

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

**на тему: ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ЛІКАРІВ
ХІРУРГІЧНОГО ТА ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ**

Виконала: студентка II курсу,
групи 8.0539-1з
спеціальності: 053 Психологія
освітньої програми: 053 Психологія
Амбрутіс Аліна Юріївна
Керівник: д.психол.н., професор
Кафедри педагогіки психології освітньої
діяльності Клопота Є.А.
Рецензент: к.псих.н., доцент кафедри
психології Грандт В.В.

Запоріжжя
2020

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет соціальної педагогіки та психології

Кафедра психології

Рівень вищої освіти магістр

Спеціальність 053 Психологія

Освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

« ____ » _____ 2020 р.

ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Амбругіс Аліни Юріївни

1. Тема роботи Особливості професійного вигорання лікарів хірургічного та терапевтичного профілю

керівник роботи Клопота Є.А. д.психол.н., професор кафедри педагогіки психології освітньої діяльності.

затверджені наказом ЗНУ від «14» липня 2020 року № 1032-с

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити): проаналізувати загальні теоретичні та практичні підходи до вивчення феномену «професійного вигорання»; визначити основні чиники розвитку, стадії та компоненти професійного вигорання; порівняти особливості професійної діяльності лікарів хірургічного та терапевтичного профілю; провести психодіагностику для дослідження професійного вигорання лікарів; дослідити різницю професійного вигорання в залежності від профілю роботи лікаря; розробити профілактичні заходи, щодо попередження професійного вигорання лікарів.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень) 4 рисунки, 8 таблиць.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та по-сада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Клопота Є.А., професор		
Розділ 1	Клопота Є.А., професор		
Розділ 2	Клопота Є.А., професор		
Розділ 3	Клопота Є.А., професор		
Висновки	Клопота Є.А., професор		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень-березень 2020 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2020 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2020 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	вересень-жовтень 2020 р.	Виконано
5	Написання висновків	жовтень 2020 р.	Виконано
6	Передзахист	листопад 2020 р.	Виконано
7	Нормоконтроль	листопад 2020 р.	Виконано

Студент _____ А.Ю. Амбрутіс

Керівник роботи _____ Є.А.Клопота

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 101 сторінок, 8 таблиць, 4 рисунка, 98 джерел, 2 додатки.

Об'єкт дослідження – професійне вигорання у лікарів хірургічного та хірургічного.

Предмет дослідження - особливості професійного вигорання у лікарів хірургічного та терапевтичного профілю.

Мета дослідження – експериментально визначити взаємозв'язок професійного вигорання лікарів в залежності від профілю їх роботи.

Гіпотеза дослідження: професійне вигорання лікарів залежить від профілю роботи (хірургічний чи терапевтичний).

Методи дослідження: дослідження складалось з теоретичного (аналіз, синтез, узагальнення під час опрацювання психологічного та наукового матеріалу з проблеми дослідження; осмислення досвіду вчених, які раніше займалися проблемою професійного вигорання у лікарів та емпіричного) та емпіричного (опитувальника професійного вигорання розробленого Водопяною Н.Е., Старченковою О.С. на основі моделі Маслач К., Джексон С.).

Наукова новизна полягає в тому, що в роботі представлені данні щодо різниці професійного вигорання лікарів різного профілю. Більшість праць розглядають професійне вигорання медичних працівників, але не проводиться порівняння впливу хірургічного чи терапевтичного профілю на розвиток професійного вигорання.

Галузь використання: лікувально-профілактичні заклади.

ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ, ЕМОЦІЙНЕ ВИСНАЖЕННЯ, ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ, РЕДУКЦІЯ ОСОБИСТІСНИХ ДОСЯГЕНЬ, ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ.

SUMMARY

Ambrutis A.Y. Features of professional burnout in doctors of surgical and therapeutic specialities.

The master's qualification work consists of an introduction, main part (3 sections), conclusions, references (98), appendices (2). It has 101 pages, 8 tables, 4 figures.

Qualification work gives a theoretical overview and describes an experimental study of burnout in doctors of surgical and therapeutic specialities. The paper presents data on the difference between burnout in doctors of different specialities.

The object of study is professional burnout in surgical and non-surgical physicians.

The subject of research are the features of professional burnout in doctors of surgical and therapeutic specialities.

The purpose of the study is to experimentally determine the relationship between professional burnout in doctors depending on their speciality.

Section 1. Theoretical approaches to studying the professional burnout. This section presents general theoretical and practical approaches to studying the phenomenon of "professional burnout"; the main factors, stages of development and components of burnout are identified .

Section 2. Features of professional burnout in doctors. The peculiarities of the professional activity of doctors of surgical and therapeutic specialities are compared, the mechanisms of development of professional burnout in doctors are determined.

Section 3. Research of professional burnout in doctors of therapeutic and surgical specialities. This section presents data on the study, interpretation of the data, as well as the recommendations for prevention of burnout in physicians.

The research consisted of theoretical (analysis, synthesis, generalization during the study of psychological and scientific material on the research problem; comprehension of the experience of scientists who previously dealt with the problem of burnout in doctors) and empirical (using a questionnaire of burnout developed by Vodopyanova NE, Starchenkova OS based on the model by Maslach K., Jackson S.). The study using the questionnaire test was provided in an individual version. Each participant of the study was given a test questionnaire "Psychological burnout" (developed by NE Vodopyanova, OS Starchenkova based on the model by K. Maslach and S. Jackson), which he/she had to submit in unlimited period of time. Doctors of ZRCH of ZRC of surgical (19 doctors) and therapeutic (11 doctors) specialities were interviewed during August 2020.

Peculiarities of professional burnout in doctors of therapeutic and surgical profiles were identified: doctors of surgical and therapeutic specialities have professional burnout with approximately the same frequency; increased rates of emotional exhaustion and depersonalization are more often determined among physicians of therapeutic specialities than among physicians of surgical specialities; the reduction of professional achievements is manifested to a small extent and without a significant difference depending on the professional speciality.

Key words: PROFESSIONAL BURNOUT, EMOTIONAL EXPRESSION, DEPERSONALIZATION, REDUCTION OF PERSONAL ACHIEVEMENTS, FEATURES OF DOCTORS' PROFESSIONAL ACTIVITY.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1._ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ	10
1.1. Теоретичний аналіз дослідження «професійного вигорання».....	10
1.2. Професійне вигорання як соціально-психологічний феномен	18
1.3. Чинники, етапи та компоненти професійного вигорання	23
РОЗДІЛ 2._ОСОБЛИВОСТІ ПОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ЛІКАРІВ.....	39
1. Особливості професійної діяльності лікарів.....	39
2.2.Психологічний портрет лікаря	46
2.3. Вплив професії на особистісну деформацію лікарів	56
РОЗДІЛ 3._ДОСЛІДЖЕННЯ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ЛІКАРІВ ХІРУРГІЧНОГО ТА ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ	64
3.1 Етапи, процедура та методики дослідження.....	64
3.2 Аналіз та інтерпритація результатів професійного вигорання лікарів хірургічного та терапевтичного профілю	66
3.3 Рекомендації щодо профілактики професійного вигорання у лікарів	74
ВИСНОВКИ	88
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	90
ДОДАТОКИ	100

ВСТУП

Актуальність дослідження. На сьогодні проблема професійного вигорання лікарів є безсумнівно актуальною. Лікарі це представники професій «людина-людина», які потребують великого емоційного напруження, тому часто стають жертвами професійного вигорання. Стреси на роботі впливають на все життя людини, призводячи до втрати здоров'я, психологічних та особистісних змін. Синдром професійного вигорання — це фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, що характеризується порушенням продуктивності в роботі та втому, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, а також вживанням алкоголю або інших психоактивних речовин з метою одержати тимчасове полегшення, що має тенденцію до розвитку фізіологічної залежності (у багатьох випадках) та суїцидальної поведінки. За даними опитування, проведеного у США 2019 р., близько 44% лікарів пережили СПВ на роботі, а 15% перебувають у стані депресії та думають про суїцид.

Вивченню проблеми синдрому «професійного вигорання» присвячено значну кількість праць у зарубіжній науці та практиці (Е. Aronson, М. Leiter, С. Maslach, А. Pines, S. Jackson, S. Walkera ін.). Інтерес вітчизняних науковців щодо цієї проблеми останнім часом значно розширився, з'явилася низка праць таких авторів, як М. Авраменко, В. Бойко, Н. Водопянова, Т. Зайчикова, Л. Карамушка, А. Лужецька, К. Малевич, О. Мірошніченко, В. Орел, О. Папанова, Е. Старченкова та ін. Але досить мало праць які вказували б, як залежить професійне вигорання у лікарів різних спеціальностей, зокрема лікарів хірургічного та терапевтичного профілю. На поверхні здається, що лікарі хірургічного профілю більш схильні до професійного вигорання, але чи є це істиною, адже лікарі терапевтичного профілю не менше підлягають емоційному стресу, то як є насправді? Враховуючи серйозність наслідків професійного вигорання та схиль-

ність лікарів до його розвитку дуже важливо визначати та попереджати синдром професійного вигорання.

Об'єкт дослідження – професійне вигорання у лікарів хірургічного та хірургічного.

Предмет дослідження - особливості професійного вигорання у лікарів хірургічного та терапевтичного профілю.

Мета дослідження – експериментально визначити взаємозв'язок професійного вигорання лікарів в залежності від профілю їх роботи.

Завдання дослідження:

- Проаналізувати загальні теоретичні та практичні підходи до вивчення феномену «професійного вигорання»;
- Визначити основні чиники розвитку, стадії та компоненти професійного вигорання;
- Порівняти особливості професійної діяльності лікарів хірургічного та терапевтичного профілю;
- Провести психодіагностику для дослідження професійного вигорання лікарів;
- Дослідити різницю професійного вигорання в залежності від профілю роботи лікаря;
- Розробити профілактичні заходи, щодо попередження професійного вигорання лікарів.

Гіпотеза дослідження: професійне вигорання лікарів залежить від профілю роботи (хірургічний чи терапевтичний).

Методи дослідження: дослідження буде складатися з теоретичного та емпіричного.

Під час теоретичного дослідження буде проведено аналіз, синтез, узагальнення під час опрацювання психологічного та наукового матеріалу з проблеми дослідження; осмислення досвіду вчених, які раніше займалися проблемою професійного вигорання у лікарів.

Під час емпіричного дослідження за допомогою опитувальника професійного вигорання розробленого Водопяною Н.Е., Старченковою О.С. на основі моделі Маслач К., Джексон С. буде виявлено показник цього синдрому у лікарів хірургічного та терапевтичного профілю.

Наукова новизна полягає в тому, що в роботі представлені данні щодо різниці професійного вигорання лікарів різного профілю. Більшість праць розглядають професійне вигорання медичних працівників, але не проводиться порівняння впливу хірургічного чи терапевтичного профілю на розвиток професійного вигорання.

Практична значущість. Практична доцільність дослідження має декілька аспектів.

По перше, виявлення професійного вигорання у лікарів різного профілю роботи. На основі цього :

- буде визначено лікарів, якого профілю потребують більше уваги з боку психологів;
- можливо розробити програму тренінгів для попередження розвитку професійного вигорання;
- виявлено контингент лікарів з професійним вигоранням, що дозволить працювати з ними.

По друге, робота психологів з лікарями спрямована на профілактику професійного вигорання покращить якість надання медичної послуги. Наразі в лікарнях не проводяться подібні тестування та тренінги, ми маємо «втомлених» лікарів. Такий стан звісно погіршує якість надання медичної послуги, підвищується рівень лікарських помилок, смертності. Вкрай важливо піклуватись про емоційний стан лікарів, адже від його стану залежить стан його пацієнтів.

По третє буде можливий відбір лікарів на спеціальності згідно їх особистих якостей, наприклад таких як стресостійкість, емоційна лабільність..

Тож результати дослідження матимуть практичне значення, не тільки для психології, але й для медицини.

Надійність та достовірність результатів дослідження визначаються репрезентативністю вибірки (30 лікарів, з яких 19 лікарів хірургічного профілю та 11 лікарів терапевтичного профілю КНП «Запорізької обласної клінічної лікарні» ЗОР), узгодженістю та ревалентністю методів відносно встановлених у дослідженні теоретичних та експериментальних завдань, адекватність цих методів.

Кваліфікаційна робота магістра складається з вступу, основної частини (3 розділи), висновків, джерел (98), додатків (2). Це 101 сторінка, 8 таблиць, 4 малюнки.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГО- РАННЯ

1.1. Теоретичний аналіз дослідження «професійного вигорання»

Термін «професійне вигорання» вперше ввів американський психіатр Х.Дж. Фрейденбергер для визначення психічного стану здорових людей, які постійно перебувають у емоційно перенавантаженій атмосфері у зв'язку з тим, що їх професійна діяльність вимагає інтенсивної взаємодії з іншими людьми. У подальшому дослідження цього феномена проводились відносно професійної діяльності медичного персоналу та працівників соціальної сфери.

Про зростаючу значимість цього явища свідчить порушення проблеми вигорання на Всесвітньому економічному форумі в Давосі у 2011 р. [6]; збільшення кількості медичних закладів, монастирів для «вигорілих» спеціалістів (Health Retreat Parkhotel Igls (Австрія), медичні центри «Bad Ragaz-Luxurious Clinic and Resort», «Reha Clinic», приватні клініки «Hohenegg», «Meiringen», «Wyss AG»; «Paracelsus Clinica al Ronc» (Швейцарія); «Health Resort Enterprise inc.» (Польща) й ін.); розповсюдження міжнародними організаціями охорони здоров'я та іншими інституціями (ВООЗ, АПА та ін.) спеціалізованої літератури про вигорання, шляхи його попередження та подолання; збір статистичних даних щодо кількості «вигорілих» спеціалістів у різних країнах.

Так, за даними Н. Є. Водоп'янової та О. Є. Старченкової (2005), Р. Голембієвського та Р. Ф. Мюнценрайдера (R. T. Golembiewski, R. F. Munzenrider, 1988) їх кількість у США сягає 36–44 %, у Росії – 51–57 % [21; 34]. На жаль, в Україні таких статистичних відомостей немає.

Австрійський психотерапевт А. Ленгле (A. Längle, 2008) вбачає основну причину зростання професійного вигорання у споживацькій прагматичності

нашого часу, спрямованій на максимальну продуктивність задля прибутків, що породжує поспіх, перевантаження, перенапруження, перевтому тощо [44]. (9)

Проблематику історії досліджень професійного вигорання висвітлено в чисельних працях зарубіжних і вітчизняних учених [13; 21; 31; 39; 51; 53; 55; 56; 67; 81; 85]

Аналіз науково-теоретичних джерел з проблем професійного вигорання дозволив, опираючись на критерій науковості, виділити чотири етапи у його дослідженні:

1 – описовий(до 1974 р. ХХст.)–період донаукового осмислення феномена вигорання (усна народна творчість, зразки художньої літератури, біографічні та автобіографічні дані тощо);

2 – період наукового осмислення феномена вигорання (1974 – сер 1980-х рр.) – характеризується появою терміна «професійне вигорання», його поясненням з позицій теорії стресу та зародженням двох підходів до його вивчення: клінічного (Г.Дж. Фройденбергер) і соціально-психологічного (К.Маслач);

3 – аналітико-експериментальний період у дослідженні синдрому вигорання (сер. 1980-х рр. – 1992 р.) – пов’язаний з розглядом вигорання як комплексу взаємопов’язаних симптомів, появою психодіагностичного інструментарію, розробкою концептуальних моделей вигорання, зародженням трьох підходів до розвитку вигорання та його детермінант (результативного, процесуального, синтетичного)

4 сучасний період – з 1992 р.: професійне вигорання вивчає широке коло дослідників і міжнародних організацій; синдром вигорання вноситься до «Міжнародної статистичної класифікації хвороб і споріднених проблем охорони здоров’я» десятого перегляду (надалі – МКХ-10). [12]

Хоча період наукового вивчення феномена вигорання почався у 1974 р., вітчизняні вчені досліджували його ще у 20-х рр. ХХ ст. Так, група науковців на чолі з А. С. Шафрановою упродовж 1923–1925 рр. вивчала динаміку працездатності вчителів і виявила умови та механізми їх професійної

дезадаптації, латентні особистісні чинники, які впливають на формування «психічної втоми» педагогів [1; 78].

У 50-х рр. ХХ ст. зарубіжні вчені вивчали втому досвідчених спортсменів наприкінці важкого для них сезону, яку позначали терміном *flame-out* (англ. – спалахнути, запалити) [98]. Проте, незважаючи на доволі активне використання цього терміна, він не набув поширення у науковій літературі. Американські науковці М. С. Шварц і Дж. Т. Уїлл (M. S. Schwartz, G.T. Will) у 1953 р. опублікували працю «Низький моральний дух і взаємне відчуження у психіатричному відділенні лікарні», у якій аналітично описали виявлену ними тенденцію до взаємного відчуження деморалізованого персоналу та хворих, яку назвали «синдром низького морального духу» («*low morale syndrome*»). Ця тенденція перманентно загострюється, сама собою не зникає і відносно швидко захоплює нових працівників [97]. Згодом закономірність такого «захоплення» засвідчили й інші дослідники, зокрема А. Б. Баккер (A. B. Bakker), П. М. ле Блан (P. M. Le Blanc), В. Б. Шауфелі (W. B. Schaufeli), 2005; Н. Є. Водоп'янова, О. С. Старченкова, 2008; Р. Т. Голембієвський (R. T. Golembiewski), Р. Ф. Мюнценрайдер 14 (R. F. Munzenrider) і Дж. Ж. Стівенсон (J. G. Stevenson), 1986; Д. Еделвіч (J. Edelwich) та А. Бродський (A. Brodsky), 1980; Л. О. Китаєв-Смик, 2015; Н. В. Самоукіна (2005), К. Чернісс (C. Cherniss), 1980 та ін. [21; 39; 66; 87; 88].

З 1956 р. теоретичним підґрунтям переважної більшості досліджень виго-рання стала теорія стресу Г. Сельє [68], яку розвинули його послідовники. Стрес або загальний адаптаційний синдром (за положенням Г. Сельє) – це фізіологічна реакція організму, яка виникає у результаті впливу фізичних, хімічних або органічних факторів. За Гансом Сельє, будь-яка несподіванка, що порушує звичний перебіг життя, може стати причиною стресу або стресом. При цьому не мають значення зміст самої ситуації та ступінь її об'єктивної загрози. Важливим є саме суб'єктивне ставлення до неї. Тому певна ситуація одним може сприйматися як стресова, а у інших вона не викличе жодного стресу.

Так, загальний адаптаційний синдром вивчали Р. С. Лазарус (R. S. Lazarus, 1966), Р. Г. Розенман (R. H. Rosenman), М. Фрідман (M. Friedman, 1974)

і ін., «ларвовану депресію» («депресію виснаження»), яку часто тлумачать як синдром вигорання, – Д. Бек, П. Кіельхольц і ін. Вперше термін «вигорання персоналу» (англ. – «staff burnout») та його тлумачення як психологічного феномена, властивого фахівцям так званих «допомагаючих професій» (helping professions), запропонував Г. Б. Бредлі (Н. В. Bradley, 1969). [83].

Одночасно з Г. Б. Бредлі інший науковець Д. Бюерле (D. Bäuerle, 1969) визначив вигорання як стан, який повільно розвивається та характеризується зниженням психічних можливостей фахівця посередині кар'єрного зростання, проявом обурень, що, зрештою, призводить до звільнення з роботи [82].

У 1968 р. феноменологію вигорання почав досліджувати Б. Г. Ананьєв, який назвав його «емоційним згоранням» і встановив, що воно пов'язане з міжособистісною взаємодією фахівців професій типу «людина-людина». [49; 53; 56].

Автором першої наукової концепції вигорання персоналу (stuff burn-out), що започаткувала клінічний підхід до його дослідження, вважають американського психіатра Г. Дж. Фройденбергера (1974). У ній вигорання персоналу тлумачилося як психічний розлад, пов'язаний з певними особистісними характеристиками суб'єкта [89].

Сам термін «вигорання» Г. Дж. Фройденбергер запозичив зі сленгу наркоманів, у якому воно тлумачилося як ефект хронічної залежності від зловживання наркотичними речовинами, та вживалося для позначення особливого психічного стану «знемоги» [4]. Вибір цього терміна науковець пояснив через аналогію, що «люди, як будівлі, іноді вигорають». Під тиском складних ситуацій, якими насичене наше життя, внутрішні ресурси людей виснажуються, ніби випалюються вогнем, залишаючи велику порожнечу всередині, хоча зовнішня оболонка може залишатися більш-менш незмінною. Він описує вигорання як «демона, який корениться у суспільстві та часі, в якому ми живемо, у нашій постійній боротьбі за наповнення сенсом власного життя». Г. Дж. Фройденбергер наголошує, що вигорання – «це не той стан, який краще

ігнорувати. І це не ганьба. Навпаки, це – проблема, народжена хорошими намірами». [9]

Соціально-психологічні дослідження вигорання започаткувала у 1976 р. К. Маслач (С. Maslach), яка розробила перші валідні й надійні методики психодіагностики цього феномена. Науковець назвала його терміном «burnout», який сьогодні є найбільш поширеним [95]. Результати наукових пошуків К. Маслач склали основу соціально-психологічного підходу до проблеми вигорання, відповідно до якого воно тлумачиться як порушення психіки у межах норми, як стан з симптомами емоційного, розумового та фізичного виснаження. Основним предметом досліджень у підході, започаткованому К. Маслач, стали міжособистісні, соціальні й організаційні детермінанти цього стану. Тобто, burnout – результат проблем суб'єкта, що виникли у взаєминах в процесі професійної діяльності, стрижнем яких є криза ставлень до неї, а не психопатологічний синдром.

Професор Ф.Дж.Сторлі (F. J. Storlie, 1979) у статті «Вигорання: розробка концепції» визначає вигорання як підступний процес етіологію якого важко прослідкувати, оскільки, воно починається глибоко всередині особистості й, у буквальному розумінні, є колапсом людського духу; наслідком конфронтації з реальністю, в якій людська сутність виступає проти обставин, які неможливо змінити. Кінцевий результат вигорання, на її думку, – «професійний аутизм», що проявляється у відсутності емоційного вкладу в діяльність, який би міг при збереженому виконанні обов'язків перетворити її у творчу форму. Дослідниця порівнює вигорання з розчаруванням (втратою ілюзій), оскільки «... ілюзії здатні заохочувати дітей і надавати їм певний захист, але коли діти дорослішають, більшість ілюзій замінюються теоретичними знаннями... Створення нового – продукт ілюзії, а повна відсутність ілюзії – цинізм». Опираючись на результати досліджень вигорання у медичних сестер С. Шубіном (S. Shubin, 1978), Ф.Дж.Сторлі визначає такі ранні його симптоми: відчуття власної неуспішності, принизливе ставлення до пацієнтів, захоплення тільки технічними аспектами догляду. Знаходження сенсу у власній роботі дослідниця вважає основним спо-

собом подолання вигорання, оскільки без нього, на її думку, життя стає безглузким [12].

Здійснений аналіз публікацій періоду наукового осмислення феномена професійного вигорання (1974 р. – сер. 1980-х рр.) дозволяє говорити про:

1) суб'єктивізм авторів і наповнення поняття вигорання власним змістом, що призвело до розширення меж використання самого терміна, його опису та тлумачення з допомогою тотожних, або ж і протилежних вигоранню конструктивів,

Та породило небезпеку втрати його сенсу взагалі;

2) відсутність єдиної концептуальної моделі опису професійного вигорання та вимірювального інструментарію; невизначеність і багатоконпонентність описових характеристик;

3) описовий характер більшості публікацій.

У 90-хрр. ХХст. проблема професійного вигорання стала предметом досліджень вітчизняних науковців, які назвали його різними дескрипторами: «емоційна слабкість», «психологічне виснаження», «вигорання емоцій» та ін. [39, с.486-489]. Описи феноменів, за змістом подібних вигоранню, знаходимо у працях Л.О.Китаєва-Смика (1989), В.О.Пономаренка(1992)й ін. [39; 61]. Так, Л.О.Китаєв-Смик використовував терміни «вигорання душі»та «вигорання особистості»[39]. Але радянська психологія їх не прийняла, оскільки, згідно з комуністичними ідеологемами, радянська особистість озброєна всеперемагаючим марксистсько-ленінським вченням і тому незламна, отже, не може «вигоріти». Терміном «хвороба спілкування»називали виснаження, закостеніння, прагненнязупинитись на шаблоні, самовпевненість, втому педагогів [39]; терміном «вилітаність» (рос. «излётанность») –втрату пілотами бажання літати, пов'язану з появою серйозних сумнівів щодо безпечності польотів, а відтак, страху літати та, зрештою, прагненням «списатись на нельотну роботу» [61].

Угорський психіатр, невропатолог, психотерапевт І.Харді (I.Hárdi,1988)у праці «Лікар, сестра, хворий» («Ápoláslélektan») послуговується терміном «отруєння людьми», який тлумачить як розлад, що виникає внаслідок роботи мед-

персоналу з великою кількістю людей і виявляється у втраті задоволення від професійної діяльності, у психологічному та соматичному виснаженні, небажанні працювати, у безпричинній дратівливості, вибуховості, необґрунтованих вчинках, непривітності, сухості, байдужості тощо [79].

У дослідженнях професійного вигорання сучасного етапу (зі 1992р.) розробляються як ефективні методики його діагностики, профілактики та корекції, так і їх науково-теоретична база.

У цих розробках можна виокремити такі вектори:

- 1) вивчення етапів формування і детермінант професійного вигорання;
- 2) дослідження зриву адаптації фахівця, її симптомів і наслідків, а також наслідків власне вигорання);
- 3) виявлення особистісних ресурсів протидії вигоранню (самоактуалізація, мотивація «на успіх» тощо);
- 4) дослідження засобів профілактики, корекції, лікування, реабілітації «вигорілих» суб'єктів тощо.

У науково-теоретичних інтерпретаціях феноменології професійного вигорання виразно окреслено два підходи. Представники першого (Д. ван Дірендонк, В.Б. Шауфелі, Б.П. Б'юнк, 1990; М. Буріш, 1984 і ін.) обстоюють думку, що на процес вигорання суб'єкта вирішально-визначально впливають його ціннісні орієнтації, ідеали та особливості реагування на стрес [85; 95]. Представники другого підходу (В.Б. Шауфелі, К. Маслач, Т. Марек (T. Marek), 1993) намагаються довести, що основними детермінантами професійного вигорання є певні недоліки в організації виробничої діяльності: некомпетентне керівництво, відсутність чи неналежний рівень соціальної підтримки, системи заохочень тощо [95]. При цьому існує чимало суперечливих тлумачень вигорання, пов'язаних з вивченням його проявів у представників різних професійних, вікових, статевих, етнічних груп.

На початку ХХІст. у США з'явилися численні дослідження феномена, названого «rustout» (англ. rust – корозія, іржа) – зіржавіння. Так, Б.Л. Брок і М.Л. Грейді, описуючи «зіржавілих» і «вигорілих» шкільних адміністраторів,

наголошують на суттєвих відмінностях між ними [84]: керівники, які ризикують вигоріти, –заповзяті трудівники, які самовіддано працюють, та впевнені, що можуть зробити школи кращими. Як наслідок, вони перетворюють роботу на центр власного життя й ідентичності. Така відданість праці з одного боку створює ризик вигорання, а з іншого –робить їх першокласними керівниками. Тоді як «зіржавілі» керуються утилітарними мотивами (отримання високої заробітної платні, уникання викладання тощо). Є імовірність, що чимало «зіржавілих» керівників –компетентні управлінці, але у них відсутня мотивація «на успіх» у цій діяльності.

Актуальною наразі є й проблема «зворотності» вигорання, тобто можливості його корекції та лікування. К.Маслач і М.П.Лайтер (1997), В.С.Пейн (1982), Г.С.Фарбер(Н.С.Farber,1983) обстоювали думку, що «вигоріла» людина ніколи не позбудеться цього синдрому.

Проте наукові розвідки Н.Є.Водоп'янової О.С.Старченкової (2005,2008); А.Л.Журавльова та О.О.Сергієнко (2011); Л.О.Китаєва-Смика (2015)й ін.), засвідчили, що цей «вирок» передчасний і суперечливий [21; 39; 71]. Так, Л.О.Китаєв-Смик стверджує, щовилікуватися від вигорання можна, якщо суб'єкт не прогавить той душевний порив, який відкриє йому шлях до нового життя, породить потужне бажання «стати тим іншим, у якого вигорання вже немає». Такий порив можуть стимулювати «...випадок або інша людина, які допоможуть втекти, звільнитися від буденності»; виїхати «на природу з наміром залишитися там назавжди»; «опроститися», стати сільським мешканцем, лісником,бджолярем... сторожем у садовому товаристві... Важче, але можна, навпаки, «ускладнитися», щоб витіснити все «вигоріле» з душі новим заняттям...» [39]. Згодом К.Маслач і М.Лайтер (2005) дійшли висновку, що цілковита реабілітація «вигорілих» можлива та розробили ефективну програму подолання вигорання [91].

1.2. Професійне вигорання як соціально-психологічний феномен

Сьогодні у процесі вивчення даного феномену найбільш розповсюдженими термінами є такі: «емоційне вигорання» [15; 19; 24; 23; 63], «психоемоційне вигорання» [26; 46], «емоційне згорання» [78], «синдром згорання» [75], «психічне вигорання» [15; 17], «психологічне вигорання» [54], «психологічне вигорання особистості» [37], «вигорання душі» [37], «професійне вигорання» [45; 57] тощо.

Якщо говорити про особливості вивчення даних феноменів, то слід говорити, що у процесі використання термінів «емоційне вигорання» та «психоемоційне вигорання» мова йде, насамперед, про втрату емоційних ресурсів, про емоційне виснаження.

На думку Т. В. Грубі [29], дане визначення, не зовсім точне, оскільки наявність емоційного компонента в структурі синдрому «вигорання» дає нам підстави припускати його вирішальне значення, проте зазначений термін лише частково відображає сутність даного явища.

Коли використовуються терміни «психічне вигорання», «психологічне вигорання», «психологічне вигорання особистості», то деякі автори [54; 57] підкреслюють інтегральну природу даного феномену, який включає емоційні, когнітивні, поведінкові та соматичні зміни, але наголошується, що при такому трактуванні синдром «вигорання» втрачає свою сутність.

Термін «вигорання душі» використовується скоріше всього, як образ і зустрічається дуже рідко. При використанні поняття професійне вигорання багато авторів підкреслюють роль професійної діяльності у виникненні даного феномену та його негативний вплив на показники працездатності особистості, задоволеності персоналу роботою та взаємостосунками в колективі.

Також слід наголосити, що в психології існує і достатньо розповсюджений підхід, згідно якого всі перераховані вище терміни використовуються як синоніми і автори не звертають уваги на детальний аналіз змісту цих понять.

У контексті нашої роботи доцільним є, на наш погляд, використання терміну професійне вигорання, яке найбільш адекватно, як нам здається, відображає особливості дослідження даного феномену в контексті організаційної психології, оскільки в рамках даного напрямку психології професійна діяльність, наряду із організацією та особистістю, виступають головними предметами для вивчення [50].

Нині відомі кілька підходів до визначення синдрому «професійного вигорання». Відповідно до них існує декілька моделей емоційного вигорання, що описують цей феномен. Це однофакторна, двофакторна, трифакторна та чотирифакторна моделі, а також процесуальні моделі.

Перша модель розглядає «професійне вигорання» як стан фізичного, психічного і передусім емоційного виснаження, викликаного довготривалим перебуванням в емоційно перевантажених ситуаціях спілкування. «Професійне вигорання» тлумачиться тут приблизно як синдром «хронічної втоми». Представниками цієї однофакторної моделі є А. Пінес, Е. Аронсон. У даному випадку, виснаження – це головний чинник (фактор) вигорання, а інші прояви дисфункції переживань та поведінки – це зумовленими наслідки. Відповідно до цієї моделі, емоційне вигорання загрожує представникам будь-яких професій [16].

Друга модель розглядає «професійне вигорання» як двовимірну модель, що складається, по-перше, з емоційного виснаження та, по-друге, – з деперсоналізації, тобто погіршення ставлення до інших, а іноді й до себе. Двофакторну модель досліджували Д. Дирендонк, Х. Сиксма, В. Шауфелі – голандські вчені, які проводили дослідження серед медсестер.

Але найпоширенішою є третя модель, запропонована американськими дослідниками К. Маслач і С. Джексон. Вони розглядають синдром «професійного вигорання» як трьохкомпонентну систему, котра складається з емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції власних особистісних прагнень. Емоційне виснаження – основна складова професійного вигорання і проявляється у пониженні емоційного фону, байдужості або емоційній

перенасиченості. Деперсоналізація проявляється в деформації стосунків з іншими людьми. Це може бути підвищення залежності від інших, або підвищення негативізму, цинічності установок і почуттів. Редукція особистих досягнень може проявлятися або в тенденції до негативного оцінювання себе, своїх професійних досягнень і успіхів, негативізмі відносно службових досягнень і можливостей, або ж обмеженні своїх можливостей, обов'язків по відношенню до інших [22].

Чотирифакторна модель полягає в тому, що один із його компонентів (емоційне вигорання, деперсоналізація чи редукція особистих досягнень) поділяється на два окремих фактора. Наприклад, деперсоналізація пов'язана з роботою і з реципієнтами відповідно [58].

Аналіз літератури показав, що можна говорити, на наш погляд, про такі основні підходи до розуміння професійного вигорання.

Так, перший підхід полягає в тому, що професійне вигорання розуміється як результат дії професійного стресу (впливу комплексу стресогенних чинників, довготривалого впливу професійних стресорів, некерованого професійного стресу та ін.). При цьому слід зазначити, що проблема професійного та організаційного стресу знайшла достатньо широке відображення в роботах зарубіжних (К.Купер та ін.) та українських (В. Корольчук, М. Корольчук, С. Солдатов та ін.) вчених.

Так, А. Абрумова, К. Маслач, Т. Морозова розглядають професійне вигорання, як результат впливу комплексу стресогенних чинників, з якими працівник стикається при виконанні професійних обов'язків і характеризується розчаруванням та втратою інтересу до роботи, як результат невідповідності між особистістю та роботою, який характеризується фізичним та емоційним виснаженням.

С. Ауербах, С. Гремлинг під професійним вигоранням розуміють довгострокову стресову реакцію, що виникає внаслідок довготривалих стресів, пов'язаних з професійною діяльністю.

А. Видай, Т. Зайчикова, Л. Карамушка, Г. Ложкін розглядають професійне вигорання як наслідок некерованого стресу, психофізіологічну реакцію, зумовлену частковими, іноді надмірними, але, як правило, малоефективними зусиллями, направленими на задоволення трудових потреб, яка супроводжується психологічним, емоційним, інколи фізичним відходом від активності у відповідь на надмірний стрес або незадоволеність.

К. Кондо, В. Орел, Х. Дж. Фрейденбергер та ін. визначають професійне вигорання, як стан повного фізичного, емоційного й розумового виснаження, що виникає на фоні стресу та викликане міжособистісним спілкуванням у професіях соціальної сфери, де клієнти виступають як стресогенні чинники.

Н. Водопьянова, Є. Старченкова, розглядають професійне вигорання, як реакцію-відповідь на тривалі стреси міжособистісних комунікацій, яка проявляється в наборі негативних емоційних переживань, які характеризуються високою емоційною насиченістю або когнітивною складністю. [54, 22]

Другий підхід полягає в тому, що професійне вигорання розглядається як механізм психологічного захисту.

Так, В. Бойко, Т. Решетова розглядають професійне вигорання як вироблений особистістю механізм психологічного захисту у формі повного або часткового виключення емоцій у відповідь на вибірковий психотравмуючий вплив. При цьому вигорання розглядається, як придбаний стереотип емоційної, частіше за все, професійної поведінки.

Близькою до попередньої позиції є думка про те, що вигорання є функціональним стереотипом, оскільки дозволяє людині дозувати та економно використовувати енергетичні затрати [3; 11, 64].

Згідно третього підходу, професійне вигорання розглядається як вид професійної деформації особистості. Так, Б. Карвасарський [60] розглядає професійне вигорання, як особливий вид професійної деформації особистості та професійної діяльності, обумовлений тісним емоційним контактом із клієнтами, пацієнтами при наданні професійної допомоги.

У цьому контексті Ф. Дж. Сторлі [70] розкриває сутність професійного вигорання як професійний аутизм, який виникає у результаті конфронтації з реальністю, коли працівник виснажується в боротьбі з обставинами і професійна діяльність здійснюється без емоційного компонента, що зменшує її творчу спрямованість та інші показники.

Т. Темиров розглядає професійне вигорання в контексті розвитку дисгармонійної структури особистості, яка проявляється в процесі професійної діяльності [73].

Четвертий підхід аналізує професійне вигорання як професійну кризу. Слід зазначити, що проблема психологічної та професійної кризи розглядається сьогодні в психологічній літературі, як одна із достатньо популярних проблем [2].

Так, Л. Бурлачук, Т. Форманюк висвітлюють професійне вигорання як професійну кризу, що пов'язана з роботою в цілому, а не лише з міжособистісними взаємовідносинами в процесі виконання професійної діяльності.

Н. Андреева, розглядає професійне вигорання як сукупність дисгармонійних его-ідентичностей щодо стійких деформованих властивостей (особистісної тривожності, невпевненості в собі, низькою рефлексивністю, конфліктності, агресивності) і станів (виснаженості життєвих сил, тривоги і депресії, внутрішньоособистісних конфліктів) особистості, що виникають в процесі професійного розвитку і в результаті дисгармонійного проходження нормативних криз розвитку особистості.

І п'ятий підхід розуміє професійне вигорання як клінічне порушення. Так, як зазначають А. Висоцький, М. Пересадін, В. Фролов, професійне вигорання являє собою клінічне порушення не лише центральної нервової системи, а всього організму; вимагає належної уваги, адекватного і правильного лікування, яке полягає в необхідному співвідношенні часу сну та відпочинку, аеробних навантажень, застосуванні ентеросорбентів, імунопротекторів, вітамінів і адаптогенів. [20]

1.3. Чинники, етапи та компоненти професійного вигорання

Професійне вигорання небезпечно наявністю широкого спектру симптомів невротичного і психосоматичного характеру та чинників, які вимагають диференційованих підходів до його психопрофілактики, психокорекції і психотерапії.

Фактори, що провокують професійне вигорання (за Бойко В. В.):

1) зовнішні фактори – хронічно напружена емоційна діяльність, дестабілізуюча організація діяльності, підвищена відповідальність за виконання професійних функцій, неблагополучна психологічна атмосфера професійної діяльності, психологічно складний контингент, з яким працює професіонал;

2) внутрішні фактори – схильність до емоційної ригідності, інтенсивна інтериорізація (сприйняття та переживання) обставин професійної діяльності, слабка мотивація емоційної віддачі в професійній діяльності, моральні дефекти та дезорганізація особистості.[10]

Дослідивши існуючі класифікації чинників професійного вигорання, В.О.Орел(2005) створив власну, яку назвав «робочою схемою», і включив у неї такі чинники: індивідуальні, до яких відніс соціально-демографічні (вік, стать, стаж, рівень освіти, сімейний стан), особистісні (локус контролю, самооцінку, нейротизм, екстраверсію, стиль опору, витривалість), професійну мотивацію (рівень домагань, ціннісні орієнтації) та когнітивні процеси (здібності, інтелект); організаційні –умови праці (виробничі перевантаження, брак часу, тривалість робочого дня); зміст праці (кількість клієнтів, гострота їхніх проблем, глибина контактів з ними, участь у прийнятті рішень, самостійність у своїй роботі, зворотний зв'язок); соціально-психологічні (рольовий конфлікт, рольова амбівалентність, соціальна підтримка, зворотний зв'язок) [56, с.41-42].

Дослідження синдрому «професійного вигорання» не оминають проблеми встановлення та класифікації детермінаційного ряду, тобто вичленування системи тих факторів, що гальмують розвиток феномена. Серед різноманітних соціально-психологічних та особистісних чинників Н.Водопянова, А. Серебря-

кова, О. Старченкова вичленовують три основні групи, що містять ризик синдрому «вигорання»: особистісні, ситуативні і професійні.[21].

Особистісні фактори: переживання несправедливості; хронічне переживання самотності; переживання соціальної незахищеності; переживання соціальної та міжособистісної ізоляції; неконструктивні моделі подолання стресу; висока мотивація влади та висока афіліація; трудоголізм, поведінка типу «А» (підвищений ризик серцево-судинних захворювань); Слабка Я-концепція, низька самооцінка; низька емпатія та соціальний інтелект; низька професійна мотивація; емоційна нестійкість, нереалістичні очікування.

Ситуативні вимоги: соціальне порівняння та оцінка оточуючих; несправедливість, нерівність стосунків; негативні взаємовідносини з колегами; «важкі» пацієнти, учні, партнери; відсутність згуртованості у колективі, низький рівень організаційної культури; конфлікти в організації та міжособистісні конфлікти; рольові конфлікти, рольова невизначеність; дефіцит адміністративної, дружньої, соціальної, професійної та інших видів підтримки; перенавантаження, недовантаження.

Професійні вимоги: когнітивно важкі комунікації; емоційно насичене ділове спілкування; необхідність постійного саморозвитку та підвищення професійної компетентності; адаптація до нових людей, професійних ситуацій; пошук нових рішень, високий рівень відповідальності; самоконтроль та вольові рішення; нецікава робота; бюрократизм і паперова робота; відсутність готових рішень, необхідність творчого пошуку. [33]

На думку Р. Кепьюто і Д.Спаньол, вигорання має три стадії.

Людина, що відчуває на собі дію «вигорання» першого рівня, відчуває помірні, недовготривалі й випадкові ознаки цього явища. Ці симптоми виявляються у легкій формі й виражаються у особистості шляхом розслаблення та створення перерв у робочій діяльності.

Симптоми другої стадії вигорання є більш регулярними, вони більш затяжні й піддаються стабілізації набагато важче. Причому, як зазначають учені, звичайні методи розслаблення є неефективними, наприклад, лікар

почуває себе виснаженим навіть після гарного відпочинку у вихідні дні. Для турботи про себе необхідні додаткові зусилля.

Ознаки й симптоми третьої стадії вигорання є хронічними. Під час даної стадії у фахівця можуть розвиватися соматичні (наприклад, виразки) й психосоматичні (депресії) хвороби. Як правило, спроби фахівця піклуватися про себе не допомагають, а психологічна чи терапевтична допомога може не давати значного полегшення. Фахівець сумнівається у цінності своєї роботи, правильності вибору професії і проведення життя в цілому.

Р. Смирнов, Д. Гоулд виділяють чотири етапи формування синдрому вигорання:

1) Деперсоналізація (втрата своєї індивідуальності). Цей етап характеризується емоційною віддаленістю від колег та уникненням контактів з ними.

2) Недооцінка особистісного внеску. На цьому етапі фахівець відчуває, що більше не допомагає спільній справі, не виконує своїх функціональних обов'язків та не одержує задоволення від роботи.

3) Ізоляція. Вчені виділяють основні ознаки цього етапу: добровільна ізоляція від колег невиконання доручених справ та обов'язків. Причому виправдання такій стратегії поведінки фахівця завжди існує.

4) Емоційне й фізичне знесилання. Фахівець відчуває, що повністю «зруйнований» як фізично, так і емоційно й не хоче працювати на цьому місці [69]

Також виділяють такі стадії професійного вигорання:

Стадія «Попередження»

Так само як вогнище поступово поглинає поліна, професійне вигорання відбувається не відразу. Одним із найбільш важливих пускових механізмів професійного вигорання є звуження особистісного простору та інтересів до професійної діяльності. Стадію «попередження» можна охарактеризувати як надмірну захопленість працівника робочим процесом. Це може виражатися в скороченні часу на неформальне спілкування та відпочинок, витіснення зі

свідомості переживань невдач. Працівник в цей період може говорити про безсоння, погіршення уваги, емоційне виснаження, втрату відчуття себе.

Втрата відчуття Я може виражатися в тому, що працівник:

- стає залежним від думки інших людей;
- знеособлює себе та свій робочий процес;
- втрачає інтерес до прийняття спільних рішень.

Іноді знеособлення може переноситися на дітей і виражатися в сприйнятті їх як «об'єктів практики». Наприклад, у лікарів це може проявлятися у таких висловлюваннях: «нежить з дитячого відділення», «нирки з другої палати». Як наслідок, втрачається міжособистісний зв'язок.

Стадія «Відчуження»

Сигналом про те, що стадія відчуження настала, є втрата радості від роботи. Механізм відчуження набирає нових обертів. Емоції притупляються, в стосунках відчувається відстороненість. Дедалі частіше з'являється невизначене роздратування: «Дайте мені спокій». Зникає емоційний підйом та позитив у спілкуванні з колегами. Власні невдачі приписуються іншим людям. Зникає емпатія, замість неї приходять байдужість та цинічність.

Стадія «Виснаження»

Відчуження набуває більш яскравого вираження. Негативні почуття щодо оточення і роздратування вже не можуть бути приховані. Спостерігаються гострі психосоматичні реакції (тривалий головний біль, біль у шлунку, стійке безсоння, раптові приступи нудоти, запаморочення).

Стадія «Розчарування та відчай»

Це завершальна стадія. Її симптомами є відчуття порожнечі, безпомічності та беззмістовності не тільки до роботи, а й життя в цілому. У тих, хто досяг цієї стадії, є тільки два виходи. Перший — попрощатися з роботою, що пов'язана зі спілкуванням з людьми, другий — розпочати непросту тривалу роботу над відновленням своїх професійних та особистісних якостей в межах психотерапії [76]

Згідно з сучасними даними, під професійним вигорянням розуміється стан фізичного, емоційного і розумового виснаження, що виявляється в професіях соціальної сфери. Багато авторів, що займаються проблемою вивчення і профілактики даного феномена, зазвичай виділяють три основні стадії синдрому «професійного вигорання».

Перша стадія - на рівні виконання функцій, довільної поведінки: забування якихось моментів, говорячи побутовою мовою, провали в пам'яті (наприклад, внесена чи потрібна запис в документацію, чи не встановлено планований питання, який отриманий відповідь), збої у виконанні будь-яких рухових дій і т. д. Зазвичай на ці початкові симптоми мало хто звертає уваги, називаючи це жартома «дівочої пам'яттю» або «склерозом». Залежно від характеру діяльності, величини нервово-психічних навантажень і особистісних особливостей фахівця перша стадія може протікати протягом трьох-п'яти років.

На другій стадії спостерігається зниження інтересу до роботи, потреби. У спілкуванні (в тому числі і вдома, з друзями): «не хочеться бачити» тих, з ким спеціаліст спілкується за родом діяльності (колеги, клієнтів, начальство), «в четвер відчуття, що вже п'ятниця», «тиждень триває нескінченно», наростання апатії до кінця тижня, поява стійких соматичних симптомів (немає сил, енергії, особливо до кінця тижня, головні болі по вечорах; «мертвий сон», без сновидінь), збільшення числа простудних захворювань); підвищена дратівливість, людина «заводиться», як кажуть, з півоберта, хоча раніше подібного він за собою не помічав. Тривалість протікання даної стадії - в середньому від п'яти до п'ятнадцяти років.

Третя стадія - власне особистісне вигоряння. Характерна повна втрата інтересу до роботи і життя взагалі, емоційне байдужість, отупіння, відчуття постійної відсутності сил. Людина прагне до усамітнення. На цій стадії йому набагато приємніше спілкуватися з тваринами і природою, ніж з людьми. Стадія може тривати від десяти до двадцяти років. [59]

Російський учений В. Бойко розробив власну класифікацію симптомів, що супроводжують різні компоненти «професійного вигорання». Створена ним

«Методика діагностики рівня емоційного вигорання» дає змогу оцінити прояви синдрому за дванадцятьма основними симптомами, що зазвичай супроводжують три компоненти «професійного вигорання».

В.Бойко характеризує компоненти згаданого синдрому так:

1.Перший компонент –«напруження» –характеризується відчуттям емоційної виснаженості, втоми, викликаної власною професійною діяльністю.

Це знаходить вияв у таких симптомах, як:

1)переживання психотравмуючих обставин –людина сприймає умови роботи та професійні міжособистісні стосунки як психотравмуючі;

2)незадоволеність собою –незадоволеність власною професійною діяльністю і собою як професіоналом;

3)«загнаність у кут» –відчуття безвихідності ситуації, бажання змінити роботу чи професійну діяльність взагалі;

4)тривога й депресія –розвиток тривожності у професійній діяльності, підвищення нервовості, депресивні настрої.

2.Другий компонент –«резистенція» –характеризується надмірнимемоційним виснаженням, що провокує виникнення та розвиток захисних реакцій, які роблять людину емоційно закритою, відстороненою,байдужою. На такому тлі будь-яке емоційне залучення до професійнихсправ та комунікацій викликає у людини відчуття надмірної перевтоми.

Це знаходить вияв у таких симптомах, як:

1)неадекватневибіркове емоційне реагування –неконтрольований вплив настрою на професійні стосунки;

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

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

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

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

Тут виявляються такі симптоми, як:

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

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

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

4) психосоматичні та психовегетативні порушення – погіршення фізичного самопочуття, розвиток таких психосоматичних та психовегетативних порушень, як розлади сну, головні болі, проблеми з артеріальним тиском, шлункові розлади, загострення хронічних хвороб тощо.

Отже, за В.В. Бойко, кожен компонент синдрому складається з 4 симптомів[11].

Прояви професійного вигорання (за П. І. Сидоровим, А. Г. Соловйовим та І. А. Новіковим, 2007 р.):

1) Психофізіологічні:

- відчуття постійної втоми, що не зникає навіть уранці після сну (симптом хронічної втоми);
- відчуття емоційного та фізичного виснаження;
- частий головний біль, що виникає без причини;
- постійні розлади діяльності шлунково-кишкового тракту;

- зниження сприйнятливості та реактивності щодо зміни зовнішнього середовища (відсутність реакції зацікавлення на факт новизни та реакції страху на небезпечну ситуацію);
 - загальна астенизація (слабкість, зниження активності й енергійності, погіршення біохімічних показників крові та гормональних показників);
 - різка втрата або різке збільшення ваги;
 - повне або часткове безсоння (швидке засинання і відсутність сну рано вранці, починаючи з четвертої години ранку чи, навпаки, неможливість заснути до другої-третьої години ночі і тяжке пробудження вранці);
 - постійний загальмований, сонливий стан та бажання спати протягом дня;
 - задишка або порушення дихання при фізичному чи емоційному навантаженні;
 - помітне зниження зовнішньої або внутрішньої сенсорної чутливості (погіршення зору, слуху, нюху та дотику, втрата внутрішніх, тілесних відчуттів);
- 2) соціально-психологічні:
 - байдужість, нудьга, пасивність та депресія (знижений емоційний тонус, відчуття пригніченості);
 - підвищена дратівливість у відповідь на незначні дрібні події;
 - часті нервові зриви (спалахи немотивованого гніву чи відмова від спілкування, занурення в себе);
 - постійне переживання негативних емоцій, для яких у зовнішній ситуації причини відсутні (почуття провини, сорому, підозрілості, образи, скутості);
 - відчуття неспокою та підвищеної тривожності («щось не так, як треба»);
 - гіпервідповідальність і постійний страх («не вийде» та «не справлюсь»);

- загальна негативна установка щодо життєвих та професійних перспектив (за типом «як не старайся, все одно не вийде»).

3) поведінкові:

- відчуття, що робота стає дедал складнішою, а її виконання – важчим;
- працівник суттєво міняє свій режим дня (рано приходить на роботу та пізно йде з роботи);
- незалежно від об'єктивної потреби працівник постійно бере роботу додому, але вдома її не виконує;
- керівник відмовляється від прийняття рішень, формулюючи різні причини для себе і оточуючих;
- відчуття даремності, зневіра, зниження ентузіазму у ставленні до роботи, байдужість до її результатів;
- невиконання важливих, пріоритетних завдань та зосередження на дрібних деталях;
- витрачання більшої частини робочого часу на виконання автоматичних та елементарних дій, що не усвідомлюється або мало усвідомлюється;
- дистанціювання від співробітників, пацієнтів, підвищення неадекватної критичності;
- зловживання алкоголем. [33]

Е.Л.Махер(1983) виділила 12 дещо інших груп симптомів вигорання:

- 1)втома, виснаження;
- 2)психосоматичні нездужання;
- 3)проблеми зі сном;
- 4)негативне ставлення до клієнтів та
- 5)до власної роботи;
- 6)збіднення репертуару трудових дій;
- 7)зловживання хімічними агентами (тютюном, кавою, алкоголем тощо);
- 8)відсутність апетиту або переїдання;

9) негативна Я-концепція;

10) агресивні емоційні стани (дратівливість, напруженість, тривожність, гнів тощо);

11) занепадницький настрій і пов'язані з ним цинізм, песимізм, апатія, депресія тощо;

12) почуття провини [92, 390-393].

На думку Х. Куунарпуу (H. Kuunarpuu, 1984) тільки три останні симптоми «руйнівні», всі інші – є їх наслідками [90].

Схожий за змістом перелік симптомів вигорання запропонували Г.С.Абрамова та Ю.А.Юдціц (1998): агресивні тенденції; безсоння; негативне ставлення до пацієнтів, клієнтів і власної діяльності; песимістична установка, депресія, відчуття абсурдності подій; психосоматичні проблеми; стереотипізація особистісної установки, стандартизація спілкування, діяльності, прийняття готових форм знання, звуження репертуару трудових дій, ригідність розумових операцій; тривожні стани; втома, виснаження після активної професійної діяльності; функціональне, негативне ставлення до себе [1].

К. Маслач виділяє три ключові ознаки «синдрому емоційного вигорання»:

1) індивідуальна межа, «ліміт» можливостей емоційного «Я» протистояти виснаженню, протидіяти емоційному вигоранню;

2) внутрішній психологічний досвід, що включає відчуття, мотиви, очікування та установки особистості;

3) негативний індивідуальний досвід: дискомфорт, проблеми, дистрес, дисфункції чи їхні негативні наслідки [94, 148].

К. Маслач стверджує, що на перших двох стадіях синдрому особистість може відновити свої сили, але, щоб повернутися до нормального життя, їй необхідно навчитися жити по-новому або змінити ситуацію. Людина, що повністю «вигоріла» вже не зміниться, на думку К. Маслач.

Отже, бачимо важливість пошуку нових альтернативних психологічних чинників, які б допомагали подолати емоційне вигорання педагогів.

К. Маслач і С.Джексон виділяють три ключові ознаки «синдрому емоційного вигорання»:

- граничне виснаження;
- відмежування від людей і роботи;
- відчуття неефективності своїх досягнень [94, 148].

У 1986 році К.Маслач і С.Джексон виділили наступні ознаки «синдрому емоційного вигорання» [93]:

Зміни в поведінці. Фахівець часто дивиться на годинник; не бажає виходити на роботу; часто спізнюється; втрачає творчі підходи до навчальної діяльності; працює старанно й довше, ніж зазвичай, однак досягнення стають меншими; усамітнюється й уникає розмови з колегами; збільшує вживання психоактивних речовин (включаючи кофеїн і нікотин); втрачає здатність розважатися і відновлювати своє здоров'я; інколи можливі навіть нещасні випадки.

Зміни в почуттях. Втрата почуття гумору або наявність «чорного» гумору; постійне почуття невдачі, провини й самокритики; часте відчуття гніву, образи; підвищена дратівливість, що проявляється на роботі й удома; відчуття, начебто до нього чіпляються; почуття збентеження й байдужості; безсилля; відсутність використання творчої діяльності.

Зміни в мисленні. У викладача існують думки про те, щоб залишити роботу; він не здатний до концентрації уваги; має ригідне мислення, не бажає змін; у нього відчувається посилення підозрілості й недовіри; існує цинічне, осудне й негуманне відношення до пацієнтів; проявляється менталітет «жертви»; спостерігається заклопотаність своїми потребами й особистим виживанням. **Зміни в стані здоров'я.** У такого фахівця наявний порушений сон; часті, незначні недуги; зменшена опірність до інфекційних захворювань; надмірна стомлюваність протягом усього дня; прискорення порушень психічного й соматичного здоров'я.

Л. Юр'єва розглядає синдром професійного вигорання як системний феномен, симптоми якого проявляються на чотирьох рівнях [81]:

1) емоційний рівень (втрата почуття гумору; роздратованість, почуття образи, сум; стійкий депресивний фон настрою; відчуття некомпетентності в сімейному житті, почуття провини; апатія, пасивність);

2) когнітивний рівень (труднощі в концентрації уваги; ригідність мислення; підозрілість до партнера; формальне та відчужене мислення; нав'язливі думки (зробити щось наперекір, помститися тощо));

3) поведінковий рівень (ухилення від професійної діяльності; зменшення (згортання) кількості контактів з колегами, клієнтами; прагнення якомога менше часу витратити на виконання робочих обов'язків, стереотипна негнучка поведінка; девіантні форми поведінки (надмірне вживання алкоголю, тютюну чи наркотиків тощо));

4) соматичний рівень (втома, млявість, порушення сну та інші соматичні порушення), коли вигорання супроводжується психологічним, емоційним, а інколи й фізичним відходом від активності у відповідь на надмірний стрес або незадоволеність.

Найбільш повною, класифікація симптомів професійного вигорання на рівні особистості є класифікація, здійснена Т. Грубі [29], яка виділила симптоми професійного вигорання на 5 рівнях: психофізіологічному, на рівні емоцій, на рівні поведінки, на рівні інтелекту, соціально-психологічному.

На думку Т. Грубі [29; 35], колективне професійне вигорання характеризується тим, що в переважній більшості співробітників наявний внутрішній фізичний або емоційний стан з однаковими симптомами та формами поведінки, при цьому помітно «стираються» індивідуальні відмінності між працівниками.

Відомий учений Л. Китаєв-Смик численні прояви вигорання зводить до трьох типів.

Перший тип – «притухання» емоцій, коли зникає гострота від чуттів і насолода переживань.

Другий тип – виникнення конфліктів із людьми. Спочатку вони приховані. У колі своїх колег «вигораючий» професіонал із зневагою, а то із глузуванням розповідає про деяких своїх пацієнтів. Надалі він починає виявляти ворожість

до них. Спочатку він стримує її, а потім йому важко вдається приховати своє роздратування, і, нарешті, відбувається вибух озлобленості. Її жертвою, як правило, стає ні в чому не винний пацієнт, який чекав від лікаря отримання знань щодо своєї хвороби.

Третій тип – найбільш соціально економічно небезпечний для суспільства. Світ для такої людини є байдужим, відчувається втрата уявлень щодо цінностей життя. Хоча велика кількість методів профілактики вигорання спрямовані на ліквідацію «стресу життя», вони не враховують, що поряд з вигоранням зустрічається і високий ентузіазм у роботі [27, 58]. (10)

Висновки до розділу 1

Отже, виходячи з теоретичного аналізу, становлення терміну «психологічне вигорання» пройшло декілька етапів. Перший етап – описовий до 1974 р, другий – науковий (1974 р – сер 80х років), третій – аналітично-експериментальний (сер. 80х років – 1992р), четвертий – сучасний (з 1992р). У 1974 році Х.Дж. Фрейнбергер вперше ввів це поняття, що означало психічний розлад пов'язаний певними особистісними характеристиками суб'єкта. У 1976 році Маслач розробила перші валідні та надійні психодіагностичні методики. Існує чимало суперечливих тлумачень вигорання, пов'язаних з вивченням його проявів у представників різних професійних, вікових, статевих, етнічних груп. На сьогодні професійне вигорання розглядається як - фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, що характеризується порушенням продуктивності в роботі та втому, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, а також вживанням алкоголю або інших психоактивних речовин з метою одержати тимчасове полегшення, що має тенденцію до розвитку фізіологічної залежності (у багатьох випадках) та суїцидальної поведінки. Результати розглянутих вище розробок стали вагомим підставою для визнання синдрому вигорання медичною та психологічною проблемою.

При використанні поняття професійне вигорання багато авторів підкреслюють роль професійної діяльності у виникненні даного феномену та його негативний вплив на показники працездатності особистості, задоволеності персоналу роботою та взаємостосунками в колективі.

Нині відомі кілька підходів до визначення синдрому «професійного вигорання». Відповідно до них існує декілька моделей емоційного вигорання, що описують цей феномен. Перша модель розглядає «професійне вигорання» як стан фізичного, психічного і передусім емоційного виснаження, викликаного довготривалим перебуванням в емоційно перевантажених ситуаціях спілкування. Друга модель розглядає «професійне вигорання» як двовимірну модель, що складається, по-перше, з емоційного виснаження та, по-друге, – з деперсоналізації, тобто погіршення ставлення до інших, а іноді й до себе. Третя модель розглядає «професійне вигорання» як трьохкомпонентну систему, котра складається з емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції власних особистісних прагнень. Чотирифакторна модель полягає в тому, що один із його компонентів (емоційне вигорання, деперсоналізація чи редукція особистих досягнень) поділяється на два окремих фактора.

Основні підходи до розуміння професійного вигорання. Перший підхід полягає в тому, що професійне вигорання розуміється як результат дії професійного стресу (впливу комплексу стресогенних чинників, довготривалого впливу професійних стресорів, некерованого професійного стресу та ін.). Другий підхід полягає в тому, що професійне вигорання розглядається як механізм психологічного захисту. Згідно третього підходу, професійне вигорання розглядається як вид професійної деформації особистості. Четвертий підхід аналізує професійне вигорання як професійну кризу. І п'ятий підхід розуміє професійне вигорання як клінічне порушення.

Фактори, що провокують професійне вигорання можна поділити на зовнішні та внутрішні. Серед різноманітних соціально-психологічних та особистісних чинників Н.Водопянова, А. Серебрякова, О. Старченкова вичлено-

вують три основні групи, що містять ризик синдрому «вигорання»: особистісні, ситуативні і професійні.

Розглядаючи процес формування професійного вигорання автори зазвичай виділяють три основні стадії синдрому «професійного вигорання». Перша стадія - на рівні виконання функцій, довільної поведінки. На другій стадії спостерігається зниження інтересу до роботи, потреби у спілкуванні. Третя стадія - власне особистісне вигорання.

Багато авторів виділяють величезний список симптомів пов'язаних з професійним вигоранням. Російський учений В. Бойко розробив власну класифікацію симптомів, що супроводжують різні компоненти «професійного вигорання». Перший компонент –«напруження» –характеризується відчуттям емоційної виснаженості, втоми, викликаной власною професійною діяльністю. Другий компонент –«резистенція» –характеризується надмірним емоційним виснаженням, що провокує виникнення та розвиток захисних реакцій, які роблять людину емоційно закритою, відстороненою, байдужою. Третій компонент –«виснаження»–характеризується психофізичною перевтомою людини, спустошеністю, нівелюванням власних професійних досягнень, порушенням професійних комунікацій, розвитком цинічного ставлення до тих, з ким доводиться спілкуватися з робочих питань, розвитком психосоматичних порушень.

Перелік симптомів вигорання: агресивні тенденції; безсоння; негативне ставлення до пацієнтів, клієнтів і власної діяльності; песимістична установка, депресія, відчуття абсурдності подій; психосоматичні проблеми; стереотипізація особистісної установки, стандартизація спілкування, діяльності, прийняття готових форм знання, звуження репертуару трудових дій, ригідність розумових операцій; тривожні стани; втома, виснаження після активної професійної діяльності; функціональне, негативне ставлення до себе. Всі прояви професійного вигорання можна розділити на психофізіологічні, соціально-психологічні та поведінкові.

К. Маслач стверджує, що на перших двох стадіях синдрому особистість може відновити свої сили, але, щоб повернутися до нормального життя, їй необхідно навчитися жити по-новому або змінити ситуацію.

РОЗДІЛ 2

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ЛІКАРІВ

1. Особливості професійної діяльності лікарів

Професійна діяльність лікаря, основні його принципи формувалися і удосконалювалися впродовж багатьох століть, на які впливали рівень культури, національні та релігійні традиції, політичний лад та класові й соціально-економічні відносини в державі.

Лікування для лікаря – це мистецтво, що потребує від нього розвинутої уяви, інтуїції, внутрішньої гармонії, що допомагає обрати оптимальний шлях, стратегію й тактику в лікуванні пацієнта. Оскільки праця лікаря – суспільне явище, тому лікар у ній займає відповідну соціальну позицію і виконує властиву їй роль. Роль лікаря – це детермінована поведінка, яку він виконує при реалізації професійних функцій.

Для лікарської діяльності характерні інтелектуальна складність, монотонність, ризик і відповідальність, моральні проблеми, міжособистісні конфлікти. Монотонність, моральні проблеми і конфлікти часто є причинами психосоматичних захворювань медичних працівників. [30]

Очевидно, що діяльнісний аспект забезпечується професійною компетентністю, а позитивний результат процесу лікування залежить від рівня компетентності та здатності лікаря до взаємодії з пацієнтом, співпереживання, вміння віднаходити необхідні для моральної підтримки слова і аргументи. Життя лікаря – це постійний університет, який ніколи не завершується. Будь-яка зупинка в накопиченні спеціальних знань, вдосконаленні своєї клінічної майстерності, пізнанні життя для лікаря означає професійну "смерть". Найбільший вітчизняний клініцист А.А. Остроумов (1844-1908) писав: "Вчитися все життя для користі суспільства – таке покликання лікаря".

На успішне виконання професійної діяльності фахівця впливають усі психічні процеси, психічні стани, а також ставлення до праці, до самої себе й інших людей [43].

В різних видах діяльності та ситуаціях людина проявляє різні психічні властивості. Тому для обґрунтування особистісно значущих якостей майбутнього лікаря слід з'ясувати сутність професійної діяльності лікаря. Теоретичний аналіз галузевого стандарту [74], а саме: ОКХ спеціаліста за спеціальністю 7.110101 “Лікувальна справа”, напрямок підготовки 1101 “Медицина” свідчить, що до основних видів медичної діяльності належать діагностична, практична (клінічна, лікувальна) і реабілітаційно-профілактична роботи. А лікар з вищою медичною освітою виконуватиме діагностичну, прогностичну, проєктивну, посередницьку, організаційну, дослідницьку, превентивну і виконавську функції. Медична практика майбутнього лікаря передбачає здійснення таких виробничих функцій: проєктивної, організаційної і виконавської.

Особливості кожної професії полягають у підході до вирішення практичних завдань у трудовій діяльності. Специфіка праці лікаря відображена в клінічному мисленні, яке спрямоване на вирішення конкретних завдань в медицині і забезпечує якість і результат професійної діяльності.

Клінічне мислення являє собою специфічну інтелектуальну діяльність, яка полягає в застосуванні медичних знань відповідно до особливостей, характерних для даного патологічного процесу в даній конкретній особистості. Клінічне мислення характеризується здатністю до прийняття адекватного в кожній окремій ситуації рішення з метою досягнення найбільш сприятливого результату. Лікар повинен вміти не тільки прийняти рішення, але і взяти на себе відповідальність за його прийняття [8].

Клінічне мислення виступає професійним інструментом, що має постійно вдосконалюватися при вивченні фундаментальних навчальних дисциплін, а також після закінчення вищого медичного навчального закладу у формі підвищення кваліфікації та самоосвіти.

Безсумнівно, що оволодіння професією лікаря залежить від рівня розвитку його клінічного мислення. Формування клінічного мислення визначається специфікою самої медичної діяльності, яку в узагальненому вигляді можна представити у вигляді таблиці (табл.2.1) [6]

Таблиця 2.1

Специфіка професійної діяльності лікаря

	Складові професійної діяльності лікаря		
	Діагностична	Лікувальна	Профілактична
Виробничі функції лікаря	Обстеження хворого. Встановлення диференційованого діагнозу на основі виділення ряду симптомів найбільш вірогідного патологічного процесу, визначення за вирішальними симптомами найбільш вірогідної етіології чи характеру нозологічної одиниці, визначення за вирішальними симптомами вірогідної фази захворювання, його ускладнень і завершень	Курація хворого. Визначення плану лікування. Надання невідкладної допомоги. Проведення лабораторноекспериментальних дослідження. Здійснення догляду	Персональне спілкування з пацієнтами. Санітарнопросвітницька робота в лікувальнопрофілактичних закладах усіх типів (поліклініці, амбулаторії, лікарні та ін.)

Професійна діяльність лікаря включає в себе такі операції та дії: складання плану обстеження хворого з урахуванням необхідного і достатнього обсягу отриманих даних і оптимальною послідовністю заходів обстеження; збір, аналіз і оцінка анамнестичних даних, вибір і здійснення адекватних методів обстеження; аналіз і оцінка даних клінічних, лабораторних та інструментальних методів дослідження. До складу лікувальної діяльності входять: надання першої медичної допомоги при невідкладних станах; визначення показників до екстреного хірургічного чи терапевтичного втручання; складання плану лікування; встановлення тактики лікування; визначення показань і протипоказань до різних методів лікування тощо. Профілактична робота передбачає таке: виявлення та усунення патогенних факторів середовища і людського організму, проведення превентивних і оздоровчих заходів, диспансеризацію тощо [25; 47]. Процес діяльності лікаря відбувається в умовах змінюваних вихідних даних (симптоми можуть з'являтися і зникати, поєднуватися у різних комбінаціях), дефіциту часу і місця перебування. При цьому лікар повинен змоделювати цілісну картину захворювання, встановити і проаналізувати причини, умови і механізми його виникнення, розвитку і лікування [8-133]

Окремі особистісні якості лікаря впливають на розвиток клінічного мислення та професійну діяльність (табл.2.2).

Таблиця 2.2

Взаємозв'язок основних складових психологічного портрета лікаря

Властивості	Показники	Тип мислення	Функції особистості
Особистісно значущі якості	Спрямованість, емоційність, гуманізм, здібності, самоконтроль,	Загальне мислення	Уміння застосувати знання, вміння та навички для розв'язання

Продовження табл.2.2

Властивості	Показники	Тип мислення	Функції особистості
	комунікативність		репродуктивних завдань
Професійно важливі якості	Інтелект, майстерність, здатність досліджувати	Предметне (критичне) мислення	Уміння застосувати знання, вміння і навички для розв'язання продуктивних клінічних завдань та ситуацій
Професійна компетентність	Цілеспрямованість, рефлексивність, оригінальність, комунікативність, Досвід	Клінічне мислення	Уміння застосувати знання, вміння і навички для розв'язання нетипових, проблемних клінічних ситуацій

Згідно професіограммі лікар хірург займається різноманітними видами операцій та асистує під час них. Слідкує за післяопераційним відновленням, займається діагностикою, лікує захворювання опорно-рухового апарату, допомагає при вивихах і переломах. Лікар веде документацію хворого, дивиться, щоб не було ускладнень після операцій.

По допомогу до хірургів звертаються, коли необхідно видалити апендицит, пухлину чи вроджену аномалію, зробити кесарів розтин або трансплантувати органи. Кожен хірург повинен вміти зупинити кровотечу і зробити перер'язку, а за необхідності — надати екстрену допомогу.

Вміння та навички хірурга залежать від його спеціалізації. Але є дещо спільне, що має вміти кожний спеціаліст.

Хірург повинен мати ґрунтовну теоретичну базу про будову організму людини.

Знати методи та техніки лікування захворювань.

Вміти розшифровувати дані аналізів, УЗД та інших методів діагностики.

Проводити медичні маніпуляції.

Вміти користуватися хірургічною апаратурою і професійними комп'ютерними програмами

Переваги та недоліки в роботі хірурга

Переваги:

Почесна, шанована професія, адже хірурги роблять дуже важливу справу — рятують людські життя.

Після закінчення університету практично гарантоване працевлаштування.

Зарплата збільшується пропорційно досвіду, достойна оплата праці під час практики в приватних клініках.

Недоліки

Довготривале навчання.

Великий стрес на роботі через високий рівень відповідальності.

Ненормований графік, багатогодинні операції, де хірург без перерви стоїть на ногах, і важка розумова праця виснажують організм, можуть розвиватись професійні захворювання.

Ризик зараження небезпечними інфекціями через щоденний контакт з біологічними виділеннями людини.

Згідно посадовій інструкції лікар терапевт

Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, організацію терапевтичної допомоги.

Застосовує сучасні методи профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та диспансеризації хворих терапевтичного профілю.

Надає швидку та невідкладну медичну допомогу.

Здійснює нагляд за побічними реакціями/діями лікарських засобів.

Проводить консультації за направленнями лікарів інших спеціальностей.

Бере участь в проведенні протиепідемічних заходів в разі виникнення осередку інфекції.

Дотримується принципів медичної деонтології.

Планує роботу і проводить аналіз її результатів.

Керує роботою середнього медичного персоналу.

Веде лікарську документацію.

Бере активну участь в поширенні медичних знань серед населення.

Постійно удосконалює свій професійний рівень.

Знає, розуміє і застосовує діючі нормативні документи, що стосуються його діяльності.

Знає і виконує вимоги нормативних актів про охорону праці та навколишнього середовища, дотримується норм, методів і прийомів безпечного виконання робіт.

Так, для виконання діагностичної функції лікар має володіти особистісно значущою якістю – здатністю до встановлення контакту з пацієнтом, емоційною холодністю та раціоналізмом у діяльності. Особистісно значущими якостями для забезпечення лікувальної функції є інтуїція, емпатійність, комунікативність; високий рівень дослідницьких умінь; відповідальність, емоційна привабливість, інтелект тощо. Виконати професійно профілактичну функцію лікарю допоможуть такі якості як обачливість, здатність викликати довіру, здатність до рекламування тощо

Цікавою для нас є дисертація М. Мусохранової [48], яка акцентувала увагу на мовленнєвій компетентності лікаря (важливій професійній якості), що регулює професійне мовлення лікаря й визначає її спрямованість, адекватність послугування мовленнєвими засобами та індивідуальну своєрідність. Комунікація лікаря здійснюється на трьох рівнях: мовному, паралінгвістичному та невербальному (екстралінгвальному). Мовний рівень – це, наприклад, збір

анамнезу, повідомлення про стан здоров'я та ефективність лікування, рекомендації, указівки тощо. На паралінгвістичному рівні відбувається обмін інформацією шляхом міміки, жестів тощо. Невербальний рівень забезпечує лікаря необхідною психофізичною інформацією (вимірювання температури, пальпація, огляд, вивчення результатів аналізів, читання медичної карти, застосування медичних інструментів тощо). Усі рівні комунікації взаємодіють між собою в процесі спілкування лікаря з хворими та медичним персоналом.

У процесі професійної комунікативної діяльності лікар виконує лікувальну, діагностичну, психологічну, посередницьку та інші функції, а також розв'язує блок професійних завдань: установлення контакту з пацієнтом; прийом-передачу інформації; прийом-передачу емоційного стану; вплив на поведінку та хід думок пацієнта. За допомогою спеціально організованого професійного спілкування в пацієнта актуалізуються додаткові психологічні сили та здібності, які можуть сприяти швидкому одужанню. При цьому лікар виконує різні ролі: лікар-дослідник, лікар-психотерапевт, лікар-співрозмовник, лікар-колега, лікар-порадник [32]

2.2. Психологічний портрет лікаря

Як зазначає О. Пиріг, сьогодні немає іншої професії, яка б вимагала такого інтимно-проникливого контакту, такої духовної й душевної близькості фахівця з людиною, як професія лікаря, яка передбачає прямий контакт з людиною як особистістю, коли наслідком такого контакту є не реалізація формальної послуги, а духовно-емоційний та пізнавальний зв'язок. Вона не лише потребує високого рівня професійних знань, а й вимагає ще чогось, того, що в деяких випадках навіть перевищує значення професійної підготовки. Це здатність співчувати, глибоке бажання допомогти й полегшити страждання, уміння в кожному пацієнті розпізнати індивідуальність – його емоційний склад, характер, звички, які нерідко не усвідомлює навіть сам хворий [62, 7].

У трудової діяльності відбувається поєднання різноманітних професійно важливих якостей. За Є. Клімовим до них віднесені [40]:

- доброзичливість, такт;
- товарицькість;
- емоційна стійкість;
- самовладання, витримка;
- чуйність, співпереживання (емпатія);
- самостійність;
- домінантність;
- організаторські здібності;
- соціальний інтелект;
- чистота, чіткість, виразність мови;
- експресія особи і поведінки;
- наполегливість.

Термін “професійно важливі якості” в науковій літературі авторами трактується по-різному. З різних позицій професійно важливі якості особистості досліджували М. Вачевський, Е. Зеєр, О. Мудрик, С. Рубінштейн, Ф. Русинов, В. Сластьонін, Н. Тализіна, В. Шадриков, І. Якиманська й ін. На думку М. Громкової, “професійно важливі якості (ПВЯ) – це сукупність таких якостей фахівця, які служать успішному виконанню професійної діяльності, ефективному розв’язанню професійних задач, особистісно-професійному зростанню та вдосконаленню” [28, 8]. В. Шадриков під професійно важливими якостями розуміє “індивідуальні якості суб’єкта діяльності, що впливають на ефективність діяльності та успішність її опанування” [80, 66]. О. Гура доповнює це визначення професійно важливих якостей таким чином: ПВЯ “...є стійкими, суттєвими, рівноцінними та можуть бути оцінені”. У свою чергу, О. Смірнова вважає, що “професійно значущі якості – індивідуальні особливості людини, які виступають умовою успішного опанування професією та професійною діяльністю”. Більш широкого розуміння надає професійно важливим якостям В. Толочек, зазначаючи, що до них традиційно відносять широкий

спектр різних якостей – від природних задатків до професійних знань, одержуваних у процесі професійного навчання і самопідготовки: зокрема, особистісні особливості (мотивація, спрямованість, значеннєва сфера, характер), психофізіологічні особливості (темперамент, особливості ВНД), особливості психічних процесів (пам'ять, увага, мислення, уява), а стосовно певних видів діяльності – навіть анатомоморфологічні характеристики людини [74, 238].

На основі вивчення вимог до професії лікаря та уточнення професійно важливих якостей лікарів сформовано модель психологічної готовності лікаря до професійної діяльності. Виділено такі компоненти: професійноінтелектуальний, комунікативний, вольовий, моральний, нервово-психічний (табл.2.3).

Таблиця 2.3

Структурна модель психологічної готовності до професійної діяльності лікаря

Компоненти готовності	Критерії сформованості
Професійно-інтелектуальний	Високий рівень інтелекту, адекватна самооцінка, легкість оволодіння новими знаннями, професіоналізм, відкритість до нових ідей
Комунікативний	Вміння слухати, вміння вербалізувати власні думки, вміння налагоджувати контакт, організаційні вміння
Вольовий	Стійкість, здатність до саморегуляції, вміння керувати емоційною експресією та емоційними станами, активність, відповідальність

Продовження табл.2.3

Компоненти готовності	Критерії сформованості
Моральний	Значущість цінності людського життя та рівності, здатність до емпатії
Нервовопсихічний	Гнучкість нервових процесів, швидкість процесів збудження та гальмування, здатність до концентрації та перемикання уваги, спрямованість на саморозвиток, розвинена адаптивність, прагнення до навчання, гнучкість

Під особистісно значущими якостями (ОЗЯ) розумітимемо ті пізнавальні, емоційно-вольові та індивідуально-психологічні властивості людини (спільно з різними структурно-функціональними компонентами психіки), які визначають її індивідуальність, стиль діяльності, поведінку у тій або тій ситуації. Так, для виконання діагностичної функції лікар має володіти особистісно значущою якістю – здатністю до встановлення контакту з пацієнтом, емоційною холодністю та раціоналізмом у діяльності. Особистісно значущими якостями для забезпечення лікувальної функції є інтуїція, емпатійність, комунікативність; високий рівень дослідницьких умінь; відповідальність, емоційна привабливість, інтелект тощо. Виконати професійно профілактичну функцію лікарю допоможуть такі якості як обачливість, здатність викликати довіру, здатність до рекламування тощо. Реалізуючи професійні функції, людина завжди реалізує себе як особистість, формує власну систему цінностей. (табл.2.4) [77]

Таблиця 2.4

Класифікація особистісно значущих якостей майбутнього лікаря

	Група	Якість	Параметри
1.	Гуманістичні	Гуманність	Розуміння людини як найвищої цінності на землі

Продовження табл. 2.4

	Група	Якість	Параметри
		Альтруїзм	Прагнення робити добро людині незалежно від її соціального статусу та матеріального забезпечення
		Гідність безпека ідентичність належність цілеспрямованість	Дбайливе ставлення до людей, а також до навколишнього середовища як фактора безпеки життя; відповідальність за прийняття рішень; реальна оцінка самого себе і свого «Я»; цілеспрямованість; визначення смислу життя; вміння приймати виклик долі
2.	Психологічні	Процеси	Вміння запам'ятовувати події, здійснювати диференційований аналіз, виокремлювати головне, нестандартно мислити, спостерігати за явищами і процесами, бути спостережливим, уміти вчитися
		Стани	Здатність гамувати тривожність, бути стресостійким, регулювати втомлюваність, не допускати апатії
		Емоції	Вміння співпереживати, розуміти емоційний стан пацієнта; керувати своїми емоціями; наявність навичок встановлення адекватних

Продовження табл. 2.4

	Група	Якість	Параметри
			і емоційно сприйнятливих стосунків з хворими
		Воля	Вміння свідомо регулювати дії і вчинки, спрямовані на досягнення поставлених цілей і подолання труднощів; уміння аналізувати свою поведінку і поведінку оточуючих; контролювати професійні ситуації, брати відповідальність за їх вирішення; чесність
		Характер	Поміркованість, принциповість, рішучість, мужність, скромність, доброзичливість
		Здібності	Загальні і спеціальні
3.	Психоаналітичні	Самоконтроль самооцінка самокритичність	Здійснення усвідомлених вольових зусиль, спрямованих на підтримку належного психічного тону, збереження енергійності, працездатності і водночас на стримування власних емоцій
		Контактність	Вміння швидко встановлювати контакт; доступність контактів
		Комунікативність	Уміння тактовно спілкуватися; ввічливо і з розумінням ставити запитання; довіряти словам хворого

Продовження табл. 2.4

	Група	Якість	Параметри
		Перцептивність	Вміння сприймати людину не за її зовнішнім виглядом, а як людину, яка потребує допомоги
		Красномовство	Уміння переконувати, навіювати
		Візуальність	Здатність бути елегантним, зовнішньо привабливим, усміхненим, привітним; уміти координувати своє тіло з виразом обличчя
		Пантоміміка	При спілкуванні дотримуватися відкритих поз і жестів; контролювати рухи
		Організаційні	Вміння планувати свою роботу; прогнозувати діяльність; раціонально використовувати час
		Дослідницькі	Уміння здійснювати пошук необхідної інформації; аналізувати стан хворого на консилиумах, конференціях; тезово висловлювати свою думку; писати статті

Параметри професійно важливих якостей:

- високий рівень навичок учіння;
- увага, емоційний стан та спостережливість для збору анамнезу життя і хвороби, скарг хворого;
- професійна мова і мовлення, щоб досягти найбільшої довіри, прихильності до себе, встановити психологічний контакт;

- уміння визначати морально-психологічний стан хворого;
- лідерські позиції при спілкуванні з пацієнтом;
- належне самовладання, аби емоції, співчуття не проявлялися у міміці, жестах і поведінці;
- уміння спілкуватися: правильно ставити запитання; визначати можливі бар'єри, темп мовлення, аби уникнути повторних запитань; активно вислуховувати хворого; розпізнавати стан хворого за його позою, поставою, емоціями;
- здатність нагромаджувати інформацію, уміння її аналізувати, узагальнювати, систематизувати і класифікувати, робити висновок;
- уміння проектувати процес лікування;
- уміння прогнозувати кінцевий результат лікарського втручання;
- уміння спрямовувати зусилля хворого на реабілітацію і профілактику повторного процесу.

Означені параметри професійно важливих якостей будуть підґрунтям розвитку клінічного мислення, клінічної спостережливості; набуттю професійної компетентності та компетенції. [77]

Взаємозв'язок між особистісно значущими якостями і професійно важливими якостями в особистісній структурі лікаря, а також опис якості, які заважатимуть у майбутньому ефективно виконувати професійну діяльність відображено в таблиці (табл. 2.5.).

Таблиця 2.5

Взаємозв'язок особистісно значущих та професійно важливих якостей

Особистісно значущі якості	Професійно важливі якості	Якості, які заважають професійній діяльності
Відповідальність, Емпатійність	Концентрація і стійкість уваги	Психічна й емоційна неврівноваженість

Продовження табл..2.5

Особистісно значущі якості	Професійно важливі якості	Якості, які заважають професійній діяльності
Чесність, Принциповість Порядність	Правильна орієнтація в соціальній ситуації, безкорисливість, альтруїзм	Пасивність, невтручання у перебіг подій
Терпимість, безоцінне ставлення до людей	Переключення і розподіл уваги, а також здатність утримувати в центрі уваги одночасно кілька предметів чи робити одночасно кілька дій	Агресивність
Інтерес і повага до іншої людини	Високий розвиток образної і словесно-логічної пам'яті	Замкнутість
Прагнення до самопізнання, саморозвитку	Високий рівень розвитку критичного мислення	Нерішучість
Оригінальність, творчість, різнобічність	Розвиток логічного мислення	Відсутність схильності до роботи з людьми
Допитливість і навченість	Достатній розвиток мнемонічних здібностей (довгострокова і короткочасна пам'ять)	Невміння зрозуміти позицію іншої людини

Продовження табл..2.5

Особистісно значущі якості	Професійно важливі якості	Якості, які заважають професійній діяльності
Тактовність, вихованість	Комунікативні здібності (взаємодія з людьми, вміння встановлювати контакти)	Ригідність мислення (нездатність змінювати способи розв'язання задач відповідно до умов середовища, що змінюються)
Схильність до співпереживання	Уміння слухати	Низький інтелектуальний рівень розвитку
Ініціативність	Вербальні здібності (уміння говорити чітко, ясно, виразно)	Слабка воля
Цілеспрямованість, наполегливість	Ораторські здібності (грамотне вираження думки)	Нерішучість
Інтуїція, вміння прогнозувати події	Здатність до самоконтролю	Відсутність рефлексії
Уміння зберігати таємницю	Деонтологічні вміння	Безвідповідальність

Важливим аспектом у структурі діяльності лікаря є розвиток емоційно-вольової сфери – зокрема, емоційної гнучкості, самоконтролю та саморегуляції. Емоційна стабільність допомагає лікареві у взаєминах з хворими – зокрема, уникати психологічних зривів, конфліктів. Бо інтенсивні емоційні реакції не тільки руйнують довіру хворого, лякають і насторожують його, а й астеноізують,

стомлюють. Навпаки, душевна рівновага лікаря, його спокійна доброзичливість, емоційна стабільність викликають у пацієнта відчуття надійності [65].

2.3. Вплив професії на особистісну деформацію лікарів

Кожна професія може сприяти розвитку людини, удосконалювати її особистісні якості на користь суспільства та деформувати душевні якості людини.

Сьогодні проблема професійного здоров'я й особистісного благополуччя лікарів привертає дедалі більше уваги і вітчизняних, і зарубіжних дослідників. Передусім це пов'язано з високою ціною лікарської помилки, імовірність якої збільшується в ситуаціях переживання станів високої психоемоційної напруги та стресів.

Уперше на проблему професійного стресу працівників у сфері медицини звернули увагу американські спеціалісти, які помітили, що, незважаючи на спеціальну підготовку і підбір персоналу, керівництво медичних установ нерідко стикалося з фактами незадовільної роботи співробітників, передусім із скаргами хворих на їх неувагу, байдужість і навіть грубість. Проведені дослідження привели до виявлення своєрідного професійного стресу – «стресу спілкування», який у поєднанні з іншими професійними стресами, призводить до виникнення так званого феномена «емоційного вигорання»

Серед тих, хто обрав фах лікаря, дуже часто звучить мотив допомоги людям, бажання дарувати тепло своєї душі, віддатися справі всім своїм єством – їх особистість стає одним з основних інструментів в обраній професії. Допомагаючи, такі люди відчують свою необхідність іншим [42, 286-287]. Але крім цього, професія медичного працівника передбачає і велику відповідальність, частий контакт з чужим душевним та фізичним болем, що супроводжується психоемоційним навантаженням, яке, в свою чергу, може призвести до синдрому професійного вигорання. Як відомо, лікар є представником стресонебезпечної професії. Професійний стрес – багатовимірний феномен, який виражається

у фізіологічних і психічних реакціях на складну робочу ситуацію. [41] Ознаками стресового стану може бути емоційна збудливість, відсутність можливості зосередитись, погіршення пам'яті, відчуття втоми тощо. [52] Сама професійна діяльність медичних працівників припускає емоційну насиченість і досить високий відсоток факторів, що викликають стрес. Прояви стресу у роботі медичного працівника різні і специфічні. Серед найбільш поширених можна вирізнити такі як: фрустрованість, підвищена тривожність, дратівливість, виснаженість. [41]

Можна виділити основні фактори, що відіграють значну роль в емоційному вигоранні (зокрема, лікаря): соціальний та особистісний фактор (місця роботи). [41]

1. Особливості зовнішніх обставин (Г. Нікіфоров, Б. Ясько). До цього чинника слід віднести соціальний стресор, який обумовлений соціальною, юридичною відповідальністю, великим об'ємом роботи та інформації. А також відсутністю матеріального забезпечення та підтримки соціального середовища. Ці чинники ми умовно назвали фізичними та соціальними. Відсутність одного або декілька з яких у професійній діяльності лікаря може слугувати основою для виникнення стресу.

2. Індивідуально-психологічні особливості особистості (Г. Гайдукевич, В. Євдокимов, М. Сандомірський). До другого чинника виникнення стресу віднесені психологічні характеристики лікаря, а саме: самооцінка, схильність до ризику, емоційна чутливість до ситуації, рішучість та доцільність дій, впевненість в оперативних діях, ерудованість, що впливають на спосіб реагування на стресогенну ситуацію та інші. [52]

На основі цих психологічних характеристик виникає суб'єктивна оцінка ситуації, тобто власне бачення лікарем певних обставин, які виникають у професійній діяльності та шляхи їх вирішення (Л. Китаєв-Смик, Т. Кокс, Р. Лазарус). До суб'єктивної оцінки ситуації фахівцем, слід віднести особистісні ресурси лікарів (швидкість вирішення непередбачуваної ситуації та досвід при ана-

логічних обставинах), оскільки за відсутності однієї з умов існує вірогідність виникнення стресу. [52]

Слід зазначити, що стресогенна ситуація має інтенсивний вплив чинника навколишнього середовища на організм людини, провокує включення адаптаційних механізмів та змушує мобілізувати організм з метою психологічного та біологічного комфорту (Ф. Василюк, Л.Анциферова)[18].

Залежно від ресурсів особистості та її адаптаційних механізмів, слід розрізнити такі види стресогенних ситуацій:

1) короткотривалі – ті ситуації, які актуалізують відомі лікарям-хірургам програми реагування певним чином на непередбачувану ситуацію;

2) довготривалі – ті ситуації, які вимагають від лікарів-хірургів адаптаційного налаштування функціональних систем та іноді несприятливо впливають на стан здоров'я фахівця (Л. Китаєв-Смик) [38].

В. Бодров припускає, що короткотривала стресогенна ситуація вимагає витрати стрімких мобілізаційних резервів, у той час як довготривала характеризується поступовою мобілізацією та витратою глибинних й адаптаційних резервів організму особистості [8]. Ознаками стресогенної ситуації є інтенсивність, значимість, тривалість та частота стресору.[52]

До речі, дослідження, проведені в різних регіонах світу, дозволяють стверджувати, що синдром вигорання починає формуватися вже у студентів-медиків старших курсів [41]

Важливе значення щодо способу реагування на стресогенну ситуацію лікарем мають його ресурси. До ресурсів належать:

1) матеріально-організаційні: наявність медичного забезпечення, конструктивне/деструктивне навантаження, нормативність робочого дня;

2) соціальні: особливості взаємин з колегами, конкуренція, суперечки, симпатії або антипатії стосовно колег.

3) особистісні: самооцінка, схильність до ризику, емоційна чутливість, рішучість та доцільність дій, впевненість в діях та ерудованість лікарів, досвід

Слід зазначити, що міжособистісне спілкування – є важливим компонентом життєдіяльності кожної людини, зокрема саме тих фахівців, які перебувають у постійних комунікативних зв'язках з колегами або пацієнтами. Дослідження свідчать (В. Бодров, В. Китаєв-Смик, М. Новіков та ін.), що в умовах стресового напруження має місце доцільність налагоджених комунікативних зв'язків та підтримка лікаря близьким оточенням. [52]

Емоційне вигорання, зокрема його перша фаза, пов'язано із здатністю особистості до співпереживання. Лікарі, в яких розвинена емпатійність, глибоко переживають психотравмуючі обставини, що зумовлює високий рівень емоційного напруження. Фаза напруження, яка проявляється в легкій формі через турботу про себе, характеризується забуванням певних робочих обов'язків і залежить від характеру діяльності, сили нервовопсихологічних навантажень і особистісних характеристик спеціаліста. Особі з альтруїстичним типом ставлення до інших характерна гіпервідповідальність; вона завжди приносить в жертву свої інтереси, прагне допомагати та співчувати усім, нав'язує свою допомогу достатньо активно. Виявлені кореляційні зв'язки засвідчили, що в основі альтруїстичності лежать очікування позитивного ставлення від інших, самозвинувачення та емоційний канал емпатії. Редукція професійних досягнень провокує виникнення у лікарів почуття некомпетентності у своїй професійній сфері, усвідомлення неуспішності в ній, вміння зрозуміти іншу людину на основі співпереживання. Обернений кореляційний зв'язок спостерігається між самовпевненістю та фазою напруження. Самовпевненим лікарям менш властива схильність до емоційного вигорання. Адже впевнена у собі людина вміє краще протидіяти симптомам емоційного виснаження. [5]

Прояви стресу у роботі медичного працівника різні і специфічні, та залежать. Серед найбільш поширених можна вирізнити такі як: фрустрованість, підвищена тривожність, дратівливість, виснаженість. [42] Серед тілесних проявів слід виділити такі: зміна частоти серцебиття, прискорення ритму дихання, розширення зіниць, підвищення або зниження активності залоз внутрішньої секреції.

Виделимо, компоненти професійної деформації лікарів:

1) Афективний компонент охоплює ряд психологічних характеристик. Зокрема, емоційна виснаженість і деперсоналізація лікарів, що зумовлюють їх цинічне ставлення до роботи. Редукція професійних досягнень викликає у лікарів почуття некомпетентності у своїй професійній сфері, усвідомлення неуспішності в ній. Тривожність як суб'єктивний вияв неблагополуччя особистості лікаря провокує появу низького порогу переживання тривоги, жорстокість. Знижена емпатійність, депресивний стан, підвищена дратівливість характеризуються вибухами невмотивованого гніву чи відмовою від спілкування. З'являється почуття провини, емоційно-моральна дезорієнтація, розширення сфери економії емоцій. Гіпервідповідальність підсилює появу відчуття, що щось не вийде чи з чимось не вдалось упоратись.

2) Фізіологічний: безсоння; відсутність апетиту або переїдання; відсутність реакції цікавості і страху; зниження чутливості на зміни зовнішнього середовища, що провокує появу загальмованості нервових процесів. З'являються безпричинні головні болі, задишка або порушення дихання при фізичному чи емоційному навантаженні. Загальна астенизація провокує появу слабості в усьому тілі, зниження активності й енергії, погіршення біохімії крові і гормональних показників. Відбувається помітне зниження зовнішньої і внутрішньої сенсорної чутливості: погіршення зору, слуху, нюху і дотику, втрата внутрішніх, тілесних відчуттів.

3) Поведінковий компонент: виявляються у зловживанні алкоголем, різкому зростанні викурених за день цигарок, вживанні наркотиків. Змінюється манера та способи спілкування. Можливий високий рівень конформізму (зміна у поведінці чи переконаннях в результаті реального чи уявного тиску групи); гіпер – гіпоконтроль над своєю поведінкою. З'являється відстороненість («моя хата з краю – нічого не знаю»), агресивна поведінка, авторитарність, власність. Віддається пріоритет насамперед особистим цілям.

4) Професійно-мотиваційний компонент: охоплює порушення в механізмах визначення цілей; панування мотиву влади над пацієнтами або слабшими

людьми; професійний дисонанс (напруга, яка викликана усвідомленістю несумісності будь-яких двох знань); з'являється стереотипність сприйняття поставлених завдань; професійний авторитет або прагнення до відповідного сприйняття; загальна негативна установка на життєві та професійні перспективи; професійна захопленість виконаною роботою; потреба самоствердження в неадекватний спосіб. Відносна депривація лікарів проковує появу сприйняття власної позиції як гіршої в порівнянні із становищем інших, егоїзм (як професійний, так і особистісний). Характерною стає поява соціальної фасилітації (тенденція, що спонукає краще працювати в присутності інших). Відбуваються зміни у рівні домагань та самооцінці порівняно з первинними; криза соціальних, ідейних і моральних ідеалів [14].

Професійна деформація, зазначає Е.М. Іванова, може мати епізодичний або стійкий, поверхневий або глобальний, позитивний або негативний характер; виявляється у професійному жаргоні, в манерах поведінки, навіть у зовнішньому вигляді. Крайня форма професійної деформації знаходить вираз у формальному, виключно функціональному ставленні до людей [96, с. 32]. Зміну свого ставлення до професійної діяльності, від позитивного до негативного, можна прослідкувати на прикладі поведінки «вигорілого» лікаря, який починає сприймати пацієнта виключно через медичний випадок, як носія хвороби, крім того з'являється певний професійний жаргон: «інфаркт – із п'ятої палати», «подивіться, яка цікава шизофренія», «дуже своєрідний випадок – такого суїциду в нас ще не було» тощо. Відбувається знеособлювання стосунків між учасниками лікувальної взаємодії, що звісно придушує прояв гуманних форм поведінки між людьми та створює загрозу для особистісного розвитку представника медичної сфери. [42]

Останнім часом пацієнти часто вказують на порушення медичними працівниками етико-деонтологічних та психологічних принципів при наданні допомоги хворим, а також відсутність елементарних навичок встановлення психологічного контакту, не говорячи вже про медичну таємницю. І тут негативний вплив на пацієнтів справляють байдужість, невитриманість і навіть

грубість, небажання вислухати, а підчас і зовнішній вигляд медичного персоналу [72]. Все це є тривожними симптомами професійного вигорання, в основі якого – емоційне, розумове та фізичне виснаження, що виявляється у пригніченості, втомі, спустошеності, відсутності зацікавлення життям, недостатності енергії, байдужому погляді та негативному ставленні до роботи, в різноманітних психосоматичних симптомах. В якості засобів, що дозволяють зняти емоційне напруження, часто використовують алкоголь та наркотики, що негативно впливає не лише на професійну діяльність, а й на стосунки з партнерами по роботі, з родиною. [42]

Одна з характеристик професіоналізму сучасного лікаря – це духовно-моральна складова медичної діяльності. Низький рівень духовно-моральної культури, пишуть Н. Кудрявая, Є. Уколова, А. Молчанов та ін, неминуче призводить до деетізації професійної свідомості та діяльності лікаря. При цьому деформується не тільки його клінічне мислення, але і моральні підвалини, що виражається в трьох планах: в соціальних установах лікаря по відношенню до пацієнта; в моделях відносин лікар – пацієнт; в медико-деонтологічних казусах. При деформації моральних установок лікарю стає важче виконувати свої моральні зобов'язання по відношенню до колег, пацієнтів та їх родичів. Особливістю медичного професіоналізму є те, що його вдосконалення стимулюється моральними мотивами – милосердям, альтруїзмом, турботою про людину, прагненням врятувати і зберегти життя та здоров'я. Для фахівців, професійна діяльність яких безпосередньо впливає на людину, особистісні характеристики є не менш важливими для успішної діяльності, ніж теоретичні знання та практичні вміння, поділ особистісних та професійних якостей можливий лише умовно. [36, 72]

Висновки до розділу 2

Було проаналізовано особливості професійної діяльності лікарів. Медична практика майбутнього лікаря передбачає здійснення таких виробничих фун-

кцій: проєктивної, організаційної і виконавської. Було проведено вивчення вимог до професії, розглянуто професіограми, необхідні професійно значущі якості. На основі цього сформовано модель психологічної готовності лікаря до професійної діяльності. Виділено такі компоненти: професійноінтелектуальний, комунікативний, волевий, моральний, нервово-психічний. Професія медичного працівника передбачає і велику відповідальність, частий контакт з чужим душевним та фізичним болем, що супроводжується психоемоційним навантаженням, яке, в свою чергу, може призвести до синдрому професійного вигорання. Специфіка праці лікаря відображена в клінічному мисленні, яке спрямоване на вирішення конкретних завдань в медицині і забезпечує якість і результат професійної діяльності. На успішне виконання професійної діяльності фахівця впливають усі психічні процеси, психічні стани, а також ставлення до праці, до самої себе й інших людей. Реалізуючи професійні функції, людина завжди реалізує себе як особистість, формує власну систему цінностей.

Виділено, компоненти професійної деформації лікарів: афективний компонент, фізіологічний, поведінковий, професійно-мотиваційний компонент. А також фактори розвитку та ресурси для її подолання

РОЗДІЛ 3

ДОСЛІДЖЕННЯ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ЛІКАРІВ ХІРУРГІЧНОГО ТА ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ

3.1 Етапи, процедура та методики дослідження

Своєчасне виявлення схильності до синдрому «професійного вигорання» дозволяє вчасно скорегувати роботу фахівця та здійснити комплекс дій щодо подальшого розвитку, а дослідження причин та особливостей виникнення синдрому «професійного вигорання» є важливим для попередження його негативних наслідків.

Для діагностики рівня й особливостей виразності показників «професійного вигорання» та особистісних характеристик лікарів застосовано опитувальний метод, враховуючи той факт, що за його допомогою можна за невеликий проміжок часу зібрати значний обсяг психологічної інформації, яка має високу діагностичну надійність.

У даному дослідженні для одержання емпіричної інформації застосовувалась методика «Психологічне вигорання» (розроблена Н.Є.Водоп'яною, О.С.Старченковою на основі моделі К. Маслач та С. Джексон), призначена для вимірювання ступеня "емоційного вигорання" в професіях типу "людина-людина".(додаток А) Данна методика була обрана по декільком причинам: вона достаньо коротка для того щоб зайняті лікарі могли відповісти на питання, але при цьому інформативна - дозволяє насамперед виявити рівень розвитку синдрому та його окремих складових.

Теоретичною основою методики є тривимірна модель синдрому «психічного вигорання», складовими якої є такі конструкти: емоційне виснаження, деперсоналізація, редукція особистісних досягнень.

Емоційне виснаження розглядається як основна складова «професійного вигорання» та характеризується заниженим емоційним фоном, байдужістю або емоційним перенасиченням.

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

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

Процедура дослідження. Дослідження за допомогою тесту опитувальника провидилось в індивідуальному віріанті. Кожному учаснику дослідження видавався тест-опитувальник «Психологічне вигорання» (розроблений Н.Є.Водоп'яною, О.С.Старченковою на основі моделі К. Маслач та С. Джексон), який він проходив в необмежений час.

Інструкція. Вам пропонується 22 твердження про почуття та переживання, пов'язані з роботою. Будь ласка, прочитайте уважно кожне твердження і вирішіть, чи відчуваєте Ви себе таким чином відносно Вашої роботи. Якщо у Вас не було такого почуття, у бланку відповідей позначте позицію 0 – «ніколи». Якщо у Вас було таке почуття, вкажіть, як часто Ви його відчували. Для цього навпроти питання поставте бал, що відповідає частоті переживань того чи іншого почуття.

Не намагайтеся своїми відповідями створити приємне враження. Свою думку висловлюйте вільно і відверто. Краще давати ту відповідь, яка першою спаде на думку. Кожне наступне твердження читайте після того, як дасте відповідь на попередні. Якщо у Вас виникнуть які-небудь запитання, пов'язані із заповненням бланка, задайте їх експериментаторові перед тим, як почнете роботу над тестом-опитувальником».

Були опитані лікарі КНП «ЗОКЛ» ЗОР хірургічного та терапевтичного профілю, протягом серпня 2020 року. Лікарі були проінформовані про анонімність дослідження.

3.2 Аналіз та інтерпретація результатів професійного вигорання лікарів хірургічного та терапевтичного профілю

Результати дослідження за методикою «Психологічне вигорання» (розроблена Н.Є.Водоп'яною, О.С.Старченковою на основі моделі К. Маслач та С. Джексона) наведені у вигляді таблиці (табл.3.6).

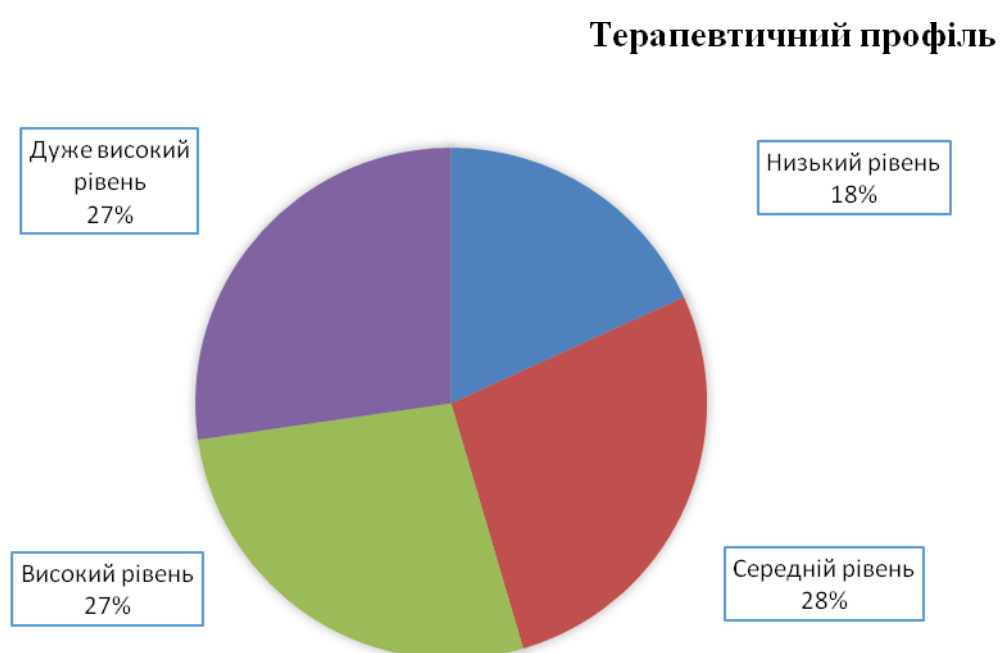
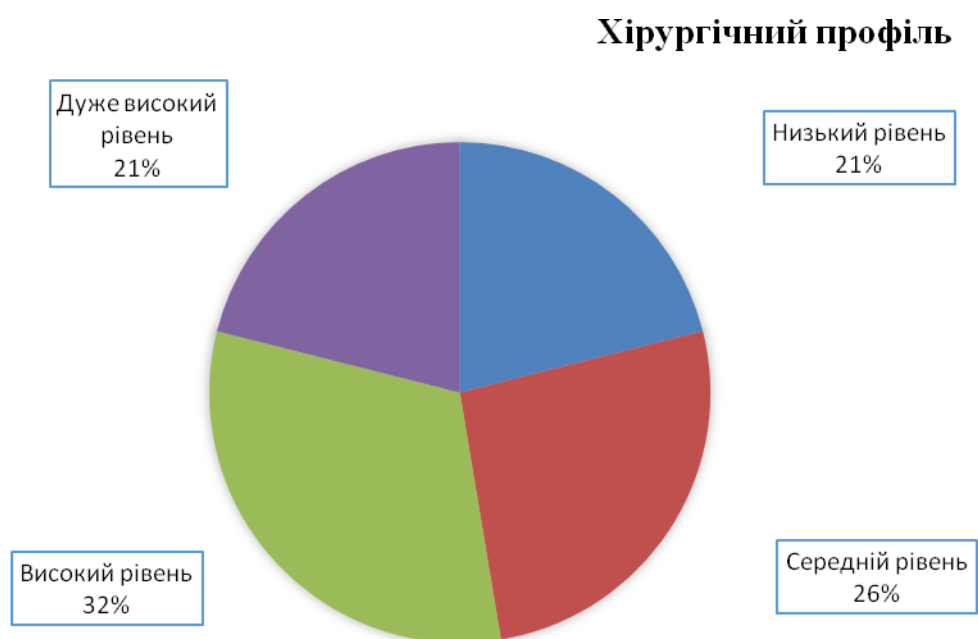
Таблиця 3.6

Ітоговий результат розвитку професійного вигорання

	Рівень професійного вигорання			
	Низький	Середній	Високий	Дуже високий
Лікарі хірургічного профілю	4	5	6	4
Лікарі терапевтичного профілю	2	3	3	3

Ітоговий результат рівня професійного вигорання визначався після визначення рівня його складових таких як: емоційне виснаження, деперсоналізація та редукція особистісних досягнень. Аналізуючи цей показник серед лікарів хірургічного та терапевтичного профілю визначається приблизно однаковою розподіл рівню професійного вигорання від низького до дуже високого. На мал. 3.1 представлено відсоткове відношення. В лікарів обох профілів приблизно у 80% діагностується професійне вигорання (яке визначається середнім, високим та дуже високим рівнем показника). Дуже високий показник професійного вигорання, згідно відсотковому співвідношенню, більш характерний для лікарів те-

рапевтичного профілю, тоді як високий показник – для лікарів терапевтичного профілю.



Малюнок 3.1 Рівень професійного вигорання

Тоді як низький та середній показник не мав суттєвої різниці.

Результати визначення складових професійного вигорання які діагностуються за методикою, представлені у наступній таблиці (табл.3.7).

Таблиця 3.7

Рівень враженості складових професійного вигорання

		Лікарі хірургічного профілю	Лікарі терапевтичного профілю
Емоційне виснаження	Низький	6	2
	Середній	7	3
	Високий	5	3
	Дуже високий	1	3
Деперсоналізація	Низький	2	2
	Середній	8	2
	Високий	2	4
	Дуже високий	7	3
Редукція особистісних досягнень	Низький	8	5
	Середній	9	4
	Високий	2	2
	Дуже високий	0	0

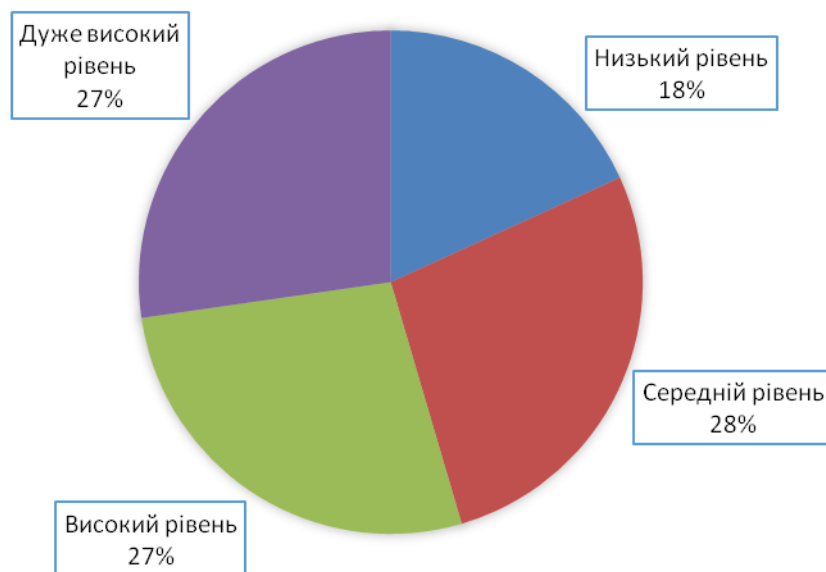
Для порівняння даних показників виправдано переведення їх у відсоткове відношення (що буде представлено далі).

Емоційне виснаження характеризується заниженим емоційним фоном, байдужістю або емоційним перенасиченням. Для представників терапевтичного профілю він мав більш високий рівень в порівнянні з представниками хірургіч-

ного профілю. Це представлено на малюнку 3.2. У 69 % опитаних хірургів був визначений низький чи середній рівень емоційного виснаження, тоді як у лікарів терапевтичного профілю у 52%. Тож якщо говорити про емоційне виснаження то воно характерно для половини лікарів терапевтичного профілю, та третини лікарів хірургічного.

Деперсоналізація, як прояв цинізму, негативізму. Цей показник для лікарів хірургічного профілю виявився або у межах середнього рівня (42%), або у межах дуже високого рівня (37%), тоді як у представників терапевтичного профілю домінували значення у межах високого (36%) та дуже високого (27%).

Терапевтичний профіль

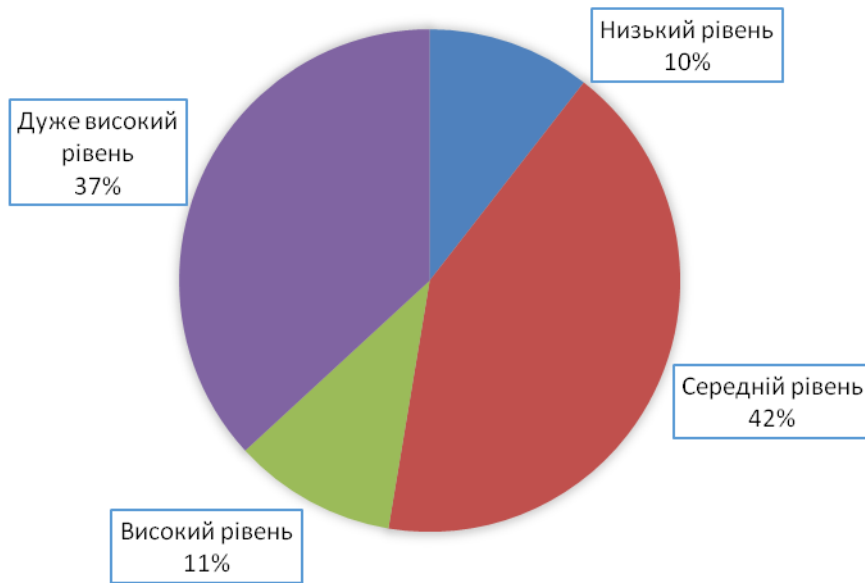


Хірургічний профіль

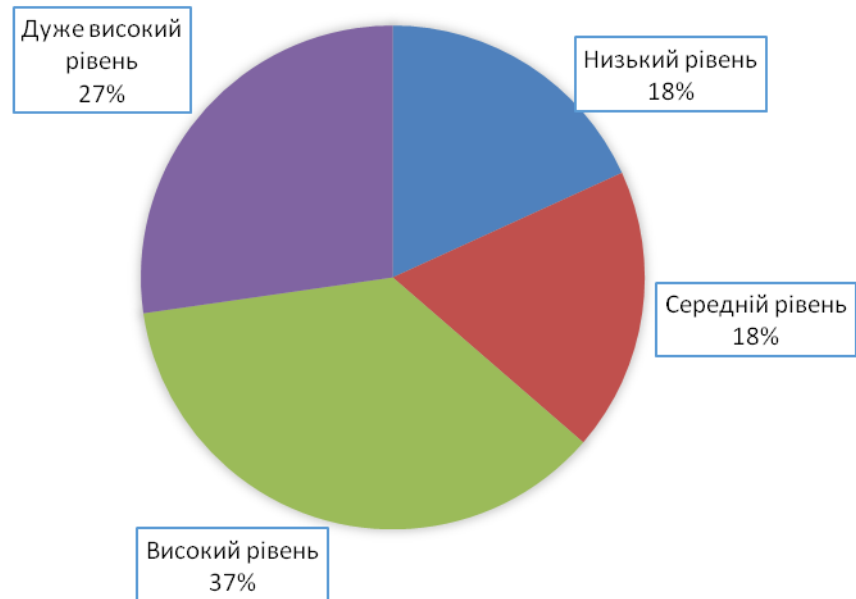


Малюнок 3.2 Емоційне виснаження у лікарів

Хірургічний профіль



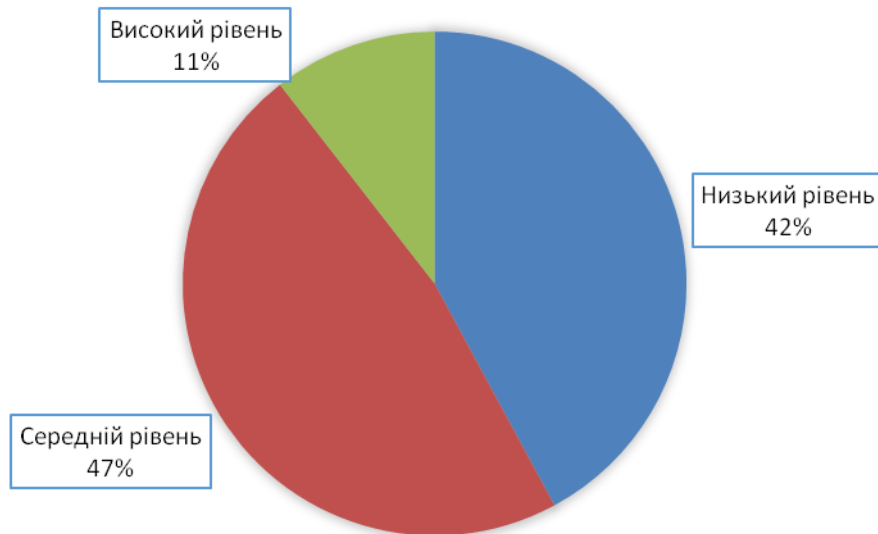
Терапевтичний профіль



Малюнок 3.3 Деперсоналізація у лікарів

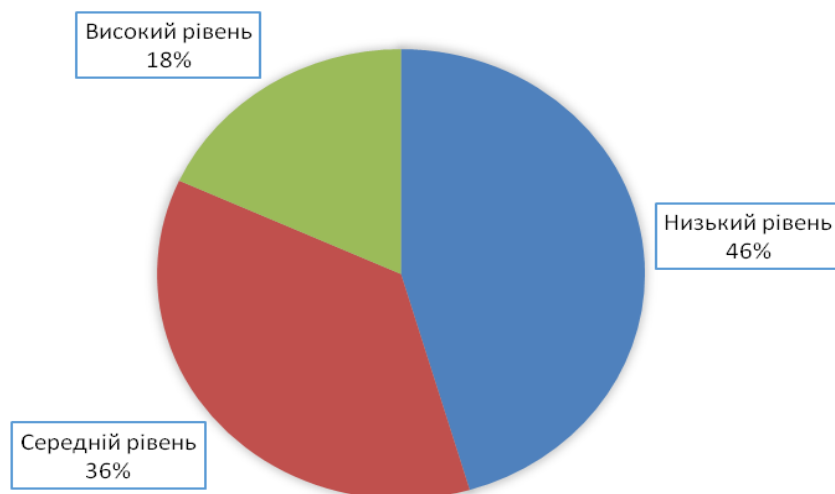
Високий та дуже високий рівень деперсоналізації був визначений у 48 % лікарів хірургічного профілю, тоді як у 64% лікарів терапевтичного профілю. Серед лікарів терапевтичного профілю більш часто зустрічається розвиток деперсоналізації. Хоча коли деперсоналізація розвивається у лікарів хірургічного

Хірургічний профіль



профілю, вона має вищі показники (у межах дуже високих значень)(мал.3.3)

Терапевтичний профіль



Малюнок 3.4 Редукція особистісних досягнень у лікарів

Редукція особистістних досягень, в порівнянні з іншими шкалами має найнижчі показники (мал.3.8).

Лише 11% лікарів хірургічного профілю, та 18% терапевтичного профілю мають показники високого рівню, дуже високий рівень не зустрівся у жодного лікаря. Лікарі з високим цим показником негативно оцінюють себе та свої професійні успіхи, спостерігається негативізм до своїх обов'язків, їх перекладання, обезцінення.

Таблиця 3.8

Аналіз відповідей на кожне питання

Номер питання	Лікарі хірургічного профілю			Лікарі терапевтичного профілю		
	негативні	нейтральні	позитивні	негативні	нейтральні	позитивні
1.	57,89	42,11	0	36,36	27,27	36,36
2.	52,63	21,05	26,31	36,36	27,27	36,36
3.	52,63	15,78	31,57	45,45	18,18	36,36
4.	10,52	5,26	84,21	0	0	100
5.	63,15	21,05	15,78	45,45	45,45	9,09
6.	31,57	26,31	42,11	27,27	54,54	18,18
7.	5,26	10,52	84,21	9,09	0	90,9
8.	68,42	26,31	5,26	45,45	9,09	45,45
9.	21,05	5,26	73,68	0	9,09	90,9
10.	42,11	26,31	31,57	54,54	18,18	27,27
11.	73,68	15,78	10,52	36,36	54,54	9,09
12.	0	15,78	84,21	27,27	18,18	54,54
13.	63,15	10,52	26,31	27,27	27,27	45,45
14.	26,31	42,11	31,57	18,18	54,54	27,27
15.	57,89	31,57	10,52	54,54	27,27	18,18
16.	21,05	42,11	36,84	18,18	45,45	36,36
17.	5,26	21,05	73,68	18,18	9,09	72,72
18.	15,78	21,05	63,15	0	45,45	54,54
19.	5,26	21,05	73,68	9,09	18,18	72,72
20.	57,89	21,05	21,05	36,36	36,36	27,27
21.	21,05	5,26	73,68	18,18	9,09	72,72
22.	21,05	26,31	52,6	45,45	27,27	27,27

Також був проведений аналіз відповідей на кожне питання. Відповіді були розділені на позитивні (завжди, дуже часто, часто), нейтральні (іноді), та негативні (ніколи, дуже рідко, рідко). (табл..3.3)

Лікарі терапевтичного профілю частіше за лікарів хірургічного профілю відчувають себе емоційно знищеними, вичавленими як лимон після роботи, не бажають йти на роботу, відчувають апатію та пригніченість, розчарованість в роботі.

Натомість лікарі хірургічного профілю частіше відчувають, що спілкуються з колегами без тепла та симпатії, їм частіше хочеться усамітнитись після роботи. При цьому вони рідше відчувають роздратованість до роботи, байдужість та незацікавленість нею.

3.3 Рекомендації щодо профілактики професійного вигорання у лікарів

Щоб не допустити вигорання медичні працівники повинні дотримуватися наступного:

1. Тверезо оцінювати свої можливості.
2. Самовдосконалюватися: відвідувати конференції, семінари, майстер-класи. Почуття сидіння на одному місці і зупинки в розвитку призводить до поступового впадати в депресію і є причиною вигорання.
3. Мати хобі та активно відпочивати в неробочий час. Це найкраще відволікає від думок про роботу.
4. Піклуватися про своє здоров'я, дотримуватися режиму харчування і сну.
5. Вести активне соціальне життя.
6. Спілкуватися з людьми, що не мають відношення до медицини (тобто не обмежувати коло спілкування колегами).

7. Не гнатися за успіхом або перемогою. Виконувати свої обов'язки необхідно якісно і відповідально, але спокійно і розмірено, адже нервове виконання призводить до психічної напруженості.

Робота повинна бути відповідно досвіду і знань. Потрібно побудувати такі взаємини в колективі, щоб кваліфіковані та досвідчені лікарі навчали молодих лікарів, і в усьому підтримували їх на початковому етапі роботи. Без взаємної поваги і дружніх взаємин нічого не вийде. Багато тут залежить від корпоративної культури. Кожен керівник медичного закладу повинен розуміти, що від злагодженості в колективі залежить не тільки успіх медичного центру, але і життя пацієнтів.

Навчання і розвиток співробітників. Вклавши гроші в лікаря, медичний центр отримає значно більше, застосовуючи надалі нові знання та навички працівника. Лікар не тільки дізнається більше у своїй професійній діяльності, але і буде відчувати себе потрібним. Краще всього організувати курси і тренінги безпосередньо на базі медичного закладу. Це зміцнить взаємини в колективі, надасть працівнику почуття приналежності до медичного закладу і буде вважатися значною перевагою і причиною залишитися, якщо надійдуть пропозиції від інших медичних центрів. Курси можуть бути не тільки медичні, але й англійської мови, психології роботи з людьми, спортивні секції. Краще ж усього - запитати у самих медичних працівників чого вони хочуть.

Постійне удосконалення умов праці. Наприклад, розвозка до місця роботи, якщо добиратися далеко і незручно. Безкоштовна їдальня для всіх співробітників медичного закладу. Гнучкий графік, якщо це не заважає робочому процесу.

Висока мотивація співробітників. Слід пам'ятати, що однаково важлива, як матеріальна, так і нематеріальна мотивація.

Повний соціальний пакет. Працівник не може працювати ефективно, якщо не відчуває, що він захищений.

Для профілактики синдрому професійного вигорання необхідно - організація робочого процесу.

Командний метод роботи. Принципи командного методу роботи суттєво відрізняються від традиційних підходів, що існують сьогодні, і вимагають від учасників команди формування бригадного стилю мислення та взаємодії. Професійний склад команди залежить від типу установи, його штатного розкладу і бюджету, домінуючої терапевтичної ідеології і категорії клієнтів. Принципові функції кожного члена команди визначаються його професійним статусом, формою і змістом роботи з клієнтом, з яким працює команда.

Переваги команди: декілька лікарів знали і працювали з пацієнтом, оскільки відносини з пацієнтом один на один дуже уразливі. У цієї командної моделі є багато переваг над іншими, в ній спеціалісти доповнюють один одного і тісно взаємодіють при вирішенні проблем і реалізації потреб. Але це може бути і недоліком для пацієнта, що він пов'язаний з великою кількістю людей. Він повинен бути впевнений у тому, що є хтось, хто знає, як йдуть справи у разі відсутності його лікуючого лікаря. Відособлена індивідуальна робота спеціалістів стає менш цінною. Якщо у пацієнта трапляється загострення або він потребує додаткової уваги, а спеціаліст захворів або ж у нього вихідний, то його колеги можуть продовжити роботу з надання послуг. Другою цінністю команди є те, що вона припускає взаємну підтримку, яка є життєво важливою, оскільки існує небезпека вигорання. Спільна емоційна підтримка колег, а також хороша взаємодія з керівництвом дуже важливі у запобіганні вигоранню.

Основними принципами роботи команди є:

- ♣ динамічний рівномірний розподіл ролей та функцій з подальшим дотриманням свободи кожного члена команди у виконанні його функцій;
- ♣ регулярні зустрічі команди (приблизно два рази на тиждень та за потреби) з обговоренням «складних випадків»;
- ♣ взаємне інформування з питань роботи з певним пацієнтом;
- ♣ обмін думками з метою досягнення згоди і взаєморозуміння;
- ♣ контроль та самоконтроль на кожному етапі роботи з пацієнтом;

- ♣ виключення зайвої жорсткої регламентації стилю роботи членів команди;
- ♣ розширення діапазонів стилю роботи за виключенням директивного;
- ♣ різносторонність зусиль;
- ♣ динамічне підвищення комунікативних умінь членів команди;
- ♣ послідовне обговорення ефективності роботи кожного учасника команди;
- ♣ використання єдиного однозначного словника понять (термінів).

Ефективний розподіл робочого часу та навантаження. Правило “8 годин” Для того, щоб працювати без виснаження та зберігати свою життєву ефективність необхідно розподілити час доби за таким принципом: 8 годин – час для роботи, 8 годин – час для відпочинку та особистих справ та 8 годин – для сну. Хоча для лікарів існують чергування, їх можна розподілити на денні та нічні чергування: вдень 8.00-16.00, нічний час 16.00-8.00. Також можливо чергування в парі, коли час консультування у приймальному відділенні розподіляється між обома по 3 години, за цей час лікар може і відпочити і зробити роботу у відділенні, поки інший знаходиться у приймальному відділенні, так вони чергуються.

Також, організовуючи свій робочий час, важно пам’ятати, що кожні 2 години роботи важливо робити 10-хвилинну перерву для відпочинку та переключення. Для ефективного розподілу навантаження протягом дня важливо проаналізувати та визначити індивідуальні періоди підвищеної активності особистості. У кожного з нас є свої цикли, періоди, протягом яких наші сили, енергія і здатність зосереджуватися на виконуваній роботі циклічно змінюються.

Розподіл пріоритетів між задачами. Встановлення пріоритетів - це вміння планувати час у відповідності зі значенням і важливістю завдань, а не їх питоною вагою у загальній кількості справ. Керівнику необхідно самому вміти правильно виділяти найбільш пріоритетні задачі, а також навчити цьому своїх підлеглих. Водночас дуже важливим для ефективної роботи та запобігання ви-

горання є не тільки вміння встановлювати та розподіляти пріоритети, а й використання для цього спільних для всього колективу критеріїв, які також може задавати керівник.

Для реалізації вищезазначеного і керівникам, і співробітникам можна використовувати простий метод розподілу пріоритетів «АБВ». Метод «АБВ» у ситуації конкретного планування свого робочого дня за основу беруться критерії значущості, важливості й терміновості завдань.

А - найбільш значущі, важливі та термінові завдання;

Б - значущі, важливі, термінові;

В - менш важливі, менш значущі, менш термінові.

Відповідно до ієрархії завдань, їх вибудовують у відповідний ряд за значимістю, визначаючи час і терміни виконання. Інструкція:

1. Складіть список всіх майбутніх справ на робочий день.
2. Систематизуйте завдання за їх важливістю, встановіть черговість справ відповідно до їх значення для вашої діяльності.
3. Пронумеруйте свої справи і завдання.
4. Оцініть значимість ваших справ відповідно до категорій А, Б, В.
5. Перевірте свій план.
 - Категорія задач А – найважливіші завдання, мають складати приблизно 15% від кількості всіх завдань і справ, які належить вирішити обов'язково. Власна значимість цих задач, їх вкладу в досягнення цілі складає 65%.
 - Категорія задач Б – важливі завдання: на які припадає в середньому 20% від загального числа всіх задач і також 20% значущості цих задач для досягнення мети.
 - Категорія задач В – менш важливі і несуттєві завдання, що мають складати 65% від загального числа, але мають незначну частку в «загальній вартості» всіх справ (близько 15%).

Ефективно підтримують колективний дух групові форми роботи. Групова супервізія.

Супервізія - це надання супервізором працівнику соціальної служби професійної допомоги, спрямованої на аналіз й подолання професійних труднощів, удосконалення організації роботи, підтримку мотивації до роботи, дотримання етичних норм та стандартів надання послуг, запобігання виникненню професійного стресу та вигорання, забезпечення емоційної підтримки, підвищення професійної кваліфікації

Існує багато причин, через які керівник має бути зацікавлений в організації групової супервізії. По-перше, супервізія – це форма професійної підтримки, що запобігає професійним ризикам. По-друге, супервізія є частиною продовження навчання і професійного розвитку. Хороший супервізор здатний допомогти працівникам краще використовувати власний ресурс, планувати об'єм роботи і змінювати їхні незадовільні способи поведінки. І оскільки співробітники соціальних служб допомагають клієнтам приймати відповідальність за власне життя, необхідно самим також це робити. Як свідчать результати досліджень, отримання супервізії впливає на задоволеність роботою. Проведення супервізії (приклад однієї з форм проведення супервізії). Член команди запрошує на супервізію інших спеціалістів з метою вирішення робочої проблеми, використовуючи знання і досвід інших людей для вирішення цієї проблеми. Це може бути як проблема у роботі з клієнтом, так і проблема, пов'язана з особистістю, професійною діяльністю спеціаліста, роботою команди чи організації в цілому.

Назначається ведучий.

Перший етап. Спеціаліст висловлює гіпотезу щодо проблеми, формулює свою версію того, що відбувається. Проблема може бути як поведінковою, так і будь-якою іншою. Необхідно ознайомити членів команди з планом роботи з клієнтом. На цьому етапі ведучому необхідно переконатися, чи всі члени команди зрозуміли проблему спеціаліста.

Другий етап. Йдуть уточнюючі питання. Питання не повинні містити критики і коментарів з приводу не зробленого. Роль ведучого стежити за їх коректністю.

Третій етап. Далі висловлюються різні ідеї членів команди від свого імені, наприклад: «Якби я був у цій ситуації, я зробив би так то і так то». Ідеї важливо вислуховувати без критики. На цьому етапі кожен використовує свій особистий, професійний і життєвий досвід, незалежно від того, ким він є за фахом - психолог, соціальний працівник або інш. Заохочується творчий підхід, асоціації, фантазії.

Роль ведучого – прослідкувати, щоб висловилися всі учасники супервізії і відзначити почуті ідеї.

Четвертий етап. Коли всі висловилися, ведучий коротко резюмує почуте, і цікавиться у спеціаліста, що заявив проблему, чи задоволений він отриманими відповідями. Відповідь може бути як позитивною, так і негативною. Спеціаліст самостійно вирішує, яку ідею застосувати йому на практиці.

Балінтовські групи. У Лондоні, в середині 50-х років Міхаель Балінт організував тренінгові семінари для лікарів загальної практики. На відміну від класичних клінічних розборів, в цих групах акцент робиться не на клінічному аналізі статусу пацієнта, а на особливостях взаємин між лікарем і пацієнтом (реакції, складнощі, невдачі), які лікарі самі виносять на обговорення групи. Ці групи є видом супервізії, під час якої ведучий групи, використовуючи групові процеси, виявляє навиків і досвід всіх її членів. Під час зустрічей можуть використовуватися рольові ігри, елементи психодрами, прийоми емпатійного слухання і невербальної комунікації і ін. Група спеціалістів з 8-12 чоловік зустрічається кілька разів на місяць впродовж декількох років. Такі зустрічі займають як правило 1,5 - 2 години.

Проводять групи досвідчені спеціалісти або психологи (1 - 2 людини), що мають авторитет у членів групи.

Стиль ведення групи - не директивний.

У групу не рекомендується включати учасників, що знаходяться на роботі в прямому підпорядкуванні.

Учасники балінтовських груп прояснюють власні почуття по відношенню до пацієнта, стереотипи своєї професійної поведінки, що перешкоджають вирі-

шенню проблем, і «білі плями», що заважають ефективній комунікації з пацієнтами і колегами.

Участь в балінтовських групах сприяє позитивній трансформації професійного «Я», дає їй учасникам позитивну оцінку своєї професійної діяльності, дозволяє розширити здатність групи спеціалістів краще розуміти проблеми клієнтів і ухвалювати рішення.

Т- групи (Групи тренінгу). Т-групи можуть бути як тематичні, безпосередньо спрямовані на професійний та особистісний розвиток та підвищення кваліфікації, розвиток конкретних навичок, так і загально спрямовані на згуртованість команди. Участь в Т - групах сприяє розвитку комунікативних навичок у персоналу, а також покращує розуміння суті спілкування. Це дозволяє учасникам Т - груп розширити і змінити свої стратегії поведінки, чуйніше відноситися до своїх та чужих проблем, допомагає підвищити самооцінку. Крім того, робота в цих групах, дозволяє спеціалісту навчитися ідентифікувати і виражати свої почуття, особливо відчуття страху, яке, частіше не усвідомлюється.

Результатом участі співробітників в цих групах стає особистісне зростання і розвиток відчуття власної гідності, можливість зрозуміти, як групова динаміка впливає на учасників групи, зрозуміти вплив співробітників на клієнтів і на колег. Крім того, заняття допоможуть розвитку здатності спеціалістів стати більш емпатійними з пацієнтами.

Проведення Т-груп. Перед початком необхідно визначитися с темою тренінгу та підібрати вправи. Починати Т-групи необхідно з привітання, вступного слова, та «розігріву» команди, що допоможе учасникам налаштуватись на необхідний лад. Далі йде практична частина, під час якої команда виконує вправи та завдання тренера. Всіх учасників групи можна розділити на декілька команд, склад яких може змінюватись при виконанні наступних вправ. Завершувати Т-груп необхідно обговоренням отриманого досвіду під час вправ, й того як його можна використовувати в подальшому житті та в роботі.

Забезпечення та підтримання психологічного комфорту в колективі.

1. Проведення груп психологічної підтримки та самопомоги.

Участь персоналу в підтримуючих групах сприяє розумінню свідомих і несвідомих механізмів, що впливають на здатність ефективно працювати з пацієнтами, перешкоджають особистісному зростанню і позитивній груповій динаміці. Участь в таких групах пов'язана з підвищеною тривогою, оскільки робота в ній має на увазі відверту розмову про відчуття, які викликають у учасників пацієнти, колеги. Ведучі, провідні подібні групи, і персонал, що бере участь в них, говорять про те, як важко вести подібні групи, мета яких - розвиток чутливості персоналу і підвищення особистого відчуття відповідальності, що є ключовим моментом для розвитку персоналу.

Правила проведення груп психологічної підтримки:

1. Турбота про відчуття безпеки учасників.
2. Конфіденційність.
3. Безоціночне ставлення, заборона критики та звинувачень.
4. Правило "Стоп".
5. Говорити лише про себе: про свій досвід, про свої почуття.
6. Не давати поради.
7. Не знецінювати досвід інших.
8. Поважливе ставлення до себе та до інших.
9. Перед фізичним контактом важливо спитати дозвіл.
10. Не виходити посеред групи без попередження.

2. Вирішення конфліктних ситуацій Якщо в колективі є конфлікт, він буде спричинювати напружену атмосферу, яка може відволікати від роботи та провокувати витрату додаткових зусиль для підтримання комфортного стану всіх співробітників.

Рекомендації для спеціалістів соціальних служб щодо профілактики вигорання співробітників

Важливо пам'ятати, що навіть якщо навколо зовнішні обставини та умови, на які майже немає можливості вплинути, сприяють стресу та виникненню вигорання, позитивного ефекту можна досягти, якщо проводити роботу з власними індивідуально-психологічними особливостями, розвивати необхідні якос-

ті та вміння, а також дотримуватись правил психологічної безпеки, з метою формування особистісного ресурсу протистояння синдрому вигорання.

Індивідуально-психологічні особливості та вміння, що допомагають спеціалісту уникнути професійного вигорання:

- добре здоров'я та свідома, цілеспрямована турбота про свій фізичний стан (постійні заняття спортом, здоровий спосіб життя);
- висока самооцінка та впевненість у собі, своїх здібностях та можливостях.
- досвід успішного подолання професійного стресу;
- здатність до конструктивних змін у напружених умовах;
- висока мобільність;
- відвертість;
- товариськість;
- самостійність;
- прагнення спиратися на власні сили (не залежити від інших);
- здатність формувати і підтримувати у собі позитивні, оптимістичні настанови і цінності — як відносно до самих себе, так і до інших людей і життя взагалі.
- вміння звернутися по допомогу (коли це необхідно);
- вміння не боятися ставити «дурні питання»;
- вміння приймати допомогу.

Правила психологічної безпеки при роботі для уникнення синдрому професійного вигорання:

1. В першу чергу турбуйтеся про себе.
2. Будьте уважні до себе: це допоможе вам своєчасно помітити перші симптоми втоми.
3. Адекватно оцінюйте свої можливості. Не беріть на себе занадто багато.
4. Припиніть шукати у роботі щастя або порятунку. Вона — не притулок, а діяльність, яка є доброю сама по собі.

5. Припиніть жити життям інших. Живіть, будь ласка, своїм власним життям. Не замість людей, а разом з ними.

6. Використовуйте перерви в роботі для відпочинку, коли це тільки можливо.

7. Витрачайте час на те, щоб «скинути» з себе напругу.

8. Знаходьте час для себе, ви маєте право не тільки на робоче, але і на приватне життя. Спілкуйтеся з друзями та рідними.

9. Особливу увагу приділіть власним ресурсам. У вільний від роботи час займайтесь приємними та розслаблюючими справами.

10. Вчіться тверезо осмислювати події кожного дня. Можна зробити традицією вечірній перегляд подій.

11. Відмовтесь від зловживання алкоголем і висококалорійною їжею. Марно «запивати» і «заїдати» негативні емоції. Ніщо так сильно не шкодить нашому організму, як шкідливі звички.

12. Висипайтесь. Повноцінний сон не менше 8 годин на добу. Для того, щоб добре і міцно спати, випийте на ніч теплого молока з медом, або прогуляйтеся.

13. Звертайтеся за допомогою та підтримкою.

Алгоритм подолання синдрому професійного:

1. Визначення групи симптомів, що можуть свідчити про вигорання.

2. За допомогою тестових методик підтвердіть наявність синдрому вигорання та визначіть ступінь його прояву.

3. Проаналізуйте найбільш вірогідні чинники синдрому вигорання серед всього, що вас оточує.

4. Проаналізуйте, які з правил психологічної безпеки при роботі порушуються.

5. Розробіть план дій, який би включав в себе способи уникнення (або зменшення дії) чинників синдрому вигорання та способи дотримання правил психологічної безпеки.

6. Використовуйте способи психологічної допомоги при синдромі вигорання та збереження психологічного здоров'я.

Способи психологічної допомоги при синдромі вигорання:

До способів психологічної допомоги при синдромі вигорання та збереження психологічного здоров'я можна віднести наступні:

1. Дихальна гімнастика та вправи з глибоким диханням, як фундаментальний навик емоційно-орієнтованого подолання стресу. Вправи, орієнтовані на глибоке дихання, - важлива складова всіх видів розслаблюючих процедур. Вони є одними з простих і найбільш ефективних методів релаксації. Засвоївши цю техніку, та застосовуючи її в ситуаціях стресу, ви навчитеся запускати її механізм автоматично. Глибоке природне дихання здатне принести користь практично всім. Воно особливо полегшує життя людям, схильним в стресових ситуаціях до паніки, швидкої стомлюваності, гіпервентиляції, головних болів, м'язової напруги, тривоги і апатії. Ці розлади часто є результатом недостатнього насичення організму киснем і накопичення в нім шлаків, хоча в окремих випадках можливе поєднання цілого ряду чинників. Незалежно від причини або конкретної природи розладу глибоке дихання є виключно виправданою стратегією для швидкого зниження стресу різних рівнів. Глибоке дихання є технікою, якою ви можете скористатися у будь-який час і в будь-якому місці, для того, щоб зняти емоційне і фізіологічне збудження, пов'язане із стресорами.

2. Зняття напруги та релаксація. Дуже важливо не накопичувати напругу ні в тілі, ні в розумі. Напруга заважає якісно відпочивати, що призводить до втоми та зростання напруги. Напруга має акумулюючий ефект. Прислухайтеся до свого тіла, у вільний час займайтесь розслаблюючими справами, слухайте музику (перелік музичних творів для музикотерапії у Додатку 3), спілкуйтесь з природою, зробіть собі масаж тощо.

3. Трансформація негативних думок та переконань. За оцінками фахівців, наймогутнішу руйнуючу дію на людину чинять її негативні переконання, тому важливо освоїти техніки позитивного мислення та боротьби зі своїми негативними думками, наприклад, складання письмового списку негативних думок та

установок, та заміна їх позитивними або усвідомлене відкидання негативних думок.

4. Регуляція емоційного стану. Емоції і тіло людини має дуже тісний зв'язок, так негативний емоційний стан може спричинювати негативний фізичний стан. Тому важливо вчасно помічати та усвідомлювати свої негативні емоції: гнів, печаль, роздратування, розчарування, та допомагати собі пережити їх, щоб на замість них з'явилися позитивні.

5. Допомога собі при стресі. Ще одна причина розвитку професійного вигорання – стресові ситуації, з якими ви стикаєтесь на роботі. Але стрес – нормальний фізіологічний стан організму і можна навчитися легко виходити із стресу.

6. Пошук і накопичення внутрішніх ресурсів. Оскільки однією з головних причин вигорання – це виснаження ресурсів, коли ви багато віддаєте, але отримуєте набагато менше. Важливо потурбуватися про себе і знайти ті справи або речі, що вас наповнюють, надають вам сил. Робить собі подарунки, говоріть приємні слова, радуйте себе.

7. Фізичні навантаження. Вченими доведено, що найкращими засобами для зняття нервового напруження є фізичні навантаження - фізична культура та фізична праця. Отже, поки у вас поганий настрій, ідіть на спортмайданчик, грайте у футбол, волейбол, теніс. Добре знімає психологічне напруження робота на городі, в саду. Та особливо дієвим засобом зняття нервового напруження є аеробіка, яка поєднує ритми людини і рухів.

8. Режим та харчування. Правильно плануйте свій режим протягом доби. Вчені помітили, що ті люди, які завчасно планують свою діяльність, набагато більше убезпеченні від негативних стресових ситуацій. Хто не вміє правильно розпоряджатись власним часом, стає його заручником. Таким людям здається, що час невпинно та швидко спливає, а справи залишаються незакінченими, це їх дратує, тягарем лягає на плечі. Особливе місце відводьте відпочинку та сну. Сон повинен бути спокійний, не менше 7-8 годин. Харчування також повинно бути виваженим, правильним, збалансованим. Особливу увагу потрібно

приділяти вживанню вітаміну Е, який є у картоплі, кукурудзі, сої, моркві, ожині, волоських горіхів. Дуже корисним є антистресовий чай. При стресі та перевтомі корисно на ніч випити склянку води, в якій розчинено 1-2 ложки меду.

9. Підвищення рівня професійної майстерності. Робота з супервізором та самосупервізія, відвідування тренінгів, групова робота над проблемою.

Висновки до розділу 3

Дослідження проводилось у лікарів терапевтичного та хірургічного профілей КНП «ЗОКЛ» ЗОР. У даному дослідженні для одержання емпіричної інформації застосовувалась методика «Психологічне вигорання» (розроблена Н.Є.Водоп'яною, О.С.Старченковою на основі моделі К. Маслач та С. Джек-сон), призначена для вимірювання ступеня "емоційного вигорання" в професіях типу "людина-людина". Теоретичною основою методики є тривимірна модель синдрому «психічного вигорання», складовими якої є такі конструкти: емоційне виснаження, деперсоналізація, редукція особистісних досягнень. Були встановленні особливості професійного вигорання лікарів терапевтичного та хірургічного профілей. Проаналізовано відповіді на питання. Розроблено рекомендації для первинної та вторинної профілактики розвитку професійного вигорання серед лікарів.

ВИСНОВКИ

В результаті кваліфікаційної роботи магістра був проведений теоретичний аналіз вивчення феномену «професійного вигорання» та експериментальне визначення взаємозв'язку професійного вигорання лікарів і залежності від профілю її роботи хірургічного чи терапевтичного.

На підставі теоретичного вивчення була проведена певна робота:

- Визначено та описано основні етапи становлення знання про «професійне вигорання», та ступінь розробленості на сьогодні;
- Виокремлено різницю в термінах «професійне вигорання», «емоційне вигорання», «вигорання»;
- Розглянуто підходи науковців то терміну «професійне вигорання», а також його фактори розвитку, стадії та прояви.
- Виявлено особливості клінічного мислення та професійної діяльності лікарів (інтелектуальна складність, напруженість, монотонність, ризик, відповідальність, необхідність постійного навчання), її складові;
- Складено психологічний портрет лікаря, професійно важливі якості, визначено їх вплив на виконання професійної діяльності;
- Сформовано можель психологічної готовності лікаря до професійної діяльності;
- Досліджено професіограми та посадові інструкції лікарів хірургічного та терапевтичного профілю, проведено їх порівняння;
- Встановлено фактори розвитку, компоненти, особливості професійного вигорання у лікарів терапевтичного та хірургічного профілей, а також ресурси для їх подолання.

Під час емпіричного дослідження за допомогою методики «Психологічне вигорання» (розробленої Н.Є.Водоп'яною, О.С.Старченковою на основі мо-

делі К. Маслач та С. Джексон), були встановленні особливості професійного вигорання лікарів терапевтичного та хірургічного профілей:

- У лікарів хірургічного та терапевтичного профілей приблизно з однаковою частотою зустрічається професійне вигорання;
- Серед лікарів терапевтичного профілю частіше визначаються підвищенні показники емоційного виснаження та деперсоналізації аніж у лікарів хірургічного профілю;
- Редукція професійних досягнень проявляється у незначній мірі та без суттєвої різниці залежності від профілю роботи;
- Дано рекомендації для попередження та боротьби з професійним вигоранням лікарів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамова Г.С. Психология в медицине: учебное пособие. М.: ЛПА «КАФЕДРА-М», 1998. 272с
2. Абрумова А. Г. Анализ состояний психологического кризиса и их динамика. Психологический журнал. 1985. No 6. С. 107–115
3. Агапова М. В. Синдром эмоционального выгорания у специалистов судебно-исполнительных органов. Право и защита. 2006. N 2. С. 27–35.
4. Бадалова М.В. Профессиональная рефлексия практических психологов: опыт изучения. Практична психологія та соціальна робота. 2002. N4. С.28 –30.
5. Березовська, Л. І. Професійне вигорання як форма професійної деформації працівників організацій. *Актуальні проблеми психології*. 2014. №1, Вип. 41, С.66-70.
6. Билибин А.Ф. Культура мышления врача. Здоровоохранение. 2010. №7. С.46 – 53.
7. Билибин А.Ф. О клиническом мышлении. М.:Медицина, 1973. 168 с.
8. Бодров В.А. Информационный стресс. М.: ПЕР СЭ, 2000. 352с.
9. Божко К.В. Психологічні особливості професійного вигорання юристів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : спец. 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія». К., 2014. 20с.
10. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. СПб.: Питер, 1999. 105с.
11. Бойко В. В. Энергия эмоций. 2–е изд., доп. и перераб. СПб. : Питер, 2004. 474 с.
12. Колтунович Т.А. Профессиональное выгорание в исторической ретроспективе: описательный период осмысления феномена. Новый университет. Серия «Актуальные проблемы гуманитарных и общественных наук»: науч.

журн. / учредитель ООО «Коллоквиум» – Йошкар-Ола: Коллоквиум, 2012. №11 –12 (20 – 21). С. 46 – 50

13. Большакова Т.В. Личностные детерминанты и организационные факторы возникновения психического выгорания у медицинских работников: дисс. ... канд.психол.наук: 19.00.03 / Большакова Татьяна Валентиновна. Ярославль, 2004. 167с.

14. Большая медицинская энциклопедия: в 36 т. 2-е изд. М.: Сов. Энцикл., 1964. Т. 35. С. 831–839.

15. Булатевич Н. М. Психічне вигорання у професійній діяльності вчителя: огляд зарубіжних досліджень. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. К., 2003. Вип.15–16. С. 117–120.

16. Булатевич Н. М. Синдром емоційного вигорання: роль індивідуальних та організаційних чинників. Вісник Київського національного університету імені Т. Шевченка. Серія Соціологія. Психологія. Педагогіка. 2005. Вип. 22-23. С. 47-50.

17. Буянкіна М. А. Взаимосвязь психического выгорания с типом организационной культуры в профессиях субъект-объектного типа : дис. ... канд. психол. наук: 19.00.03. Ярославль, 2011. 223 с.

18. Василюк Ф. Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. М.: Издательство Московского университета, 1984. 71с.

19. Ващенко І. В. Про деякі показники емоційного вигорання працівників ОВС. Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Х., 2007. Вип. 23. С. 44–52.

20. Висоцький А. А. Динаміка циклічних нуклеотидів (цАМФ та цГМФ) у хворих із синдромом психоемоційного вигорання при лікуванні артіхолом та галалітом. Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології. К.; Луганськ; Х., 2009. Вип. 1–2 (88–89). С. 313–322.

21. Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. СПб.: Питер, 2008. 336с.

22. Водопьянова Н. Е. Синдром профессионального выгорания в управленческой деятельности. Вестник СПбГУ. Сер. 6. Вып. 2. No 13. 2008. С. 83-91.
23. 31.К .Воробьёва М. А. Психолого-педагогические условия преодоления педагогом синдрома эмоционального выгорания : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / М. А. Воробьёва. Екатеринбург, 2008. – 231 с.
24. Галецька І. І. Особливості емоційного вигорання менеджерів з різним рівнем само актуалізації. К., 2007. Т.5. Вип.6: Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія. С. 89–95.
25. Галузевий стандарт вищої освіти. Освітньо-кваліфікаційна характеристика спеціаліста за спеціальністю 7.110101 “Лікувальна справа” напряму підготовки 1101 “Медицина” / Затверджено Наказом Міністерства освіти та науки від 16 квітня 2003 р. № 239 // Міністерство освіти і науки України. – К., 2003
26. Гончарук Н. М. Соціально–психологічний тренінг як метод формування навичок саморегуляції у педагогів з синдромом психоемоційного вигорання. Збірник наукових праць. Кам’янець–Подільський, 2009. Вип. 11. С. 135–141
27. Грицук О. В. Проблема емоційного вигорання у вчителів. Вісник ХНПУ ім. Г.С.Сковороди. Психологія. Харків : ХНПУ, 2004. Вип. 13. Частина 1. 151 с
28. Громкова М.Т. Психология и педагогика профессиональной деятельности: учеб. пособие для вузов. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2003. 415 с
29. Грубі Т.В. Психологічні чинники професійного вигорання працівників державної податкової служби України : дис. ... канд. психол. наук : спец. 19.00.10 «Організаційна психологія; економічна психологія» / Т.В. Грубі. К., 2012. 364 с.
30. Деркач А.А. Акмеологія, К: Медицина, 2002. 356 с.

31. Жогно Ю.П. Психологічні особливості емоційного вигорання педагогів: дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Жогно Юрій Петрович. –Одеса, 2009. 249с.
32. Жукова М. И. Социально-психологические факторы успешности деятельности врача : автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. психол. наук : спец. 19.00.05 „Социальная психология” / М. И. Жукова. – М., 1990. – 23 с
33. Іванова Н. М. Синдром емоційного вигорання серед лікарів. Буковинський державний медичний університет, 2018
<https://www.bsmu.edu.ua/blog/6659-sindrom-emotsiynogo-vigorannya-sered-likariv/>
34. Ильин Е.П. Работа и личность.Трудоголизм, перфекционизм, лень. СПб. : Питер, 2011. 224с.
35. Карамушка Л. М. Психологічні чинники професійного вигорання працівників державної фіскальної служби України : монографія/ Л. М. Карамушка, О. І. Бондарчук, Т. В. Грубі. К. - Кам'янець-Подільський : Медобори-2006, 2015. 250 с.
36. Кардашевська, Г. Е. Професійні ціннісні орієнтації майбутніх лікарів. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки*. Луганськ, 2013. №15. С. 70-75.
37. Китаев-Смык Л. А. Выгорание персонала. Выгорание личности. Выгорание души. М.: Наука, 2007. No 4. С. 2–21.
38. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. М.: Наука, 1983. 368 с.
39. Китаев-Смык Л.А. Сознание и стресс : Творчество. Совладание. Выгорание. Невроз. М.: Смысл, 2015. 768с.
40. Климов Е.А. Психология профессионала. М.: Изд-тво «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК»,1996. 400 с.
41. Лазуренко, О. О. Психологія професійного здоров'я фахівця: до проблеми профілактики емоційного вигорання та формування емоційної компетентності лікаря. *International Scientific Journal Fundamental and Applied Researches In Practice of Leading Scientific Schools*. 2016. №1(13). 140-154.

42. Лазуренко О.О., Тамакова Т.А. Феномен синдрому емоційного вигорання як наслідок професійної діяльності лікарів . Матеріали міжнар. наук.-практ.конф. Київ, 2005. С. 286-290.

43. Лигинчук Г.Г. Психология профессиональной деятельности: учебн. курс. Режим доступу: http://www.ecollege.ru/xboos/xbook059/book/index/index.shtml?go>part006*page.htm

44. ЛэнглеА. Эмоциональное выгорание с позиции экзистенциального анализа. Вопросы психологии. М, 2008. No2. С.3–16.

45. Малюкова Ф. Р. Внутриличностные факторы развития профессионального выгорания: материалы науч. конф. «Ананьевские чтения – 2014», Санкт-Петербург, 21–23 окт. 2014 г. / отв. ред. Г. С. Никифоров. СПб. : Скифия-принт, 2014. С. 85–87.

46. Матвієнко О. М. Культура здоров'я персоналу та синдром психоемоційного «вигорання»: стратегія і тактика подолання. Персонал. М, 2007. N 1. С. 13–16

47. Мруга М.Р. Структурно-функціональна модель професійної компетентності майбутнього лікаря як основи діагностування його фахових якостей: автореф. дис.....канд..пед.наук: спец. 13.00.04 / Мруга Марина Рашидівна. К.,2007. -26 с.

48. Мусохранова М. Б. Формирование речевой компетентности будущего врача в процессе обучения иностранному языку : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.08 / Мусохранова М. Б. Омск, 2002. 219 с.

49. Муфтахова Ф.С. Изучение проблемы эмоционального выгорания и поведение преодоления в стрессовых ситуациях. Вестник Башкирского университета. 2009. Т.14. No1. С.290–293.

50. Надёжина М. А. Личностные и организационные детерминанты психического выгорания в управленческой деятельности : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.03 / М. А. Надёжина. Ярославль, 2011. 214 с.

51. Назарук Н.В. Психологічні засоби профілактики «професійного вигорання» вчителя : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Назарук Н. В. –Івано-Франківськ, 2007. 320с
52. Никоненко, І. О. (2015). Особливості стресогенних ситуацій у професійній діяльності лікарів-хірургів. *Технології розвитку інтелекту*. 2015. 1, № 10. С.24-27
53. Орел В.Е. Исследование феномена выгорания в отечественной и зарубежной психологии / В.Е.Орел.Проблемы общей и организационной психологии: сб.научн. трудов / научн. ред. А.В.Карпов. Ярославль, 1996. С.76–97.117.
54. Орел В. Е. Особенности проявления психологического выгорания в мотивационной сфере личности / В. Е. Орел. Вестник Томского государственного педагогического университета. Серия: Психология. Томск, 2005. Вып.1 (45). С. 55–62.
55. Орел В.Е. Синдром психического выгорания. Мифы и реальность. Х.: Изд-во «Гуманитарный центр», 2014. 296с.118.
56. Орел В.Е. Структурно-функциональная организация и генезис психического выгорания: дисс. ... доктора психол. наук : 19.00.03 / Орёл Валерий Емельянович. Ярославль, 2005. –608с.
57. Островський М. М. Синдром професійного «вигорання» в сімейній медицині: шляхи діагностики та профілактики / М. М. Островський, М. В. Франко. Практична медицина. 2008. Т.14. N 4. С. 13–19.
58. Підгурська В.П., Мірошніченко О.А., Управлінська діяльність керівника з попередження синдрому «професійного вигорання»у суб'єктів навчально-виховного процесу, ЖИТОМИРСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІВАНА ФРАНКА, 2014р
59. Платонов Ю. П.. МГО Психологія конфліктної поведінки. СПб.: Речь, 2009. 544 с.
60. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб. : Питер, 2002. 1024 с

61. Пономаренко В.А. Психология жизни и труда летчика. М.: Воениздат, 1992. –
62. Пиріг Л. А. Медицина і українське суспільство : зб. мед. публіц. пр. К. : Б. в., 1998. 472 с.
63. Ракицкая А. В. Особенности синдрома эмоционального выгорания у педагогов с различным уровнем личностной и ситуативной агрессии. Психология обучения. 2015. N 4. С. 78–90.
64. Решетова Т. В. Стоматолог, помоги себе сам. Стоматологический вестник. 2006. No 2. С. 12–17.
65. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологи. М.,1989. С.102
66. Самоукина Н.В. Психология профессиональной деятельности. СПб.: Питер, 2003. 224с
67. Сапожникова Р.Б. Психологические факторы формирования самоотношения личности: автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. психол. наук: спец. 19.00.01 / Р.Б. Сапожникова. Новосибирск, 1998. 21с.
68. Селье Г. Стресс без дистресса. Рига: Внeda, 1992. 109с.
69. Смирнов Р. Основы психологии спорта и физической культуры. Слобожанський науково-спортивний весник 3, 2014. С. 86-89
70. Сторли Ф. Дж. Синдром выгорания: разработка концепции (синдром выгорания) / Ф. Дж. Сторли / Электронный ресурс. Режим доступа: <http://www.edinorog.boom.ru/psimaster/bornoutconcept.htm>
71. Стресс, выгорание, совладание в современном контексте / под. ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко. М.: Изд-во «Институт психологи РАН», 2011. 512с
72. Тамакова Т. А. Психологические аспекты «профессионального выгорания» в деятельности медицинского работника. Матеріали VI Всеукраїнської науково-практичної конференції. К., 2005.
73. Темиров Т. В. Психологические закономерности динамики психического выгорания личности педагога : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.07 / Т. В. Темиров ; ГОУ ВПО «Нижегородский государственный архи-

тектурно-строительный университет»; ГОУ ВПО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова. Н. Новгород, 2011. 44 с.

74. Толочек В. А. Современная психология труда: учебн. пособие. СПб.: Питер, 2005. 479 с.

75. Трунов Д. Г. «Синдром сгорания»: позитивный подход к проблеме. Журнал практического психолога. М, 1998. № 5. С. 84–89.

76. Феномен професійного вигорання: причини виникнення та шляхи подолання/ Олена Бернацька. Практичний психолог: дитячий садок. 2013. №3. с.33

77. Філоненко, М. М. *Психологія особистісного становлення майбутнього лікаря*: дис. ... доктора психол.наук : 19.00.03/ Інститут психології імені ГС Костюка. К, 2016, с.43-48

78. Форманюк Т. В. Синдром «эмоционального сгорания» как показатель профессиональной дезадаптации учителя. Вопросы психологии. 1994. № 6. С. 57–65

79. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. Будапешт: Изд-во АН Венгрии, 1988. 338с

80. Шадриков В.Д. Проблемы системогенеза профессиональной деятельности. М.: Логос, 2002. 256 с.

81. Юр'єва Л.М. Професійне вигорання у медичних працівників. Формування, профілактика і корекція. К.: Сфера, 2004. 272с

82. Bäuerle D. Supervision in der Sozialpädagogik und Sozialarbeit / D.Bäuerle // Neues Beginnen. 1969. 21ff. S.23

83. Bradley H.B. Community-based treatment for young adult offenders 1969. No15. P.359–370 Mode of access : <http://cad.sagepub.com/content/15/3/359.short>.

84. Brock B.L. Avoiding Burnout: A Principal's Guide to Keeping the Fire Alive. Thousand Oaks, CA : Corwin Press, 2002. 136p.

85. Burisch M. Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. M.Burisch. [3. Auflage]. Berlin : Heidelberg Springer Medizin Verlag, 2006. 314s.

86. Carter R. Brace for Burnouts In Crisis Economy, Davos Experts Say / J.Globe. 2011. [Jan.30]. Mode of access: <http://www.thejakar-taglobe.com/bisworld/brace-for-burnouts-in-crisis-econo-my-davos-experts-say/419882>
87. Cherniss C. Professional burnout in human service organizations/ Cary Cherniss. New York: Praeger, 1980. 233p.
88. Edelwich J. Burn-out : Stages of Disillusionment in the Helping Profession/ Jerry Edelwich, Archie Brodsky. New York: Human Sciences Press, 1980. 255p.
89. Freudenberger H.J. Staff burn-out. Journal of Social Issues. 1974. Vol.30. P.159–165.
90. Kuunarpuu H. The burnout syndrome. Tallinn, 1984. P.65–75.
91. Leiter M.P. Banishing Burnout: six strategies for improving your relationship with work. SF, CA: John Wiley & Sons, 2005. –193p.
92. Maher E.L. Burnout and commitment: A theoretical alternative. Personnel and Guidance Journal. 1983. Vol.61. P.390–393
93. Maslach C. Maslach burnout inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986
94. Maslach C. Yob burnout : how people cope. W. : Public Wealf, 1978. 356 p.
95. Professional burnout: Recent developments in theory and research. Washington DC: Taylor & Francis, 1993. 292p
96. Schepard I.D. Additive pressor effects of caffeine and stress in male medical students at risk for hypertension / I.D. Schepard, M. Al’Absi, T.L. Whitsett, R.B. Passey, W.R. Lovallo. Am. J. Hypertens. 2000. V. 13. P. 475–48
97. Schwartz M.S. Low morale and mutual withdrawal on a mental hospital ward/ M.S.Schwartz, G.T.Will. Psychiatry. 1953. Vol.XVI. P.337–353
98. The Oxford Dictionary of Sports Science & Medicine / Michael Kent. – Oxford University Press. Mode of access: <http://www.answers.com/topic/flame-out-1#ixzz1TWOc2sAF>

ДОДАТОК А

Анкетні данні:

1. Профіль відділення: хірургічний/ терапевтичний
2. Стаж роботи

ОПИТУВАЛЬНИК «ПСИХІЧНЕ ВИГОРАННЯ»
(РОЗРОБЛЕНИЙ Н.Є.ВОДОП'ЯНОВОЮ, О.С.СТАРЧЕНКОВОЮ НА
ОСНОВІ МОДЕЛІ К.МАСЛАЧ ТА С.ДЖЕКСОН)

Інструкція. Вам пропонується 22 твердження про почуття та переживання, пов'язані з роботою. Будь ласка, прочитайте уважно кожне твердження і вирішіть, чи відчуваєте Ви себе таким чином відносно Вашої роботи. Якщо у Вас не було такого почуття, у бланку відповідей позначте позицію 0 – «ніколи». Якщо у Вас було таке почуття, вкажіть, як часто Ви його відчували. Для цього навпроти питання поставте бал, що відповідає частоті переживань того чи іншого почуття.

0	1	2	3	4	5	6
ніколи	дуже рідко	рідко	іноді	часто	дуже часто	Завжди

Текст опитувальника

1. Я відчуваю себе емоційно знищеним.
2. Після роботи я відчуваюся як вичавлений лимон.
3. Зранку я відчуваю втому і небажання йти на роботу.
4. Я добре розумію, що відчувають мої підлеглі й колеги, і стараюся враховувати це в інтересах справи.
5. Я відчуваю, що спілкуюся з деякими підлеглими й колегами як з предметами (без тепла і симпатії до них).

6. Після роботи хочеться на деякий час усамітнитися від усіх і всього.
7. Я вмію знаходити правильне рішення в конфліктних ситуаціях, що виникають у розмові з друзями.
8. Я відчуваю пригніченість і апатію.
9. Я упевнений, що моя робота потрібна людям.
10. Останнім часом я став більш черствим до тих, з ким працюю.
11. Я помічаю, що моя робота дратує мене
12. У мене багато планів на майбутнє і я вірю у їх здійснення.
13. Моя робота все більше мене розчаровує
14. Я думаю, що дуже багато працюю.
15. Буває, що дійсно мені байдуже те, що відбувається з ким-небудь із моїх підлеглих і друзів.
16. Мені хочеться усамітнитися і відпочити від усього.
17. Я легко можу створити атмосферу доброзичливості і співпраці в колективі.
18. Під час роботи я відчуваю приємне задоволення.
19. Завдяки своїй роботі я вже зробив у житті багато дійсно цінного.
20. Я відчуваю байдужість і втрату цікавості до всього, що задовольняло б мене в моїй роботі.
21. На роботі спокійно справляюся з емоційними проблемами.
22. Останнім часом я бачу, що друзі і підлегли всі частіше перекладають на мене тягар своїх проблем та обов'язків.

ДОДАТОК Б

Бланки з досліджуваних.