

*Катерина Шкарлатюк
(Луцьк)*

ЕМОЦІЙНА РЕГУЛЯЦІЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Актуальність теми дослідження. У сучасному світі спостерігається дезінтеграція емоційного життя людини. З одного боку, під впливом зростання напруженості життя виявляється певна дезорганізація й невідповідність природних основ афективних процесів нормам поведінки, з іншого – ігнорування, недооцінка важливості й дієвості емоційної сторони життя, відсутність належного рівня сформованості соціальних емоцій. У результаті цього емоційна сфера стає найбільш уразливою в сучасній культурі. Тому надзвичайно важливим є усвідомлення людиною ролі та значення емоційної сфери в оптимізації діяльності, спілкування, психічного й фізичного здоров'я. Необхідним є баланс між емоційною та інтелектуальною сферами, тобто розвиток здатності виражати свої емоції, при цьому усвідомлювати їх і вміти ними керувати. Завдання, що полягає в оптимальному спрямуванні емоцій, а не в їх пригнічванні, є важливою за своїм життєвим значенням проблемою.

Професійна діяльність медичних працівників вважається однією з найбільш психологічно-напружених і виснажливих. На це є певні об'єктивні причини: комунікаційне перенавантаження, велике емоційне напруження, поява певних «професійних деформацій» і ускладнення у зв'язку з цим «неробочого» спілкування. Виснажений працівник не здатен продуктивно працювати, оскільки у нього знижується рівень психологічної готовності до інноваційної діяльності, особистісного та професійного самовдосконалення, погіршуються взаємини з адміністрацією, колегами, пацієнтами.

Особливістю професійної діяльності медичних працівників є висока емоційна напруженість. Повторювання ситуацій професійних стресів приводить до виснаження нервової системи працівників, емоційних зривів,

нервово-психічних захворювань. У зв'язку з цим виникає необхідність керування емоційними станами, що викликає проблему пошуку найбільш ефективних способів емоційної регуляції й саморегуляції в напружених ситуаціях професійної діяльності.

Теоретична розробка проблеми. Концептуальні положення щодо розуміння емоційної регуляції діяльності досліджувалися такими вченими як В. Джеймс, П.К. Анохін, К.Е. Ізард, Я. Рейковський.

Різноманітні аспекти проблеми емоційної регуляції розглядалися багатьма спеціалістами при аналізі теоретико-методологічних основ сфери почуттів людини (В.К. Вілюнас, О.М. Леонтьєв, С.Л. Рубінштейн та ін.), специфіки діяльності (О.В. Дашкевич, О.В. Запорожець та ін.), потребнісно-мотиваційної сфери (І.О. Васильєв, Б.І. Додонов та ін.) та інших аспектів психіки.

У роботах Г. Сельє, Л.М. Аболіна, В.В. Семикіна та ін. зазначається, що емоційні чинники в особливих умовах відрізняються значною силою та варіативністю, по-різному впливають на успішність пізнавальної діяльності: в одному випадку – надають сил, формують сприятливі функціональні стани; в іншому – гальмують перебіг психічних процесів, формують несприятливі стани.

В цілому, у сучасних наукових дослідженнях регулятивна роль емоцій у професійній діяльності розглядається досить детально. Але недостатньо конкретних досліджень, спрямованих на вивчення особливостей емоційної регуляції професійної діяльності працівників у напружених ситуаціях. Також на сьогодні не одержали достатньої розробки прикладні техніки і програми, спрямовані на емоційну саморегуляцію діяльності фахівця саме в складних, напружених ситуаціях.

Мета статті полягає у виявленні особливостей емоційної регуляції професійної діяльності медичних працівників; дослідженні взаємозв'язку між особливостями напружених ситуацій і характером емоційної регуляції в них діяльності працівників залежно від стажу їх роботи.

Новизна дослідження визначається за такими результатами: психологічний зміст процесу емоційної регуляції діяльності у професійній діяльності розкривається в контексті різних концептуальних підходів; виявлено індивідуальні особливості емоційної регуляції професійної діяльності працівників медичних установ, встановлено взаємозв'язки між особливостями напружених професійних ситуацій і характером емоційної регуляції в них працівників залежно від стажу роботи.

Вибірку дослідження склали 30 медичних працівників Волинської обласної клінічної лікарні, стаж роботи яких сягав від 1 до 20 років. Досліджуваних було поділено залежно від стажу роботи на дві групи: I група – стаж роботи 1-10 років, II група – стаж роботи 11-20 років.

Для визначення залежних змінних було використано наступні методики:

- 1) методика “Визначення нервово-психічної стійкості, ризику дезадаптації в стресі” “прогноз”;
- 2) методика для оцінки стратегій і моделей переважаючої поведінки (Водоп'янова Н. Є., Старченкова О. С.);
- 3) багатофакторний особистісний опитувальник FPI.

Результати отриманого дослідження засвідчують, що у процесі професійної діяльності у працівників відбувається поступове зниження нервово-психічної стійкості. Тобто у процесі активної професійної діяльності під впливом різних факторів і позитивного, і негативного характеру, зростає ймовірність виникнення нервово-психічної нестійкості.

Так, працівникам двох досліджуваних груп характерний середній рівень нервово-психічної стійкості (54% і 52% відповідно), що означає достатню впевненість у власних силах, активність, відповідальність, осмисленість власного життя.

У працівників зі стажем роботи 1-10 років порівняно більший відсоток високого рівня нервово-психічної стійкості, ніж у працівників зі стажем роботи 11-20 років (33% та 14% відповідно). Тобто працівники II групи,

перебуваючи тривалий час в напружених професійних ситуаціях, є нестійкими у стресі, а тому існує ймовірність нервово-психічних зривів та схильність до конфліктності. В умовах насиченого емоціогенними ситуаціями професійного життя це є чинником виникнення надмірного збудження, занепокоєння, котрі перешкоджають успішній професійній діяльності.

У працівників з низьким рівнем нервово-психічної стійкості активізуються захисні механізми, що проявляються у наступних діях: неадекватному емоційному реагуванні, що спостерігається у випадках, коли співробітник перестає знаходити відмінності між принципово різними явищами: економний прояв емоцій і неадекватне емоційне реагування. Тобто фахівець неадекватно “економить” на емоціях, обмежує емоційну віддачу за рахунок вибіркового реагування в ході спілкування із пацієнтами та колегами.

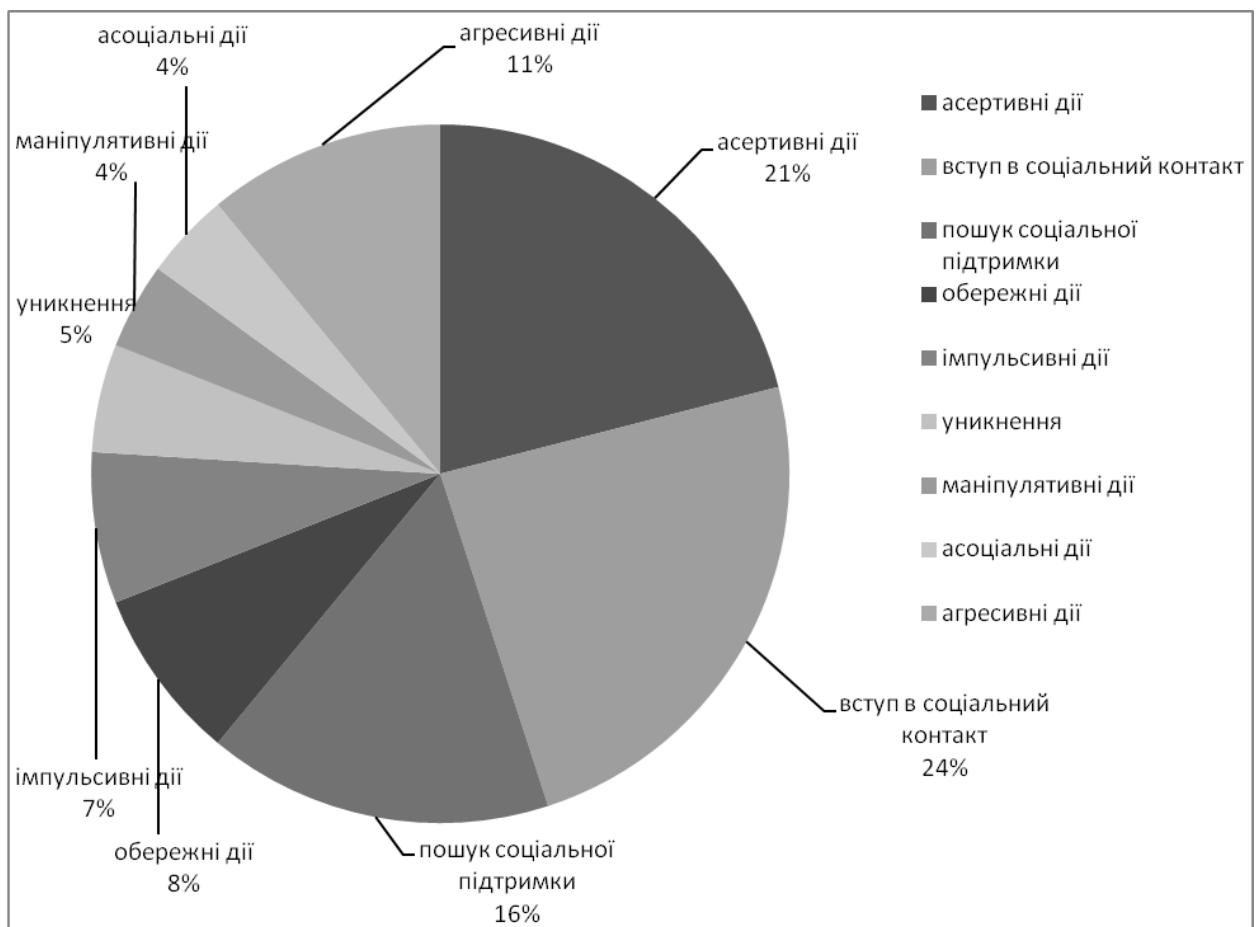


Рис. 1. Домінуючі стратегії та моделі переважаючої поведінки працівників зі стажем роботи 1-10 років

Емоційний контакт встановлюється не зі всіма, діє принцип “хочу - не хочу”. Не проявляючи належного емоційного ставлення до хворих чи колег, професіонал “виправдовує” себе за допущену грубість, роздратованість чи відсутність уваги, раціоналізуючи свої вчинки або проектуючи провину на пацієнтів чи інших співробітників.

Аналізуючи результати методики для оцінки стратегій і моделей переважаючої поведінки, які зображено графічно (рис. 1 і рис. 2), можна відмітити ряд закономірностей.

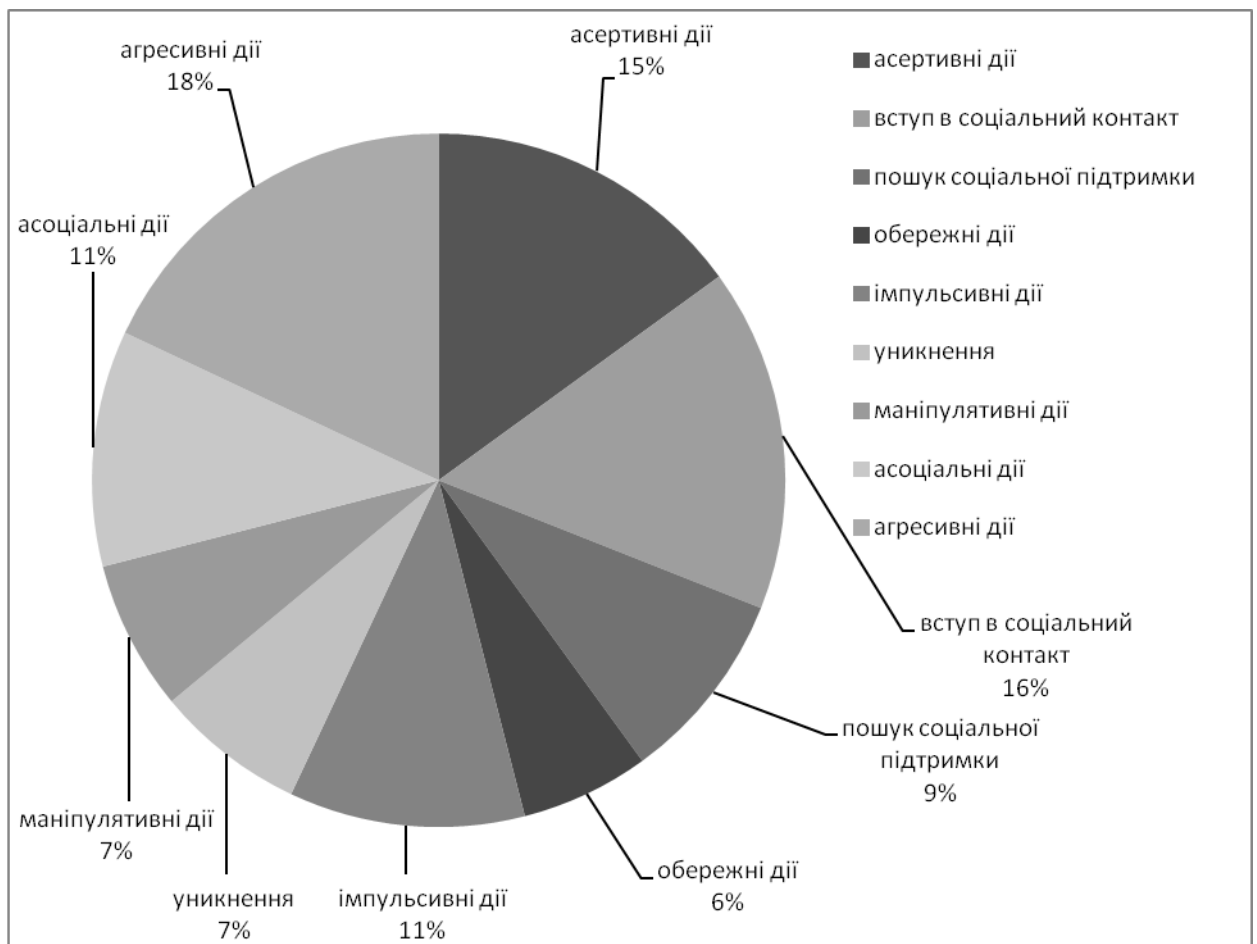


Рис. 2. Домінуючі стратегії та моделі переважаючої поведінки у працівників зі стажем роботи 11-20 років

Представлені результати засвідчують, що працівники із I групи вибирають більш «здорові» стратегії та моделі подолання. Працівники зі

стажем роботи 1-10 років найчастіше обирають три найефективніші стратегії переважаючої поведінки: вступ в соціальний контакт, асертивні дії та пошук соціальної підтримки (24%, 21% та 16% відповідно). Поряд з цим, працівники зі стажем роботи 11-20 років найчастіше обирають агресивні дії, вступ в соціальний контакт та асертивні дії (18%, 16% та 15% відповідно). Поряд із соціально прийнятними та «успішними» стратегіями лідирує «неуспішна» агресивна стратегія (тиск, відмова від пошуку альтернативних рішень, конфронтація, суперництво тощо).

Показник агресивної поведінки у представників I групи є значно нижчим у порівнянні з представниками II групи (11% та 18% відповідно), а стратегія пошуку соціальної підтримки працівників зі стажем роботи 1-10 років майже у два рази перевищує цю ж стратегію старших колег (16% і 9% відповідно).

Особливістю є те, що працівники зі стажем роботи 1-10 років є більш обережними, ніж старші за стажем колеги (8% та 6% відповідно), тобто у них проявляються певні елементи стратегії пасивності.

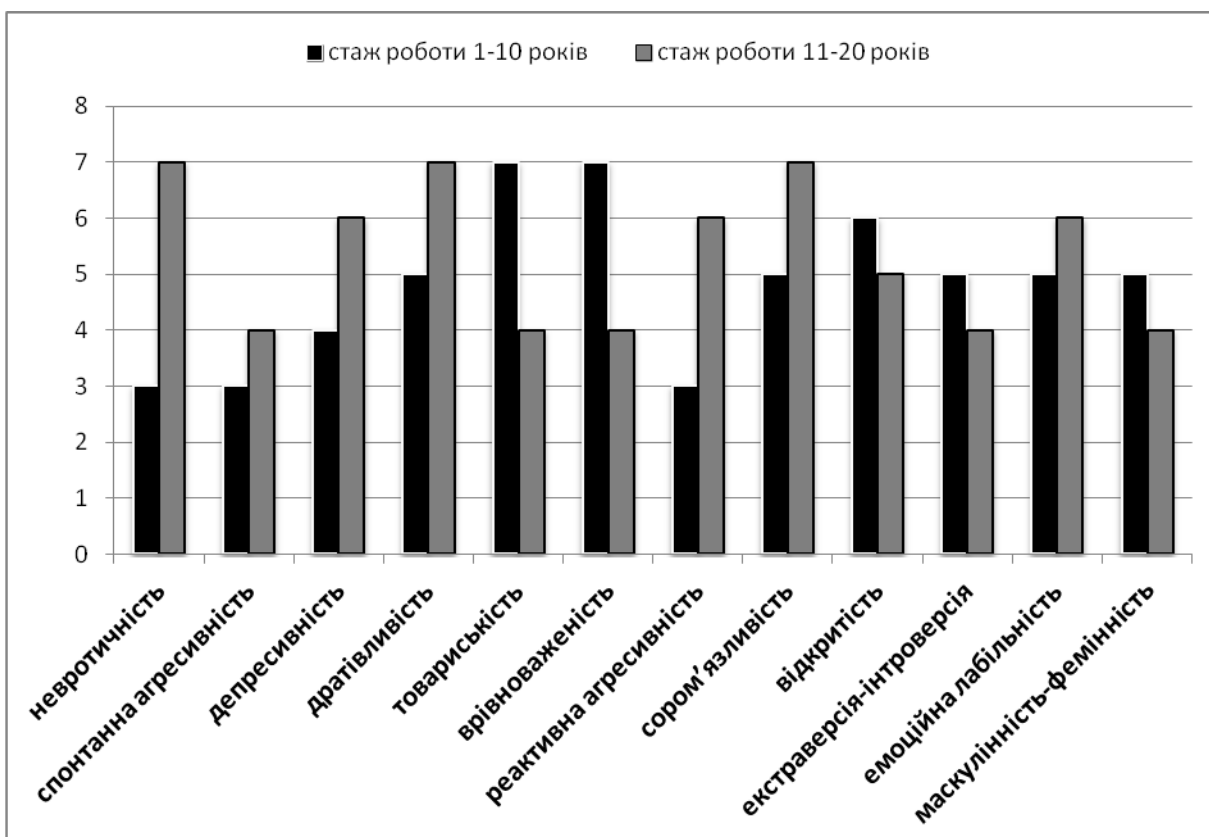


Рис. 3. Особистісні характеристики працівників з різним стажем роботи

Це можна пояснити невпевненістю у своїй професійній компетентності та недостатністю досвіду роботи та спілкування із співробітниками та пацієнтами, а також страхом зробити помилку у своїй професії.

Дещо більшою мірою використовують старші за стажем колеги стратегію уникнення (7%), що є складовою стратегії пасивної поведінки, ніж їх молодші колеги (5%). А також у представників I групи нижчий відсоток використання у своїй поведінці маніпулятивних дій, ніж у представників II групи (4% та 7% відповідно).

Отже, у працівників зі стажем роботи 1-10 років (I група) переважаючими є «здорові» та «успішні» стратегії поведінки (вступ в соціальний контакт, пошук соціальної підтримки та асертивні дії), тоді як у працівників зі стажем роботи 11-20 років (II група) поряд зі «здоровими» - вступ в соціальний контакт та асертивні дії – лідирує «неуспішна» стратегія – агресивні дії.

Результати дослідження за методикою “Багатофакторний особистісний опитувальник FPI представлені графічно на рис. 3 підтверджують та суттєво доповнюють отримані показники.

Представлені дані дозволяють стверджувати, що представники зі стажем роботи 11-20 років є більш емоційно нестійкими та емоційно нестабільними в порівнянні з молодшими за стажем співробітниками. Це проявляється у підвищеному рівні невротичності, вищому рівні спонтанної та реактивної агресивності, депресивності, дратівливості та зниженому рівні врівноваженості, відкритості, емоційної стабільності. Натомість, представники I групи досліджуваних вирізняються вищим рівнем товариськості, врівноваженості та відкритості.

Тобто у працівників медичних установ зі стажем роботи 1-10 років наявна виражена потреба в спілкуванні і готовність до задоволення цієї потреби, а також захищеність до впливу стрес-факторів звичайних життєвих ситуацій, що базується на впевненості в собі, оптимістичності і активності.

У представників зі стажем роботи 11-20 років виражений невротичний синдром астеничного типу, нестійкий емоційний стан зі схильністю до афективного реагування та наявність тривожності, скутості, невпевненості, наслідком чого є труднощі в соціальних контактах.

Висновки. Дослідження нервово-психічної стійкості працівників медичних установ, стратегій і моделей переважаючої поведінки, а також виявлення особистісних характеристик показали, що стаж роботи та нервово-психічна й емоційна рівновага корелюють між собою, тобто впродовж роботи працівник емоційно спустошується та проявляє ознаки емоційної нестійкості. У досліджуваних зі стажем роботи 1-10 років переважаючими є позитивні стратегії поведінки, тоді як у працівників зі стажем роботи 11-20 років більшою мірою проявилися пасивні або негативні стратегії поведінки.

Отримані результати можуть бути використані при розробці спеціальних програм професійної підготовки працівників, а також психотренінгових програм, спрямованих на формування у фахівців професійно важливих якостей, необхідних для виконання своїх функціональних обов'язків на високому рівні та таких, що сприяють формуванню психологічної стійкості працівників медичних установ в напружених ситуаціях.

Анотації

У статті наведено результати дослідження особливостей емоційної регуляції професійної діяльності медичних працівників; встановлено взаємозв'язок між особливостями напружених ситуацій і характером емоційної регуляції в них діяльності працівників залежно від стажу їх роботи.

В статье приведены результаты исследования особенностей эмоциональной регуляции профессиональной деятельности медицинских работников; установлена взаимосвязь между особенностями напряженных ситуаций и характером эмоциональной регуляции в них деятельности работников в зависимости от стажа их работы.

The research results of the peculiarities of emotional regulation of professional activity of health workers are presented, the interrelation between the characteristics of stressful situations and the nature of emotional regulation in the activity of workers depending on their labour experience is defined.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алексеева Е. Е. Психология здоровья : учеб. пособ. / [Е. Е. Алексеева и др.] ; под ред. Г. С. Никифорова. – СПб : Изд-во Санкт–Петербургского ун-та, 2008. – 607 с.
2. Гриньова М. В. Саморегуляція : навч.-метод. посіб. / М. В. Гриньова ; М-во освіти і науки України. – Полтава : АСМІ, 2008. – 268 с.
3. Зелінська Я. Саморегуляція поведінки у стресових ситуаціях / Я. Зелінська // Соціальна психологія. – 2011. – № 5. – С. 67–75
4. Малімон Л. Я. Теоретико-методологічні засади дослідження емоцій та емоційності як стійкої інтегральної характеристики індивідуальності / Л. Я. Малімон // Актуальні проблеми психології : III звітна конф. викл.-студ. Складу : [зб. наук. пр.] / М-во освіти і науки України, Вол. нац. ун-т ім. Лесі Українки, Психол. ф-т. – Луцьк, 2004. – С. 128–135.
5. Моцонелідзе І. О. Емоційне вигорання: історія, сучасний стан та перспективи досліджень в органах внутрішніх справ України [Електронний ресурс] / І. О. Моцонелідзе, І. М. Слюсар // Зб. наук. пр. / Ін-т психології ім. Г. Костюка. – К., 2010. – Т. 12, ч. 2. – С. 159–166.
6. Падун М. А. Регуляція емоцій: процес, форми, механізми / М. А. Падун // Психологический журн. – 2010. – Т. 31, № 6. – С. 57–69.
7. Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции / Ю. В. Щербатых. – СПб. : Питер, 2006. – 256 с.