

Міністерство освіти і науки України
Ніжинський державний університет імені Миколи Гоголя
Факультет психології та соціальної роботи
Кафедра загальної та практичної психології

Освітньо-професійна програма «Психологія. Практична психологія»
Спеціальність «053 Психологія»

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

На здобуття освітнього ступеня магістр

**«ОСОБЛИВОСТІ ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ У МЕДИЧНИХ
ПРАЦІВНИКІВ»**

студента/студентки Кудра Тетяна Іванівна
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача освітнього ступеня)

Науковий керівник: канд.психол.н., доц. Кресан О.Д.
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

Рецензент: д.психол.н, проф. Папуча М.В.
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

Рецензент: канд.психол.н., доц. Михайлова О.І.
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

Допущено до захисту

Завідувач кафедри

професор Папуча М.В. _____

(підпис, дата)

Ніжин – 2020 рік

Зміст	
ВСТУП	3
РОЗДІЛ I. ПОНЯТТЯ СТРЕСУ В РОБОТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	
1.1 Поняття стресу, його види, ознаки і причини.....	6
1.2.Особливості та стадії стресу.....	11
1.3. Синдром емоційного вигорання серед медичних працівників як наслідок тривалого стресу	17
РОЗДІЛ II. ПСИХОЛОГІЧНІ МЕТОДИКИ ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ	
2.1 Копінг-стратегії, як засоби подолання та профілактики стресу.	22
2.2 Копінг-тест Лазаруса. Оцінка поведінки у важкій життєвій ситуації.	28
РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СТРЕСУ НА МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА ЙОГО ПОДОЛАННЯ	
3.1 Опис дослідження.....	31
3.2 Дослідження стресів у медичних працівників.....	33
3.3 Профілактика та подолання стресу у медичних працівників....	37
Висновки	39
Список використаної літератури	40
Додатки	45

ВСТУП

Вивчення проблеми стресу і механізмів індивідуальної стійкості до нього при сучасному рівні науково-технічного прогресу є особливо актуальним. Без сумніву, емоційний стрес – це загально-людська проблема, яка набула гострої соціальної направленості і перейшла від вузькомедичної в розряд загальносоціальних проблем. Хронічний стрес грає велику роль як в житті окремого індивіда, так і в суспільстві в цілому. За даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я, кожна четверта людина на Землі має певні проблеми з психічним здоров'ям, велика кількість яких обумовлена стресами. Робота з людьми, а особливо хворими, до якої відноситься діяльність медичного працівника, в силу високих вимог, особливої відповідальності і емоційних навантажень, потенційно містить у собі небезпеку важких переживань, пов'язаних із робочими моментами і як наслідок, високу вірогідність виникнення професійного стресу.

Трудова діяльність людини насичена професійним стресом, що втілений в негативних психічних і фізичних реакціях у перенапруженій ситуації. Профілактика та управління стресом в організації є одним з найважливіших напрямків в системі управління персоналом медичного закладу, оскільки у нинішніх умовах, робота у сфері медицини особливо жорсткі вимоги висуває до психологічних особливостей фахівця-професіонала.

На сьогодні дуже незначне число робіт присвячені вивченню стресостійкості в професійній діяльності медичних працівників, що свідчить про недостатню увагу дослідників до розробки цієї проблеми. Зокрема дослідження професійного стресу у медичних працівників відображені в роботах Винокура В. А. Серед робіт, випущених нещодавно, можна відзначити таких авторів, як: Водоп'янова Н.Є. Каменюкін А.Г. Нестеров О.В., Прохоров А.О. та ін. Дослідження професійного стресу у медичних працівників відображені в роботах Єрмолаєва Л.А., Кобякова О.С. Лимаренко В.М., та ін.

Мета дослідження – дослідити особливості подолання стресу у медичних працівників.

Об’єкт дослідження – особливості стресів у медичних працівників.

Предмет дослідження – особливості подолання стресів у медичних працівників.

Завдання:

- 1) Здійснити теоретико-методологічний аналіз проблеми стресу, його особливостей та наслідків.
- 2) Дослідити особливості подолання стресу та копінг-стратегії особистості.
- 3) Емпірично дослідити особливості подолання стресу медичними працівниками.

Гіпотеза дослідження – медичні працівники мають високий рівень стресу; способами подолання стресу в медичних працівників, які використовуються найчастіше, є копінг-стратегії (копінг-тест Р. Лазаруса).

Стратегії групуються в три категорії:

- 1) продуктивне копіювання (робота над подоланням проблеми збереження оптимізму і взаємодії з оточуючими);
- 2) непродуктивне копіювання (ізоляція через неможливість протистояти проблемі);
- 3) звернення до інших (за підтримкою у вирішенні проблеми).

Як бачимо, поряд з ефективністю та неефективністю стратегій існує аспект соціальної діяльності, який не можна однозначно оцінити як ефективний або неефективний.

Для розв’язання поставлених завдань використано **комплекс теоретичних та емпіричних методів:** методи аналізу та узагальнення психологічної літератури стосовно особливостей подолання стресу у медичних працівників; діагностичні методики Холмса і Раге, «Шкала професійного стресу» Т.Кокса.

Апробацію результатів роботи здійснено через участь у конференціях та публікацію їх матеріалів:

1. Конференція молодих науковців «Молодь у науці» (13-22 травня 2020 р.), м.Ніжин.
2. X Ювілейна міжнародна науково-практична конференція «Внутрішній світ особистості» (5-6 листопада 2020 р.), м.Ніжин.

Структура та обсяг роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, методичний апарат дослідження подано у 2 додатках на 11 сторінках. Робота містить 4 таблиці, та 3 діаграми. Загальний обсяг роботи – 55 сторінок, основна її частина займає 33 сторінки.

РОЗДІЛ І. ПОНЯТТЯ СТРЕСУ В РОБОТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

1.1 Поняття стресу, його види, ознаки і причини

Стреси повсякденно зустрічаються у нашому житті і, безумовно кожен з нас не може їх обійти осторонь, проте без стресів людина в суспільстві ніколи б не зуміла збалансовано жити і продовжувати своє життя. Кожен з нас звик до думки, що стрес – індикатор організму на прояв негативного фактора. Знаходить своє відображення він у пригніченні психо-емоційного стану людини. Однак, погляд наукової спільноти на стрес не зовсім однозначний. Наш організм зобов'язаний пристосовуватись до невідомих раніше викликів і проблем. Зможете переформатуватися – зможете вижити.

Відомо універсальний рецепт, котрий дає змогу усім живим організмам залишатися гнучкими за різних умов. І цей рецепт – стрес. Виключно завдячуючи стресам ми взмозі адаптуватись до змін у суспільному середовищі. І неважливо, довподобі нам чи не зовсім ті обставини, в які ми потрапили.

Термін «стрес» був введений американським фізіологом Уолтером Кенноном у 1932 році. Більш широкого вжитку термін набув завдяки канадському ендокринологу Гансу Сельє [41], який пояснив основні механізми адаптації організму.

Г. Сельє визначив три стадії адаптивного синдрому (стресу):

Перша стадія (стадія тривоги) народжується безпосередньою першою реакцією на подразник, відбувається адаптація коригування, спостерігається тривога і мобілізація ресурсів організму. На даному етапі гостро розвивається емоційне збудження, яке виступає руйнівником поведінки. Порушується складний процес аналізу та формування діяльності, вибору найкращої стратегії.

Друга стадія - стадія опору (стабілізації) - спостерігається баланс запасів адаптації організму.

Третя стадія (стадія виснаження), яка може починатися з надмірної інтенсивності стресів, організм зазнає структурних коригувань. Для подальшої адаптації організм використовує енергоресурси, які не можна поповнювати. На цьому етапі тіло виснажується. [41]

В свою чергу Т. Кокс (1981), розглядаючи такий підхід до концепції стресу, вважає його близьким до фізіологічної моделі стресу. Загальним недоліком теорії Сельє є недооцінка психологічних факторів у розвитку стресових станів, стверджуючи, що в основному фізіологічна реакція визначається не безпосередньо наявністю стресу, а його психологічним впливом на особистість. Далі Кокс представляє стресові концепції з точки зору моделі, заснованої на подразниках, які вважаються дещо тривожними або руйнівними, і, нарешті, моделлю, заснованою на взаємодії. Інший підхід заснований на твердженні, що стрес виникає з існуючих особливих відносин між людиною і її оточенням. Жоден з цих підходів, на думку самого автора, не дає належного тлумачення фізіологічних механізмів стресу. [54]

Складність розкриття психофізіологічних механізмів стресу пояснюється насамперед тим, що в перших публікаціях Г. Сельє не розглядалася участь нейронних регуляторних механізмів у формуванні стресу. Виходячи з цього П.К. Анохін пише: «... Теорія стресу Ганса Сельє, яка виключає участь нервової системи в активних реакціях організму на стрес, недостатня для пояснення механізму патологічних станів».[7] Крім того, Г. Сельє побудував загальну схему реагування на стрес, детально вивчаючи ендокринну ланку «гіпофіз - кора надниркових залоз». Однак він не намагався проаналізувати роль іншого значного стрес-менеджменту. Цей зв'язок, не будучи індивідуально ні нервом, ні ендокрином, можна охарактеризувати як єдину нейроендокринну систему, представлену в організмі пептидними гормонами і медіаторами симпато - адреномедулярної системи і дифузної тканини хромафіну.

Розвиток стресу для всіх організмів характеризується одноманітністю. Його початок супроводжується стадією тривожності, котра протікає від

декількох секунд до 48 годин. В цьому проміжку організм, немов старається «зорієнтуватися» у виниклій ситуації. Спершу він знаходиться у стані розгубленості. Під впливом сильних стресорів відслідковується зниження кров'яного тиску, м'язового тону, температури. В наслідок цього початковий стан стадії тривожності іменують фазою шоку.

Під стресом розуміється психологічний стан людини, під час якого відчувається потужна психічна та фізична активність. Схожий стан є реакцією організму, викликаний зовнішніми і внутрішніми подразниками, як негативними, так і позитивними. До зовнішніх подразників можуть бути віднесено перенапруження, негативні емоції, монотонна метушня, надмірна радість. [2]

Психологи встановили корисність відчуття стану стресу в невеликих дозах кожною людиною, адже це стимулює на пошук виходу с проблеми, роздуми, що життя без стресу було б не цікавим. За допомогою стресів організм людини насичується новими корисними явищами, котрі потрібні для боротьби за існування. Наприклад, завдячуючи реакції на стрес виробляються антитіла під час боротьби з інфекцією. [19]

Однак, в іншому випадку, якщо людина повсякчас живе під гнітом стресу, то відбувається зниження продуктивності її роботи, виснаження організму, втрата сил, здатності вирішувати проблеми.

Відомо декілька ознак стресу, які притаманні переважній більшості людей:

- роздратованість, пригніченість, котрі не зумовлені наявністю особливих причин.
- неспроможність зосередитися на роботі.
- проблеми концентрації пам'яті, уповільненість розумового процесу, постійні помилки.
- частий головний біль, шлункові болі, які не мають органічних причин.
- депресія, фізична слабкість, небажання будь-що робити, постійна втома.

- зменшення апетиту або постійний голод.
- втрата почуття гумору.
- надмірне використання шкідливих звичок.
- підвищена збудливість і образливість.
- постійна присутність бажання «пролити сльози», сльозливість, що переростає в ридання, тужливість, песимізм, жалість до своєї персони.
- апатія до оточуючих, рідних та близьких людей.
- нездатність розслабитися, позбутися своїх проблем і незгод.
- деколи присутні нервови тики, набридливі звички: людина кусає губи, гризе нігті. Спостерігається метушливість, недовіра до всіх оточуючих.

Зазначені симптоми здатні з'являтися один за одним після того, як організм сприйняв зовнішній подразник, їхня наявність може викликати нервовий зрив. [6]

Загалом вирізняють два види стресів:

- евстресс: позитивний стрес, під час якого збуджуються пізнавальні процеси та процеси самопізнання, осмислення ревальності, активізується пам'ять.
- дистрес: негативний стрес.

Причини стресу.

Схильність до стресів притаманна як чоловікам, так і жінкам, але кожен організм має власні особливості. Помічені людиною власні ознаки стресу, зобов'язують відразу виявити його причини, з метою спрощення боротьби зі стресом

Вирізняють зовнішні причини стресу, наприклад:

- зміна місця роботи
- смерть родича
- захворювання
- кліматичні умови

Розрізняють так само внутрішні причини стресу, такі як:

- життєві цінності і переконання

- власна самооцінка

На діаграммі представленні причини стресів по ступенням важкості:

Діаграма 1.1



Коли людина довго піддається стресу, то це може призвести до:

- інсульту.
- захворювання шлунково-кишкового тракту (виразка, порушення апетиту, запори, діарея)
- порушенням сну (безсоння, сонливість).
- імпотенції і інших розладів.
- прискоренню старіння, різкого погіршення стану волосся, шкіри, нігтів.
- появи серцево-судинних захворювань (гіпертонія, тахікардія, стенокардія)
- виникненню деяких шкірних захворювань, наприклад екземи.
- стрес може стати причиною ракових захворювань в організмі людини.

Отже, під стресом ми розуміємо явище притаманно більшості людей в сучасному суспільстві, проте особливо схильними до стресів є професії типу «людина – людина», серед яких основне місце займають медичні працівники та персонал. Отже, розглянемо детальніше особливості стресу, його стадії та характеристики по відношенню до медичних працівників.

1.2 Особливості та стадії стресу

У ході розвитку стресу виокремлюють три стадії [53]:

1. Тривога - первинна стадія, яка з'являється з появою подразника, що породжує стрес. Наявність згаданого подразника проковує ряд фізіологічних змін: дихання стає прискореним, підіймається тиск, підвищується пульс. Зазнають змін і психічні функції: зосередження уваги на подразнику, проявляється завищений особистісний контроль ситуації. Сукупно це спрямовано згуртувати захисні можливості організму і механізми саморегуляції на оборону від стресу. Якщо цієї дії достатньо, то тривога і хвилювання пригнічуються, стрес зникає. Більша частина стресів долається на цій стадії.

2. Стадія опору настає при умові, коли проковуючий стрес фактор продовжує діяти. Тоді організм обороняється від стресу, залучаючи "резервні" сили, породжуючи оптимальність навантаження всіх систем організму.

3. Стадія виснаження. В разі подовження дії подразника відбувається зниження можливостей протистояння стресові, адже виснажуються резерви людини. Знижується сукупна опірність організму. Стрес "захоплює" людину і може привести її до хвороби.

Під час дії дратівного фактора в людини відбувається оціночне формування ситуації, як загрозової. Міра загрози в кожного своя, проте при будь яких обставинах вона викликає негативні емоції. Усвідомлення загрози і присутність негативних емоцій спонукають людину на подолання шкідливих чинників: вона прикладає зусиль на боротьбу з фактором, що загрожує знищенням його або "піти" від нього убік. Для цієї мети особистість не жалкує

жодних своїх сил. Якщо ситуація не вирішується, а сили для боротьби вичерпуються, не виключені неврози та ряд незворотних, негативних змін в організмі людини.

Оскільки в однотипних ситуаціях одні люди вбачають загрозу різного ступеня, а інші при таких же умовах не вбачають її зовсім, то і стрес і його ступінь у кожного відмінні.

Стресовий стан може приймати загострену форму або хронічний характер. Існувала думка, що провокатором стресу здатні екстримальні ситуації. У такому випадку ми маємо справу з гострим стресом. В наш час існування суспільства в умовах постійного інформаційного перевантаження має наслідком появу хронічних форм стресу. В сучасному житті стрес прийняв характер епідемії.

Завдяки процесу адаптації досягається збереження гомеостазу при взаємодії організму з зовнішнім світом.

Психічна адаптація є суцільним процесом, який, поряд із власне психічною адаптацією (тобто підтримкою психічного гомеостазу), містить у собі ще два аспекти [54]:

1. оптимізацію постійного впливу індивідуума з оточенням;
2. встановлення адекватної відповідності між психічними і фізіологічними характеристиками.

Загалом, оскільки індивідууми не схожі один на одного, багато що залежить від фактора особистості. Наприклад, в системі «людина-оточення» рівень емоційної напруги зростає в міру зростання відмінностей між умовами, в яких формуються механізми суб'єкта, і новоствореними. Таким чином, певні умови викликають емоційну напругу не через їх абсолютну жорсткість, а в результаті невідповідності цим умовам емоційного механізму особистості.

При будь-якому порушенні балансу людського середовища, відсутність психічних або фізичних ресурсів особистості для задоволення поточних потреб або невідповідність самої системи потреб є джерелом тривоги. Тривога може відігравати захисну і мотиваційну роль, порівнянну з болем. Підвищена

активність, зміна поведінки або включення інтрапсихічних механізмів адаптації пов'язані з тривогою. Але тривога може не тільки стимулювати активність, але і сприяти руйнуванню недостатньо адаптивних поведінкових стереотипів, замінюючи їх більш відповідними формами поведінки.

На відміну від болю, тривога є сигналом небезпеки, який ще не реалізований. Прогнозування цієї ситуації є результативним і в кінцевому підсумку залежить від особливостей особистості. При цьому фактор особистості часто відіграє вирішальну роль, і в цьому випадку інтенсивність тривоги відображає індивідуальні особливості предмета, а не реальне значення загрози. Тривога, за інтенсивністю та тривалістю неадекватної ситуації, перешкоджає формуванню адаптивної поведінки, призводить до зриву поведінкової інтеграції та загальної дезорганізації психіки людини. Таким чином, тривога буває в основі будь-яких змін психічного стану і поведінки, викликаних психічним стресом [17]. Існує декілька станів, які є невід'ємними елементами процесу психічної адаптації: 1) відчуття внутрішньої напруги - не має яскраво вираженого відтінку загрози, служить лише сигналом його наближення, створюючи хворобливий психічний дискомфорт;

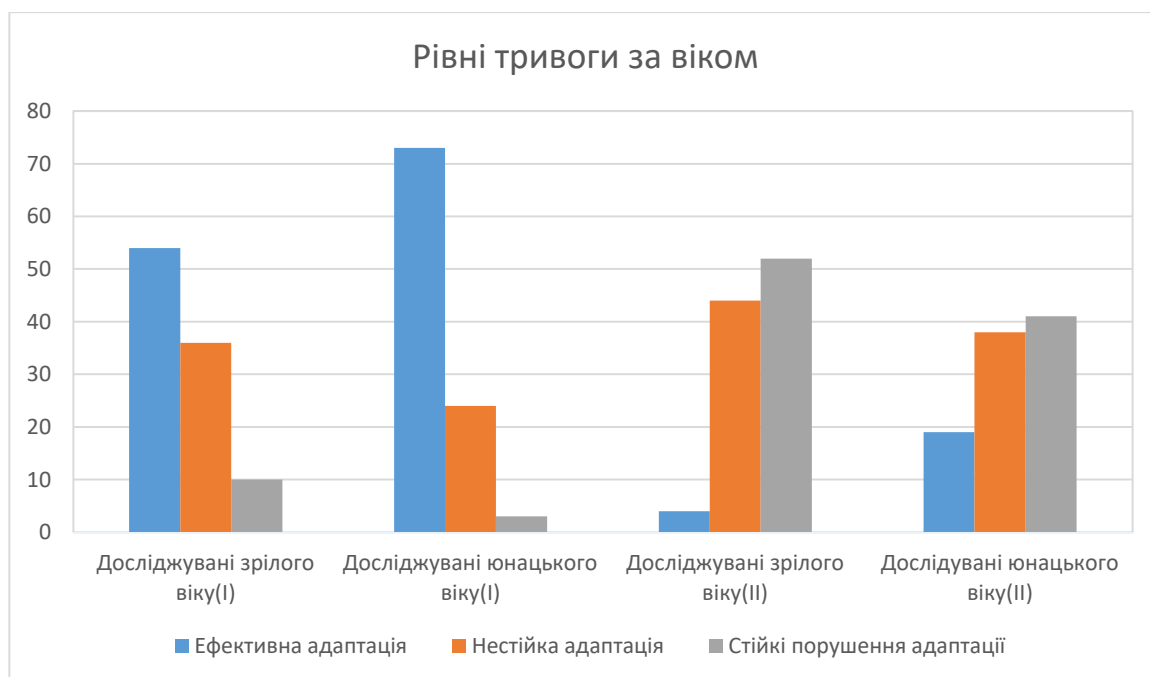
2) Гіперезичні реакції - тривога зростає, раніше нейтральні подразники набувають негативного забарвлення, підвищеної дратівливості; 3) Фактична тривога проявляється як невизначена загроза. Характеристика: неможливість визначити характер загрози, передбачити час її виникнення. Часто відбувається неадекватна логічна обробка, яка через відсутність фактів дається неправильний висновок; 4) Страх – це базова емоція, яка виникає в реальній або передбачуваній ситуації небезпеки. Страх робить нас більш обережними і зібраними. Це одна з вроджених емоцій, яка допомагає людині за несприятливих чи загрозливих умов; 5) відчуття неминучості катастрофи, що насувається - зростаюча інтенсивність тривожних розладів призводить до того, що неможливо запобігти майбутній події;

6) Збудження – це гострий психотичний стан, зумовлений різними психічними захворюваннями, що супроводжується руховим і мовним

збудженням. Процес збудження виникає в усіх органах і системах, які складаються з нервової і м'язової тканини.

За дослідженнями психолога К. Зінькова схема рівня тривоги за віком виглядає так:

Діаграма 1.2



Таким чином, ми бачимо, що молодь більш адаптивна і менш схильна до зовнішньої тривоги, ніж люди похилого віку. Слід зробити висновок, що чим гнучкішою є нервова система людини, чим молодший вік і має свідомість, вільну від упереджень, тим легший процес адаптації і тим менш боляче переносяться стресові ситуації. До речі, за гіпотезою Сальє, старіння є результатом всіх стресів, до яких організм піддався протягом життя. Він відповідає «фазі виснаження» загального адаптивного синдрому, який в деякому роді є прискореним варіантом нормального старіння. Будь-який стрес, особливо викликаний безплідними зусиллями, залишає після себе незворотні хімічні зміни; їх накопичення викликає ознаки старіння в тканинах. Особливо тяжкі наслідки викликає пошкодження головного мозку і нервових

клітин. Але успіх, яким би він не був, залишає менше наслідків старіння, тому, каже Сельє, ви можете жити щасливо, якщо ви виберете правильну роботу і добре впораєтеся з нею. Підвищена тривожність призводить до збільшення інтенсивності двох взаємопов'язаних адаптивних механізмів:

1) алопсихічного механізму, який працює при зміні поведінкової активності. Як це зробити: змінити ситуацію або вийти з неї.

2) Внутрішньопсихічний механізм - забезпечує зниження тривожності шляхом переорієнтації особистості. Існує кілька видів захисту, які використовуються внутрішньопсихічним механізмом психічної адаптації: 1) перешкоджання усвідомленню тривожних факторів; 2) Фіксація тривоги на конкретних подразниках; 3) Зниження рівня мотивації, тобто девальвація початкових потреб; 4) концептуалізація.

Тривога, незважаючи на велику кількість різних семантичних формулювань, є єдиним явищем і служить механізмом емоційного стресу. У разі будь-якого дисбалансу в системі людського середовища він активізує механізми адаптації, і в той же час, при високій інтенсивності, сягає кореня розвитку адаптивних розладів. Підвищення рівня тривожності призводить до включення або посилення внутрішньопсихічних механізмів адаптації. Ці механізми можуть сприяти ефективній психічній адаптації шляхом зниження тривожності, і якщо вони є неадекватними, відбиваються на типи адаптивних розладів, які відповідають природі прикордонних психопатологічних явищ, які виникають. Організація емоційного стресу передбачає труднощі з реалізацією мотивації, блокування мотивованої поведінки, тобто розчарування. Поєднання фрустрації, занепокоєння та їх взаємозв'язку з алопсихічними та внутрішньопсихічними адаптаціями становить основне тіло стресу. Ефективність психічної адаптації безпосередньо залежить від організації мікросоціальної взаємодії. У конфліктних ситуаціях в сімейній або виробничій сфері труднощі в побудові неформальної комунікації, порушення механічної адаптації були набагато більш поширеними, ніж при ефективній соціальній взаємодії. Адаптація також безпосередньо пов'язана з аналізом

Оцінка особистих якостей оточуючих як привабливого фактора в переважній більшості випадків поєднувалася з ефективною розумовою адаптацією, а оцінка тих же якостей, що і відразливий фактор - з його розладами. Але це не просто аналіз факторів навколишнього середовища, який визначає рівень адаптації та емоційної напруги. Також повинні враховуватися індивідуальні якості, стан найближчого оточення і характеристики групи, в якій здійснюються мікросоціальні взаємодії.

Ефективна психічна адаптація є однією з передумов успішної професійної діяльності. У професійному управлінні стресові ситуації можуть бути створені динамікою подій, необхідністю швидкого прийняття рішень, невідповідністю між індивідуальними характеристиками, ритмом і характером діяльності. Факторами, що сприяють емоційному стресу в цих ситуаціях, можуть бути відсутність інформації, протиріччя, надмірна різноманітність або одноманітність, оцінка роботи як перевищення здатності людини до обсягу або ступеня складності, суперечливих або невизначених вимог, критичних обставин або ризику при прийнятті рішення. Важливими факторами, що покращують психічну адаптацію в професійних групах, є соціальна згуртованість, здатність будувати міжособистісні стосунки, можливість відкритого спілкування. У зв'язку з вищесказаним стає зрозуміло, що без досліджень психічної адаптації це буде неповний розгляд будь-якої проблеми психічної непослідовності, а аналіз описаних аспектів процесу адаптації здається невід'ємною частиною психології людини.

Таким чином, проблема психічної адаптації є важливою сферою наукових досліджень, розташованою на перетині різних галузей знань, які набуває все більшого значення в сучасних умовах. У зв'язку з цим адаптивну концепцію можна розглядати як один з перспективних підходів до інтегрованого вивчення людини.

1.3 Синдром емоційного вигорання серед медичних працівників як наслідок тривалого стресу.

Синдром вигорання – це фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження. Згаданий синдром кваліфікується, як стрес реакція по відношенню до виробничих та емоційних вимог, що беруть початок від надмірної відданості людини своїй роботі із похідною при цьому зневагою до сім'ї, сімейних цінностей та дозвілля. Постійне чи прогресуюче погіршення рівноваги неухильно призводить до «професійного вигорання». «Вигорання» є не лише результатом стресу, а наслідком некерованого стресу. Цей стан з'являється внаслідок внутрішнього зосередження негативних емоцій без своєрідної «розрядки» або «звільнення» від них. В загальному - це дистрес або остання стадія загального адаптаційного синдрому – стадія виснаження.

Серед симптомів, що з'являються першими, можна виділити загальне почуття втоми, вороже ставлення до роботи, загальне невизначене почуття занепокоєння. Така робота сприймається, як постійно ускладнена та позбавлена результативності. Людина здатна до легко виникаючої дратівливості, почуття виснаженості та пісимістичного погляду до оточуючих подій.

Науковцям відомі дані про взаємозв'язок рівня освіти і вигоранням. Більш освідені люди ставлять собі завищені вимоги, переконані, що не можуть реалізувати свої можливості (людина займає не ту посаду, якій вона відповідає за кваліфікацією або освітою).

Синдром вигорання характеризується виражається симптоматикою.

Психофізичні симптоми:

- відчуття незникаючої втоми не лише вранці а й щовечора;
- відчуття емоційного і фізичного виснаження;
- зниження сприйнятливості і реактивності внаслідок змін зовнішнього середовища;

- загальна асенізація (слабкість, зниження активності й енергійності, погіршення біохімії крові і гормональних показників);

- частий головний біль без органічних причин, проблеми з шлунково-кишковим трактом;

- різка втрата або різке збільшення ваги;

- постійне або періодичне безсоння;

- постійний загальмований стан і сонливість протягом усього дня;

- задишка або ускладнення дихання за фізичного або емоційного навантаження;

- помітне зниження зовнішньої і внутрішньої сенсорної чутливості: погіршення зору, слуху, нюху і дотику тощо.

Соціально-психологічні симптоми:

- апатія, тужливість, пасивність і депресія;

- завищена дратівливість на мінімальні фактори;

- не виправдані ситуацією нервові зриви (спалахи невмотивованого гніву або відмова від спілкування);

- часті переживання негативних емоцій, без видимих причин;

- відчуття неусвідомленого неспокою і підвищеної тривожності;

- відчуття надмірної відповідальності і постійне почуття страху;

- песимістична установка на життєві і професійні здобутки в майбутньому.

Поведінкові симптоми:

- відчуття, що робота стає складнішою і що виконувати її дедалі важче;

- робітник самостійно змінює свій робочий час (збільшує або скорочує години праці);

- часто та без виправданих причин постійно бере роботу додому, але і вдома її не робить;

- керівнику складно приймати рішення; відчуття даремності, поневіряння, що справи «підуть в гору», зниження мотивації у ставленні до роботи, байдужість до її результатів;

- невиконання надважливих, основних напрямків у роботі і «зациклення» на дрібних дорученнях;
- дистанціювання від колег і клієнтів, зліт неадекватної критичності;
- зловживання алкоголем, різке зростання викурених за день цигарок, вживання наркотичних засобів.

Емоційне виснаження розцінюється психологами як основна складова «професійного вигорання» та характеризується зниженим емоційним забарвленням, байдужістю або емоційним перенасиченням.

Деперсоналізація відслідковується в деформації стосунків з іншими людьми. В одних випадках це може бути підвищення залежності, а в інших сплеск негативізму, цинічності налаштувань і почуттів щодо інших людей.

Редукція особистих досягнень знаходить своє відображення або в тенденції до негативного оцінювання своїй особистості, своїх професійних здобутків та успіхів, негативізмі щодо посадової гідності і можливостей, або у знеціненні особистої гідності, звуженні своїх можливостей, обов'язків стосовно інших, тощо.

Згідно з визначенням ВООЗ (2001), «синдром вигорання (burnout syndrome) — це фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, що характеризується порушенням продуктивності в роботі та втомою, 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. [2]

Зазвичай описаний синдром розглядається як стрес-реакція на виклик жорстких виробничих та емоційних вимог, що виникають внаслідок надмірної відданості людини своїй професії з похідною від цього зневагою до сімейних цінностей або відпочинку.

При сучасній професійній напруженості медичних працівників та втілення в їх роботу нових стандартів і підходів і введенні в їх роботу нових програм і підходів проблемним виглядає те, що працівник емоційно вигорає,

оскільки це є природний процес. Проблематика полягає в тому, що лікарі, зазвичай, не завжди це вчасно помічають. Тому надзвичайно важливим є виокремлення психодіагностичних прийомів оцінки рівня емоційного вигорання. Необхідне чітке визначення психологічних особливостей, структурних компонентів і функціональних механізмів вигорання та їх прив'язаності до основних індивідуально-психологічних особливостей медичних працівників. Це надасть змогу людині своєчасно звернути увагу на глибинність емоційного вигорання й зосередити внутрішні ресурси, а також застосувати профілактичні прийоми, вивчати себе, професійно, зважено і особистісно, досягати прогресу в розвитку. Якщо медичний працівник протягом тривалого часу займається професійною діяльністю, не відчуваючи особистої гармонії з медициною, тобто не бачить внутрішньої значимості, не може їй дійсно віддатися сповна, то невідворотно виникає внутрішнє спустошення, адже не відбувається діалогічного обміну, де людина не лише віддає, але й отримує. В кінцевому випадку патологія набуває характеру депресії.

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 інтеріоризація (сприйняття та переживання) обставин професійної діяльності, слабка мотивація емоційної віддачі в професійній діяльності, моральні дефекти та дезорганізація особистості.

У розвитку професійного вигорання важлива роль належить особистісним, ситуативним та професійним факторам. [14]

Дискутуючи про професійний аспект факторів синдрому емоційного вигорання лікарів, треба звернути увагу на те, що лікар перебуває в одній

ситуації з пацієнтом – у кризовій. В наслідок цього можна припустити, що лікар опосередковано підпадає під дію вторинного психологічного травмування. Емоційне вигорання – це процес, у якому лікар самостійно приймає активну участь і в разі появи ознак професійного вигорання на початку процесу у нього присутня можливість внести зміни у свої стосунки та своє життя.

Профілактичні заходи, що попереджують професійне емоційне вигорання, мають на меті особистісно-орієнтовані підходи, покликані покращити здатність особистості протидіяти стресу через зміну власної поведінки, стосунків. Зокрема, це повсякчасна внутрішня робота над собою, переосмислення поведінки, рефлексія емоційних станів, активний відпочинок, опанування методів саморегуляції. До того ж важливі заходи, спрямовані на зміну робочої обстановки: просвітницька робота щодо сутності та наслідків професійної деформації, створення комфортного психологічного клімату в колективі, проведення групових тренінгів, антистресові заходи.

РОЗДІЛ II. ПСИХОЛОГІЧНІ МЕТОДИКИ ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ

2.1 Копінг-стратегії як засоби подолання та профілактики стресу.

Копінг-стратегії – широке поняття з довгою і складною історією. Поняття копінгів вперше було введено Р. Лазарусом і Є. Фолкманом в рамках трансакційної моделі стресу. Згідно цієї моделі, стрес і емоції, що переживаються є результатом взаємодії процесів і людини. Відносний зміст емоцій (загроза, втрата, виклик) залежить як від контекста, так і від оцінки ситуації людиною, і взаємодії цих двох факторів, так би мовити “потік дій і реакцій” [15]. В наш час під копінгами розуміють, як правило, довільні і свідомі дії. За результатами дослідження Дж. Вейланда було виділено два види копінгів: проблемно-орієнтовані, направлені на подолання самого джерела стресу, і емоційно-орієнтовані направлені на подолання емоційного збудження, викликаного стресом. Останнім часом ці два види копінгів частіше розглядаються в контексті емоційної регуляції пускових механізмів активних дій, викликаних стресом. В своїх роботах Дж. Вейланд виділяє три взаємопов’язаних види емоційної регуляції:

- 1) регуляція емоцій, що переживаються (емоційно-орієнтовані копінги) тобто процесів підтримки управління емоційними станами;
- 2) регуляція поведінки(особистісних дій та виразу емоцій);
- 3) регуляція контекста, викликаного емоціями(проблемно-орієнтовані копінги).

Багаточисельність і різновид поняття копінг-стратегій і емпіричних підходів до їх дослідження та вимірів висуває на перший план задачу узагальнення існуючих підходів і отриманих результатів згідно критеріїв копінг-стратегій. Їх відмінність від інших споріднених понять (таких як захисні механізми) їх продуктивність і зв’язок з психологічним благополуччям, і ефективністю діяльності. В даному випадку робимо

основний акцент на результати закордонних досліджень, як маловідомі у вітчизняній психології стресу.

Копінг стратегії і захисні механізми.

Оскільки поняття копінг-стратегії і захисних механізмів особистості розвиваючись в рамках різних психологічних традицій, досить важливе питання про їх взаємозв'язок і відмінність. Як уже згадувалось, в тому випадку, коли копінги визначаються як довільні і свідомі дії, критеріями їх відмінності від захисних механізмів є свідомість.

П. Крамер виділяє два основних критерії, що відрізняють копінг стратегії і захисні механізми:

- 1) свідомий / безсвідомий характер
- 2) довільний / мимовільний (природа процесів).

Спотворення передбачає зміну установок, викликаних несвідомим бажанням їх відкинути і підкоритись чим уникнути негативних емоцій. Перегляд стану – можна розцінювати як зміну установок, що викликані свідомим бажанням особи їх відхилити і підкорити цілі «эпистемической личности», тобто максимально точно відобразити реальність переживань. Використовуючи копінг-стратегії людина відкидає і спотворює певне уявлення, однак, тільки в тому випадку, якщо вона впевнена, що її уявлення помилкове. В інших випадках він намагається прийняти його. Звичайно, у випадку копінг-стратегії людина може помилятися проте її дії направлені на наближення до реальності. При захисних механізмах людина не контролює реальність, а змінює свій стан незалежно від неї, щоб зменшити негативні емоції. Згідно цієї точки зору, емоційно-орієнтовані копінги – неоднорідне поняття. З однієї сторони вони включаються до феноменів, пов'язаних з уникненням або мінімізацією проблеми – засилення негативних емоцій.

Тоді до них відносяться класичні захисні механізми – заперечення, придушення, радокалізація тощо.

З іншої сторони до них відносяться копінг-стратегії, направлені на прийняття проблеми і пов'язаних з ними емоцій. Принципово протилежну

точку зору на проблему співвідношення захисних механізмів і копінг-стратегій запропонував Дж. Вейлланд. На його погляд доцільно виділяти три класа копінг-стратегій в їх широкому розумінні. До першої групи відносяться стратегії, пов'язані з отриманням допомоги і підтримки від інших людей (пошук соціальної підтримки). До другої групи відносяться свідомі когнитивні стратегії, які люди використовують в тяжких ситуаціях, сюди ж відноситься копінг-стратегії в їх традиційному розумінні. Третю групу складають мимовільні психічні механізми, які змінюють наше сприйняття внутрішньої чи зовнішньої реальності з метою зменшити стрес. При цьому Дж. Вейлланд виділяє серед цих психічних механізмів – рівень високоадаптивного захисту, куди відносить передбачення, альтруїзм, сублімацію і подавлення. Ці адаптивні механізми, по-перше, найбільш ефективні з точки зору задоволення людини і, по-друге, припускає можливість усвідомлення своїх почуттів і їх наслідків.

Звісно, в більшості випадків в основному вплив на результат копінг-стратегії мають перші дві групи але копінг-стратегії третьої групи мають три основні переваги: вони не залежать від створення і соціального статусу, дозволяють регулювати ситуації, які не можливо змінити і можуть викликати зміни в реальному світі (“перетворюють сталь в залізо”, як пише автор). Згідно його дослідження використання адаптивних показників передбачає краще суб'єктивне здоров'я, але не пов'язане з похідним об'єктивного здоров'я, тобто не погіршує реальну ситуацію.

«Продуктивні» копінг-стратегії. Ідея «продуктивних» і не «продуктивних» копінгів отримала свій розвиток в ході емпіричних досліджень в рамках транзактної моделі стресу, які показали, що проблемно-орієнтовані копінг-стратегії позитивно поєднуються з адаптацією та здоров'ям і негативно з рівнем пережитого стресу. [52]

Емоційно-орієнтовані копінги, відіграють негативну роль і посилюють стрес, оскільки не вирішують саму ситуацію. В цілому проблемно-орієнтовані копінги пов'язані з більшою ефективністю діяльності і суб'єктивно

оцінюються як більш ефективні, в порівнянні з емоційно-орієнтованими копінгамі. В дослідженнях стресових явищ у студентів, що проводились на протязі 21 дня, психологами Крупною В. В. і Мальцевою К.С., проблемно-орієнтовані копінгі виявились суб'єктивно більш ефективними, ніж пошук соціальної підтримки, а пошук підтримки, в свою чергу, розцінювався як більш ефективний. При цьому, в цілому, чоловіки оцінювали свої дії, як більш ефективні, ніж жінки, також потребували соціальної підтримки. Значним критерієм ефективності копінгів вважають частоту їх використання і їх різновид. Дійсно, дослідження показують, що різновид копінгів може сприяти вирішенню проблем і співпадінню зі стресом. [42]

Як показують результати дослідження Р. Мак Края, чим частіше люди використовують копінг-стратегії в стресовій ситуації, тим більш ефективно вирішується проблема і зменшується суб'єктивний стрес. Регулярні фізичні вправи допомагають більш ефективно впоратись зі стресом і підвищенню психологічного здоров'я.

Копінг-стратегії і психологічне благополуччя.

У дослідженнях Р. Мак Края і П. Кости 1986 р. було доведено, що використання більш ефективних стратегій пов'язане зі щастям і задоволенням зменшується при контролі впливу особистісних змін. Ефективність тих чи інших стратегій оцінювалось середньою оцінкою всіх, хто приймав участь у вибірці. Найбільш ефективним для вирішення проблем, досліджувані вважали віру, пошук підтримки, раціональні дії, вираження почуттів, адаптацію і гумор, тоді як ворожість, нерішучість, фантазія розцінювалися як менш ефективні в цьому дослідженні. До суб'єктивного зниження стреса призводять віра, саморозвиток, пошук підтримки, гумор і, навпаки, до посилюючих стрес: нерішучість, самозвинувачення і ворожість. Вдале дослідження впливу сміху, як копінг-стратегії на емоції було проведено Н. Куйнером і Р. Мартілом в 1998 р. Вони показали, що високий рівень стресу тільки у тих, хто рідко сміється. У людей, які часто сміються, як правило, стрес не приводить до посилення негативного ефекта. Крім того, у чоловіків, які часто сміються підвищення

стресу призводило до збільшення позитивного ефекта. Гумор і рівень стресорів виявились незалежними факторами емоційного вигорання. Тобто, чим більше розвинений у людини гумор, тим менше він піддається до емоційного вигорання в стресовій ситуації. Більш ефективно справляються зі стресорами люди, які використовують різноманітні копінг-стратегії в залежності від того яка ситуація

Копінг стратегії і ефективність діяльності.

Відомо, що успішні і не успішні школярі, студенти, спортсмени по-різному справляються з важкими ситуаціями, відповідно виду, типу діяльності. Пошуки отримання підтримки корегується зі шкільними успіхами дітей на протязі наступних двох років, а також з меншим рівнем депресії і більшою соціальною компетентністю дітей. В дослідженнях О. Шепелевої (2008р) було показано, що стратегія активного подолання труднощів в навчанні позитивно пов'язана зі шкільними успіхами (і суб'єктивним шкільним благополуччям), а менш ефективні копінг-стратегії, такі як бездіяльність та переключення на іншу діяльність – негативно. З іншої сторони, продуктивні копінг-стратегії, які використовуються для вирішення важких ситуацій в спілкуванні з ровесниками, пов'язані з успішним спеціальним функціонуванням, підлітки що використовують конструктивні копінг-стратегії краще сприймаються ровесниками. Гордєєва Т.О. і Шепелева Е.А. виявили гендерну специфіку характеру, зв'язку копінг-стратегії і успішності в навчанні підлітків. У дівчаток стратегія активного подолання труднощів є предиктором академічної успішності, а у хлопчиків використання стратегії активного здолання труднощів не пов'язано з успішністю, при цьому її негативний предиктором є стратегія, “опосередкованої діяльності”, тобто переключення на іншу діяльність у разі виникнення труднощів. [24]

Існує велика кількість різних опитувальників. Передбачена для діагностики стратегій впорання з ситуацією, що виникла.

Диспозиційний і ситуативний стрес пов'язаний з психологічним переживанням і визначаються особистісними змінними і особливостями

когнітивної оцінки ситуації, але зв'язок різний. Негативні наслідки і важкі життєві ситуації можуть бути пом'якшені адаптивними стратегіями їх здолати. Саме тому копінг-стратегії є важливим передиктором психологічного благополуччя здоров'я, успішної діяльності. Однак більша частина позитивних результатів пов'язана з узагальненням діючих стратегій контролю на проблему, а також за критеріями наближення і уникнення. Багатообіцяючими є дослідження різних копінг-стратегій і гнучкості їх використання. Отримані результати дозволяють розглядати копінг-стратегії в структурі саморегуляції як фактор забезпечення її важливих етапів. Копінг-стратегії є своєрідним медіатором, через які глибинні психологічні конструктиви забезпечують саморегуляцію поведінки в стресовій ситуації.

Копінг – психологічна стратегія та спосіб подолання людиною стресових ситуації. Поняття об'єднує когнітивні, емоційні та поведінкові стратегії, які використовуються, щоб впоратися із запитам буденного життя. У психології копінг можна розуміти як розширення свідомого зусилля задля вирішення особистих та міжособистих проблем і намагання опанувати, мінімізувати або переносити стрес чи конфлікт.

Американський дослідник С. Карвер і його співробітники запропонували розширену класифікацію копінг-стратегій: [52]

1. Активний копінг – активні дії з усунення джерела стресу.
2. Планування – планування своїх дій відносно проблемної ситуації, що склалася.
3. Пошук активної соціальної підтримки – пошук допомоги, поради у свого соціального оточення.
4. Позитивне тлумачення та зростання – оцінка ситуації з погляду її позитивних сторін і ставлення до неї як до одного з епізодів свого життєвого досвіду.
5. Прийняття – визнання реальності ситуації.

2.2 Копінг-тест Лазаруса. Оцінка поведінки у важкій життєвій ситуації.

Тест Лазаруса призначений для визначення копінг-механізмів, способів подолання труднощів у різних сферах психічної діяльності, копінг-стратегій. [54]

З метою диференціювання і деталізації уявлення про впливи різних компонентів самооцінки досліджуваного виділяється п'ять допоміжних шкал, а саме:

1. «Емоційний дискомфорт» (ЕД) - знижений настрій, емоційна напруженість, ажитація, незадоволеність життєвою ситуацією.
2. «Астенічний компонент тривожності» (АСТ) - втома, млявість, пасивність, втомлюваність.
3. «Фобічний компонент» (ФОБ) - хронічні страхи, невпевненість у собі.
4. «Тривожна оцінка перспективи» (ОП) - загальна заклопотаність майбутнім.
5. «Соціальний захист» (СЗ) - соціальна тривожність, невпевненість в соціальних контактах.

Випробуваному пропонуються 50 тверджень поведінки у важкій життєвій ситуації. Випробуваний повинен оцінити як часто ці види поведінки виявляються у нього.

На думку Р.Лазаруса, фізіологічний і психологічний стреси відрізняються як за особливостями характеристики діючих стимулів, так і за механізмом розвитку стресу і характером реакції, що виникають як відповідь на вплив.

Лазарус також сформулював основні положення стресу: ті самі події для одних людей можуть ставати стресовими, а для інших – ні, якщо та сама стресова подія кількаразово виникає у житті людини, то в різних випадках людина сприймає або не сприймає її як стресову. Крім того, він вказав, що стрес виникає лише тоді, коли людина, порівнявши свої ресурси та силу впливу стресора, усвідомлює, що ресурси недоступні. [54]

Розрізняють 3 основних види стресу. *Гострий стрес* породжений проблемами щоденного життя – неприємні ситуації, з яких доводиться шукати вихід. Це *короткочасний стрес*. Через постійні сімейні проблеми може розвинути *хронічний стрес* ("повільна отрута"). Після приголомшливої події, як-от нещасний випадок, згвалтування, стихійне лихо, розбійний напад, стрілянина, тортури може розвинути *травматичний стрес*. Вважають, що гормони, які під час стресу готують організм до активних дій, можуть пригнічувати імунітет. До хвороб, які пов'язані зі стресом, можна віднести псоріаз, кропив'янку, екзему, втрату статевого потягу, шлункові виразки, серцеві захворювання, розлади травлення, простудні захворювання, головний біль, безсоння, депресію, астму, артрит, болі в спині, шиї, плечах.

Інтерпретація результатів копінг тесту Лазаруса:

1) Конфронтація. Вирішення проблеми за рахунок не завжди цілеспрямованої поведінкової активності, здійснення конкретних дій. Часто стратегія конфронтації розглядається як неадаптивна, однак при помірному використанні вона забезпечує здатність особистості до опору труднощам, енергійність і підприємливість при вирішенні проблемних ситуацій, вміння відстоювати власні інтереси;

2) Дистанціювання. Подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою обумовлено суб'єктивним зниженням її значущості і ступенем емоційного залучення до неї. Характерне використання інтелектуальних методів раціоналізації, перемикання уваги, відсторонення, гумору, амортизації тощо;

3) Самоконтроль. Подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою шляхом цілеспрямованого придушення та стримування емоцій, мінімізації їх впливу на сприйняття ситуації та вибору стратегії поведінки, високого контролю поведінки, прагнення до самоконтролю;

4) Пошук соціальної підтримки. Вирішення проблеми шляхом залучення зовнішніх (соціальних) ресурсів, пошуку інформаційної, емоційної та ефективної підтримки. Характерним є фокус на взаємодії з іншими людьми,

очікування підтримки, уваги, порад, емпатії, специфічної ефективної допомоги;

5) Взяття відповідальності на себе. Визнання суб'єктом його ролі у виникненні проблеми та відповідальності за її вирішення, в окремих випадках з чітким компонентом самокритики та самоікримінації. Вираження цієї стратегії в поведінці може призвести до необґрунтованої самокритики, почуття провини і хронічного невдоволення;

6) Втеча. Подолання особистих негативних переживань через труднощі та реакцію за типом ухилення: заперечення проблеми, фантазії, невиправдані очікування, відволікання і т.д.

7) Планування вирішення проблеми. Подолання проблеми шляхом цілеспрямованого аналізу ситуації та можливої поведінки, розробки стратегії вирішення проблеми, планування власних дій на основі об'єктивних умов, минулого досвіду та наявних ресурсів;

8) Позитивна переоцінка. Подолання негативного досвіду проблеми шляхом її позитивного переосмислення, розглядаючи її як стимул для особистісного зростання. Він характеризується акцентом на довгостроковому, філософському розумінні проблемного становища, його включенні в ширший контекст роботи особистості з саморозвитку.

РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СТРЕСУ НА МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА ЙОГО ПОДОЛАННЯ

3.1 Опис дослідження

Спостерігаються випадки, коли професіонал у своїй галузі, ще недавно успішний і впевнений в своїх силах і можливостях, раптово «спотикається» і втрачає віру в себе, починає сумніватися у своїй професійній компетентності, відчуває себе абсолютно безпорадним. Зниження оцінки своєї діяльності, своїх ресурсів і досягнень ще більше посилює негативні тенденції в емоційній сфері людини, приводячи його в стан безвиході і депресії.

Так, талановиті лікарі кидають свою роботу, кардинально змінюють життя. Але це лише здається виходом із ситуації, який тягне за собою нові фобії – втрати соціального статусу і становища, усталеного колективу і т.д.

До групи підвищеного ризику по розвитку емоційного вигорання відносяться медичні працівники, які здійснюють догляд за онкологічними хворими, пацієнтами з вторинними імунodefіцитами (ВІЛ та СНІД), працівники реанімаційних бригаад - це пов'язано з істотними емоційними навантаженнями, хронічним стресом.

Виокремлюють 5 основних груп симптомів, [15] притаманних для синдрому емоційного вигорання: фізичні, емоційні, поведінкові, інтелектуальний стан і соціальні симптоми. До фізичних симптомів відносять втому, фізичну втому, безсилля, порушення сну (недосипання, безсоння), підвищення артеріального тиску, захворювання серцево-судинної системи і т.д. Емоційні симптоми: емоційний дефіцит, емоційна відстороненість, цинізм і сухість у роботі й особистому житті, відчуття безвиходу і безперспективності, агресія, роздратованість, тривожність, посилення ірраціонального занепокоєння, неспроможність до зосередження, депресія, відчуття вини, збільшення власної деперсоналізації чи оточуючих - люди стають не цікавими, як особистість, переважає почуття самотності.

Все це призводить до того, що медичний працівник не здатен стати на місце свого пацієнта, співчувати, співпереживати, реагувати. Ці прояви стають

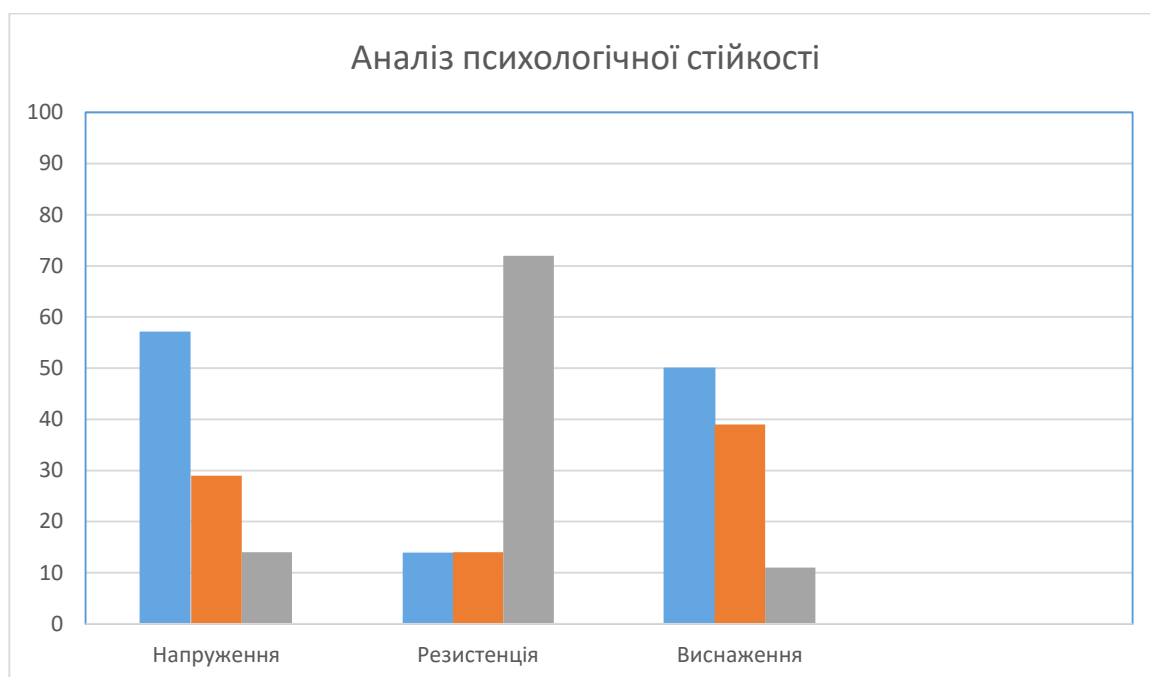
сильнішими, набувають стійкості. Позитивні емоції проявляються значно рідше, негативні - частішають. Грубе поводження, роздратованість, образи, різкість і капризи - це все стає невід'ємним емоційної сфери медика. Поведінкові симптоми: час праці не більше 45 годин на тиждень; під час роботи з'являється втома і бажання відпочити; відсутність апетиту; недостатнє фізичне навантаження; виправдання шкідливих звичок; нещасні випадки - падіння, травмування, аварії та інше; імпульсивна емоційна поведінка. Зміни інтелектуального стану проявляються падінням інтересу до модерних теорій та робочих ідей, до альтернативних підходів у вирішенні проблем, нудьгою, тужливістю, апатією, падінням інтересу до життя; великою перевагою загальноприйнятих шаблонів, ніж творчому підходу, цинізмом або байдужістю до інновацій, малою участю або відмовою від участі в розвиваючих програмах - тренінгах, освіті; в формальному виконанні роботи. І нарешті, соціальні симптоми: низька соціальна активність; втрата інтересу до дозвілля, захоплень, соціальні контакти звужуються до робочих, мінімальні відносини на роботі і вдома, відчуття ізоляції, нерозуміння оточуючих і оточуваними; відчуття нехватки підтримки з боку сім'ї, товаришів, колег.

Серед усіх представлених симптомів можна виділити три ключових, які в повній мірі характеризують реакцію емоційного вигорання: виснаження, відстороненість і падіння самооцінки (відчуття втрати власної ефективності). Формування синдрому емоційного вигорання передуює активна трудова діяльність, людина повністю поринає у виконання своїх професійних обов'язків, відмовляється від потреб, з нею не пов'язаних, забуває про власні потреби. Наслідком такого надмірного трудоголізму є поява першої ознаки синдрому емоційного вигорання - виснаження. Воно проявляється відчуттям перенапруження і спустошення емоційних і фізичних накопичень, почуттям втоми, що не спадає після нічного сну.

Далі проведемо аналіз сформованості психологічної стійкості медичних працівників до професійних стресів за критеріями напруги, резистенції і

фізико-психологічного виснаження. Результати аналізу представлені на діаграмі:

Діаграма 2.1



Ще одним критерієм стресостійкості співробітника медичного закладу є ступінь оплачуваності його роботи і витрачених зусиль.

Лікарі мають рівень заробітної плати вище ніж, середній медичний персонал, і як наслідок більш спокійно ставляться до виконання своїх обов'язків, і пов'язаних з ними професійними ризиками. Молодший персонал отримуючи істотно нижче, морально більш нестабільний через неокупність витрачених зусиль на боротьбу зі стресом в матеріальному плані.

3.2 Дослідження стресів у медичних працівників

Для проведення дослідження було використано тест **«Шкала професійного стресу» Т.Кокса**

Професійний стрес здатен здійснювати надзвичайний вплив як на медичних співробітників, так і на членів їх сімей. Сила стресогеного впливу в повній мірі залежить від рівня стресу та частоти подібних подій.

У якості об'єкту дослідження було взято 26 медичних робітників Київської клінічної лікарні на залізничному транспорті №3.

Транзактна модель стресу Т.Кокса [53] описує динамічний процес, що виникає при наявності у людини труднощів, і її спробах відреагувати на них. Стрес можна розглядати як персональний феномен, котрий є наслідком співдії людини і ситуації, де вона опинилася. В основі моделі лежить взаємозв'язок чотирьох основних аспектів діяльної особистості і довкілля: підтримка від зовнішнього середовища, вимоги зовнішнього середовища, а також особистісні ресурси людини та її внутрішні потреби і оцінки. Транзактна модель підкреслює наявність зворотнього зв'язку між усіма компонентами системи, тобто розглядає стрес не як лінійну реакцію, а як цілісну замкнену систему. Т. Кокс і Дж. Макей виділили у цій системі шість стадій за шкалою від 0 до 9. [33]

Під час проведення дослідження було виявлено достатньо високий рівень професіонального стресу, що впливає на його професійні навички та загальне самопочуття досліджуваного на робочому місці. Як відомо, робота медичного працівника пов'язана з численними переживаннями і нервовими потрясіннями. Це нерідко призводить до стресових станів і навіть неврозів. Для оцінки положення цілком може бути використана ця методика. Результати тестування вказані на таблиці в Додатках.

За підсумками дослідження «Шкали професійного стресу» Т. Кокса можна зробити наступний висновок: професійні стресори, як у лікарів, так і у середніх медичних працівників мають досить високий бал – 8,2 (максимум 9). Тиск на роботі має дещо нижчий бал, але теж досить високий 7, 5 (максимум 9) Недостатність підтримки також має високий бал 7, 8 (максимум 9). Професійні стресори 8, 2 (максимум 9). В дослідженні взяли участь 26 медичних працівників із них 13 лікарів і 13 медичних сестер. У лікарів спостерігається досить високий бал в шкалі професійних стресорів та тиск на роботі. Медичні сестри найвищі бали набрали в шкалі недостатність підтримки та професійні стресори.

Висновок: робота з людьми, до якої відноситься і діяльність медичного працівника, в силу високих вимог, особливої відповідальності і емоційних

навантажень, що висуваються до неї, потенційно містить у собі небезпеку важких переживань, пов'язаних із робочими ситуаціями, і високу вірогідність виникнення професійного стресу.

Методика Холмса і Раге.

Доктора Холмс і Раге, базуючись на своїх дослідженнях, склали шкалу, в якій кожна важлива подія життя відповідає певному числу балів в залежності від ступеня його стресогенності.

Розвиток стресу і адаптації до нього проходить декілька етапів: етап мобілізації або тривоги. Його ще називають етапом надзвичайної ситуації. У цей час мобілізовані всі захисні функції організму і ресурси. Стійкість до стадії або опір. Його ще називають етапом опору. Якщо причину стресу на першому етапі не вдалося усунути, впоратися з нею, організм перебудовується і починає витрачати дорогоцінні ресурси на боротьбу зі стресом. Тіло працює для зносу. Стадія виснаження. Людина потрапляє в оніміння. Він не в змозі адекватно оцінити ситуацію і прийняти деякі рішення. Він працює на "автопілоті".

В нашому дослідженні взяли участь 26 працівників медичного закладу, з них 13 лікарів та 13 медичних сестер. За результатами дослідження було виявлено, що високу опірність стресу мають тільки 30% лікарів та 40% медичних сестер. Працівники з таким рівнем відчують проблеми в становленні контакту та невпевнено себе почувають у присутності великої кількості людей. Досить велика опірність спостерігається у 4 медичних сестер та 2 лікарів. Порогова опірність у 3 медичних сестер та 5 лікарів. Та низька вразлива опірність у 1 медичної сестри та 2 лікарів, що є небезпечним для стану здоров'я.

Такі результати свідчать про досить високий рівень стресогенності та стресового навантаження як лікарів, так і медичних сестер на робочому місці і як наслідок у них може виникнути синдрому емоційного вигорання.

Результати дослідження відображені в Додатку Б.

Копінг-тест Лазаруса

Другий метод дослідження стосувався вивчення способів подолання стресу медичними працівниками. Для з'ясування переважаючих способів подолання стресу ми використали копінг-тест Лазаруса, результати якого представлені в табл. 3.1.

Таблиця 3.1.

Результати дослідження медичних працівників за копінг-тестом Лазаруса

Копінг-стратегії досліджуваних	Ж/54	Ж/45	Ж/43	Ж/38	Ж/65	Ч/54	Ж/60	Ч/55	Ч/61	Ч/62	Ж/26	Ж/24
Конфронтація	50	48	52	62	59	66	62	53	68	63	66	64
Дистанціювання	45	50	49	55	63	56	49	48	49	51	54	52
Самоконтроль	64	58	56	58	62	54	61	64	66	56	51	49
Пошук соціальної підтримки	49	43	66	64	67	62	50	52	50	63	67	54
Відповідальність	63	52	59	51	53	59	60	65	63	64	52	50
Уникання	57	64	67	53	48	58	55	60	52	51	60	66
Планування рішення	65	65	64	47	55	69	63	66	60	59	51	57
Позитивна переоцінка	57	57	55	50	54	63	55	56	43	62	49	50

У дослідженні брали участь 12 медичних працівників, 6 лікарів і 6 медичних сестер, із них 4 чоловіка і 8 жінок.

Загалом аналіз дослідження має такий характер: в дослідженні брали участь тільки медичні працівники з різним віком, професійним стажем, характером, стереотипом поведінки, своїм баченням на життя. І це дуже цікаво і важливо для дослідження. Звичайно, що люди, які мають медичний стаж більше 40 років і особи які мають незначний стаж, можуть мати діаметрально-протилежні погляди і думки. Число досліджуваних зі стажем більше 40 років – 9 чоловік і, як правило, це жінки, три - молоді спеціалісти, стаж роботи яких до 5 років.

Розподіл дослідження за статтю у відсотковому відношенні виглядає так: 15% - чоловіки, 75% - жінки.

За професіями респонденти розділені на такі групи: лікарі – 50%, медичні сестри – 50%.

Згідно дослідження Лазаруса, загальний висновок можна сформулювати так: найвищий показник, згідно тестових завдань, має показник відповідальності – 67 балів, на другому місці конфронтація – 65 балів, на третьому місці пошук соціальної підтримки.

Найнижчий бал – дистанціювання – 43 бали,

уникання – 45 балів,

позитивна переоцінка – 47 балів.

Це свідчить про те, що посада медичних працівників одна з найперших у групі ризику професій, що викликає стрес.

Причиною професійного вигорання у медичних працівників є:

Емпатія – співпереживання емоційним станом пацієнта, медичний працівник сприймає проблеми пацієнта на особистому рівні.

Невідповідність досвіду і знань роботі, яка виконується.

Недостатнє матеріальне заохочення медпрацівника (принизливе).

Надмірна завантаженість.

Невідповідність між бажанням і відповідальністю.

Недооцінка на рівні держави і влади професії медичного працівника.

3.3 Профілактика та подолання стресу у медичних працівників

Стрімко увірвавшись в наше життя тільки в грудні минулого року, COVID-19 буквально за кілька місяців сильно змінив його. Настільки швидкий перехід від епідемії COVID 19 до рівня пандемії (визнано WHO) - породив ситуацію виклику до всієї системи охорони здоров'я в кожній країні, і, перш за все - до професіоналізму лікарів і медичних працівників.

Робота в таких складних умовах завжди загрожує своїми наслідками, серед яких перш за все психоемоційне стомлення і виникнення негативних

емоційних станів. Але всі зміни емоційного стану, які можуть відзначатися в даний момент, в більшості випадків обґрунтовано можуть вважатися «нормальною реакцією на екстремальну ситуацію». Продовжувати своє професійне життя і рятувати життя інших в ситуації такого небаченого в нашому поколінні стресу і тиску і відчувати при цьому емоційне напруження, - абсолютно нормально і закономірно.

Будь-яка стресова ситуація, тим більше такої інтенсивності, як при нинішній пандемії COVID-19, завжди неминуче тягне за собою руйнування звичного способу й укладу життя людей, відмова від багатьох звичних схем поведінки в умовах роботи і вдома. І перше, що треба в цій ситуації зробити, - постаратися внести хоч якусь стабільність в ваше життя. Навіть в ситуації багатогодинної інтенсивної роботи необхідно старатися створити собі умови для відпочинку. Необхідно робити перепочинки в процесі роботи. У перервах між роботою намагатися повноцінно висипатися і нормально харчуватися, підтримувати контакт з близькими (з сім'єю, з дітьми, з друзями). Зараз достатньо можливостей для дистанційного візуального спілкування.

Необхідно намагатися розподіляти свої сили. Обов'язково знаходити час для фізичних вправ, особливо таких, які розвантажують накопичилася м'язову втому.

ВИСНОВКИ

Вивчення проблеми стресу у медичних працівників є дуже актуальною. Без сумніву, професійна діяльність працівників охорони здоров'я по-праву вважається однією з найбільш складних і відповідальних.

Робота з людьми, до якої відноситься діяльність медичного працівника, в силу високої, особливої відповідальності, часто нестандартних ситуацій, емоційних навантажень потенційно містить у собі небезпеку важких переживань і, як наслідок високу вірогідність виникнення професійного стресу.

Отже, стрес ми розуміємо як психологічний стан, в якому людина відчуває потужну психічну та фізичну активність організму. Подібний стан – реакція організму на подразники, як негативні, так і позитивні. Наслідками тривалого відчуття стресу в медичних працівників є емоційне вигорання, фізичне виснаження, перевтома.

Для подолання стресу медичні працівники використовують копінг-стратегії, під якими ми розуміємо що робить людина, щоб впоратися зі стресом. Концепція поєднує в собі когнітивні, емоційні та поведінкові стратегії, які використовуються для боротьби зі стресом.

За результати нашого дослідження було визначено, що медичні працівники мають надзвичайно високий рівень професійного стресу. У більшості частини медиків середній або нижче середнього рівень стресостійкості та опірності стресу.

Серед найбільш розповсюджених способів подолання стресу (копінг-стратегій) у медичних працівників зустрічаються: конфронтація, планування рішень, самоконтроль та відповідальність. При цьому копінг-стратегії такі як самоконтроль та відповідальність більше переважають у медичного персоналу вищого вікового цензу. Проте, проведеним дослідженням встановлено, що уникання та пошук соціальної підтримки більш характерні для медичних працівників молодшого віку.

Перспективами подальших досліджень даної проблеми є визначення особистісних чинників стресостійкості медичних працівників та дослідження у них особливостей наслідків тривалого переживання стресу, зокрема емоційного вигорання .

Список використаної літератури

1. Абабков В. А. Адаптация к стрессу. Основы теории диагностики терапии/ В. А. Абабков. – СПб: Речь 2004. 166 с.
2. Абаньяно Н. Введение в экзистенциализм. Санкт-Петербург, 1998.
3. Акклиматизация человека в условиях полярных районов: материалы конференции [«ИЭМ АМН СССР»]. – Л.: Знание 1969. – 171 с.
4. Алекминская А.Ф. Психологические аспекты профессионального здоровья врача стоматолога/ А.Ф. Алекминская//Институт стоматологии. – 2013. №1. С. 24-27.
5. Ананьев Б. Г. О проблемах современного человекознания / Б.Г. Ананьев. – СПб: Питер 2001. – 272 с.
6. Анохін П. К. Нариси з психофізіологічних функціональних систем / П. К. Анохін. - М.: Медицина, 1975. - 447 с.
7. Анцупов А. Я. Как избавиться от стресса/ А. Я. Анцупов. – М: Проспект - 2015.244 с.
8. Бабенко О.І. Безпека життєдіяльності людини: навч. посібник / О.І. Бабенко О. М. Задорожна Р.І.Черевко. – К.: ІЗМН. – 1996. – 224 с.
9. Батаршев А. В. Психология индивидуальных различий: от темперамента к характеру и типологии личности / А. В. Батаршев. – : Гуманит 2000. – 256 с.
10. Белкина Р.С. – М.: Издательская группа НОРМА-ИНФРАМ 1999. – 446 с.
11. Бережная, Н.И. Стрессоустойчивость оперативных сотрудников таможенных органов/ Н.И.Бережная// Ежегодник Российского психологического общества: Материалы 3-го Всероссийского съезда психологов. – СПб.: Изд-во С.-Петербур. Ун - та, 2003.С.453-457.
12. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин. – Л.: Наука 1988. – 450 с.

13. Бобров В. А. Информационный стресс/ В. А. Бобров. – М., 2000. 352с.
14. Бойко В.В. Психология профессиональной пригодности /В.А. Бодров. – М.: ПЕРСЭ, 2001. – 511 с.
15. Болтівець С.І. Педагогічна психогігієна: теорія та методика / С.І. Болтівець. – К.: Бюл. ВАК України, 2000. – 303 с
16. Борисов А. П. Применение инфракрасной спектроскопии в криминалистических исследованиях: пособие / А. П. Борисов В.В. Бибииков А. П.Симонов. – М.: Изд. ВНИИ МВД СССР, 1972. – С. 47–49.
17. Брайт Д. Стресс. Теории исследования мифы / Д. Брайт, Ф. Джонс. СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК. 2013.352 с.
18. Венгер Л. А. Психология / Л. А. Венгер, В. С. Мухина. –М.: Просвещение 1988. – 340 с.
19. Видерман Н. С. Медико-психологические характеристики копинг-поведения больных с зависимостью от алкоголя: Дис. канд. психол. Наук СПб. 2000.
20. Винокур В. А. Профессиональный стресс у врачей
21. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса/ Н. Е. Водопьянова. СПб.: Питер, 2009. 336 с.
22. Гринберг Дж. Управление стрессом – СПб.: Питер, 2002. – 496 с.
23. Данилова Т.А. Формированиекопинг-поведения у учителей средних школ и его роль в профилактике психогенных расстройств у школьников. – Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – СПб., 1997. – 27 с.
24. Доника А. Д. Профессиональный стресс врачей: социальные и медицинские аспекты/ Доника А.Д. Руденко А.Ю. Засядкина И.В // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2011. №12. С. 113-115.
25. Зейгарник Б. В. Основы патопсихологии / Б. В. Зейгарник. – М.: Изд-во МГУ 1973. – 304 с

26. Зубарев Ю. Г. Нервно-психические расстройства в экстремальной обстановке / Ю. Г. Зубарев // Военно-медицинский журнал. –1990. – № 11. – С. 14 – 19.
27. Калмыкова О. Ю. Профилактика профессионального стресса в организации: учебное пособие /О.Ю. Калмыкова Д.Б. Штрикова. Самара: Самар. гос. техн. ун-т, 2012. 178 с.
28. Калмыкова О.Ю. Профилактика профессионального стресса работников организации
29. Каменюкин, А.Г. Стресс-менеджмент / А. Г. Каменюкин, Д.В. Ковпак - СПб.: Питер, 2012. 208 с.
30. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса / Л. А. Китаев-Смык – М.: Наука. – 1983. – 316 с
31. Кожевникова О. А. Мир науки, культуры, образования/. 2010. № 7.С.273-276.
32. Кожевникова О. А. Профессиональный стресс: причины возникновения возможности профилактики и коррекции/ 2009. № 7-1 (19) С.273-277.
33. Кокс Т. Стресс / Том Кокс; [пер. с англ. проф. Л. А. Милютиной]. – М.: Медицина 1981. – 216 с.
34. Корольчук М.С. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах / М.С. Корольчук, В.М. Крайнюк. – К.: Ніка-Центр 2006. – 580 с.
35. Корольчук, М.С. Теорія і практика професійного відбору / М.С. Корольчук, В.М. Крайнюк. – К.: Ніка-Центр 2006. – 536 с.
36. Крайнюк В.М. Психологія стресостійкості особистості / В.М. Крайнюк. – К.: Ника – 2007. – 431 с.
37. Крушинина Т. В. Роль различных психосоциальных факторов в формировании профессионального стресса у врачей-стоматологов / Журнал Медицина труда и экологии человека 2018.

38. Крушинина Т.В. Пискун Д.В. //Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2014. №2. С.72-76
39. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования / Р. Лазарус // Эмоциональный стресс / под ред. Л. Леви. –Л.: Медицина, 1970. – С. 12–80.
40. Лигер С. А. Формирование копинг-поведения студентов медицинского вуза и его влияние личностно-профессиональное развитие врача: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / С. А. Лигер. – 1997. – 191 с.
41. Маклаков А. Г. Общая психология: учебник для вузов /А. Г. Маклаков. – Санкт-Петербург 2005. – 583 с.
42. Моросанова В.И. Личностные аспекты саморегуляции произвольной активности человека / В. И. Маросанова // Психологический журнал. – 2002. – Т. 23 № 6. – 120 с.
43. Нестерова О. В. Управление стрессами: учебное пособие/О. В. Нестерова – М.: МФПУ «Синергия», 2012. С.12.
44. Пименов К.В. Хомяков Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». – 2016. – №7. С.5-7.
45. Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор / К. И. Платонов. – М.: Знание 1962. – 186 с.
46. Психология профессиональной подготовки / под ред. Г. С. Никифорова. – СПб: СПбГУ 1993. С.101–136.
47. Психология психических состояний: сб. статей / под. ред. проф. А. О. Прохорова. – Казань: Изд-во «Центр инновационных технологий» 2002. – Вып.4 – С. 387–399.
48. Серіков Я.О. Безпека життєдіяльності – секюритологія. Проблеми. Завдання. Шляхи вирішення: монографія: в 2-х ч. Ч. 2 / Я. О. Серіков, Л. Ф. Коженевські. – Х.: ХНАМГ, 2012. – 342 с.
49. Сирота Н.А. Ялтонский В.М. Профилактика алкоголизма и наркомании: Учебное пособие для студ. высш. учебн. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. Глава 5. –с.73-8156.

50. Стрессоустойчивость личности: к вопросу о диагностической информативности методики Г. Холмса и Р. Раге Текст научной статьи по специальности «Психологические науки» Гулиева Х.Б., Белобрыкина О.А.
51. Тертель А. Л. Психология: учебн. пособие / А. Л. Тертель. – М.: ТК Велби, изд-во Проспект, 2006. – 248 с.
52. Тигранян Р. А. Стресс и его значение для организма / Р. А. Тигранян [отв. ред. и авт. предисл. О. Г. Газенко]. – М.: Наука 1988. – 176 с.
53. Федоров Б.М. Стресс и система кровообращения / Б.М.Федоров [рецензент – проф., зав. лаб. Ф. З. Меерсон]. – Москва: Медицина 990. – 310 с.
54. Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы его коррекции / Ю. В. Щербатых. – М. 2005. –255 с.
55. Эверли Д. С. Стресс: природа и лечение [пер. с англ.] / Эверли Д. С. Розенфельд Р. – М.: Медицина 1985, – 244 с.

Додатки

Додаток А.

Дослідження стресів у медичних працівників за тестом «Шкала професійного стресу» Т.Кокса.

Посада	Результат тестування
Медсестра	Професійні стресори (сила): 7 балів (максимум - 9, мінімум - 1). Тиск на роботі (сила): 7.2 балів (максимум - 9, мінімум - 1). Недостатність підтримки (сила): 7.1 балів (максимум - 9, мінімум - 1). Професійні стресори (частота): 5.1 балів (максимум - 9, мінімум - 0). Тиск на роботі (частота): 4.2 балів (максимум - 9, мінімум - 0). Недостатність підтримки (частота): 5.7 балів (максимум - 9, мінімум - 0).
Медсестра	Професійні стресори (сила): 5.7 балів (максимум - 9, мінімум - 1). Тиск на роботі (сила): 5.2 балів (максимум - 9, мінімум - 1). Недостатність підтримки (сила): 5.1 балів (максимум - 9, мінімум - 1). Професійні стресори (частота): 4.7 балів (максимум - 9, мінімум - 0). Тиск на роботі (частота): 5.3 балів (максимум - 9, мінімум - 0). Недостатність підтримки (частота): 4.7 балів (максимум - 9, мінімум - 0).
Медсестра	Професійні стресори (сила): 7.3 балів (максимум - 9, мінімум - 1). Тиск на роботі (сила): 6.2 балів (максимум - 9, мінімум - 1). Недостатність підтримки (сила): 4,3 балів (максимум - 9, мінімум - 1). Професійні стресори (частота): 4.1 балів (максимум - 9, мінімум - 0). Тиск на роботі (частота): 5.2 балів (максимум - 9, мінімум - 0). Недостатність підтримки (частота): 4.7 балів (максимум - 9, мінімум - 0).
Медсестра	Професійні стресори (сила): 5.8 балів (максимум - 9, мінімум - 1). Тиск на роботі (сила): 5.4 балів (максимум - 9, мінімум - 1). Недостатність підтримки (сила): 4.5 балів (максимум - 9, мінімум - 1). Професійні стресори (частота): 4.1 балів (максимум - 9, мінімум - 0). Тиск на роботі (частота): 3.8 балів (максимум - 9, мінімум - 0). Недостатність підтримки (частота): 3.7 балів (максимум - 9, мінімум - 0).

Лікар	<p>Професійні стресори (сила): 8.3 балів (максимум - 9, мінімум - 1).</p> <p>Тиск на роботі (сила): 7.4 балів (максимум - 9, мінімум - 1).</p> <p>Недостатність підтримки (сила): 6.1 балів (максимум - 9, мінімум - 1).</p> <p>Професійні стресори (частота): 5.8 балів (максимум - 9, мінімум - 0).</p> <p>Тиск на роботі (частота): 5.3 балів (максимум - 9, мінімум - 0).</p> <p>Недостатність підтримки (частота): 4.8 балів (максимум - 9, мінімум - 0).</p>
Лікар	<p>Професійні стресори (сила): 6.8 балів (максимум - 9, мінімум - 1).</p> <p>Тиск на роботі (сила): 6.4 балів (максимум - 9, мінімум - 1).</p> <p>Недостатність підтримки (сила): 5.8 балів (максимум - 9, мінімум - 1).</p> <p>Професійні стресори (частота): 4.6 балів (максимум - 9, мінімум - 0).</p> <p>Тиск на роботі (частота): 4.1 балів (максимум - 9, мінімум - 0).</p> <p>Недостатність підтримки (частота): 4.8 балів (максимум - 9, мінімум - 0).</p>

Додаток Б.

Шкала Холмса та Раге

Життєві події	Гострота стресу оцінка
Смерть чоловіка / дружини	100
Розлучення	73
Роз'їзд подружжя (без оформлення розлучення),	68
Розрив з партнером	65
Тюремне ув'язнення	63
Смерть близького члена сім'ї	63
Травма або хвороба	53
Одруження, весілля	50
Звільнення з роботи	47
Примирення подружжя	45
Вихід на пенсію	45
Зміни в стані здоров'я членів сім'ї	44
вагітність партнерки	
Сексуальні проблеми	39
Поява нового члена сім'ї,	39
Народження дитини	39
Реорганізація на роботі	39
Зміна фінансового становища	39
Смерть близького друга	37
Зміни професійної орієнтації,	37
зміна місця роботи	
Посилення конфліктності відносин з чоловіком	35
Позика або позика на велику	33
Покупку (наприклад, будинки)	31
Закінчення терміну виплати позики або позики,	30
зростаючі борги	

Зміни посади, підвищення	
службової посади	29
Син або дочка покидають сім'ю	29
Проблеми з родичами чоловіка (дружини)	29
Видатне особисті досягнення, успіх	28
Чоловік кидає роботу (або приступає до роботи)	26
Початок або закінчення навчання в	
навчальному закладі	26
Зміни умов життя	25
Відмова від якихось індивідуальних звичок,	
зміни стереотипів поведінки	24
Проблеми з начальством, конфлікти	23
Зміна умов або годин роботи	20
Зміна місця проживання	20
Зміна місця навчання	20
Зміни звичок, пов'язаних з	
проведенням дозвілля чи відпустки	19
Зміна звичок, пов'язаних	
з віросповіданням	19
Зміни соціальної активності	18
Позика або позика для покупки менш	
Великих речей (машина, телевізор)	17
Зміна індивідуальних звичок, пов'язаних	
зі сном, порушенням сну	16
Зміна числа живуть разом членів сім'ї,	
зміна характеру і частоти зустрічей з	
іншими членами сім'ї	15
Зміна звичок, пов'язаних з харчування	
(Кількістю споживаної їжі, дієта,	

відсутність апетиту і т.д.)	15
відпустка	13
Різдво, зустріч Нового року, день народження	12
Незначне порушення правопорядку (штраф за порушення правил вуличного руху)	11
Інтерпретація	
Порахуйте число балів, що відповідають тим подій і ситуацій, які за останній рік відбувалися в житті.	
менше 150 - Досить велика опірність стресу	
150- 199 балів - Висока опірність	
200 - 299 - Порогова опірність	
300 і більше - Низька (вразливість)	

Результати дослідження наведені в таблиці:

Посада	Результат тестування
Медсестра	148 балів - Досить велика опірність стресу
Медсестра	156 балів - Висока опірність
Медсестра	159 балів – Висока опірність
Медсестра	146 балів – Досить велика опірність стресу
Медсестра	157 балів – Висока опірність

Медсестра	153 балів - Висока опірність
Медсестра	235 балів - Порогова опірність
Медсестра	154 балів – Висока опірність
Медсестра	149 балів - Досить велика опірність стресу
Медсестра	200 балів – Порогова опірність
Медсестра	255 балів - Порогова опірність
Медсестра	300 балів - Низька (вразливість)
Медсестра	150 - Досить велика опірність стресу
Лікар	199 балів - Висока опірність
Лікар	205 балів - Порогова опірність
Лікар	167 балів – Висока опірність
Лікар	199 балів - Висока опірність

Лікар	201 - Порогова опірність
Лікар	178 балів – Висока опірність
Лікар	223 балів – Порогова опірність
Лікар	200 балів - Порогова опірність
Лікар	320 балів - Низька (вразливість)
Лікар	144 - Досить велика опірність стресу
Лікар	149 балів – Досить велика опірність стресу
Лікар	299 балів - Порогова опірність
Лікар	310 балів - Низька (вразливість)