросередовища того чи іншого колективу. Глибокі соціальні і соціально-психологічні корені психологічного клімату будь-якого колективу зачаєні в багатогранній життєдіяльності суспільства – це істотна передумова розвитку духовної атмосфери. Водночас соціально-психологічний клімат не є простим наслідком соціального чи науково-технічного прогресу. Він формується за власними, ще не зовсім дослідженими законами.

Згідно міжнародної класифікації, психопрофілактика умовно поділяється на первинну, вторинну та третинну.

Первинна психопрофілактика включає в себе заходи, спрямовані на попередження шкідливих впливів на людську психіку. Завдання психолога на цьому етапі – рання діагностика нервово-психічних захворювань, розробка та впровадження спеціальних психопрофілактичних та психотерапевтичних заходів для медичних працівників.

Вторинна психопрофілактика передбачає максимально раннє виявлення початкових фаз нервово-психічного захворювання та їх своєчасне активне лікування.

Третинна психопрофілактика спрямована на попередження рецидивів нервово-психічних захворювань та відновлення нормальної працездатності людини. Якщо говорити про нервово-психічні захворювання, пов'язані з професійною діяльністю, то здебільшого третинна психопрофілактика йде шляхом пошуку нових ресурсів в професійній діяльності (професійна реабілітація), створення максимально сприятливих організаційних умов роботи (соціальна адаптація) та усвідомлення особистістю власних можливостей для поповнення ресурсів розвитку та професійного зростання (самоактуалізація особистості).

З метою формування та поліпшення соціально-психологічного клімату в медичний працівницькому колективі бажано проводити тренінги, з допомогою яких психологи навчали б членів колективу і керівників високій культурі взаємодії та спілкування. Найбільш ефективними є такі форми тренінгів, як тренінг поведінковий, тренінг чутливості, тренінг рольовий, відеотренінг та ін.

Соціально-психологічна інтегральна модель профілактики та подолання синдрому “професійного вигорання” у медичних працівників має такі принципи: системність, особистісний підхід, комплексність використання методичних засобів та організаційних прийомів, організація умов для активізації та гуманізації професійного спілкування і взаємодії учасників.

Модель реалізує дворівневу технологію роботи з синдромом, а саме:
а) командну технологію (на рівні медичної установи); б) технологія використання наявних внутрішніх ресурсів (на рівні особистості).

Командна технологія. Дуже важливо для уникнення професійного вигорання фахівців та організацій правильно організувати робочий процес. Принципи командного методу роботи суттєво відрізняються від традиційних підходів, що існують сьогодні, і вимагають від учасників команди формування бригадного стилю мислення та взаємодії.

Нами був проведений аналіз результатів впровадження програми тренінгу «Профілактика та корекція синдрому емоційного вигорання медичного працівника». Виявлено, що синдром вигорання медичних працівників представлений фазами «Резистенція» і «виснаження», однак кількість медичних працівників із цими симптомами дещо знизилася, що вказує на доцільність проведення тренінгу. У досліджуваних знизилася кількість ознак внутрішньо особистісного конфлікту, що викликає "емоційне вигорання", що свідчить про ефективність проведеної психологічної роботи.

ВИСНОВКИ

Сплеск вітчизняних досліджень у царині вивчення феномену емоційного вигорання лише починається. Озброєні напрацьованими донині теоретичними конструктами, діагностичним інструментарієм та практичним досвідом, психологи дослідники можуть висувати та перевіряти на практиці сміливі та складні гіпотези, тим самим збагачуючи світові здобутки з проблем синдрому „емоційного вигорання” медичного працівника.

Вперше синдром емоційного вигорання був описаний американськими психологами в сімдесятих роках минулого століття. Головною причиною синдрому вважається психологічна перевтома.

Медицина – одна з сфер людської діяльності, де питання якості і його оцінки мають особливе значення. Виконувати роботу не для особистого споживання, а на благо суспільства, соціуму – це і є основна задача професій соціального типу, до таких безумовно відноситься і професія медика.

Професійне вигорання – це синдром, що розвивається на фоні хронічного стресу, який призводить до виснаження особових ресурсів емоційної енергії працюючої людини. Професійне вигорання виникає в результаті внутрішнього накопичення негативних емоцій без відповідної „розрядки” або „звільнення” від них. Професійна діяльність працівників сфери здоров’я несе в собі потенційну загрозу розвитку синдрому емоційного вигорання.

Синдром емоційного вигорання медичних працівників – специфічний вид професійної деформації осіб, які працюють в тісному емоційному контакті з пацієнтами при наданні їм професійної допомоги. Це вироблений особистістю механізм психологічного захисту в формі повного або часткового виключення емоцій (зниження їх енергетики) у відповідь на певні психотравмуючі впливи. Він характеризується :

1) відчуттям емоційного виснаження (людина не може віддаватися роботі так, як раніше);

2) дегуманізацією (тенденцією до розвитку негативного відношення до пацієнтів);

3) негативним самовихованням у професійному плані – нестача почуття професійної майстерності.

Виникнення синдрому емоційного вигорання корелює із схильністю до емоційної ригідності, інтенсивною інтеріоризацією (сприйняття і переживання) обставин професійної діяльності, слабкою мотивацією емоційної віддачі в професійній діяльності, наявністю моральних дефектів і дезорієнтацією особистості. Розвиток синдрому емоційного вигорання пов'язаний з наявністю хронічної напруженої психоемоційної діяльності: інтенсивне спілкування, підкріплення його емоціями, інтенсивне сприйняття, переробка та інтерпретація одержаної інформації та прийняття рішення, а також не чітка організація і планування праці, недостатність необхідних засобів, наявність бюрократичних моментів, конфлікти з керівником, колегами, психологічно важкий контингент, з яким має справу професіонал у сфері спілкування.

Медичні працівники відзначають як стресори, які викликають емоційне вигорання, багато чинників: напружений ритм роботи, постійні реорганізації, невизначеність ролей і пов'язані з цим конфлікти, відсутність кар'єрного зростання, неадекватні форми підтримки і контролю, недостатня можливість впливу на умови роботи.

Протягом останніх років змінилося і відношення суспільства до медичних працівників, при цьому зросли вимоги пацієнтів і почастишали прояви критики, а також знизився ступінь пошани до медиків та їх рекомендацій.

Спосіб життя більшості медичних працівників – неспокійний, напружений, вимагає самовіддачі, майже завжди супроводжується значним виробничим навантаженням – і є джерелом стресу. Всі фахівці повинні вдосконалювати свої навички в організації робочого часу і у виділенні

пріоритетів , щоб підвищити ефективність своєї роботи і захистити себе від вигорання.

Для попередження синдрому емоційного вигорання важливо уже в процесі підготовки медичного працівника : допомогти правильно вибрати професію, формувати здатність встановлювати взаємовідносини з пацієнтами і колегами , знайомити із специфікою майбутньої роботи, включаючи аспекти, що здатні викликати розчарування і стати причиною фрустрації.

Робота – всього лише частка життя. Враховуючи вплив особових характеристик на розвиток синдрому емоційного вигорання , бачиться перспективним використання особово-орієнтованих методик з метою зменшення професійного стресу , профілактики і лікування синдрому емоційного вигорання.

Вивченням чинників, що породжують виникнення вигорання у медичних працівників, дозволило нам говорити про дві групи причин: причини індивідуальні та причини, пов'язані з організаційними умовами роботи. Індивідуальні причини є первинними, до них належать соціально-демографічні характеристики, особистісні властивості та міра сформованості медичний працівницької майстерності медичного працівника. Причини, пов'язані з організаційними умовами роботи, є вторинними. Вони діють, переломлюючись крізь призму особистісних чинників та виступають в якості провокуючих, підсилюючих чинників виникнення та розвитку вигорання серед медичних працівників.

Проведене нами емпіричне дослідження було присвячене аналізу дослідження психологічних особливостей прояву емоційного вигорання серед медичних працівників (зв'язок із гендерними та соціально-демографічними чинниками). Результати дослідження дозволяють нам сформулювати наступні висновки:

Медичний працівникі є тією професійною групою, серед представників якої ризик виникнення синдрому емоційного вигорання є надзвичайно високим. У досліджуваних синдром професійного вигорання

був притаманний більшості досліджуваних медичних працівників.

На статистично значущому рівні у медичних працівників виявлені показники симптомів кожного з трьох компонентів вигорання – показники фази напруження, резистенції та виснаження.

За допомогою використання методики „Синдром вигорання” в професіях системи “людина – людина” нами було виявлено у медичних працівників достатньо високий рівень прояву всіх трьох складових синдрому „емоційного вигорання”, а саме: емоційне виснаження; деперсоналізація; редукція особистісних досягнень.

Розподіл рівнів самооцінки у досліджуваних медичних працівників свідчить про наявність проблем у 44 % досліджуваних, що мають низький та нижче середнього рівні самооцінки, які ми можемо пов’язати із наявністю синдрому емоційного вигорання.

У багатьох медичних працівників виявлено ознаки внутрішньо особистісного конфлікту: з одного боку це довірливі люди, а з іншого жорсткі, з одного боку вони сумлінні і поступливі, а з іншого імпульсивні та легковажні. Цей дисонанс викликаний протиріччями соціальних та психологічних чинників, особливо у молодих спеціалістів і викликає "емоційне вигорання".

Аналізуючи зв’язок гендерних ознак із емоційним вигоранням, можна стверджувати, що жінки у стресовій ситуації більш схильні до психосоматичних та психовегетативних порушень, а чоловіки до особистісної відстороненості (деперсоналізації). Крім того у жінок розвиток синдрому відбувається не тільки через „резистенцію” - неадекватне виборне емоційне реагування та через редукцію професійних обов'язків, а ще через переживання психотравмуючих обставин - симптом компонента «напруга», в той час коли у чоловіків «емоційне вигорання» розгортається через симптоми лише «резистенції».

При розвитку синдрому «емоційного вигорання» медичний працівники віком до 30 років реагують через виснаження та резистенцію.

Разом з тим, більшість медичних працівників, яким більше 40 років, реагують на синдром емоційного вигорання через компонент виснаження.

Виявлено тенденцію розвитку синдрому «емоційного вигорання»: чим більше стаж, тим нижче рівень напруження та резистенції, цікавий факт: компонент – «напруження», взагалі відсутнє у працівників зі стажем роботи 6-14 років і це дивно, бо напруження пов'язане з відповідальністю і сумлінним виконанням професійних обов'язків, тобто можна припустити, що мотивація досягнення знижена. Третій компонент – «виснаження» виразно виявляється у працівників зі стажем роботи до 5 років та більше 15 років.

Отримані результати дають можливість розглянути у новому ракурсі проблему вивчення чинників вигорання в контексті професійного шляху особистості медичного працівника. Грунтуючись на отриманих результатах можна говорити, що більшість досліджуваних медичних працівників потребують спеціалізованої психологічної допомоги для подолання синдрому емоційного вигорання.

Аналіз психопрофілактики та корекції негативних проявів синдрому емоційного вигорання показав, що в зарубіжній практиці підходи до його лікування або зменшення ступеню важкості в більшості своїй пов'язані з техніками, взятими з області подолання стресу, які виявилися ефективними в подоланні синдрому вигорання у медичних працівників.

Стратегії подолання вигорання, що базуються на модифікації структури роботи, на думку дослідників, є найбільш простими та ефективними у зменшенні проявів синдрому. В цьому напрямку пропонується обмежувати кількість клієнтів, з якими працює кожен медичний працівник; рівномірно розподіляти найбільш важку та невдячну роботу між членами колективу; виокремлювати протягом робочого дня часу для релаксаційних заходів, після яких співробітники відновлюють рівень енергії; залучати до роботи в організаціях додаткових працівників, наприклад, волонтерів тощо.

Враховуючи результати дослідження нами було розроблено інтегральну модель роботи психолога із синдромом емоційного вигорання,

спрямовану на профілактику та подолання синдрому “професійного вигорання” у медичних працівників.

Загальними принципами описуваної моделі є: системність, особистісний підхід, комплексність використання методичних засобів та організаційних прийомів, організація умов для активізації та гуманізації професійного спілкування і взаємодії учасників.

Соціально-психологічна інтегральна модель профілактики та подолання синдрому «професійного вигорання» у медичних працівників реалізовує дворівневу технологію роботи з синдромом, а саме: командну технологію (на рівні медичної установи); технологію використання наявних внутрішніх ресурсів (на рівні особистості).

Нами був проведений аналіз результатів впровадження програми тренінгу «Профілактика та корекція синдрому емоційного вигорання медичного працівника». Виявлено, що синдром вигорання медичних працівників представлений фазами «Резистенція» і «виснаження», однак кількість медичних працівників із цими симптомами декілька знизилася, що вказує на доцільність проведення тренінгу. У досліджуваних знизилася кількість медичних працівників із ознаками внутрішньо особистісного конфлікту, що викликає "емоційне вигорання", що свідчить про ефективність проведеної психологічної роботи.

Таким чином, в ході нашого емпіричного дослідження підтверджено припущення про те, що синдром «емоційного вигорання» або його окремі симптоми притаманні особистості медичного працівника залежать від його індивідуально-типологічних особливостей та специфіки професійної діяльності, що надає можливість скорегувати це явище за допомогою психологічного втручання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамова Г.С. Психология в медицине / Г.С.Абрамова, Ю.А.Юдич. М., 1998 – 245 с.
2. Абрамова Г.С. Практическая психология/ Г.С. Абрамова – Екатеринбург: Деловая книга, 1998. – 368 с.
3. Айві А. Цілеспрямоване інтерв'ювання і консультування. – Навчальний посібник/ А. Айві – К.: Сфера, 1998.
4. Александровский Ю. А. Состояние психической дезадаптации и их компенсация / Ю.А.Александровский. – М., 2000 – 125 с.
5. Аминов Н. А. Психологический профотбор на педагогические специальности/ А.Н. Аминов, И.А. Болотов, А.Н. Воробев – Ярославль: Изд-во НПЦ “Психодиагностика”, 1994. – 57с.
6. Бачков И.В. Основы технологии группового тренинга. Психотехники: Учебное пособие [текст] / И.В. Бачков. — М., 2000.- 130с.
7. Безносов С. П. Профессиональная деформация личности/ С.П. Безносов – СПб.: Речь, 2004. – 272 с.
8. Берн Э. Игры в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений. Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы/ Э. Берн – М.: Прогресс, 1988. – 400 с.
9. Бернс Р. В. Развитие Я-концепции и воспитание: Пер. с англ/ Р.В.Бернс – М.: Прогресс, 1986. – 422 с.
10. Бодалев А. А. Психология общения: Избранные психологические труды/ А.А. Бодалев – М.: Ин-т практической психологии; Воронеж: НПО МОДЭК, 1996. – 256 с.
11. Бодалев А. А. Общая психодиагностика/ А.А. Бодалев, В.В. Столин – СПб.: Речь, 2004. – 440 с.
12. Бодров В. А. Информационный стресс/ В.А. Бодров – М.: ПЕР СЭ, 2000. – 352 с.

13. Бодров В. А. Проблема преодоления стресса. – Часть 2. Процессы и ресурсы преодоления стресса // Психологический журнал. – 2006. – Т. 27. - № 2. – С. 113 – 123.
14. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других/ В.В. Бойко – М.: Информ. издат. дом Филин, 1996. – 210 с.
15. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении/ В.В. Бойко – СПб.: Питер.- 1999. – 105 с.
16. Борисова М.В. Психологические детерминанты феномена эмоционального выгорания у педагогов. // Вопросы психологии. – 2005. – №2. – С. 96 – 104.
17. Бююль А. SPSS: искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей: Пер. с нем/ А.Бююль, п. Цефель -СПб.: ООО «ДиаСофтЮП», 2002.-608 с.
18. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций)/ Ф.Е. Василюк - М.: Изд-во Московского ун-та.- 1984. – 200 с.
19. Вачков И. В. Основы технологии группового тренинга. Психотехники: Учебное пособие/ И.В. Вачков – М.: Изд-во “Ось – 89”, 1999. – 176 с.
20. Венгер А. Л. Структура психологического синдрома // Вопросы психологии. – 1994.– № 4. – С. 82 – 92.
21. Вірна Ж. Мотиваційно-сміслова регуляція у професіоналізації психолога: Монографія/ Ж. Вірна – Луцьк: Ред.-вид. від. “Вежа” Волинс. держ. ун-ту ім. Лесі Українки, 2003. – 320 с.
22. Вірна Ж. Особливості професійної ідентифікації та індивідуального стилю саморегуляції психологів // Психологічні перспективи. – 2003. – Вип. 4. – С. 77 – 82.
23. Винокуров Л.В. Психология работы с персоналом в трудах отечественных специалистов/ Л.В. Винокуров –СПб.: Питер, 2001. – 512с.
24. Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика/ Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова - СПб.: Питер.- 2008.- 336 с.

25. Гиссен Г.Д. Время стрессов/ Г.Д. Гиссен – М.: Физкультура и спорт, 1990. – 192с.
26. Головин С.Ю. Словарь практического психолога/ С.Ю. Головин – Минск: Харвест, 1998. – 800с.
27. Горноста́й П.П. Психология личности: Словарь-справочник/ П.П. Горноста́й, Т.М. Титаренко – К.: рута, 2001.- 440с.
28. Грановская Р.М. Элементы практической психологии/ Р.М. Грановская – Л.: Изд-во Ленинградского ун-та, 1984. – 392 с.
29. Гремлинг С. Практикум по управлению стрессом/ С. Гремлинг, С.Ауербач – СПб.: Питер, 2002. – 240 с.
30. Гринберг Дж. Управление стрессом/ Дж. Гринберг – СПб.: Питер, 2002. – 496 с. - С. 352.
31. Гришина В. Психология соціальних ситуацій/ В. Гришина – СПб.: Питер, 2001. – 416с.
32. Елканов С. Б. Основы профессионального самовоспитания будущего учителя/ С.Б. Елканов – М.: Просвещение, 1989. – 189 с.
33. Дудяк В. Емоційне вигорання/ В. Дудяк – К.: Главник, 2007.- 130с.
34. Життєва компетентність особистості: Науково-методичний посіб. / За ред. Л. В. Сохань, І. Г. Єрмакова, Г. М. Несен. – К.: Богдана, 2003. – 520 с.
35. Жогно Ю.П. Мониторинг динамики синдрома эмоционального выгорания педагога // Научный часопис НПУ ім. М.П.Драгоманова. Серія № 12. Психологічні науки. Зб. наукових праць.- К.: НПУ ім. М.П.Драгоманова, 2007.- № 19 (43).- С. 24-31.
36. Зайчикова Т.В. Детермінанти синдрому “професійного вигорання” у вчителів // Актуальні проблеми психології. Том І: Соціальна психологія. Психологія управління. Організаційна психологія: Зб. наукових праць Інституту психології ім. Г.С.Костюка АПН України / За ред. Максименка С.Д., Карамушки Л.М. – К: Міленіум. – 2003. – Ч.10. – С. 151–154.
37. Зайчикова Т.В. Діагностика та профілактика синдрому «професійного вигорання» у вчителів: Методичні рекомендації/ Т. В. Зайчикова - Київ -

Рівне, 2003.-24 с.

38. Зайчикова Т.В. Особливості прояву та детермінанти синдрому “професійного вигорання” у педагогічних працівників // Актуальні проблеми психології. Том.1.: Соціальна психологія. Психологія управління. Організаційна психологія: Зб. наукових праць Інституту психології ім. Г.С.Костюка АПН України / За ред. Максименка С.Д., Карамушки Л.М. – К.: Міленіум. – 2003. – Частина 9. – С. 103–108.

39. Зайчикова Т.В. Передумови розвитку синдрому «професійного вигорання» у працівників закладів середньої освіти // Актуальні проблеми психології. Том 1.: Соціальна психологія. Психологія управління. Організаційна психологія / За ред. Максименка С.Д., Карамушки Л.М. - К.: Інститут психології ім. Г.С. Костюка АПН України, 2001. - Ч. 1. - С. 136-141.

40. Калина, Н. Ф. Основы психотерапии/ Н.Ф.Калина – М.: Рефлбук; К.: Маклер, 1997. – 272 с.

41. Калинин С.И. Компьютерная обработка данных для психологов / Под науч. ред. А.Л. Тулупьева/ С.И. Калинин - СПб.: Речь, 2002. -134 с.

42. Кандиба Т. О. Синдром вигорання // Форум психіатрії і психотерапії: Науково-практичний журнал. – Львів, 2003. – Т. 4. – С. 59 – 60.

43. Качюнас Р. Психологическое консультирование и групповая психотерапия. — 3-е изд., стереотип. / Р. Качюнас. — М.: Академический проект; Трикста, 2004.

44. Козлова О. В. Тренинг “Преодоление синдрома профессионального выгорания” // Психология зрелости и старения. – 2003. – № 1. – С. 99 – 117.

45. Коломінський Н. Л. Психологія менеджменту в освіті (соціально-психологічний аспект)/ Н.Л. Коломінський – К.: МАУП, 2000. – 286 с.

46. Корвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия/ Б.Д. Корвасарский – СПб.: Питер, 2001. – 752с.

47. Корнилова Т. В. Методологические основы психологии/ Т.В. Корнилова, С. Д. Смирнов – СПб.: Питер, 2006. –320 с.

48. Коростылева Л. А. Психология самореализации личности: затруднения в профессиональной сфере/ Л.А. Коростылева – СПб.: Речь, 2005. – 222 с.
49. Косенко Е. Л. Емоційний інтелект: концептуалізація феномена, основні функції/ Е.Л. Косенко, Н.В. Коврига – К.: Вища школа, 2003. – 126 с.
50. Кочерга О., Васильев, О. Вплив першого вчителя // Психолог. – 2002. – № 41. – С. 13 – 18.
51. Крайг Г. Психология развития/ Г. Крайг – СПб.: Питер, 2000. – 992 с.
52. Кривцова С. Правила внутреннего сгорания // Педология. – 2000. – №3. – С. 37 – 41
53. Ліщинська О. А. Порадник практикуючого психолога/ О.А. Ліщинська – Івано-Франківськ: Галичина, 2000. – 82 с.
54. Ложкин Г., Выдай А. Психологическое “выгорание” лидера // Персонал. – 1999. – № 6. – С. 36 – 43.
55. Льюис Д.Тренинг эффективного общения/Д. Льюис – М.: Эксмо, 2002. – 224с.
56. Максименко С.Д. Синдром професійного вигорання та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти/ С.Д. Максименко, Л.М. Карамушка, Т.В. Зайчикова – К.: Міленіум, 2004. – 264с.
57. Малец Л. Внимание: “выгорание” // Персонал. – 2000. – № 2. – С. 99 – 102.
58. Малишева К. О. Синдром емоційного вигорання психолога-консультанта: психологічні чинники, профілактика та корекція: Автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.04./ К.О. Малишева– К., 2003. – 16 с.
59. Малишева К. О. Синдром професійного вигорання психотерапевта: роль особенностей клінічних взаємовідносин // Проблеми загальної та педагогічної психології: Зб. наукових праць Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України, Т. IV, ч. 3. – К., 2002. – С. 134 – 139.
60. Марасанов Г. И. Социально-психологический тренинг/ Г.И.Марасанов – М.: Совершенство, 1998. – 207 с.
61. Марищук В. Л. Поведение и саморегуляция человека в условиях

- стресса/ В.Л. Марищук, В. И. Евдокимов – СПб.: Питер, 2001. – 260 с.
62. Маркова А. К. Психология профессионала/ А.К. Маркова – М.: Знание, 1996. – 308 с.
63. Маслоу А. Самоактуалізація особистості та освіта/ А.Маслоу – Київ–Донецьк, 1994.–52 с.
- 64.Марасанов Г. И. Социально-психологический тренинг/Г.И.Марасанов – М.: Совершенство, 1998. – 207 с.
65. Навайтис Г. Семья в психологической консультации / Г.Навайтис. – М., 1999 – 95 с..
66. Немов Р. С. Психология: Учеб. для студентов высш. пед. учеб. заведений: В 3 кн. Кн. 2. Психология образования/ Р.С. Немов – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. – 608 с.
67. Никифоров Г.С. Психология здоровья: Учебник для вузов/ Г.С. Никифоров – СПб.: Питер, 2003. – 572с.
68. Орел В. Е. Исследование феномена психического выгорания в отечественной и зарубежной психологии // Проблемы общей и организационной психологии. – Ярославль, 1999. – С. 76 – 97.
69. Осипова А. А. Общая психокоррекция / А.А. Осипова – М.: Сфера, 2000. – 512 с.
70. Осухова Н.Г., Баринаева А.Е. Сгоревшие на работе // Здоровье, 2003. - №9. – с.15.
71. Осухова Н.Г., Кожевникова В.В. Возвращение к жизни: Методические материалы для ведущих тренингов и семинаров по профилактике профессионального выгорания // Помощь помощнику: социально-психологическое сопровождение социальных работников /Под ред. Н.Г.Осуховой. – М.: Изд-во «Амиго-пресс», 2006. – с.96 – 112.
72. Пайнс Э. Практикум по социальной психологии /Э. Пайнс, К. Маслач. . — СПб.: Питер, 2000. – 245 с.
73. Панюк В. Основи практичної психології/ В. Панюк, Т. Титаренко, Н.Чепелева – К.: Либідь, 1999. – 563с.

74. Паньковець В.Л. Проблема професійного стресу менеджерів освітніх організацій // Актуальні проблеми психології. Том 1.: Соціальна психологія. Психологія управління. Організаційна психологія: 36. наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / За ред. Максименка С.Д., Карамушки Л.М.-К.:Міленіум,2003.-Ч.9.-С. 126-129.
75. Пинаева С. Е., Андреев И. В. Личностное и профессиональное развитие в период зрелости // Вопросы психологии. – 1998. – № 2. – С. 3 – 10.
76. Подляшник В. В. Адаптаційний потенціал та професійне здоров'я особистості // Практична психологія та соціальна робота. – 2006. – № 12. – С. 71 – 74.
77. Посысоева Н.Н. Основы психологии семьи и семейного консультирования / Н.Н.Посысоева.- М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2004 – 349с.
78. Райгородський Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие/ Д.Я. Райгородский- Самара: Издательский Дом «БАХРАХ», 1998.-С. 161-169.
79. Реан А.А., Баранов А.А. Факторы стрессоустойчивости учителей // Вопросы психологии. -1997. - № 1. - С. 45-54.
80. Ронгинская Т. И. Синдром выгорания в социальных профессиях // Психологический журнал. – 2002. – Т. 23, № 3. – С. 85–95.
81. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии / С.Л. Рубинштейн – СПб: Питер, 2000. – 712 с.
82. Самоукина Н. Психология профессиональной деятельности / Н. Самоукина. - СПб.:Питер, 2003.-224с.
83. Селье Г. Стресс без дистресса / Г. Селье – М.: Прогресс, 1979. – 124 с.
84. Сельченко К.В. Психология возрастных кризисов: Хрестоматия / К.В.Сельченко - Мн.: Харвест, 2000.- 560с.
85. Семиченко В. А. Психологія педагогічної діяльності: Навч. Посібник / В.А. Семиченко – К.: Вища школа, 2004. – 335 с.
86. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии /

- Е.В. Сидоренко – СПб.: ООО “Речь”, 2001. – 350 с.
87. Сидоров П. Синдром эмоционального выгорания / П.Сидоров // Новости медицины и фармации. – 2005. – №13 (173). – С. 17-21.
88. Синельников В. М. Самовиховання як діяльність і його психологічні особливості // Педагогіка і психологія. – 2005. – № 3. – С. 34 – 41.
89. Ситников А. П. Акмеологический тренинг: теория, методика. Психотехнологии / А.П. Ситников – М.: Технологическая школа бизнеса, 1996. – 428 с.
90. Сівєрс З. Психологічні проблеми акмеології // Освіта і управління. – 2004. – № 2. – С. 83 – 87.
91. Скугаревская М. М. Синдром эмоционального выгорания // Медицинские новости. – 2002. – № 7. – С. 3 – 9.
92. Скрипник И.И. Организационная психология / Сост. И общая редакция Л.В. Винокурова, И.И. Скрипнюка. – СПб.: Питер, 2001.- 512с.
93. Солсо Р.Л. Экспериментальная психология: практический курс / Р.Л. Солсо, Х.Х. Джонсон, М.К. Бил – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2001. – 528 с.
94. Снеткова В. М. Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности / В.М. Снеткова, Г.С. Никифоров, М.А. Дмитриева. – СПб.: Речь, 2001.- 276с.
95. Таланов В. Л. Справочник практического психолога / В.Л. Таланов, И.Г.Малкина-Пых – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2005. – 928 с.
96. Тиллетт Р. Больной внутри нас: психические расстройства у специалистов медицинского профиля. // Обзор современной психиатрии. Вып. 2 (22), 2004. – С. 23 – 30.
97. Титаренко Т. М. Життєвий світ особистості: у межах та за межами буденності / Т.М. Титаренко – К.: Либідь, 2003. – 376 с.
98. Титаренко Т. М. Кризове психологічне консультування / Т.М.Титаренко – К.: Главник, 2004. – 96 с.
99. Третьяк О.С. Прояв саморегулятивних якостей педагога в кризових ситуаціях // Актуальні проблеми психології. Том 1.: Соціальна психологія.

Психологія управління. Організаційна психологія / За ред. Максименка С.Д., Карамушки Л.М.-К.: Інститут психології ім. Г.С. Костюка АПН України, 2001. - Ч. 2. - С. 127-132.

100. Трунов Д. Г. “Синдром сгорания”: позитивный подход к проблеме // Журнал практического психолога. – 1998. – № 8. – С. 84 – 89.

101. Трунов Д. Г. Еще раз о “синдроме сгорания”: экзистенциальный подход // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2001. – № 4. – С. 62 – 68.

102. Фопель К. Психологические группы: рабочие материалы для ведущего / К. Фопель – М.: Генезис, 2000. – 256 с.

103. Форманюк Т.В. Синдром «эмоционального сгорания» как показатель профессиональной дезадаптации учителя // Вопросы психологии. -1994. - №6.-С. 57-64.

104. Ховкинс П. Супервизия / П. Ховкинс, Р. Шохет – СПб.: «Речь», 2002.- 267с.

105. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ / К.Хорни – М.: Изд. группа “Прогресс” – “Универс”, 1993. – 480 с.

106. Хьелл Л. Теории личности (Основные положения, исследования и применение) / Л.Хьелл, Д. Зилгер – СПб: Питер, 1999. – 608 с.

107. Шейко В. М., Кушнарченко Н. М. Організація та методика науково-дослідницької діяльності: Підручник / В.М. Шейко, Н.М. Кушнарченко – К.: Знання, 2004. – 307 с.

108. Щотка О. П. Вікова психологія дорослої людини. Навч. Вид. / О.П. Щотка – Ніжин: Редакційно-видавничий відділ НДПУ, 2001. – 194 с.

109. Эйдемиллер Э.Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия / Э.Г.Эйдемиллер, И.В.Добряков, И.М.Никольская. – СПб.: Речь, 2005. – 421 с.

110. Юр’ева Л. М. Проблема емоційного “вигорання” медичних працівників-психіатрів// Актуальні проблеми психології. Том 1.: Соціальна психологія. Психологія управління. Організаційна психологія / За ред. Максименка С. Д., Карамушки Л. М / Л.М. Юрьева, І.П. Куш, В.Є.

Семеніхіна, А.Є.Юрєв – К.: Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України, 2001. – Ч. 2. – с. 156–158.

111. Юрєва Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников / Л.Н. Юрєва – Издательство «Сфера», - К. 2004. – 325с.