

- коли стиль діяльності формується відповідно до вимог діяльності; в цьому випадку має місце пристосування людини до діяльності;

- коли стиль діяльності вибирається відповідно до схильності і в той же час він не вступає в суперечність з вимогами діяльності.

Таким чином, в процесі адаптації стиль професійної діяльності визначається логікою професійної діяльності і логікою психічного розвитку професіонала, що приводить до формування у неї певного стилю як одночасно і причини, і наслідку ресурсної ефективності професійної діяльності [2].

Мета статті: розглянути ефективність стилю професійної діяльності з точки зору збереження психічного здоров'я професіонала.

В дослідження взяли участь 33 лікарі-терапевти, що працюють в державних медичних закладах, де навантаження та часовий розподіл виступають як стресові фактори впливу на особистість лікаря. Адже в державній клініці на кожного хворого розраховано 7-12 хв. прийому, при навантаженні від 13 до 40 пацієнтів в день. Таким чином, трудова взаємодія характеризується великою мірою мінливості контактів та їх насиченістю. За такої умови лікар-терапевт державного медичного закладу автоматично потрапляє в зону ризику розвитку професійного вигорання.

При проведенні дослідження вимірювалась вираженість професійного вигорання (емоційне вигорання, деперсоналізація, редукція досвіду), фіксувався стиль професійної діяльності (комунікативний, інформаційний, інструментальний, колегіальний) та особливості ціннісно-мотиваційної сфери. Були використані такі методики як опитувальник психічного вигорання Н. Є. Водоп'янової та О. С. Старченкової, адаптована до професійної області та виміру стилю професійної діяльності методика оцінки рівня професіоналізму на основі «Карти спостереження» М.А. Дмитрієвої та О. В. Дворцової; методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча, «Орієнтовна анкета» В. Смейкала та М. Кучера.

Визначення ціннісно-мотиваційної структури кожного стилю дозволяє виявити спонукальні сили щодо застосування саме такої моделі діяльності в існуючих умовах. Мотиваційна спрямованість визначає характер мети в професійній діяльності. Ціннісні орієнтації направляють людину на різні сторони професійної діяльності (на зміст, процес, результат та ін.), визначаючи її суб'єктивний смисл та ціннісно-особистісні основи її здійснення. Дані характеристики допомагають визначити тип адаптаційної схеми за Є.П. Ільїним.

Серед лікарів-терапевтів, що взяли участь в нашому дослідженні виявилось 13 представників комунікативного стилю, 5 представників інформаційного, 8 представників інструментального і 7 – колегіального.

За показниками професійного вигорання існують відмінності між представниками різних стилів відносно рівня вираженості. У представників комунікативного та колегіального стилю низький рівень деперсоналізації (7), тоді як у представників інформаційного стилю він високий (14). Крім того, у представників інформаційного стилю високий рівень емоційного вигорання (28), а у представників інструментального стилю середній (22), що є найменшим в порівнянні з показниками представників всіх стилів: комунікативний (26), колегіальний (26).

Отже, представники комунікативного та колегіального стилю мають значний рівень емоційного вигорання, що пояснюється глибиною включення в суб'єкт-суб'єктну взаємодію при високому навантаженні, однак при цьому мають низький рівень деперсоналізації. Представники інформаційного стилю мають високий рівень як деперсоналізації, так і емоційного вигорання, що в подальшому аналізі дає типову картину поведінкових проявів професійного вигорання. Представники інструментального стилю мають найнижчий показник емоційного вигорання, що свідчить про зменшення інтенсивності включення в міжособистісну взаємодію.

Подальше застосування методів статистичної обробки даних дозволило знайти пояснювальні можливості для інтерпретації показників вигорання в виявлених залежностях та зв'язках.

За результатами емпіричного дослідження на основі кореляційного аналізу було виявлено, що емоційне вигорання пов'язане з інструментальним стилем професійної діяльності (-0,44 – середня сила зв'язку). Чим вищий рівень вираженості інструментального стилю, тим більш характерно, що лікар скорочує час контакту з пацієнтом, застосовує широко інструментальний компонент своєї діяльності, який служить стіною між ним і пацієнтом, стараючись при цьому всіляко знеособити контакт. Лікар більше раціоналізує, сприймаючи свою діяльність в більш інтелектуальному і менш особистісному світлі, що дозволяє мати справу з абстрактними якостями інших і не піддаватися емоціям. Алгоритмізація зменшує в свою чергу інтенсивність емоційного розтрачування за рахунок меншої включеності в сам процес суб'єкт-суб'єктної взаємодії, що зменшує вірогідність емоційного виснаження. Цей стиль є результативним в умовах великого навантаження (кількість пацієнтів в день більша, ніж передбачено нормою) і в той же час щадним, бо він зберігає здоров'я і психіку спеціаліста.

За результатами регресійного аналізу було визначено ціннісно-мотиваційну структуру інструментального стилю. Регресійна модель пояснює 66% варіативності показників стилю. Крім того, множинний коефіцієнт кореляції свідчить про велику силу зв'язку (0,812) між реальними та прогнозованими значеннями.

За силою впливову на показник інструментального стилю (за коефіцієнтом регресії) можна розмістити виявлені детермінуючі компоненти наступним чином: фактор «пізнання» (0,551), на другому місці «раціональність» (0,633), далі «орієнтація на взаємодію» (-0,290).

Чим більше лікар-терапевт цінує повноту інформації та діагностичних показників для забезпечення лікувального процесу, прагне приймати обдумані, раціональні рішення та менше орієнтований на взаємодію, тим більш виражений інструментальний стиль в його професійній діяльності, спрямований на широке використання діагностичних методик з метою отримання об'єктивної інформації зі зменшенням необхідності взаємодії безпосередньо з пацієнтом.

Отже, в державній клініці підвищення показників інструментального стилю пов'язане зі зниженням емоційного вигорання і навпаки, що визначає його як конструктивний стиль. Він передбачає оволодіння ситуацією шляхом активної і

раціональної організації обставин заради збереження власного психічного здоров'я при забезпеченні належного рівня результативності праці. Він виступає прикладом адаптації професіонала до умов діяльності.

Використовуючи кореляційний аналіз були встановлені статистично значима обернена залежність вираженості деперсоналізації та показників комунікативного (-0,676) та колегіального (-0,687) стилів.

Комунікативний та колегіальний стилі набувають більших проявів в стильовій характеристиці професійної діяльності лікаря, чим менш для нього характерні деформаційні зміни в стосунках з оточуючими, адже підвищення негативізму, цинічності установок по відношенню до реципієнтів (пацієнтів, колег), не сумісне з налаштованістю на встановлення та підтримання взаємодії, однією з обов'язкових характеристик якої є емпатія.

За результатами регресійного аналізу було визначено ціннісно-мотиваційну структуру комунікативного стилю. Регресійна модель пояснює 67% варіативності показників стилю. Крім того, множинний коефіцієнт кореляції свідчить про велику силу зв'язку (0,820) між реальними та прогнозованими значеннями.

Основна роль в детермінації комунікативного стилю професійної діяльності в державному медичному закладі належить терпимості до інших (регресійний коефіцієнт 0,433) та відповідальності (0,410), самоконтролю (0,287). В такому випадку комунікативний стиль являє собою сукупну дію можливості лояльного ставлення до великого діапазону різних життєвих історій, характерів та переконань пацієнтів, вміння контролювати свої емоції та дії, не виходячи за рамки професійної етики. Лікар виражає «підтримуюче», співчутливе ставлення пацієнтові, оскільки психологічний стан пацієнта розглядається як важливий для ефективності лікування, емоційно розтрачуючись він свідомо вибирає вид медичної діяльності пов'язаний з підвищеним ризиком вигорання, адже працює в умовах високого навантаження та дефіциту часу. В даному випадку можна припустити, що стиль діяльності вибирається відповідно до схильності і в той же час він не вступає в суперечність з вимогами діяльності, що є прикладом схеми взаємної адаптації діяльності та особистості.

Шляхом застосування кореляційного аналізу було встановлено статистично значимий зв'язок між вираженістю деперсоналізації (0,583) та емоційним вигоранням (0,726) показниками інформаційного стилю.

Для побудови прогностичної ціннісно-мотиваційної моделі було використано регресійний аналіз. На основі величини коефіцієнта детермінації можна визначити, що регресійна модель інформаційного стилю професійної діяльності лікаря-терапевта державної клініки пояснює 76% варіативності показників стилю. Крім того, множинний коефіцієнт кореляції свідчить про велику силу зв'язку (0,872) між реальними та прогнозованими значеннями.

На основі значення регресійних коефіцієнтів можна розташувати ціннісно-мотиваційні фактори за силою їх детермінуючого впливу. Таким чином, найбільш впливовим на показник інформаційного стилю виступає фактор «орієнтація на задачу» (0,738), на другому місці «ефективність» (0,458), далі «незалежність» (0,354). Чим більше лікар-терапевт орієнтований на виконання професійних задач та прагне до ефективності їх реалізації, цінює незалежність в прийнятті рішень, тим більш виражений інформаційний стиль в його професійній діяльності.

При врахуванні показників професійного вигорання, а саме емоційного вигорання та деперсоналізації, можна припустити, що така ціннісно-мотиваційна структура може пояснюватись такими поведінкових симптомів професійного вигорання як відчуттям, що робота стає все важче і важче; гіпервідповідальністю та невпевненістю, трудоголізмом, відособленістю від колег і пацієнтів, неможливістю переключитися з турбот, що стосуються професійної діяльності. Саме тому, можливо, лікаря цікавить першочергово хвороба як феномен, намагання підвищувати рівень своєї інформаційної обізнаності стосовно безпосередньої предметної області його професійної діяльності. У такому можна говорити про адаптацію діяльності до особистості професіонала.

Оскільки професійну діяльність лікаря-терапевта характеризує велика емоційна насиченість міжособистісної взаємодії, інтенсивне сприйняття, переробка та інтерпретація отриманої інформації та прийняття рішень, а також нечітка організація і планування праці, недостатність необхідних засобів, наявність бюрократичних перепон, то це дозволяє говорити про працю в умовах ризику професійного вигорання. При цьому використання різних адаптаційних схем призводить до різної ефективності роботи сформованого стилю з точки зору збереження психічного здоров'я фахівця. Так, наявність інформаційного стилю (схема адаптації діяльності до особистості) є прикладом, коли актуальний стан професійного вигорання виступає як причина формування саме цього типу стилю у зв'язку з неефективністю попереднього. Наявність інструментального стилю (схема адаптації особистості до діяльності) є прикладом, коли актуальний стан професійного вигорання виступає як наслідок формування саме цього типу стилю, він виступає як конструктивний в даних умовах професійної діяльності. Наявність комунікативного стилю (схема взаємної адаптації особистості та діяльності) є прикладом, коли актуальний стан професійного вигорання виступає як наслідок формування саме цього типу стилю, він виступає як виснажуючий в даних умовах професійної діяльності.

Висновки:

1. Стиль професійної діяльності пов'язаний з вираженістю професійного вигорання. Психічний фон професійної діяльності пов'язаний з типом адаптаційної схеми, що застосовується професіоналом при узгодженні власної особистості з вимогами професійної діяльності.

2. Психічне здоров'я професіонала як критерій ефективності стилю вис тупає як причина та наслідок формування певного стилю професійної діяльності.

Планується в подальших дослідженнях поглибити вивчення проблеми професійного вигорання саме з точки зору адаптивних можливостей стилів професійної діяльності з розробкою програм профілактики вигорання з урахуванням ефективних схем адаптації.

Література

1. Маслач К. Профессиональное выгорание: как люди справляются / Кристина Маслач [Электронный ресурс]. — http://hr.getu.net/pages/professional_noe_vygoranie_kak_lyudi_spravlyayutsya.html
2. Толочек В.А. Стили профессиональной деятельности / Владимир Алексеевич Толочек. — М.: Смысл, 2000.—199 с.
3. Толочек В.А. Исследования индивидуального стиля деятельности / Владимир Алексеевич Толочек // Вопросы психологии. - 1991. - №3 - С. 53-63.

В статье рассматривается проблема профессионального выгорания врачей через призму стиля профессиональной деятельности. Сам стиль определяется как адаптационная структура. Психическое здоровье специалиста как критерий эффективности стиля рассматривается как причина и следствие применения одной из адаптационных схем его формирования.

The article considers the problem of professional burnout of physicians through the prism of professional activity style. Style acts as an adaptive structure to work conditions. An experts mental health as a criterion of style efficiency is defined as the reason and the result of using one of the adaptive schemes of an experts personality and activity adjustment.

©2012 р.

В. Є. Мельниченко (м. Київ)

ПСИХОЛОГІЧНІ УМОВИ УПЕРЕДЖЕННЯ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ З ПОРУШЕННЯМ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ

Актуальність проблеми. Незважаючи на значну кількість проведених досліджень проблеми агресії та її впливу на життєдіяльність особистості на сьогодні існує багато невизначених аспектів її прояву у поведінці та міжособистісній взаємодії. Важливість спеціального вивчення агресивної поведінки у підлітковому віці є актуальною, особливо в сучасних умовах. Підлітковий вік є найбільш суперечливим, кризовим і довготривалим у порівнянні з усіма віковими етапами, які є переломними в розвитку людини протягом життя. Даний вік характеризується різкими, якісними змінами, що впливають на поведінку, емоції, пізнавальні процеси підлітка. Слід зазначити, що в структурі підліткової агресії з'явилися прояви жорстокості, що виражаються в багатоепізодних злочинах, вбивствах, тяжких тілесних ушкодженнях, грабежах, насиллі, розбоях. Формування та закріплення форм агресивної поведінки відбувається під впливом несприятливих зовнішніх умов – авторитарний стиль та недоліки морального виховання, деформація системи цінностей. Розвиток технічних засобів масової інформації та комунікації детермінує необмежену можливість навчатися агресивної поведінки. Спостерігаючи за проявами агресії оточуючих, підліток засвоює нові форми поведінки, що визначаються ним як ефективні та привабливі. Пропаганда насильства з програм телепростору та інтернету, прогресуюча відчуженість, підвищена тривожність, духовна спустошеність, особливо на етапі підліткового віку, продукує цинізм, жорстокість і є наслідком можливої агресивності, що набуває характеру стійких особистісних рис. **Метою** статті є визначення психологічних умов упередження агресивної поведінки підлітків з порушенням інтелектуального розвитку.

Виклад основного матеріалу. К. Ізард ототожнює поняття «агресія», з поняттям «ворожість». Згідно з концепцією автора, під агресією слід розуміти фізичний акт, який може запускатися і підтримуватися емоціями, що входять в комплекс ворожості, з метою завдати шкоди або образити інших людей або себе. Заподіяння шкоди включає в себе як фізичний, так і психологічний факт прояву агресії. Ці прояви агресії об'єднані автором в поняття «фізичний акт». Тобто, ворожість це певний мотив, який, в свою чергу, є складовою частиною агресивної поведінки. Гнів, огида і презирство – є самостійними емоціями, які часто взаємодіють між собою, і в будь-якій комбінації вони можуть стати головним афективним складником ворожості. Під впливом фрустраційних ситуацій у людини виникає емоція гніву і ці ж ситуації можуть стати джерелом агресивної поведінки, але не завжди агресивна поведінка є наслідком фрустрації. Гнів мобілізує енергію, яка необхідна для самозахисту, і безперечно виконує захисну функцію особистості. Придушення гнівної реакції або її заборона порушує адаптацію індивіда в соціумі. В свою чергу, адекватне вираження гніву не тільки не призводить до розриву соціальних взаємодій, але часом навіть зміцнює їх, що підтверджується дослідженнями К. Ізарда.[1]

Агресія або агресивна поведінка, являє собою комплекс різних дій, особливий тип поведінки; агресивність – це властивість особистості, що виражається в готовності до агресивної поведінки. У той же час, агресивність часто лише обумовлює схильність до агресивної поведінки, але не є обов'язковою умовою його виникнення. По суті своїй, агресивна поведінка – це кінцевий результат складної взаємодії трансситуаційних і ситуаційних чинників. В основі першопричини агресивної поведінки неагресивної особистості, лежить фактор ситуативної обумовленості. У взаємодії трансситуаційних і ситуаційних чинників, в більшості випадків трансситуаційним належить роль детермінант поведінки, а ситуаційним – роль модуляторів [4]. Таким чином, будь-які форми агресивної поведінки носять причинно-наслідковий характер своєрідності особистості, в рамках якої ситуативний чинник є модулятором заданої поведінки.

Підлітковий період створює необхідні передумови до розвитку Я-концепції, у формуванні самооцінки як основного регулятора поведінки й діяльності, що надає безпосередній вплив на процес подальшого самопізнання, самовиховання і в цілому розвитку особистості. У цей період у молодих людей активно формується самосвідомість, виробляється власна незалежна система еталонів самооцінювання, все більше розвиваються здібності до рефлексії. Підліток починає усвідомлювати свою особливість і неповторність, у свідомості відбувається поступова переорієнтація з зовнішніх оцінок (переважно батьківських) на внутрішні. Таким чином, поступово у підлітка формується Я-концепція, яка сприяє подальшій побудові поведінки молодого людини, що визначається кількома чинниками: статевим дозріванням підлітка і відповідними швидкими змінами, що відбуваються в його організмі, маргінальним соціальним становищем підлітка, а також сформованими