

## ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ У ВІДДІЛЕННЯХ РЕАНІМАЦІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Метою дослідження є розкриття специфіки і напрямів психологічного забезпечення медичної практики у відділеннях реанімації й інтенсивної терапії.

Збереження і зміцнення здоров'я людини – одна з центральних задач, яку необхідно вирішувати в нашому суспільстві. На сучасному етапі медицина не може обмежуватися тільки притаманними їй методами індивідуалізації лікування, сьогодні є очевидним, що без психологічних знань не обійтися. Іншими словами можна сказати, що настав час розробки принципів і організаційних основ для створення системи психологічної служби в галузі охорони здоров'я і психологічного забезпечення медичної практики.

Наявність факторів ризику, що дестабілізуюче впливають на суб'єкта лікарської діяльності, відсутність у практиці охорони здоров'я системи психологічного супроводу розвитку суб'єкта, обумовлює назрілу соціальну потребу виділення психологічної специфіки професійної діяльності лікаря і формування на цій основі концепції послідовного психологічного супроводу розвитку особистості професіонала.

Аналіз теоретичних та емпіричних досліджень дав змогу визначити основні напрями роботи психолога в клініці: надання психологічної допомоги хворим; проведення психологічного обстеження хворих після надходження у відділення і психологічний супровід до виписки; проведення діагностики оцінки психофізіологічних станів, психічних станів і властивостей особистості, що пов'язані із захворюванням; диференціальна діагностика, оскільки деякі захворювання клінічно не виявляються і можуть бути виявлені психологічними методами; участь в організації медико-психологічної роботи; психологічний супровід діяльності медичного персоналу; створення відповідного психологічного клімату у відділенні; участь у клінічному аналізі, судово-психологічних експертизах; діагностика міжособистісних відносин у колективі; діагностика професійного підбору кадрів; навчання технікам релаксації медичного персоналу; регулярний професійно-медичний, психологічний моніторинг; розробка програми психологічного забезпечення навчально-корекційних тренінгів та їх проведення з медичним персоналом.

Визначивши основні напрями діяльності, в нашому дослідженні ми хотіли б звернути увагу, що на даний час актуальним є не тільки надання психологічної допомоги хворим, але і людям, що працюють у системі "людина – людина", а саме лікарям, котрі знаходяться в інтенсивному і тісному спілкуванні з хворими при наданні професійної допомоги. Поговоримо про психологічний супровід діяльності лікаря – анестезіолога, а саме, розглянемо вплив синдрому емоційного вигорання на професійну діяльність лікарів, на прикладі лікарів-реаніматологів, та напрями боротьби з ним.

Теоретичні дослідження феномена "емоційного вигорання" показали, що в нашому суспільстві за останні роки сильно зросла актуальність його дослідження. Він являє собою процес поступової втрати емоційної, когнітивної і фізичної енергії, що виявляється в симптомах емоційного, розумового виснаження, фізичної втоми, особистісної холодності і зниження задоволення виконанням роботи. Синдром емоційного вигорання являє собою вироблений особистістю механізм психологічного захисту у формі повного або часткового виключення емоцій у відповідь на психотравмуючий вплив. Це набутий стереотип емоційного, найчастіше професійного поведіння [3].

Сам термін "вигорання" уперше запропонував Х. Фрейденберг у 1974 р. для опису деморалізації, розчарування і крайньої втоми, які він спостерігав у працівників психологічних установ. Він розробив нову модель для розглядання дистресу і функціональних порушень, пов'язаних з роботою [4].

Розвиток синдрому носить стадіальний характер. Спочатку спостерігаються значні енергетичні витрати – наслідок екстремально високої позитивної установки на виконання професійної діяльності, котра по мірі розвитку поступово змінюється розчаруванням, зниженням інтересу до своєї роботи. Варто, однак, відзначити, що генезис синдрому носить індивідуальний характер, визначений розходженнями в емоційно мотиваційній сфері, а так само умовами, у яких протікає професійна діяльність людини.

Означений синдром має три основні складові: емоційне виснаження, деперсоналізацію і редукцію професійних відносин. Під емоційним виснаженням розуміється почуття емоційної спустошеності й втоми, викликані власною роботою. Деперсоналізація припускає цинічне відношення до праці й об'єктів своєї праці. Зокрема, у соціальній сфері деперсоналізація припускає нечутливість, негуманне відношення до клієнтів, що приходять для лікування, консультації й інших послуг. Клієнти сприймаються не як живі люди, а всі їхні проблеми і лиха, з якими вони приходять до професіонала, з його погляду, є благо для них. Нарешті, редукція професійних досягнень – виникнення в працівників почуття некомпетентності у своїй професійній сфері, усвідомлення неспіху в ній [10].

Дослідження останніх років [1], [2], [11], [12] не тільки підтвердили правомірність цієї структури, але і дозволили істотно розширити сферу її поширення, включивши професії не зв'язані із соціальною сферою. Це привело до деякої модифікації поняття "вигорання" і його структури. Психічне вигорання розуміється як професійна криза, пов'язана з роботою в цілому, а не тільки з міжособистісними взаєминами в процесі неї. Таке розуміння трохи видозмінило і його основні компоненти: емоційне виснаження; цинізм; професійна неефективність.

З цих позицій поняття "вигорання" має більш широке значення й означає негативне відношення не тільки до клієнтів, але і до праці і його предметів в цілому. Аналіз конкретних досліджень синдрому "вигорання" показує, що основні зусилля психологів були спрямовані на виявлення факторів, що викликають вигорання [4], [8].

Робота лікаря-анестезіолога має свою специфіку. Допомога лікарів відділення реанімації головним чином складається із симптоматичної терапії.

Відділення інтенсивної терапії – ця комплексна медична допомога хворим, що знаходяться у важкому або терміновому стані, причиною якого є порушення життєво важливих функцій. Інтенсивна терапія складається з двох взаємозалежних частин: безпосередньо самої інтенсивної терапії (лікувальної установи) і інтенсивного спостереження – моніторинга. Інтенсивна терапія і реаніматологія – одна із самих гуманних, але дуже складних і дуже небезпечних медичних спеціальностей. У ній (вона включає і "швидку допомогу" і "медицину катастроф") найбільш значима роль середньої медичної ланки – медичних сестер. Саме у відділеннях реанімації й інтенсивної терапії найбільшою мірою збережені шляхетні традиції самовідданості, властивим першим сестрам милосердя [6].

До основних методів самої інтенсивної терапії відносяться наступні: відновлення прохідності дихальних шляхів за допомогою спеціальних воздуховодів, інтубації трахеї, трахеостомії, тощо; штучна вентиляція легень; лікування при гострій дихальній недостатності, кровообігу, нирок, печінки, порушення функцій ЦНС; інфузійна і трансфузійна терапія, підтримка реологічних особливостей крові; корекція порушення і нормалізація метаболізму, водно – електролітного обміну, кислотно-основного стану; методи екстра - і інтрокпоративної детоксикації (промивання шлунка, форсований діурез, гемодіаліз, гемосорбція, лімфосорбція, ентеросорбція, ультрафільтрація, перитоніальний діаліз і т.д.).

Інтенсивне спостереження – це комплекс методів одержання оперативної інформації про основні фізіологічні параметри організму, що є необхідними для проведення інтенсивної терапії. За допомогою цих методів можна тривалий час проводити постійне спостереження за загальним станом хворого, діяльністю серцево-судинної системи, дихальних, нервової систем, функцією нирок, печінки й інших органів. Для цього використовують монітори, а так само методи термометрії, ендоскопії, систематичного лабораторного контролю [6].

Реанімація – це комплекс заходів інтенсивної терапії, спрямованих на відновлення призупинених або значно порушених життєво важливих функцій організму в людей, що знаходяться в стані клінічної смерті.

У відділеннях реанімації й інтенсивної терапії лікують дуже важких, а іноді безнадійно хворих людей. Більшість з них можна врятувати. Але тільки за допомогою досягнень медичної науки і техніки. Дуже часто такі хворі живуть за допомогою

апарата штучної вентиляції легень, тільки за допомогою апарата штучної нирки, тільки за допомогою розчинів, що вводяться у вену. Однак, як би не були досконалі ці прилади й апарати, вони нічого не варті без лікаря і медичної сестри, що забезпечують їхню правильну роботу, котрі уміють усі правильно підготувати усе для проведення самих складних методів реанімації.

Висока моральна і юридична відповідальність лежить на медичних працівниках відділення реанімації й інтенсивної терапії. Тільки скрупульозно дотримуючи всі правила санітарії і гігієни, можна уберегти і хворого, і себе від СНІДУ, гепатиту, інфекцій, від небезпеки запалення і вибуху.

У відділенні реанімації й інтенсивної терапії лікарі працюють на межі сил, щодня по вісім годин, часто затримуючи на роботі і навіть чергуючи по кілька разів у тиждень. Щораз їм потрібно бути готовими до загибелі хворих, що усе-таки вмирають, незважаючи на всі зусилля. І після кожної смерті їм доводиться знову працювати, знову намагатися рятувати найважчих хворих.

Розглянемо, якими ж професійно важливими якостями повинні володіти лікар, працюючи в такому відділенні.

В лікарській праці особливе значення мають професійно важливі якості, які в певній мірі формуються в процесі трудової діяльності, специфіка якої породжує професійну специфіку особистості. Лікарська діяльність відноситься до складних видів праці, що вимагає від суб'єкта різнобічної освіченості, безперервності процесу професіоналізації, виконання різних структурованих видів діяльності, операцій і маніпуляцій, що пред'являють до суб'єкта специфічні вимоги. Угорський психолог І.Харді у своїх роботах [14] пише, про те, як необхідна робота психолога в клініці, про те, що знання медичної психології, психології роботи з хворими поліпшують не тільки роботу лікаря і сестри, але і сприяють гармонії, збереженню здоров'я і лікуючих і тих, хто лікуються. Він вважає, що робота з великими масами людей веде до своєрідного розладу, який назвав "отруєнням людьми" [14 с.268]: лікар стає дратівливим, запальним. Ця запальність може виявлятися в необґрунтованих зривах, дратівливості без усякої видимої причини. Велику допомогу, щоб уникнути всього цього робить хороша організація, завдяки якій досягається рівномірне навантаження всіх працівників охорони здоров'я.

Лікарі, що працюють у тих відділеннях, де висока смертність, піддаються впливові значного психологічного стресу. Це доведено рядом досліджень, об'єктом яких в одному випадку були лікарі працюючі в складі реанімаційних бригад, в іншому – лікарі і медсестри, що працюють у блоці інтенсивної терапії.

У медичних вузах лікарів практично не готують до того, що слід робити в тих випадках "коли нічого зробити вже не можна", коли і сучасні медичні технології, і фармакологічна допомога – утрачають своє значення перед фактом вже невідворотної смерті. Як слід поводитися з умираючою людиною? Як себе тримати, стикаючись з реакцією горя його родичів? Як повідомити родичів хворого те, що він назавжди залишиться інвалідом, практично без єдиного шансу подальшої реабілітації? Відчуття власної безпорадності в подібних ситуаціях приводить до посилення дискомфорту, лікар переживає свою неадекватність, втрату професійної компетентності, відчуває сильне почуття провини.

Поведінка лікарів, що працюють в екстремальних умовах, тягнє до двох крайностей: дистанціювання і повного злиття [7]. У першому випадку лікарями свідомо або несвідомо виробляються певні психотехнічні прийоми захисту від стресу на кшталт "дистанціювання": "До цього не можливо звикнути, я просто надягаю маску", "Я відволікаюся, перестаю що-небудь почувати", "Намагаюся відгородитися", "Дію автоматично, як робот, виключаю усі свої почуття". Додамо, що в цих випадках лікарі так само вдаються до використання чорного гумору.

Інша крайність полягає в тому, що між лікарем і важкохворим утворюється глибокий особистісний зв'язок. Тоді пацієнт як би вторгається в життя лікаря [4] [12], а лікар, зв'язавши, себе багатозначними емоційними узами з ним і намагаючись замінити собою всіх лікуючих лікарів, у своїй глибокій особистісній задіяності часом з трудом відокремлюємо від родичів хворого.

Обидві крайності однаково згубні з погляду їхнього впливу на особистість лікаря. Вони роблять свій внесок у професійні й особистісні деформації, обумовлюючи так званий "синдром емоційного вигорання" особистості лікаря.

На прикладі "вигорілого" лікаря можна простежити зміну відношення до професійної діяльності, від позитивного до байдужого і негативного, котрий починає сприймати пацієнта винятково як медичний випадок ("нирки" - з п'ятої палати, "інфаркт" - з восьмої). Відбувається знеособлювання відносин між учасниками цього процесу, що придушує прояв гуманних форм поведінки між людьми і створює загрозу для особистісного розвитку представників соціальної професії. Отже, які ж зміни відбуваються в поведінці "вигорілого" лікаря? Лікар часто дивиться на годинник; підсилюється його опір виходові на роботу; відкладає зустрічі з хворим; часто спізнюється (пізно приходить, і пізно іде); працює більш наполегливо і довше, а досягнення стають менше; зміни в почуттях – втрата почуття гумору або гумор вісельника; постійне почуття невдачі, провини і самозвинувачення, підвищена дратівливість; безсилля; зняття стресу, а не творча діяльність; зміна в мисленні – думки про те, щоб залишити роботу; ригідність мислення; посилення підозрливості; цинічне, осудне відношення до хворих, менталітет жертви; заклопотаність власними потребами й особистим виживанням, агресивність, алкоголізм [1;3].

Можливий розвиток тривожного і депресивного розладів, що можуть привести до суїциду. Так само простежується зв'язок між синдромом "емоційного вигорання" і розвитком залежностей від психоактивних речовин (включаючи кофеїн, нікотин, алкоголь, наркотики). Загальними соматичними симптомами є головний біль, гастроінтестинальні розлади (симптом подразненого шлунка, діарея), кардіоваскулярні порушення (тахікардія, аритмія, гіпертонія). Спостерігаються часті простудні захворювання, можливе загострення хронічних хвороб; бронхіальної астми, дерматитів, псоріазу тощо. До ознак соціальної дисфункції можна віднести соціальну ізоляцію, проблеми в родині, на робочому місці. Має місце і негативний вплив на соматичне здоров'я. Соціальні наслідки синдрому вигорання: погіршується якість виконання роботи лікаря, утрачається творчий підхід до рішення задач, збільшується число конфліктів на роботі і вдома. Росте число професійних помилок [8]. Слід зазначити, що лікарі, котрі переживають вигорання, негативно впливають на своїх колег, тому що сприяють великій кількості міжособистісних конфліктів. Таким чином, вигорання може бути "контагіозним" і поширюватися через неофіційні взаємодії на роботі.

Однак деякі особистісні особливості лікаря можуть робити його більш-менш уразливим до вигорання. У ході аналізу існуючих досліджень були виділені три типи людей [5;10;13], яким загрожує синдром емоційного вигорання.

Перший тип – так званий "педантичний". Основні характеристики цього типу: сумлінність, зведена в абсолют; надмірна, хвороблива акуратність, прагнення в будь-якій справі домогтися зразкового порядку (нехай на шкоду собі).

Другий тип "демонстративний". Люди цього типу прагнуть першенствувати в усьому, завжди бути на очах. Разом з тим їм властивий високий ступінь виснаженості при виконанні непомітної, рутинної роботи.

Нарешті, третій тип – "емотивний". "Емотики" протиприродно чуттєві і вразливі. Їхня чуйність, схильність сприймати чужий біль як власну граничить з патологією, із саморуйнуванням, і все це при явній нестачі сил протистояти будь-яким несприятливим обставинам.

Таким чином, невідповідність між особистісними властивостями, її здатностями протистояти стресові і вимогами навколишнього середовища є вирішальною у розвитку синдрому емоційного вигорання [8].

Таким чином, необхідність у психологічному супроводі, психотерапевтичній допомозі й у спеціальній професійній підготовці для тих лікарів, що свідомо вибирають вид медичної діяльності зв'язаний з підвищеним ризиком вигорання не викликає сумнівів.

Метою емпіричного дослідження було проведення діагностики взаємозв'язку індивідуально-типологічних особливостей, особистісних якостей і рівня емоційного вигорання в лікарів-анестезіологів. Дослідження проводилося на базі обласної клінічної лікарні у відділенні реанімації й інтенсивної терапії. У дослідженні взяли участь 25 лікарів анестезіологів (вік від 25 до 46 років), стаж лікарської праці від 7 до 20 років. Методи дослідження: спостереження, бесіда, тестові методики: методика визначення психологічної характеристики темпераменту, методика Р.Кеттелла, методика діагностики рівня емоційного вигорання В.В. Бойко, тест Т.Ліри, Тестінг-тест, опитник О. Ліпмана.

В експертизі визначення професійно-важливих якостей взяли участь лікарі-анестезіологи відділення реанімації й інтенсивної терапії, що мають стаж лікарської праці до 25 років, вік – до 55 років.

Узагалі відділення реанімації й інтенсивної терапії, можна сказати, є "універсальним" відділенням, що має свою

специфічність і свої особливості.

Фахівці, що працюють у такому відділенні повинні мати великий запас знань не тільки в анестезіології і реаніматології, але терапії, кардіології, нейрохірургії і т.д.

В обов'язки таких фахівців входить не тільки проведення наркозу і надання першої невідкладної допомоги, але і безліч інших маніпуляцій, тому вони повинні мати широкий світогляд і постійно поповнювати свій запас знань

Експертиза проводилася шляхом анкетування фахівців, в основу якого був покладений опитувальник О.Ліпмана. Опитувальник містить у собі 85 індивідуально-психологічних рис, розподілених у 11 груп.

Експертам необхідно було оцінити присутність і значення даної якості для свого виду діяльності. Загальна оцінка результатів анкетування дозволила визначити професійно значимі індивідуально-психологічні властивості, що мають певну рангову співвідпорядкованість. Експертиза показала, що в лікарському виді діяльності анестезіології відділення реанімації й інтенсивної терапії високий ступінь значимості (2,0 x 1,6) має 81 індивідуально-психологічна властивість, що складає 95,2% від загального переліку психологічних якостей, представлених для експертизи.

Уже цей факт дозволяє говорити про поліструктурність професійно-особистісних психологічних властивостей суб'єкта лікарської праці. Перші три місяці за ступенем професійної значимості в оцінці експертів займають пізнавальні процеси, представлені в групах атенційних властивостей, мислення й уяви ( $x=1,86$ ). З оцінок, отриманих у ході експертизи властивостей уваги, 85% відповідають максимальному балові (2). Особливо професійно важливими визначені наступні якості: здатність тривалий час зберігати стійку увагу, незважаючи на втому і сторонні подразники, уміння розподіляти увагу при виконанні декількох дій, функцій, задач. Представлені в експертному листі властивості відносяться до характеристик аналітичного, творчого й інтуїтивного та оперативного мислення. Можна припустити, що в образі суб'єкта лікарської діяльності, сформованого в лікарів, уміння критично аналізувати інформацію, оперативно оперувати нею, робити висновки, прийняти правильне рішення при недоліку необхідної інформації.

Висока оцінка значимості властивостей імажінативної групи зумовлена їхньою змістовною близькістю до властивостей мислення, представлених в експертному листі. Вони доповнюють їхню характеристику рисами розвинутої професійної антиципації (передбачення), що відбувається в здатності наочно уявити собі нове, або старе, але в нових умовах; здатності знаходити нові незвичайні рішення, а так само спрогнозувати результат подій з урахуванням їх імовірності; уміння бачити кілька можливих шляхів і думкою вибирати найбільш ефективний.

Четверте місце зайняли вольові властивості особистості лікаря. Максимальні бали в цій групі присвоєні наступним якостям: здатність до вольової мобілізації; збереження зібраності в екстремальних умовах; здатність брати на себе відповідальність у складних ситуаціях.

Емоційні особливості професійної поведінки так само високо оцінені лікарями-експертами. У цілому по групі цих властивостей середній бал склав 1,76. Найбільш значимими в професійній діяльності визначені: емоційна стійкість при прийнятті відповідальних рішень ( $x=1,99$ ); урівноваженість, самовладання в кризових ситуаціях ( $x=1,95$ ); здатність передати іншим позитивний емоційний заряд ( $x=1,75$ ); спостережливість. А саме: здатність вести спостереження за великою кількістю перемінних досліджуваного об'єкта одночасно ( $x=1,86$ ); уміння помічати незначні зміни в досліджуваному об'єкті ( $x=1,9$ ); уміння вибирати при спостереженні матеріал, необхідний для рішення даної проблеми ( $x=1,78$ ); тонка спостережливість по відношенню до справжнього життя людини ( $x=1,85$ ).

Разом з тим, на думку лікарів-експертів, здатність до самоспостереження не є професійно важливою якістю. Практично усі поставили оцінку в 1 бал, тобто дана властивість бажана, але не обов'язково. У зв'язку з цим можна припустити, що при проведенні лікарем маніпуляцій, загострена на собі увага може стати перешкодою й істотно вплинути на якість проведеної процедури.

Оцінки професійної значимості властивостей моторики одержали середній бал 1,7.

З мнемічних якостей суб'єкта лікарської праці одержали високу оцінку значимості, головним чином, такі процеси пам'яті, як: запам'ятовування, впізнавання, відтворення. Найвищу оцінку одержали: здатність легко запам'ятовувати словесно-логічний матеріал, здатність точно відтворювати матеріал у потрібний момент, оперативна пам'ять.

У групі мовних властивостей, що займає останнє місце, при середньому показнику оцінок нижче рівня значимості ( $x=1,23$ ), мають властивості, визнані необхідними для успішної роботи. Це: уміння давати чіткі, ясні формулювання при стислому викладі думки й уміння зв'язно і логічно викладати свої думки в розгорнутій формі; відсутність дефектів мови, гарна дикція.

У групі комунікативних властивостей ( $x=1,64$ ) найбільш значимими виявились такі здібності: швидко знайти потрібний тон; доцільну форму спілкування з пацієнтом; розташовувати до себе людей; викликати в них довіру; здатність розуміти підтекст мови, – іронію, жарт.

Таким чином, ми вибудували ієрархію професійно-важливих властивостей необхідних для лікаря-реаніматолога в експертних оцінках лікарів – анестезіологів (реаніматологів).

Дослідження дозволило виділити професійно важливі якості, зумовлені специфікою вимог професійної діяльності. З результатів проведеного дослідження можна зробити висновок про те, що психограма лікаря - реаніматолога має виражену структурованість, причому особливе значення для розвитку особистості фахівця і досягнення успішності в професійній діяльності мають властивості уваги, мислення, уяви, вольові, емоційні якості, що доповнюються окремими комунікативними здібностями, що підтверджується високим рівнем значимості показників, виділених у процесі дослідження.

Ці професійно важливі якості можна розглядати як інваріантне "ядро" індивідуально-психологічних властивостей суб'єкта лікарської праці, розвиток яких у процесі професіоналізації є однією з фундаментальних задач його психологічного супроводу. Дослідження дозволило виділити професійно важливі якості, обумовлені специфікою вимог професійної діяльності. Ці професійно важливі якості можна розглядати як інваріантне "ядро" індивідуально-психологічних властивостей суб'єкта лікарської праці, розвиток яких у процесі професіоналізації є однією з фундаментальних задач його психологічного супроводу.

Виходячи з мети дослідження, ми емпірично визначили, що більшість лікарів мають високий показник екстраверсії, активності і сильний тип нервової системи, і це можна сказати не дивно, тому що, працюючи в такому складному і важкому за своєю специфікою відділенні, необхідно володіти саме такими властивостями.

Більшість досліджуваних є лідерами, мають завзятість і наполегливість. З утрудненням пристосовуються до вимог діяльності, що змінюються; переважають егоїстичні риси, орієнтація на себе, завзяті і наполегливі. Здатні реагувати на дуже слабкі зовнішні і внутрішні впливи, критичні до людей через підозрілість. Дружелюбні, відповідальні стосовно інших людей. Переважає емоційна лабільність, мають високий інтелект, самолюбиві, самодостатні, самостійно приймають рішення, незалежні і цілеспрямовані. Схильні до змін, внутрішнього напруження і "захисту".

Визначивши психологічні особливості особистості лікарів-анестезіологів, далі ми визначили в цих досліджуваних міру схильності до вигорання та встановили залежність з індивідуально-психологічними особливостями особистості.

Резюмуючи отримані результати, можна зазначити, що у вибірці з двадцяти п'яти лікарів у п'яти цілком уже сформувався синдром емоційного вигорання, а інші мають першу та другу вже сформовані стадії синдрому.

Результати кореляційного аналізу між показниками емпіричного дослідження свідчать про наявність тісного взаємозв'язку між фазою "напруги" і особистісними особливостями "добросердність" (0,4) (при  $p=0,5$ ), "наївність" (0,4), "тривожність" (0,6), емоційне вигорання на фазі "напруги" супроводжується добротою; "напруженість" (0,4), кореляційний зв'язок говорить про готовність працювати з людьми; приймати все на віру, чутливість, невміння хитрувати; постійне реагування на все, що відбувається навколо; активність, занепокоєнням, збудженістю і непосидючістю. Тісний кореляційний зв'язок спостерігається між показниками фази "напруги" і "емоційною збудливістю" (0,3). При напрузі буде виявлятися висока емоційна збудливість, і знижуватися активність (-0,5). Протилежний зв'язок спостерігається між фазою "напруги" і "абстрактним мисленням" (-0,4) – фаза "напруги" супроводжується схильністю до повільного навчання, емоційної дезорганізації мислення. При емоційному вигоранні фаза "напруги" характеризується такими особистісними

рисами й особливостями характеру, як підозрілість, емоційна збудливість, проникливість, тривожність, наївність. Тобто до емоційного вигорання на цій фазі схильні люди добросердні, готові до співробітництва, активні у встановленні контактів, люблять працювати з людьми, активні в суспільних заходах, відкриті, усе приймають на віру, люблять привносити щось нове, не можуть залишатися без справи навіть в обстановці відпочинку, серйозно задумуються над подіями, турбуються про майбутнє.

Фаза "резистенції" має тісний кореляційний взаємозв'язок з показником "безтурботності" (0,6) (при  $r=0,5$ ), тобто безтурботність впливає на підвищення результатів фази "резистенції". Протилежний кореляційний зв'язок спостерігається між даною фазою і показником "мрійність" (-0,3) – чим вище рівень резистенції, тим нижче буде показник мрійливості і вище прояв практичності.

Фаза "резистенція" супроводжується підвищенням ригідності (0,3) і емоційною збудливістю (0,3) тому, що існує тісний взаємозв'язок між цими показниками. А так само "резистенція" буде супроводжуватися зниженням темпу реакції (-0,4) і активності (-0,4), між ними існує протилежний кореляційний зв'язок. Фаза "резистенції" емоційного вигорання супроводжується ригідністю, емоційною збудливістю, підозрілістю. Це люди, що тяжіють до передчуттів, недооцінюють свою компетентність, у суспільстві почувають себе незатишно і непевно, не контролюють свої емоції, капризи, не звертають уваги на повсякденні справи й обов'язки.

Фаза "виснаження" тісно корелює з ригідністю (0,4), тобто виснаження буде супроводжуватися гальмуванням. Протилежний кореляційний зв'язок спостерігається між "виснаженням" і активністю (-0,4) – підвищення показника фази "виснаження" супроводжується зниженням активності. Тісний кореляційний зв'язок спостерігається між показниками фази "виснаження" і "тривожністю" (0,5), "напруженістю" (0,4), це свідчить про те, що показник даної фази буде збільшуватися при наявності високих результатів за показниками тривожності і напруженості. Протилежний кореляційний зв'язок спостерігається між показниками фази "виснаження" і особистісними характеристиками "емоційна стійкість" (-0,4), "самоконтроль" (-0,4) – виснаження супроводжується зниженням емоційного контролю і низьким самоконтролем.

"Виснаження" як емоційне вигорання пов'язане з альтруїзмом, підпорядкуванням, напругою, тривожністю, підозрілістю. Це люди м'якосерді, з високим почуттям відповідальності, постійні в діяльності, з високо вираженою готовністю допомагати і співчувати навколишнім, низьким самоконтролем, внутрішньо почувають себе безпомічними і втомленими.

Так само емпірично було підтверджено, що вигорання – результат невідповідності професійно-важливих якостей і роботи: 5% досліджуваних; невідповідність між вимогами, які ставляться до працівника, і його ресурсами-15%; невідповідність між прагненням працівників мати великий ступінь самостійності у своїй роботі 10%; невідповідність роботи й психофізичних затрат, через відсутність винагороди, що переживається працівником як невизнання його праці-35%; невідповідність між особистістю і роботою при відсутності уявлення про справедливість на роботі –10%; невідповідність між етичними принципами особистості і вимогами роботи-5%.

Емпіричне дослідження в нашій роботі показало, що для лікарів-анестезіологів характерна наявність симптому вигорання і тому їм необхідна психологічна допомога, профілактика й лікування емоційного вигорання.

На підставі отриманих результатів з кожним з лікарів-анестезіологів була проведена індивідуальна консультативно-корекційна робота, а також групова навчально-тренінгова робота, надані рекомендації щодо поведінки в стресових ситуаціях та профілактика, попередження "синдрому" емоційного вигорання".

## ЛІТЕРАТУРА

1. Бодров В.А. Інформаційний стрес / В.А. Бодров. – М., 2000. – С. 35-50.
2. Бойко В.В. Енергія емоцій у спілкуванні: погляд на себе і на інші / В.В. Бойко. – М., 1996. – С. 100-189.
3. Гринберг Д. Керування стресом. 7-і видання / Д. Гринберг [переклад з англ. Л.Гительман, М. Потапова]. – Питер 2002. – С. 59-86.
4. Крапивина О.В., Косырев В.Н. Синдром емоційного згорання в медичних службовців / О.В. Крапивина, В.Н. Косырев // Вісник ТГУ. Сірий. Гуманітарні науки. Вып.1 (29). – Тамбов, 2003. – С. 36-47.
5. Леонова А.Б. Комплексна стратегія аналізу професійного стресу: від діагностики до профілактики і корекції / А.Б. Леонова // Психологічний журнал. – 2004. – Том 25. – №2. – С. 75-85.
6. Маневич А.З., Поганий А.Д. Основи інтенсивної терапії, реаніматології й анестезіології / А.З. Маневич, А.Д. Поганий. – М. : Видавництво "Триада-Х", 2000. – С. 5-10.
7. Мосолов С.Н. Психосоматика / С.Н. Мосолов // Терапевтичний архів. – 1999. – №10. – С.70-77.
8. Орел В.Е., Шемет И.С. Дослідження впливу змісту діяльності на задовільність працею / В.Е. Орел, И.С. Шемет // Психологічні проблеми раціоналізму трудової діяльності. Ярославль, 1987. – С. 109-116.
9. Орел В.Е. Дослідження феномена психічного вигорання у вітчизняній і закордонній психології / В.Е. Орел // Проблеми загальної й організаційної психології. – Ярославль, 1999. – С. 76-97.
10. Робертс Г.А. Профілактика вигорання / Г.А. Робертс // Огляд сучасної психіатрії. – 1998. – №1. – С. 39-46.
11. Рогинская Т.И. Синдром вигорання в соціальних професіях / Т.И. Рогинская // Психологічний журнал, 2002. – Том 23. – №3. – С. 85-95.
12. Скугаревская М.М. Синдром емоційного вигорання / М.М. Скугаревская // Медичні новини, 2002. – №7. – С. 3-9.
13. Судаків К.В. Експериментальна і прикладна фізіологія. Системні механізми реабілітації / К.В. Судаків – М., 1994. – Т. 5. – С. 6-14.
14. Харди И. Лікар, сестра, хворий. Психологія роботи з хворими / И. Харди / [4-і видання за редакцією проф. М.В.Коркиной]. – 1981. – С. 15-151.

Подано до редакції 16.03.09

## РЕЗЮМЕ

В статті розкриваються специфіка та напрями психологічного супроводу медичної практики у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії. Зокрема, психологічний супровід діяльності лікаря, а саме, вплив синдрому емоційного вигорання на професійну діяльність лікарів, на прикладі лікарів-реаніматологів.

**Ключові слова:** психологічний супровід медичної практики, синдром емоційного вигорання, професійна діяльність лікарів, лікарі-реаніматологи.

## С.М. Симоненко, И.А. Плющ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКИ В ОТДЕЛЕНИЯХ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

### РЕЗЮМЕ

В статье раскрываются специфика и направления психологического сопровождения медицинской практики в отделениях реанимации и интенсивной терапии. В частности, психологическое сопровождение деятельности врача, а именно, влияние синдрома эмоционального выгорания на профессиональную деятельность врачей, на примере врачей-реаниматологов.

**Ключевые слова:** психологическое сопровождение медицинской практики, синдром эмоционального выгорания, профессиональная деятельность врачей, врачи-реаниматологи.

**S. M. Symonenko, I. A. Plushch**

**PSYCHOLOGICAL ACCOMPANIMENT OF MEDICAL PRACTICE IN REANIMATION AND INTENSIVE CARE DEPARTMENTS**

**SUMMARY**

The article reveals specificity and tendencies of psychological accompaniment of medical practice in reanimation and intensive care departments. In particular, it investigates on psychological accompaniment of doctor's activity, i.e. the impact of the syndrome of emotional burnout on doctor's professional activity, e.g. doctors - reanimatologists.

**Keyword:** psychological accompaniment of medical practice, the syndrome of emotional burnout, doctor's professional activity, doctors - reanimatologists

---