

УДК 616.89-057-051-085

*М. І. Продан***ЕМОЦІЙНА СКЛАДОВА ПРОФЕСІЙНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У СЕРЕДНЬОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРАЦЮЄ З ХВОРИМИ НА ОСОБЛИВО НЕБЕЗПЕЧНІ ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ**

Берегівський медичний коледж, м. Берегове

Ключові слова: професійна дезадаптація, середній медичний персонал, емоційне вигорання, емоційний інтелект

Особливим напрямком роботи навчальних закладів середньої медичної освіти є підготовка молодих фахівців, які тільки починають свою професійну діяльність. Молоді фахівці, вступаючи в нову для них стадію професійного розвитку, стикаються не тільки з новими професійними вимогами і завданнями, новими умовами праці, новою системою взаємовідносин у колективі, але й виявляють досить різку невідповідність між накопиченими їми у процесі навчання академічними знаннями і реальним практичним наповненням професійної діяльності. Таким чином, для них стає актуальною проблема адаптації до вимог ситуації, що склалася, пошуку і втілення оптимальної стратегії поведінки та взаємодії з оточуючими і знаходження балансу між внутрішніми очікуваннями і реальними вимогами нової соціальної ситуації розвитку.

Численні стресові фактори, притаманні сучасному навколишньому середовищу сестринського персоналу, особливо за умови праці з хворими на особливо небезпечні інфекційні захворювання (ХОНІЗ), чинять негативний вплив як на стан їх здоров'я, так і на професійну діяльність, формуючи професійну дезадаптацію (ПД). Треба зазначити, що професійній діяльності середнього медичного персоналу (СМП), які працюють з ХОНІЗ, притаманна низка специфічних особливостей, пов'язаних не тільки з необхідністю виконання роботи на високому професійному рівні, але й, насамперед, з підвищеним стресовим навантаженням внаслідок тісної взаємодії з проблемами пацієнта, необхідності демонстрування додаткових емпатичних

здібностей, співпереживання та співчуття, що виснажує психічний ресурс сестринського персоналу.

Стає очевидним, що крім стандартних професійних знань, умінь і навичок, в молодих фахівців СМП необхідно сформувати якісь психологічні якості, які б поліпшували їх адаптацію до складних умов праці. Зокрема, можна говорити про особливості процесу пізнання соціальних об'єктів і конструювання соціальної реальності, одним з параметрів якого можна вважати емоційний інтелект, який розглядається сучасними дослідниками як здатність особистості до ефективного спілкування за рахунок уміння розуміти і управляти своїми і чужими емоціями; вміння сприймати емоції оточуючих людей і можливості впливати на них, а також уміння рефлексувати свої власні емоційні стани і контролювати їх прояви. Традиційно в коло функцій емоційного інтелекту включаються підвищення ефективності комунікації, оптимізація міжособистісних відносин, соціально-психологічна адаптація.

Між тим, для розробки заходів підвищення емоційного інтелекту у майбутніх СМП в період навчання, як механізму превенції формування в них ПД, необхідно вивчити умови розвитку ПД у СМП в реальних умовах сучасної клінічної практики та виділити питому вагу викривлення емоційної складової даного феномену.

Враховуючи наведене, метою даної роботи було дослідження емоційної складової ПД у СМП, що працюють з ХОНІЗ, для подальшої розробки заходів їх психокорекції та психопревенції.

Матеріал та методи дослідження

За умови інформованої згоди обстежено 237 медичних сестер, що працюють з хворими на особливо небезпечні інфекційні захворювання.

Серед загальної кількості обстежених у для участі в подальшій роботі було відібрано 120 осіб, в яких за допомогою опитувальника

«Рівень професійної дезадаптації», розробленою О. Н. Родіною [1], була діагностована ПД різного ступеню вираженості. За тривалістю виявленої ПД обстежені були розділені на дві групи: особи з тривалістю ПД до року (гостра дезадаптація – 60 осіб, основна група 1, ОГ1) та особи з 2 - 5 річною ПД (хронічна дезадаптація – 60 осіб, основна група 2, ОГ2). В якості групи порівняння були досліджені 50 медичних сестер, в яких встановлено низький рівень ПД, або

її відсутність (50 осіб, ГП). Аналіз результатів здійснювали на основі даних психодіагностичного дослідження.

Дослідження емоційної складової ПД у обстежених проводили в два етапи. На першому встановлювали рівень емоційного вигорання (ЕВ) за однойменною методикою, розробленою В. В. Бойко [2], на другому проводили оцінку емоційного інтелекту респондентів із використанням опитувальника EQ Н. Холла [3].

Результати дослідження

За аналізом даних емпіричного дослідження ЕВ у обстеженого контингенту, встановлено, що 52,2% ОГ1 і 60,6% ОГ2 мали фазу резистенції синдрому ЕВ, яка характеризувалася «згортанням» професійних обов'язків, прагненням якомога менше часу витратити на виконання завдань згідно з посадою, зменшенням взаємодії з колегами та пацієнтами, розширенням сфери економії емоцій, бажанням побути на самоті, неадекватним емоційним реагуванням тощо. У 32,9% ОГ1 й 32,5% ОГ2 ЕВ проявлялось симптомами напруження, а у 14,9% ОГ1 й 6,9% ОГ2 – виснаження. У осіб ГП виражених симптомів

ЕВ не виявлено.

Вивчення симптоматичної структури ЕВ, результати якого наведені в табл. 1, свідчили, що у СМП ОГ1 та ОГ2 зі стажем роботи до 3 років розвиток синдрому відбувався як через неадекватне вибіркове емоційне реагування ($p < 0,05$), редукцію професійних обов'язків ($p < 0,05$), і переживання психотравмуючих обставин ($p < 0,05$). У обстежуваних ОГ1 та ОГ2 зі стажем роботи 5 і більше років виявлені дисконгруентні психотравмуючі переживання ($p < 0,05$), а також психосоматичні та психовегетативні порушення ($p < 0,05$).

Таблиця 1

Розподіл обстежуваних за симптоматичною структурою ЕВ

Симптоми	Групи								
	ОГ1, n=60			ОГ2, n=60			ГП, n=50		
	№	%	± m	№	%	± m	№	%	± m
Переживання психотравмуючих обставин	58	14,9	3,6	49	17,7	3,8	8	33,3	4,7
Незадоволеність собою	46	11,8	3,2	37	13,4	3,4	–	–	–
«Загнаність у глухий кут»	54	13,9	3,5	46	16,6	3,7	–	–	–
Тривога та депресія	45	11,6	3,2	36	13,0	3,4	5	20,8	4,1
Неадекватне емоційне реагування	33	8,5	2,8	24	8,7	2,8	–	–	–
Емоційна й етична дезорієнтація	32	8,2	2,7	22	7,9	2,7	–	–	–
Розширення сфери економії емоцій	31	8,0	2,7	23	8,3	2,8	4	16,7	3,7
Редукція професійних обов'язків	32	8,2	2,7	21	7,6	2,6	–	–	–
Емоційний дефіцит	16	4,1	2,0	7	2,5	1,6	–	–	–
Емоційна відчуженість	15	3,9	1,9	5	1,8	1,3	–	–	–
Особистісна відчуженість (деперсоналізація)	13	3,3	1,8	3	1,1	1,0	–	–	–
Психосоматичні та психовегетативні порушення	14	3,6	1,9	4	1,4	1,2	7	29,2	4,5
Всього	389	100,0		277	100,0		24	100,0	

Загалом за аналізом симптоматичної структури встановлено, що між синдромом ЕВ та стажем роботи із ХОНІЗ, існує достовірний зв'язок. Так, високі показники переживання психотравмуючих обставин на початку професійної діяльності у ОГ1, на нашу думку, зумовлені

відсутністю «емоційного досвіду реагування». Крім того, значення симптомів психосоматичних та психовегетативних порушень у обстежуваних ОГ2 можна пояснити «латентним реагуванням» через деформацію особистості з часом (5 і більше років) у фазі резистенції.

Результати дослідження середніх показників бальної оцінки компонентів синдрому ЕВ представлені в табл. 2, з аналізу якої можна дійти висновку, що провідними патологічними проявами ЕВ у СМП, які працюють з ХОНІЗ є емоційне відчуження ($p < 0,05$), психосоматичні порушення ($p < 0,05$), редукція професійних обов'язків ($p < 0,05$), переживання психотравмуючих обставин ($p < 0,05$), незадоволеність собою ($p < 0,05$), «загнаність у глухий кут» ($p < 0,05$), тривога та депресія ($p < 0,05$), неадекватне емоційне реагування ($p < 0,05$), емоційна й етична дезорієнтація ($p < 0,05$), розширення сфери економії емоцій ($p < 0,05$), емоційний дефіцит ($p < 0,05$).

Другим етапом оцінки емоційної складової ПД у СМП, які працюють з ХОНІЗ, було проведення дослідження емоційного інтелекту. Поняття емоційного інтелекту нами розглядалося як сукупність визначення ступеня розвитку таких людських якостей, як самосвідомість, самоконтроль, мотивація, вміння ставити себе на місце інших, навички роботи з людьми, вміння порозумітися з іншими.

Засновники дефініції емоційного інтелекту американські вчені P. Salovey і J. D. Mayer визна-

чають емоційний інтелект як «здатність сприймати і розуміти прояви особистості, що виражаються в емоціях, управляти емоціями на основі інтелектуальних процесів». Іншими словами, емоційний інтелект, на їхню думку, включає в себе 4 аспекти – здатності людини: 1) здатність сприймати або відчувати емоції (як свої власні, так і іншої людини); 2) здатність направляти свої емоції в допомогу розуму; 3) здатність розуміти, що виражає та чи інша емоція; 4) здатність управляти емоціями [4]. В трактуванні іншого дослідника феномену R. Bar-On, емоційний інтелект – це всі некогнітивні здібності, знання і компетентність, що дають людині можливість успішно справлятися з різними життєвими ситуаціями [5].

Важливим напрямком досліджень емоційного інтелекту є вивчення його ролі в забезпеченні ефективності професійної діяльності. Даний напрямок намітився практично одночасно з появою самого поняття емоційного інтелекту, який, на думку багатьох авторів, може бути розглянутий у якості одного з ключових внутрішніх чинників соціально-психологічної адаптації. Однак емпіричних підтверджень цього припущення на сьогоднішній день недостатньо.

Таблиця 2

Розподіл середніх показників компонентів ЕВ

Фази ЕВ	Симптом	Групи		
		ОГ1, n=60	ОГ2, n=60	ГП, n=50
Напруга	Переживання психотравмуючих обставин	19	19	7
	Незадоволеність собою	18	18	–
	«Загнаність у глухий кут»	17	17	–
	Тривога та депресія	18	19	7
Резистенція	Неадекватне емоційне реагування	18	18	–
	Емоційна й етична дезорієнтація	19	17	–
	Розширення сфери економії емоцій	20	18	6
	Редукція професійних обов'язків	27	27	–
Виснаження	Емоційний дефіцит	17	29	–
	Емоційна відчуженість	29	28	–
	Особистісна відчуженість (деперсоналізація)	26	20	–
	Психосоматичні та психовегетативні порушення	25	27	8

Емоційний інтелект як предмет наукового дослідження є відносно новим, маловивченим феноменом, а єдина узгоджена теорія емоційного інтелекту поки не розроблена. Тим не менш, необхідність вивчення емоційного інте-

лекту диктується запитом практики, що полягають в визначенні факторів, що впливають на ефективність професійної діяльності і соціально-психологічної адаптації особистості в сучасних умовах.

У дослідженні емоційного інтелекту ми спиралися на думку американського вченого Д. Гоулмана, який у книзі «Emotional Intelligence» ґрунтовно довів, що успіх у житті залежить не стільки від логічного інтелекту – IQ, скільки від здібностей управляти своїми емоціями – EQ [6]. Так, емоційний інтелект включає вміння контролювати свої емоції, використовувати інтуїцію, комунікабельність, стійкість та спокій у стресових ситуаціях. Також ми спиралися на погляди P. Salovey і J. D. Mayer [4], щодо складових емоційного інтелекту, а саме: здатності сприймати та відчувати емоції; направляти свої емоції на допомогу розуму; розуміти, як втілюється та чи інша емоція; вміння передавати емоції.

Отже, на нашу думку, емоційний інтелект – це здатність людини розпізнавати та розуміти свої та чужі емоції й почуття, використовувати та контролювати їх у своїх судженнях та діях. Виходячи з цього, можна стверджувати, що емоційний інтелект створює три сфери: максимально точно розпізнавати свої та чужі емоції, керувати своїми емоціями, стратегічно використовувати емоції у формуванні мотивації та розв'язанні завдань. Таким чином, емоційний інтелект – здатність розуміти – можна трактувати як стосунки особистості, що репрезентовані в емоціях, і керувати емоційною сферою на базі прийняття рішень. Емоційний інтелект має таку структуру: 1) емоційна обізнаність; 2) управління своїми емоціями (скоріше емоційна неригідність); 3) самомотивація (скоріше мимовільне управління своїми емоціями); 4) емпатія; 5) розпізнавання емоцій інших людей (скоріше вміння впливати на емоційний стан інших людей).

Ураховуючи викладені теоретичні засади щодо емоційного інтелекту, для оцінки емоційної складової ПД у СМП, які працюють з ХОНІЗ, нами було використано методику оцінки емоційного інтелекту (опитувальник EQ) Н. Холла [3], використання якої дало нам змогу дослідити емоційну обізнаність СМП, вміння управляти своїми емоціями й керувати ними, а також самомотивацію та рівень його емпатії. Деталізуючи отримані дані, слід зазначити, що в обстежуваних ОГ1 виявлено: 1) за шкалою «Емоційна обізнаність» 15,0% обстежуваних мали високий рівень; 45,0% – середній; 40,0% – низький ($p < 0,05$); 2) за шкалою «Управління емоціями» тільки 8,0% опитуваних добре керувало власними емоціями, 42,0% уміло керує власними емоціями; 50% мали складнощі в керуванні емоціями ($p < 0,05$); 3) за шкалою «Самомотивація» високий показник у 9,0% пацієнтів; 51,0% мали се-

редній; 40,0% – низький рівень ($p < 0,05$); 4) за шкалою «Емпатія» найвищий рівень лише в 11,0% обстежуваних; 45,0% мали середній; 44,0% – низький ($p < 0,05$); 5) за шкалою «Розпізнавання емоцій інших» таке вміння було виявлено лише у 6,0% обстежуваних; середньою мірою – 45,0%, а 49,0% мали труднощі в розпізнаванні емоцій інших людей, а звідси й складною взаємодія ($p < 0,05$).

Загалом, серед ОГ1 осіб з високим EQ (за аналізом інтегративних показників) не виявлено. Ці свідчили про те, що серед них не було осіб, які б достатнє вміли усвідомлювати свої емоції та почуття, відчувати відповідальність за власний емоційний стан. Середній рівень EQ був притаманним у $61,7 \pm 4,9\%$, низький – у $38,3 \pm 4,9\%$ обстежуваних.

Для респондентів ОГ2 виявилось характерним: 1) за шкалою «Емоційна обізнаність» 35,0% обстежуваних мали високий рівень; 35,0% – середній; 30,0% – низький ($p < 0,05$); 2) за шкалою «Управління емоціями» лише 30,0% обстежуваних добре керували власними емоціями, 40,0% уміло керували власними емоціями; 30% мали складнощі в керуванні емоціями ($p < 0,05$); 3) за шкалою «Самомотивація» високий показник у 40,0% пацієнтів; 35,0% мали середній; 25,0% – низький рівень ($p < 0,05$); 4) за шкалою «Емпатія» найвищий рівень лише в 33,0% обстежуваних; 32,0% мали середній; 35,0% – низький ($p < 0,05$); 5) за шкалою «Розпізнавання емоцій інших» таке вміння було виявлено лише у 28,0% обстежуваних; середньою мірою – 42,0%, а 30,0% мали складнощі в розпізнаванні емоцій інших людей, а звідси й погано взаємодіяли ($p < 0,05$).

Серед ОГ2, як і в ОГ1, осіб з високим EQ (за аналізом інтегративних показників) не виявлено. Середній рівень EQ був притаманним у $53,3 \pm 5,0\%$, низький – у $46,7 \pm 5,0\%$ обстежуваних.

СМП ГП характеризувались: 1) за шкалою «Емоційна обізнаність» 65,0% обстежуваних мали високий рівень; 25,0% – середній; 10,0% – низький ($p < 0,05$); 2) за шкалою «Управління емоціями» лише 55,0% обстежуваних добре керувало власними емоціями, 40,0% уміло керували власними емоціями; 5,0% мали складнощі в керуванні емоціями ($p < 0,05$); 3) за шкалою «Самомотивація» високий показник у 60,0% обстежуваних; 29,0% мали середній; 11,0% – низький рівень ($p < 0,05$); 4) за шкалою «Емпатія» найвищий рівень лише в 53,0% пацієнтів; 35,0% мали середній; 12,0% – низький ($p < 0,05$); 5) за шкалою «Розпізнавання емоцій інших» таке вміння було виявлено лише у 60,0% обстежуваних;

середньою мірою – 32,0%, а 8,0% мали складнощі в розпізнанні емоцій інших людей, а звідси й погано взаємодіяли ($p < 0,05$).

Загалом у ГП високий рівень EQ мали у $46,0 \pm 5,0\%$ СМП, середній - $42,0 \pm 4,9\%$, низький – $12,0 \pm 3,2\%$ обстежуваних.

З аналізу проблеми випливає, що емоційний інтелект - головна складова частина в досягненні максимального відчуття щастя й успішної самореалізації. Емоційний інтелект є чинником, який активізує і підвищує розумову компетентність та рефлексивність особи. Розподіл рівню EQ серед осіб ГП виявив, що коли людина усвідомлює свої емоції і конструктивно ними керується, це збільшує її інтелектуальні можливості, сприяє налагодженню продуктивної взаємодії та сприяє розвитку особистості.

Значущий кореляційний взаємозв'язок між показниками емоційного інтелекту встановлений між показниками за шкалою «Емоційна обізнаність» і «Розпізнавання емоцій інших людей», що означає, що якість і точність розпізнавання емоцій інших людей залежить від рівню емоційної обізнаності обстежуваних ($p < 0,05$). Менш значущий кореляційний взаємозв'язок мали показники за шкалами «Управління власними емоціями» та «Самотивація», що вказує на те, що обстежені ОГ1 і ОГ2 були не здатні управляти власними емоціями за рахунок браку само мотивації ($p < 0,05$).

Для виявлення причинно-наслідкових зв'язків було проведено кластерний аналіз от-

риманих даних. Виявлено взаємозв'язок шкал «Емоційна обізнаність» і «Розпізнавання емоцій інших людей». Це свідчить про те, що емоційно обізнані люди можуть розпізнавати емоції інших людей ($p < 0,05$). Так само виявлено взаємозв'язок шкал «Емоційної обізнаності» і шкали «Емпатія», що свідчить про те, що емоційно обізнана людина здатна до емпатії і високої самотивації ($p < 0,05$). Виявлено, що обстежувані ОГ1 та ОГ2 мали високий рівень стриманості в прояві своїх емоцій, проте обстежувані із ПГ були здатні набагато краще визначати емоції оточуючих, розпізнавати і підтримувати емоційний стан, проявляти й демонструвати власні відчуття відкрито ($p < 0,05$).

Висновок. Аналіз емоційної складової ПД у СМП, які працюють з ХОНІЗ, засвідчив, що вона має досить складну структуру синдромів та симптомів, які проявляються індивідуально, з урахуванням конкретних обставин професійної та особистісної життєдіяльності. Самі симптоми не відрізняються строгою специфічністю і можуть варіювати в широкому діапазоні – від легких реакцій типу дратівливості, підвищеної стомлюваності тощо, і аж до психосоматичних розладів в рамках проявів синдрому ЕВ. Вивчення рівню емоційного інтелекту у СМП довело низький його рівень у осіб з ПД, що свідчить про його роль як у виникненні, так і у превенції ПД.

Отримані дані лягли в основу розробленої нами системи психокорекції та психопревенції ПД у СМП, що працюють з ХОНІЗ.

М.И. Продан

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ В СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, РАБОТАЮЩЕГО С БОЛЬНЫМИ ОСОБО ОПАСНЫМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Береговский медицинский колледж, г.Береговое

На основе психодиагностического исследования 170 человек - среднего медицинского персонала, работающего с больными особо опасными инфекционными заболеваниями, определены особенности эмоционального выгорания и уровень эмоционального интеллекта у 60 человек с острой, 60 – с хронической профессиональной дезадаптацией и 50 психологически благополучных лиц. Полученные результаты легли в основу разработки системы психокоррекции и психопревенции, направленной на средний медперсонал, работающий с больными особо опасными инфекциями. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 4 (31). — С. 43-48).

M.I. Prodan

EMOTIONAL COMPONENT OF PROFESSIONAL EXCLUSION IN NURSING STAFF WORKING WITH ESPECIALLY DANGEROUS INFECTIOUS DISEASESPATIENTS

Beregovsk medical college, Beregovoye

Based psychodiagnostic study 170 people - nurses who work with patients with particularly dangerous infectious diseases set features emotional burnout and level of emotional intelligence in 60 patients with acute, 60 chronic occupational maladjustment and 50 psychologically affluent individuals. The results formed the basis for the development of psychotherapy and prevention aimed at nurses working with patients with especially dangerous infections. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 4 (31). — P. 43-48).

Литература

1. Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности: Учеб. пособие / Под ред. Г. С. Никифорова, М. А. Дмитриевой, В. М. Снеткова. – СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2003. – С. 147 – 151.
2. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский – Самара: Издательский дом «БАХРАХ-М», 2008. – 672 с.
3. Диагностика «эмоционального интеллекта» (Н. Холл) / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – С. 57 – 59.
4. Mayer J. D. Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: a component of emotional intelligence / J. D. Mayer, M. Di Paolo, P. Salovey // Journal of Personality Assessment. – 1990. – Vol. 54, № 3, 4. – P. 772 – 781.
5. Bar-On R. Emotional Intelligence Inventory (EQ-I): Technical Manual / R. Bar-On. – Toronto, Canada: Multi-Health Systems, 1997.
6. Гоулман Д. Эмоциональное лидерство: Искусство управления людьми на основе эмоционального интеллекта: Пер. с англ. / Д. Гоулман, Р. Бояцис, Э. Макки. – М.: Альпина Бизнес Букс, 2005.

Поступила в редакцию 04.08.2012