Санкт – Петербургское государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Медицинский колледж им. В. М. Бехтерева»

Допущен (а) к защите

Зам. директора по УР

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

**ПОЛУШКИНОЙ НАДЕЖДЫ АЛЕКСАНДРОВНЫ**

**СОХРАНЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ОТДЕЛЕНИЯ ХОСПИСА**

**Дипломная работа**

по специальности 34.02.01 – Сестринское дело

Студент – дипломник

Очно – заочная форма обучения, гр. 40ВО

Н.А. Полушкина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Руководитель:

Преподаватель

О.Н. Якуничева \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Санкт – Петербург

2017 г.

Содержание

**Введение**…………………………………………………………………..….3

**Глава 1. Психическое здоровье с медицинской и социальной точки зрения**

1.1. Понятие психического здоровья…………………….............................7

1.2. Факторы риска ухудшения психического здоровья у медицинских сестер Хосписа………………………………………………………………………..9

1.3. СЭВ как один из факторов, влияющих на психическое и физическое здоровье человека…………………………………………………………….12

1.4. Физиологические изменения в организме при ухудшении психического здоровья (психосоматика)…………………………………………………….14

1.5. Профилактика производственного стресса, тревожности и других факторов, влияющих на психическое здоровье………………………………………….17

**Глава 2. Исследовательская часть**

2.1. Описание выборки…………………………………………………………23

2.2. Организация исследования………………………………………………..24

2.3. Результаты психодиагностики…………………………………………….25

2.4. Программа профилактики для сохранения психического здоровья……30

2.5. Контрольная психодиагностика группы…………………………………..37

**Заключение**……………………………………………………………………...41

**Глоссарий. ……………………………………………………………………....**44

**Список использованных источников………………………………………..50**

**Приложение……………………………………………………………………..54**

**Введение**

Настоящая работа посвящена изучению теоретических вопросов и практических методов, сохранения психического здоровья медицинского персонала на примере специфической группы профессионалов - сотрудников Хосписа (специального медицинского учреждения, оказывающего паллиативную помощь инкурабельным больным). Встречается ряд профессий, в которых человек начинает переживать чувство внутренней эмоциональной опустошенности в результате необходимости постоянных контактов с другими людьми. Однако, в отличие от медицинского персонала, работающего в обычных лечебно-профилактических учреждениях, ожидающих и способствующих выздоровлению пациентов, персонал Хосписа такой возможности практически не имеет. Пациент, поступивший в Хоспис, возможно, проживет час, неделю или год, а по статистике данного отделения в течение суток летальный исход может отсутствовать или дойти до максимальной смертности шести пациентов. Следует учесть, что персонал не просто является свидетелем смерти, но активно участвует в переживаниях больного, держит за руку, присутствует у его постели, чтобы облегчить переживание страха, тревоги, одиночества. Постоянное повторение таких ситуаций может формировать эмоциональную нестабильность, тревожность за собственное здоровье и чувство близости смерти. Требования, предъявляемые к эмоциональной сфере медицинских работников, довольно противоречивые: с одной стороны от них ожидают заботы и сочувствия, эмпатии, с другой – эмоциональной устойчивости, способствующей выполнению всех служебных обязанностей (а на одну медицинскую сестру в хосписе приходится примерно 15 пациентов).

Хотелось бы выразить субъективную оценку утраты и горя переживаний в отделение Хоспис:

С того момента как мы начинаем осознавать свою жизнь как нечто ценное, в это же время мы познаем что в существовании есть не только жизнь но и смерть. Мы видим ее везде. Смена времен года это, цикличная смерть, которая повторяется каждый раз по одному и тому же сценарию, что то умирает, а что то возрождается. Если перевести стадии горя и утраты на один природный цикл. Я заметила, что когда кончается лето, то я прихожу к стадии «отрицания» - лето закончилось, и я до конца не верю, в то, что скоро начнется осень, а потом и зима, и станет холодно, солнце не будет греть как раньше, птицы улетят на юг. Стадия «Гнева» - у меня наступает, когда становится уже холодно, и ты понимаешь, что уже не вернется все назад, что, так как раньше уже не будет, ты не будешь радоваться жизни так, как ты это делала летом. Стадия «Просьба об отсрочке» - приходит вместе с мыслью, что уже холодно, я чувствую, что наступила холодная осень, но ловлю еле теплые лучи на своем лице, хотя бы чуть-чуть погреться, перед тем как наступит холодная и снежная зима. Стадия «Депрессия» - это осознание того что наступила зима, отчаяние и осознанность реальности пришли вместе с тем чего ты так не хотела. Она наступила, и ты понимаешь, что ничего не изменить, и не особо этого хочешь, и плавно из этого состояния переходишь в стадию «Принятия» - ничего не изменить и ничего не исправить. Большие сугробы и жуткий холод дают тебе понять - смирись, это не пройдет. И в какой-то момент ты привыкаешь к холоду, к белым снежинкам, которые летают вокруг тебя, к зимним темным вечерам, и привыкаешь к этой не любимой для тебя зиме. Постепенно наступает Весна - первый признак пробуждения от зимней спячки - это подснежники, которые выглянули в этот мир своими заспанными глазами, это та пора, которая требует времени и терпения. Пока растает снег, и деревья покроются зеленой растительностью, пройдет немало времени. Но именно в этот момент наши терзания, горечь и боль постепенно стираются и становятся размытыми и тусклыми по сравнению с теми ощущениями, которые я испытывала в прошлом. И когда наступает лето, то я уже почти не вспоминаю холодную зиму, ведь время лечит все, и стирает в памяти неприятные моменты прошедшего сумрака. Воспоминание туманны, есть только факт - была зима, а какая она была, я маловероятно уже это вспомню. Все выше сказанное можно прировнять к внутреннему переживанию при утрате родных. В нашей жизни мы часто сталкиваемся со смертью. Но чужая смерть не воспринимается нашим сознанием так, как личная утрата. Во всех случаях мы испытываем душевную боль и переживаем горе, но особенно, если это касается смерти близкого и любимого нами человека. Часто сотрудники испытывают эмоциональную привязанность к своим пациентам, и переживают такую же боль утраты, как и родственники пациента.

На сотрудников хосписа часто направлен гнев со стороны родственников, обвинения в адрес персонала за плохо выполняемую работу, за бесчувственность по отношению к их родственникам. Анализ психологических факторов, участвующих в формировании производственного стресса и как следствие ухудшение здоровья медицинских сестер, и так же других факторов делает данную работу крайне актуальной.

Проблема психического истощения в социальных профессиях стала особенно актуальна в последние годы. К категории таких видов профессиональной деятельности отнесена и профессия медицинского работника. На это указывали и указывают как исследователи начала и середины 20 века, так и современные авторы, занимающиеся разработкой данной проблемы.

Объектом исследования являются: младший и средний медицинский персонал СПГУ ГБ № 20 отделение Хоспис.

Предмет исследования:психическое здоровье у медперсонала хосписа.

Цель: Разработать систему занятий, способствующих снятию эмоционального напряжения.

Задачи:

1. Изучить теоретические вопросы сохранению психического здоровья медицинского персонала, работающих на отделениях Хосписа;

2. Выявить особенности эмоционального состояния медицинских сестёр, работающих на отделении Хосписа;

3. Разработать и апробировать эффективность системы занятий;

Гипотеза:

1. Благодаря использованию модели программы коррекции и профилактики, можно предупредить формирование психологического стресса, стабилизировать эмоциональное состояние, самочувствие, настроение, активность. Улучшить психическое здоровье у медицинских сестер отделения Хоспис.

Методы исследования:

Качественный и количественный.

Практическая значимость:

Материалы могут быть использованы для выявления нарушений психического здоровья на разных стадиях формирования у медицинского персонала Хосписа. Разработанные рекомендации и план коррекции по профилактике психического здоровья, может быть использован во всех лечебно-профилактических учреждениях.

**Глава 1. Психическое здоровье с медицинской и социальной точки зрения**

* 1. **Понятие психического здоровья**

Психическое здоровье - это цельность, гармоничность, «функционирование на высоком уровне поведенческого и эмоционального регулирования и адаптивности». Платон говорил о здоровье, как о красоте, которая обуславливается соразмерностью, требует «согласия противоположностей» и проявляется в пропорциональном соотношении душевного и телесного. Древневосточная медицина (прежде всего китайская и индийская) исходит в своем учении из вытекающего кардинального положения: духовное здоровье есть главная основа здорового тела;

В основе здоровой психики лежит равновесие духа, которое, в сочетании со здоровьем тела, нужно ценить и охранять превыше всего [25].

Как отмечала И.В. Дубровина, термин «психическое здоровье личности» имеет связь не с отдельными психическими процессами и механизмами, но касается к личности в целом» [2].

Существенные критерии психологического здоровья:

Адекватное восприятие окружающей среды, осознанное совершение поступков, активность, работоспособность, целеустремлённость, способность устанавливать близкие контакты, полноценная семейная жизнь, чувство привязанности и ответственности по отношению к близким людям, способность составлять и осуществлять свой жизненный план, ориентация на саморазвитие, целостность личности. Психологически здоровый человек разумен, открыт к сотрудничеству, защищен от ударов жизни и вооружен необходимым инструментарием, чтобы справляться с жизненными вызовами. А вот невротики, психопаты и социопаты - за пределами психологического здоровья. Сюда же входят люди с существенным букетом внутренних психологических проблем: враждебность, алкоголизм, болезненные привязанности, внутренний саботажник, люди в горе и депрессии, страдающие от того или иного выгорания, психологических травм и страхов, мучимые чувством вины и внутренним кризисом. Психологически проблемный человек мало разумен, склонен к враждебности, не защищен от потрясений жизни и не имеет полного инструментария, чтобы справляться с жизненными вызовами [10].

Концепция положительного психического здоровья возникла в новом представления о психическом здоровье. Так, по мнению М. Джеход, в структуру входят такие компоненты, как положительное отношение к себе, оптимальное развитие, рост и самоактуализация личности, психическая интеграция, аутентичность, конгруэнтность, личная автономия и реалистическое восприятие окружающих, умение адекватно влиять на других людей и др. Понятие психическое здоровье индивида обширно используется в гуманистическом направлении психологии, в рамках которого была предложена новая концепция позитивного психического здоровья. В работах К. Голдштайна, А., Маслоу, К., Роджерса, В., Франкла и других [4].

Для неограниченного понимания психического здоровья рассмотрим краткое изучение психики основоположником, которого являлся З. Фрейд. Так в ходе своих изысканий Фрейд определил, что психика изначально является регрессивной. Регрессия – одно из самых употребительных в психоанализе понятий и значение его – не однозначно. Это, во-первых переход от «вторичных», осознанных форм психической активности к первичным, бессознательным, инстинктивным. Во-вторых, от сложных – к упрощенным, детским способам рассуждения или возращения к изжитым, пройденным стадиям развития. В-третьих, это оживленное, заинтересованное стремление выразить с помощью слов, образов, жестов скрытое не артикулированное содержание психики. В-четвертых, возврат либидо, сексуального инстинкта к первичным, самым ранним его объектам. Подобно этому также Фрейд выделил такие особенности функционирования психики как: сопротивление, вытеснение, трансфер и другие [30].

Коснувшись вопроса стандарта психического здоровья, интересным будет сравнение границ между особенностями человеческого характера (акцентуациями) и патологиями. Так акцентуация характера понятие, установленное К. Леонгардом и означающее чрезмерную выраженность отдельных черт характера и их сочетаний, представляющую крайние варианты нормы, граничащие с психопатиями. Именно на описаниях этих акцентуаций строятся современные классификации характеров. Акцентуации как преходящие состояния психики чаще всего встречаются в подростковом и раннем юношеском возрасте.

Психопатия (от греч. psycho - душа и pathos - страдание, болезнь) - патология характера, при которой у субъекта замечается практически необратимая выраженность личностных свойств, препятствующих его адекватной адаптации в социальной среде [29].

* 1. **Факторы риска ухудшения психического здоровья у медицинских сестер Хосписа**

Закономерно появился вопрос о факторах ухудшения психического здоровья. Способствующих развитию или наоборот, торможению эмоционального выгорание как один из факторов ухудшающих психологическое здоровье. Традиционно, факторы классифицируются в два больших блока, особенности профессиональной деятельности и индивидуальные характеристики самих профессионалов. Не редко эти факторы называют внешними и внутренними или личностными и организационными [13].

На основе проведенных нами исследований я могу выделить связи факторов влияющих на психическое здоровье медицинских сестер Хосписа:

«Переживание психотравмирующих обстоятельств».

Чем более выражены такие личностные характеристики как, эмоциональная неустойчивость, импульсивность, низкая толерантность по отношению к фрустрации, тревожность, неуверенность в себе, склонность к депрессивному реагированию. Тем труднее переживаются психотравмирующие ситуации и тем вероятнее риск ухудшения психического здоровья. Чем более выражено отсутствии побуждений и желаний, безразличие к своим удачам и неудачам, тем самым складывается симптом переживание психотравмирующих обстоятельств, и личность утрачивает смысл в смерти.

«Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование».

Чем более напряжены, неустойчивы, менее ответственны за свою жизнь, чем более недооценивают свои возможности и принижают свою компетенцию медицинские работники Хосписа, тем чаще они неадекватно эмоционально реагируют на ситуации и, следовательно, вероятнее ухудшение психического здоровья.

«Эмоционально-нравственная дезориентация».

Чем более выражены такие личностные характеристики как, повышенное раздражение, возбуждение, беспокойство и тревожность. Чрезмерное доминирование, деспотизм, самоуверенность, враждебность и склонность к конфликтным ситуациям вероятнее приведет к эмоционально-нравственной дезориентации. Эмоции не пробуждают или недостаточно стимулируют моральные чувства, и, следовательно, вероятнее ухудшение психического здоровья.

«Редукция профессиональных обязанностей».

Чем более выражены такие личностные характеристики как, невротическая утомляемость, раздражительность, эмоциональное возбуждение и построение психологических защит в критических ситуациях, ориентация в кризисе лишь на его негативные стороны. Тем более очевидно возникновение редукции профессиональных обязанностей, высокой тревожности и, следовательно, вероятнее ухудшение психического здоровья. При выраженном слабом самоконтроле и воле, личность становится склонна к построению психологических защит в критических ситуациях и меньше видит в них возможность собственного роста, тем самым повышается склонность к редукции профессиональных обязанностей, и последствии на ухудшении психического здоровья.

«Эмоциональный дефицит».

Выраженные и сформированные симптомы профессионального стресса могут приводить к ощущению, что профессионал эмоционально уже не может помогать субъектам своей деятельности, не в состоянии войти в их положение, соучаствовать и сопереживать, откликаться на ситуации, которые должны трогать, побуждать, приумножать интеллектуальную, волевую и нравственную отдачу, и таким образом приводит к ухудшению психического здоровья. Чем более сформированы такие личностные характеристики как чувство вины, тревоги, плохого предчувствия, неуверенности в себе, симптомы страха, тем чаще проявляется симптомы эмоционального дефицита, что может приводить к построению психологических защит в критических ситуациях, а также избегание ответственности за свою жизнь. Что в своем случае может привести к ухудшения психического здоровья (примечание см. приложение № 1).

1. Средний и младший медицинский персонал Хосписа демонстрирует ухудшение психического здоровья. Наиболее выражены показатели: переживание психотравмирующих обстоятельств, неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, эмоционально-нравственная дезориентация, редукция профессиональных обязанностей, эмоциональный дефицит, личностная отстраненность (деперсонализация).

2. Не удовлетворенность своей работой медицинского персонала Хосписа является значимым фактором ухудшения психического здоровья, при этом наиболее неудовлетворительными сферами оказались: разнообразие выполняемой работы, престижность работы. Значимым фактором также является негативные физические и психоэмоциональные состояния.

3. Среди среднего и младшего медицинского персонала Хосписа преобладают более замкнутые личности, предпочитающие иметь дело с предметами, вещами, а не людьми. Испытывают трудности в контроле своих эмоций, обладают выраженным нетерпением. В коллективе держатся обособленно, завидуют успехам других людей. Противоречивость в личной самооценки, склонны к самобичеванию. Тревожны.

4. В отношении к жизни и смерти медперсонал Хосписа имеет тенденции больше ориентироваться в кризисе на негативные стороны, утраты, страдания, мученичество.

5. На ухудшение психического здоровья у медперсонала Хосписа влияют такие личностные особенности как эмоциональная неустойчивость, импульсивность, утомляемость, раздражительность, выраженная настороженность по отношению к людям. Низкая толерантность по отношению к фрустрации, тревожность, неуверенность в себе, склонность к депрессивному реагированию и вспышкам возбудимости, тем труднее переживаются психотравмирующие ситуации и тем вероятнее ухудшение психического здоровья.

* 1. **СЭВ как один из факторов, влияющих на психическое и физическое здоровье человека**

Вопрос «эмоционального выгорания» представляет не только научный интерес, он имеет большую практическую важность при использовании полученных данных в системе психогигиенических, психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий, обеспечивающих сохранение и укрепление здоровья медицинских работников Хосписа [21].

При проведение исследования в психологии, синдром эмоционального выгорания понимается как один из защитных механизмов, проявляющийся в определённом эмоциональном отношении специалиста к своей профессиональной деятельности.

1. Трудности в проведении исследования синдрома эмоционального выгорания до 1980-х годов, связаны с неопределённостью и многокомпонентностью его описательных характеристик, а также с отсутствием соответствующего измерительного инструментария. В настоящее время исследователи выделяют около ста симптомов, так или иначе объединённых с эмоциональным выгоранием.

2. Исследователями отмечается тот факт, что организационные и стилевые факторы в большей мере оказывают воздействие на развитие синдрома эмоционального выгорания, чем индивидуально - личностные факторы

3. Можно отметить, что генезис синдрома эмоционального выгорания носит индивидуальный характер, обусловливаемый различиями в эмоционально-мотивационной сфере, а также условиями, в которых протекает профессиональная деятельность человека.

4. Под синдромом эмоционального выгорания скрываются различные состояния и внутренние процессы, которые нужно различать и разграничивать в каждом конкретном случае, поскольку они имеют разные причины и требуют в своем решении различных подходов:

Синдром эмоционального выгорания как проявление защитных механизмов, направленных на смягчение неблагоприятных профессиональных факторов;

Синдром эмоционального выгорания как следствие изменений в мотивационной сфере сотрудника;

Синдром эмоционального выгорания как подтверждение отдельных особенностей взаимодействия медицинского работника и пациента.

5. Деформация является результатом эмоционального выгорания, когда защитные механизмы ослабевают на столько, что работник не может противостоять пагубным факторам и начинается процесс разрушения личности.

6. Контроль состояния здоровья медицинского персонала, своевременное применение системы интерактивного оздоровления, основанной на формировании здорового образа жизни, позволяет сформировать адаптационные механизмы и значительно улучшить показатели здоровья медицинских кадров[22].

Можно представить психологический портрет медицинского персонала Хосписа. Эмоциональное «выгорание» в фазе формирования свойственно специалистам со средним образованием. У исследуемых с высшим образованием выявлено меньшее количество случаев эмоционального «выгорания». Наличие высшего образования, на мой взгляд, снижает риск возникновения «выгорания», так как высокая профессиональная подготовка дает специалисту широкий спектр вариантов, способов и приемов решения профессиональных задач и проблем, возникающих в процессе работы. Тем самым снижается неудовлетворенность собой, тревога и депрессия, вызванная недостатком профессиональных знаний и умений. Медицинский персонал Хосписа в большей степени испытывает психоэмоциональные нагрузки, сталкиваются с горем, отчаянием людей, что также влияет на формирование профессионального стресса.

* 1. **Физиологические изменения в организме при ухудшении**

**психического здоровья (психосоматика)**

Психическое здоровье должно, как и здоровье в целом, характеризоваться:

1. Отсутствием психических или психосоматических заболеваний.

2. Нормальным развитием психики, если речь идет о ее возрастных особенностях.

3. Благоприятным (нормальным) функциональным состоянием.

Для здоровой психики свойственно положительное эмоциональное состояние как устойчивый характер откликов на всевозможные события, факты. Доминирующее эмоциональное состояние (радость, чувство тревоги, грусть и т.д.) - это настроение, тот эмоциональный фон, на котором идет жизнь человека со всеми ее компонентами. Собственно, эмоциональное состояние оказывает сильное влияние на психическое здоровье и является его надежным индикатором, поэтому негативное эмоциональное состояние - показатель ухудшения психического здоровья и здоровья в целом. Следствием же таких отрицательных эмоций (особенно подавляемых) являются неврозы.

При всем многообразии видов неврозов выделяют три их базовых формы. Истерия чаще проявляется у людей, близких к художественному типу высшей нервной деятельности, и проявляется в двигательно-опорных и вегетативных расстройствах. Психастения, или невроз навязчивых состояний, формируется у людей мыслительного типа и выражается в навязчивых идеях или страхах. У людей промежуточного типа возникают неврозы по типу неврастении, которая проявляется в снижении работоспособности, нарушениях сна, раздражительности и др.

Неврозы - широко распространенное нарушение, и предполагается, что до 50% больных, обращающихся в поликлинику, в своей основе имеют психосоматические или невротические нарушения [7].

В результате проведенного исследования на выявления психосоматических заболеваний у исследуемой группы с формированным профессиональным стрессом показало устойчивую симптоматику, которая отражает боли в различных частях тела и ревматический фактор, субъективные страдания пациента, носящие алгический или спастический характер. Зачастую психосоматические расстройства проявляют себя, как боли в различных частях тела - хронические и острые. Больная спина, ноющие суставы, никак не проявляющие себя на рентгене или при других исследованиях. Болезненность внутренних органов, причину которых специалисты не могут выявить. Беспричинная тошнота, повышенная температура, давление, учащенное сердцебиение.

Как известно, Анохин отрицательно относился к точке зрения о «патологических» функциональных системах, отвергая их как ошибочные. Потому что «физиологические» функциональные системы основываются на достижениях полезных приспособительных адаптивных реакций, необходимых для поддержания жизнедеятельности в границах физиологической нормы. По его мнению, хронические конфликтные ситуации, сопровождающиеся неудовлетворением биологических или социальных мотиваций, ведут к развитию эмоционального стресса и к дальнейшему формированию соматической патологии, как, например, на различных ступенях развития «естественной истории гипертонической болезни» [20].

Факторы возникновения психосоматических патологий:

Можно назвать восемь основных источников психосоматических заболеваний:

1. Духовный конфликт личности, сознательного и бессознательного в человеке, единоборство между которыми приводит к разрушительной «победе», одной из них над другой.

2. Мотивация по типу условной выгоды, когда симптом несет условную выгоду для пациента. Скажем, избавление от мигрени может «открыть глаза» на многие проблемы, которые «мешает видеть» головная боль, и тогда пациент окажется перед необходимостью их решения.

3. Эффект внушения (другим лицом). Известно, что если ребенку в детстве часто повторять «дурочка, дурак, остолоп, жадина» и т. п., то очень часто дети принимаются демонстрировать поведение, соответствующее внушенному, которое автоматически передаётся во взрослую жизнь.

4. «Элементы органической речи». Болезнь может быть физическим воплощением фразы. Например, слова «у меня сердце за него болит», «я от этого с ума схожу» могут превратиться в реальные симптомы.

5. Идентификация, попытка быть похожим на кого-то. Стабильно имитируя другого, человек как бы, отстраняется от собственного тела.

6. Самонаказание. Если человек совершает неблаговидной, по его представлению, действие, он время от времени бессознательно подвергает себя наказанию. Самонаказание - это очень распространенная причина многих травм и соматических нарушений.

7. Травматический опыт прошлого. Как правило, это психические травмы раннего периода детства.

8. Алекситимия [12].

Можно отметить, что последовательность закономерности событий (психических, физиологических) в организме может не укладываться в единую линию времени, а внутри одного события в организме может единовременно развиваться качественно другое, новое. Например, в случае ухудшения психического здоровья будет проявление психологической защиты. Испытуемый может оказаться психически защищенным, но нарушение вегетативных функций целиком дезинтегрируется когда, например, сердце переключается в автономный режим работы [6].

* 1. **Профилактика производственного стресса и других факторов, влияющих на психическое здоровье**

Невозможно до конца исключить влияние стрессорных факторов на нашу жизнь. Но можно научиться правильно реагировать на них и не допускать эмоционального истощения.

Как известно из практической работы психолога, из опыта повседневной жизни людей, далеко не каждый человек, встречаясь со сложными обстоятельствами, подвержен производственному стрессу. События сами по себе не могут пробуждать данный стресс. Если только сам человек, склонный к определенным мыслительным схемам и типам реагирования, не будет восприимчив к стрессовым факторам. Это объясняет, отчего некоторые люди вполне в состоянии преодолеть жизненные события, порождающие стресс, в то время как остальные впадают в депрессию по значительно меньшему поводу. Многолетняя психологическая практика привела автора к следующим выводам. Производственное стресс развивается в случаях:

Человек обладает болезненным типом нервной системы; различные соматические нарушения (проблемы гормонального баланса и прочее);

Человек не любит то, чем он занимается;

Человек любит работу, но устал от стрессовых ситуаций, потому что чрезмерно вовлекается эмоционально;

Специалист подвергается психоэмоциональному насилию на рабочем месте (со стороны начальства/подчиненных (моббинг);

Ситуации на работе попадают в не проработанную травму клиента (работает с насилием, сам пережив насилие в своей истории; не выносит критики в свой адрес, потому что был отвергаем);

Специалист, встречается с дефицитом настоящего экзистенциального смысла (в аспекте переживания уводит человека в пустоту, отнимает силы и способствует возникновению стресса);

Специалист действительно недостаточно компетентен, что-то «не знает», но не желает учиться, регулярно повышать свою квалификацию и отчего поддается производственному стрессу [18].

Мною были проанализированы статьи, в которых были проведены исследования с похожими проблемами, с которыми пытаюсь разобраться я.

На основании результатов изучения внешних и внутренних факторов, предшествующих формированию производственного стресса у медицинских работников, авторами статей Надирбекова А.О., Кременцов В.А., Рыскулова Г.К., Коржова С.И. была разработана психолого-профилактическая модель, снижающая и корригирующая негативные проявления данного синдрома.

Данная модель включала в себя различные методы:

Теоретический анализ научной литературы по проблеме;

Процедура тестирования (диагностика уровня эмоционального выгорания, теппинг тест, методика измерения мотивации достижения успеха и избежание неудач, проективная методика «Человек под дождем»);

Изучение творческих продуктов деятельности медицинских работников, индивидуальные беседы и групповые семинары-тренинги [17].

Так же психологическое сопровождение и психодиагностический мониторинг дают возможность обнаружить дезадаптивные тенденции на ранних, обратимых этапах, до их постижения личностью и клинической манифестации. Своевременное применение психокоррекционных воздействий позволит сберечь здоровье медицинского персонала и его профессиональную продуктивность [8].

Программа коррекции должна представлять собой сбалансированный комплекс взаимосвязанных ситуационно-организационных и индивидуально-личностных составляющих [11].

В одной из статей авторами которой являются Л.А. Башенкова, Е.В.Кухарская, упоминается использование техник коммуникативно-поведенческого модуля, что привело к изменениям в стратегиях совладания у медицинских работников. Эти видоизменения зафиксированы в снижении неконструктивных стратегий и росте показателей трех из пяти конструктивных стратегий - «Ответственность», «Планирование», «Положительная переоценка». [3]

С целью сохранения психологического здоровья у медицинских сестер и проведения профилактических мероприятий по предупреждению производственного стресса, была разработана «Программа тренинга по преодолению синдрома эмоционального выгорания». Программа тренинга рассчитана на 24 часа и включает в себя 8 занятий по 3 часа каждое. Цель и задачи программы: Познакомить присутствующих с понятием производственного стресса, симптомами его проявления, этапами формирования, причинами возникновения, способами его преодоления. Настоящая программа направлена на решение следующих основных задач:

Обозначение и иллюстрация проблемы эмоционального выгорания;

Укрепление личностной и профессиональной самооценки участников;

Постижение своих личностных особенностей и ресурсных потенциалов;

Коррекция и развитие установок участников, образование партнерского стиля межличностного взаимодействия.

Для контроля изменений состояния всех участников программы тренинга, предусматривается тестирование через 4 месяца, при необходимости - проведение повторного тренинга через год. Полученный положительный результат позволит расширить практику тренингов по этой проблеме. Павел Сидоров ректор Северного государственного медицинского университета, академик РАМН. Приводит нам профилактические и лечебные меры при производственном стрессе. Соблюдая перечисленные далее рекомендации, сотрудник не только сможет предотвратить возникновение производственного стресса, но и достигнуть уменьшения степени его выраженности.

1. Определение краткосрочных и долгосрочных целей (это не только обеспечивает обратную связь, свидетельствующую о том, что пострадавший находится на верном пути, но и повышает долгосрочную мотивацию, достижение краткосрочных целей - успех, который повышает степень самовоспитания).

2. Использование «тайм-аутов», что необходимо для обеспечения психического и физического благополучия (отдых от работы).

3. Овладение умениями и навыками саморегуляции (релаксация, определение целей и положительная внутренняя речь способствуют снижению уровня стресса).

4. Профессиональное развитие и самосовершенствование. Одним из способов защиты от психологического стресса является обмен профессиональной информацией с коллегами, что даёт ощущение более пространного мира, нежели тот, который есть внутри отдельного коллектива.

5. Бегство от ненужной конкуренции (бывают ситуации, когда её нельзя избежать, но чрезмерное стремление к выигрышу пробуждает тревогу, делает человека агрессивным, что содействует возникновению производственного стресса).

6. Эмоциональное общение (порой человек подвергает анализу свои чувства и делится ими с другими, возможность выгорания существенно снижается или процесс этот оказывается не столь выраженным).

7. Поддержание хорошей физической формы (не стоит забывать, что между состоянием тела и разумом есть тесная связь: неправильное питание, злоупотребление спиртными напитками, табаком, снижение веса или ожирение обостряют проявления производственного стресса) [23].

В целях направленной профилактики производственного стресса следует:

Стремиться рассчитывать и обдуманно распределять свои нагрузки;

Обучаться переключаться с одного вида деятельности на другой;

Проще относиться к конфликтам на работе;

Не стремиться быть наилучшим всегда и во всём [20].

Всемирная организация здравоохранения (1998) рекомендует следующие стратегии первичной профилактики сохранения психического здоровья у медицинских работников.

1. Избегание предъявления излишне высоких требований к лицам, оказывающим помощь другим людям.

2. Обеспечение равномерного распределения удовлетворяющих заданий между сотрудниками.

3. Занятия с сотрудниками, распределению времени и техникам релаксации.

4. Модификация работ, вызывающих слишком сильный стресс.

5. Поощрение для создания групп поддержки.

6. Поощрение сотрудников к участию в принятии решении, влияющих на условия работы. [19].

**Выводы:**

1. Анализ литературы позволяет сделать вывод, что профилактика психического здоровья у медицинских сестер крайне актуальна, это серьезная медико - социальная проблема в обществе, требующая организации профилактических мероприятий.

2. Для эффективного планирования и реализации профилактических мероприятий медицинская сестра должна знать и целенаправленно выявлять внутренние и внешние факторы, способствующие возникновению производственного стресса.

3. Профилактика возникновения производственного стресса и сохранение психического здоровья, должна проводиться по нескольким основным направлениям:

Диагностика и выявление патологических состояний, угрожающих возникновению производственного стресса;

Организация безопасного психологического климата на рабочем месте;

Занятия спортивными упражнениями для сублимации агрессивной энергии;

Применение медитативных техник и обучение техникам релаксации.

Считаю, что с целью ранней профилактики психосоматических нарушений и избегания формирования производственного стресса данную коррекционную программу можно включить в образовательный процесс специалистов сестринского дела.

**Глава 2. Исследовательская часть**

**2.1. Описание выборки**

Исследование проводилось на базе отделения хоспис СПб ГУЗ «Городская больница № 20». В исследовании приняли участие 20 женщин, работающих медицинскими и младшими медицинскими сестрами. Диагностические методы показали, что около 70% на отделении имеют стойкие симптомы производственного стресса.

Основная группа: 20 женщин в возрасте от 25 до 50 лет, средний возраст 35±8. Младший и средний медицинский персонал Хосписа (медицинская сестра, младшая медицинская сестра). 13 женщин (65%) имеют среднетехническое образование (специальное), 5 женщин (25%) имеет высшее образование, 2 женщины (10%) имеет неоконченное высшее образование. 6 женщин (30%) замужем, у 14 женщин (70%) имеются дети.

Стаж профессиональной деятельности: от 0 до 5 лет - 4(20%), свыше 5 до 10 лет - 10(50%), свыше 10 лет - 6(30%)

При использовании анкеты для исследования социально-демографических данных было выявлено, что большинство исследуемых (70%) неудовлетворенны выбранной профессией, при этом неудовлетворенность заработной платой 9(45%), считают свою работу однообразной 13(65%), неудовлетворенны престижностью работы 11(55%). Неудовлетворенны отношением с руководителем 3(15%), неудовлетворенны отношением в коллективе 5(25%), неудовлетворенны организацией работы 5(25%). (примечание: см. приложение № 2. Рис.1)

При оценке своего эмоционального состояния в работе: всегда испытывают физические негативные состояния – 12(60%), интеллектуальные – 3(15%), психоэмоциональные – 16(80%). (Примечание: см. приложение № 2. Рис.2)

Для снятия эмоционального напряжения используют химические стимуляторы. Кофеин – 18(90%), никотин – 16(80%), алкоголь – 12(60%).У 13(65%) женщин наблюдается нарушение сна.

**2.2. Организация исследования**

Исследование проводилось в хорошо проветриваемом помещение в дневное время. Все участники исследования были заинтересованы в психодиагностике и профилактике. Диагностика и профилактика проводилась в свободное от работы время в несколько этапов.

Было проведено 3 эксперимента:

1. Констатирующий – описание результатов всей основной группы (состоящей из 20 человек).

2. Формирующий - описание работы с шестью выбранными мною медицинскими сестрами, у которых показатели сформированного профессионального стресса были наиболее ярче. Краткое описание проделанной работы с медицинскими сестрами.

3. Контрольный эксперимент - сравнение результатов до работы и после.

Методы исследования:

1. Методика «Диагностика уровня эмоционального выгорания» В.В. Бойко[5]. (Приложение №6).

Опросник личностный, предназначенный для диагностики такого психологического феномена как «синдром эмоционального выгорания».

2. Анкета для сбора социально-демографических данных. (Приложение №3).

Методика использовалась для сбора социально-демографических данных обследуемого.

3. Гиссенский опросник психосоматических жалоб [14]. (Примечание: см. в приложении № 4)

4. Стандартизованный многофакторный личностный опросник Р. Кеттелла 16PF (версия А) [16] (Примечание: см. в приложении № 5).

Опросник Кеттела является одним из наиболее распространенных анкетных методов оценки индивидуально-психологических особенностей личности, как за рубежом, так и у нас в стране. Он разработан по руководством Р.Б. Кеттела и предназначен для написания широкой сферы индивидуально-личностных отношений.

**2.3. Результаты психодиагностики**

Констатирующий эксперимент

Результаты исследования факторов эмоционального выгорания с помощью методики В.В. Бойко. (Приложение № 7. График №1.)

«Переживания психотравмирующих обстоятельств» в основной группе достоверно превышает нормативный показатель (23±3). Это может проявляться в усиливающимся осознании психотравмирующих факторов профессиональной деятельности, которые трудно или вовсе не устранимы. Раздражение постепенно может расти, накапливается отчаяние и негодование. По факторам «неудовлетворённости собой» в основной группе средние групповые значения (15±2) не превышает границ сформированного синдрома, но его приграничные показатели говорят о тенденции в основной группе к провоцированию психологической защиты, нагнетенного напряжения из-за повышенной совестливости и ответственности. Симптом «загнанность в клетку» в основной группе средние групповые значения (17±3) не превышает границ сформированного синдрома, но указывает, что это сложившийся симптом, что может говорить о тенденции в основной группе к обдумыванию неудовлетворительных аспекты своей работы. Может привести к усилению психической энергии за счёт индукции идеального: работает мышление, действуют планы, цели, установки, смыслы, подключаются образы должного и желаемого. Симптом «редукции профессиональных обязанностей» в основной группе достоверно превышает нормативный показатель (24±3). Это может проявляться в попытках облегчить или сократить обязанности, которые требуют эмоциональных затрат. По «законам редукции» субъектов сферы обслуживания, лечения, обучения и воспитания, обделяют элементарным вниманием. Симптом «эмоционального дефицита» в основной группе достоверно превышает нормативный показатель (21±3). Таким образом, это проявляется в ощущении, что эмоционально человек уже не может помогать субъектам своей деятельности, не в состоянии войти в их положение, соучаствовать и сопереживать, отзываться на ситуации, которые должны трогать. Работники Хосписа часто ставят между собой и пациентом стену, чтобы не отдаваться на волю эмоциональным порывам. По факторам «эмоциональной отстранённости» в основной группе средние групповые значения (18±2) что указывает на сложившийся симптом и может говорить о тенденции к реагированию без чувств и эмоций. Это наиболее яркий симптом «выгорания». Он свидетельствует о профессиональной деформации личности и наносит ущерб пациенту. Симптом «личностной отстранённости, или деперсонализации» в основной группе достоверно превышает нормативный показатель (22±3). Прежде всего, отмечается полная или частичная утрата интереса к человеку - субъекту профессионального действия. Он воспринимается как неодушевлённый предмет, как объект для манипуляций - с ним приходится что-то делать.

Средние групповые значения в основной группе высокие, что может указывать о сложившимся симптоме эмоционального выгорания. Нормативные показатели симптома «тревога и депрессия и «психосоматические и психовегетативные нарушения», говорит нам, что данный симптом только формируется.

Результаты исследования личностных характеристик с помощью

16PF теста Р. Кеттелла

Полученные данные по результатам обследования с помощью методики Р. Кеттелла 16PF. (Приложение № 8)

Нормативные показатели в пределах допустимой нормы, но некоторые факторы приближаются к отклонению от допустимой нормы, что может говорить о том, что медицинский персонал Хосписа демонстрирует достоверно большую замкнутость, трудности идти на компромиссы, стремление работать в одиночестве. Им трудно контролировать свои эмоции и импульсивные влечения, присутствует большая подозрительность, недоверие к окружающим, раздражительность, недоверие к окружающим, раздражительность. Как правило, оценивают себя как практичных людей, но, склонных к самоупрекам, и недооцениванию своих возможностей. Медперсонал Хосписа достоверно более не удовлетворён и напряжен, что затрудняет адаптивность и приспособляемость.

Результаты исследования на выявления психосоматических заболеваний с помощью Гиссенского опросника соматических жалоб.

Полученные данные по результатам обследования с помощью Гиссенского опросника соматических жалоб (График № 2 приложение № 9)

Обратите внимание, что у исследуемых максимальный балл по шкале - 3, который говорит об устойчивой симптоматики, которая отражает боли в различных частях тела и ревматический фактор. Эта шкала выражает субъективные страдания пациента, носящие алгический или спастический характер. Зачастую психосоматические расстройства проявляют себя, как боли в различных частях тела - хронические и острые. Больная спина, ноющие суставы, никак не проявляющие себя на рентгене или при других исследованиях. Болезненность внутренних органов, причину которых специалисты не могут выявить, как ни стараются. Беспричинная тошнота, повышенная температура, давление, учащенное сердцебиение. Так же высокие показатели у группы по шкале - 1, данная шкала характеризует неспецифический фактор истощения, который указывает на общую потерю жизненной энергии и потребность человека в помощи. Профессиональное истощение может возникать при очень сильных эмоциональных и физических перегрузках, также это сопровождается потерей работоспособности и часто наблюдаются такие симптомы как: беспокойство и депрессия. В коллективе наблюдается повышенная утомляемость, потеря радости и понижение сексуального влечения. У страдающих истощением наблюдается чувство как будто, он сражается с машиной или системой как будто это что-то большое и непобедимое.

**2.4.Программа профилактики для сохранения психического здоровья**

Формирующий эксперимент

Обработанные материалы констатирующего эксперимента сравнивались с нормативными показателями и позволили сформировать группу из шести медицинских сестер с явными нарушениями психического здоровья. На этом этапе происходит описание работы с медицинскими сестрами, у которых показатели сформированного профессионального стресса были наиболее ярче. На этом этапе использовался индивидуальный метод беседы для сбора анамнестических данных и протокол наблюдения за испытуемыми.

(Протокол наблюдения см. в Приложение № 10, № 3).

На основе полученных в исследовании результатов можно сделать вывод, что совпадение по факторам теста Кеттела может говорить, о влияние личностных характеристик на эмоциональное выгорание, и в дальнейшем на психосоматические заболевания у испытуемых. Раздражение, истощение, депрессия, агрессия, не удовлетворенность собой, все это влияет на психосоматические реакции в дальнейшем. Согласно концепции М. Буриша, в формировании производственного стресса можно выделить несколько основных этапов:

1. Предупреждающий этап – чрезмерное участие (энергичность, чувство незаменимости, отказ от нужд не объединённых работой, ограничение социальных контактов), истощение (чувство утомления, беспокойный сон).

2. Снижение уровня личного участия – по отношению к сотрудникам, пациентам (утрата положительного восприятия коллег, переход от поддержки к присмотру и контролю, приписывание вины за личные неудачи другим людям, преобладание стереотипов в поведении по отношению к сотрудникам, пациентам), по отношению к остальному окружению (отсутствие эмпатии, равнодушие), по отношению к профессиональной деятельности нежелание исполнять свой долг, искусственное продление интервалов в работе, опоздания, уход с работы, прежде чем закончится смена, акцент на материальный аспект при одновременной неудовлетворённости работой, возрастание требований (утрата жизненного идеала, сосредоточение на своих потребностях, чувство переживания того, что пациенты используют тебя, зависть).

3. Эмоциональные реакции – депрессия (устойчивое чувство вины, уменьшение самооценки, беспочвенные страхи, вялость, лабильность настроений), агрессия (защитные директивы, обвинения других, отсутствие терпимости и способности к компромиссу, подозрительность, конфликты с окружением).

4. Этап деструктивного поведения – область интеллекта (снижение фиксации внимания, ригидность мышления, отсутствие воображения), мотивационная область (отсутствие своей инициативы, снижение эффективности своей работы, выполнение работы строго по инструкции), эмоционально-социальная сфера (равнодушие, избегание неформальных контактов, отсутствие чуткости в жизни остальных или большая привязанность к умирающему пациенту, избегание тем связанных с работой, самодостаточность, желание одиночества).

5. Психосоматические реакции – снижение иммунитета, неспособность к душевному отдыху в свободное время, беспокойный сон, сексуальные расстройства, гипертония, тахикардия, головные боли, боли в позвоночнике, расстройства ЖКТ, зависимость от никотина, алкоголя, кофе.

6. Разочарование – негативная жизненная установка, чувство беспомощности и нецелесообразности в жизни, экзистенциальное отчаяние [27].

В моем исследовании все 4 пункта замечены у обследуемой группы, что может говорить о формировании 5 пункта, т.е. о психосоматической реакции организма как ответ на влияние профессионального стресса. Может говорить также, что выраженный производственный стресс приводит к психосоматическим расстройствам и в дальнейшем развивается нарушение психического здоровья. Исследования с помощью опросника соматических жалоб выявили сформированный психосоматический синдром.

Индивидуальное заключение (пример на трех человек из группы) по результатам индивидуального психодиагностического обследования вы можете увидеть в Приложении №11.

После психодиагностики в малой группе, было предложено пройти сотрудникам программу профилактики и коррекции психологического здоровья. Данная программа Направленна на улучшение психического и физического здоровья медицинских сестер Хосписа.

Программа профилактики и коррекции.

Тематический план занятий.

1. Знакомство (время проведения 1-2 часа).

Перечень заданий и упражнений:

1.1. Знакомство участников с особенностями работы в тренинговой группе;

1.2. Выявление ожиданий участников от предстоящей работы.

2. Лекция (время проведения 1-2 часа).

Перечень заданий и упражнений:

2.1. Интерпретация результатов психодиагностического исследования;

2.2. Объяснение членам группы, чем является профессиональное истощение; 2.3. Вторичные проблемы на фоне психического стресса, появление психосоматических реакций, защитные барьеры организма и т.д.

3. Рекомендации (время проведения 1-2 часа).

Перечень заданий и упражнений.

3.1. Необходимо научиться пользоваться личным временем;

3.2. Дома не думайте и не говорите со своими близкими о работе, но делитесь своими переживаниями;

3.3. Обязательно пользуйтесь своим правом на перерыв во время работы;

3.4. Каждый раз после смены вспоминайте, что вы сделали хорошего для пациента;

3.5. Вспомните, почему вы работаете именно на этом отделении, ради чего или кого;

3.6. Если вы не довольны вашей работой и ее условиями, уточните ваши должностные обязанности у вашего руководителя, попросите должностную инструкцию;

3.7. Если ваше состояние кажется вам болезненным, и вы не в состоянии справиться с собой попросите очередной или неоплачиваемый отпуск;

3.8. Понимание, что ваша работа заключается не в помощи к выздоровлению пациента, а к уменьшению его страданий;

3.9. Рекомендации по питанию (см. в приложении № 16);

3.10. Регуляция физиологического возбуждения. Занятие гимнастикой, йогой, плавание, занятие в тренажерном зале для сброса негативной энергии;

3.11. Ежедневное пребывание на свежем воздухе быть поближе к природе;

3.12. Здоровый сон (8-10 часовой);

3.13. Разнообразный досуг во время своих выходных;

3.14. Обязательная консультация у врача общей практики;

3.15. Желательно прекратить злоупотребление кофе, алкоголя и никотина.

4. Беседы в Балинтовских группах (время проведения 1 раз в неделю, 3-4 часа).

Перечень заданий и упражнений:

4.1. Поощрять медицинскую сестру, ценить свои навыки межличностных отношений и учиться понимать их пределы;

4.2. Улучшить восприятие и понимание коммуникации пациента с медицинской сестрой;

4.3. Позволить медицинской сестре осознать свои «слепые пятна» в общении с пациентами (см. в приложении № 12).

5.Тренинг саморегуляции №1 (время проведения 1-2 часа).

Перечень заданий и упражнений.

5.1. Упражнение «Расскажи о своем психическом состоянии в данный момент».

5.2. Упражнение-приветствие: «Комплименты по кругу». Сидя в круге, я предлагаю вам сделать комплемент вашему соседу. В ответ вы должны ответить «Спасибо, я знаю, что я...», затем делаете комплимент следующему участнику.

5.3. Упражнение «Продолжи фразу»:

Для осознания своего профессионального и личностного ресурса нужно продолжить фразу:

«Я горжусь своей работой, когда я…» и

«Не хочу хвастаться, но в своей работе…»

5.4. Упражнение: « Вспомни неприятную ситуацию и расслабься»

Обучение контролю мышечного напряжения.

Инструкция:

Нужно окунуться в воспоминания негативной ситуации, при этом необходимо контролировать мышечное напряжение и в случае возникновения напряжения - расслабиться.

Обсуждение:

Что вы чувствуете?

Какие ощущения возникли после расслабления?

Прощание:

Упражнение «Благодарю тебя»:

В созданном круге начинает ведущий (Я). Протягиваю руку и говорю стоящей справа участнице: «Спасибо, Ирина, мне было приятно с тобой выполнять упражнения». Та, чье имя было произнесено, обращается со словами признательности к соседке: «Спасибо, Елена, за оказанную поддержку», — и берет ее за руку, и так до завершения круга. В заключение все громко аплодируют друг другу и говорят:

«Благодарю! До свидания! До встречи!»

6. Обучение аутогенной тренировки (время проведения 1-2 часа).

Перечень заданий и упражнений:

Релаксация посредством аутогенной тренировки. Аутогенная тренировка — это релаксационная техника, состоящая из комплекса упражнений, вызывающих ощущение теплоты во всем теле и тяжести в конечностях и торсе, и визуализации, которая помогает расслабить сознание (см. в приложении № 15)

7. Тренинг саморегуляции №2 (время проведения 1-2 часа).

Перечень заданий и упражнений:

7.1. Упражнение «Расскажи о своем психическом состоянии в данный момент».

7.2. Упражнение « Вспомни что-нибудь неприятное»:

Предлагаю прикрыть глаза и вспомнить какое-нибудь неприятное событие, происшедшее совсем недавно на работе (в течение 1 минуты) со всеми деталями и не открывать глаза. Застыть в этом положении, в котором находитесь в процессе воспоминания, и посмотреть из внутри своего сознания в каком состоянии находятся мышцы тела (начинаем с лицевых мышц и заканчивая ногами). Запомнить данное состояние.

Обсуждение ощущений:

Какие ощущения возникли в процессе воспоминания?

Какие ощущения были в мышцах?

Где больше всего чувствовалось напряжение?

Приятным было такое состояние?

7.3. Упражнение «Продолжить по кругу список ценных качеств в себе, закончив предложение»:

Я забочусь… Я люблю…. Я помогаю…. Я признаю…. Я талантлива…. Я умею хорошо делать… Я сержусь… Я обижаюсь… Я расстраиваюсь, когда… Мне нравится… Я благодарна себе….

Обсуждение: В конце упражнения - трудно ли было продолжить предложение?

7.4. Обучение упражнению «Горячий воздушный шар»:

Прикройте глаза, сделайте глубокий вдох и медленно сосчитайте от 10 до 1.

Понемногу целиком расслабьтесь.

Представьте большой воздушный шар на утопающем в зелени лугу.

Рассмотрите эту картину как можно детальнее.

Складывайте все свои проблемы и тревоги в корзину шара.

Когда корзина наполнится, представьте, как веревка шара сама отвязывается, и он медленно набирает высоту. Шар постепенно удаляется, превращаясь в маленькую точку, и уносит весь груз ваших проблем.

7.5. Упражнение «Я в тебе уверен»:

Объединитесь в пары. Сядьте друг против друга. Посидите какое-то время, в тишине, просто глядя в глаза. Это может быть трудно, не совсем привычно, но вы ведь знакомы. Теперь поочередно выскажетесь, каждый раз начиная фразу следующими словами: «Я уверена, что ты...» Например: «Я уверена, что ты поможешь мне, если мне будет нужно». Вы говорите по одной фразе, передавая слово друг другу.

Обсуждение:

Что вы ощущаете сейчас?

Менялись ли ваши эмоции на протяжении этого задания?

7.6. Упражнение «Массаж»

В созданном круге, сидя один за другим вы делаете массаж плечевых мышц впереди идущему.

Обсуждение:

Какие эмоции вы испытывали?

Без затруднений ли вы позволили прикасаться к себе другому участнику группы?

Если у вас появились негативные переживания, охарактеризуйте их. Как вы думаете, почему они появились?

7.7. Упражнение «Напишите, что у вас на душе» (см. в Приложении №18).

Прощание:

Упражнение «Благодарю тебя»:

В созданном круге начинает ведущий (Я). Протягиваю руку и говорю стоящей справа участнице: «Спасибо, Ирина, мне было приятно с тобой выполнять упражнения». Та, чье имя было произнесено, обращается со словами признательности к соседке: «Спасибо, Елена, за оказанную поддержку», - и берет ее за руку, и так до завершения круга. В заключение все громко аплодируют друг другу и говорят:

«Благодарю! До свидания! До встречи!»

8. Заключительная встреча после 2-х месячного тематического тренинга (время проведения 2-3 часа).

Перечень заданий и упражнений:

8.1.Упражнение « Чемодан»:

Участнице по очереди на прощание собирают «чемодан пожеланий». Каждая высказывается и обязательно выражает свое восхищение положительными сторонами личности и формулирует свои пожелания.

8.2. Упражнение « Подсолнух»:

Все участницы поднимаются кругом, затем садятся и прикрывают глаза. Предлагается вспомнить, как они пришли на первое занятие.

Ведущий: « Сейчас откройте глаза и медленно поднимитесь… Ощутите, что вы постепенно образовали единую группу и стали ближе друг другу. Положите руки на плечи соседям… Представьте себе, что вы вся группа – это цветок подсолнуха, который медленно качается под дуновением ветра. Прикройте глаза и медленно качнитесь сначала вправо, а затем влево…(30 секунд). Продолжая движение в ритме цветка, откройте глаза и посмотрите на других членов группы. Встретьтесь глазами с каждым. Затем постепенно остановитесь, снова прикройте глаза и снимите руки с плеч соседей…Поймите, что подсолнух уже созрел, и каждый из вас превратится в самостоятельное подсолнечное семечко…Отойдите на пару шагов назад и медленно развернитесь наружу ...Почувствуйте, что ветер уносит вас сейчас вдаль от подсолнуха, что вы снова один, но несете в себе при этом энергию зародыша…Попытайтесь ощутить эту энергию в своем теле… Скажите себе самому: « Я наполнен жизненной силой и у меня есть энергия для роста и развития…»

На заключительном этапе мы подведем итоги занятий группы. Обсудим собственные достижения.

Завершение работы группы. Контрольное тестирование.

Краткое описание проведенного коррекционного тренинга направленного на улучшение психического здоровья:

При знакомстве группы с особенностью работы, объяснила, что мы занимаемся здесь и сейчас, анонимно и не этично при завершении занятий обсуждать этапы тренинга вне сформированной группы. На вопрос что вы ожидаете от наших сессий, было очевидно, что у группы есть интерес к проведению занятий и желание снизить негативное эмоциональное реагирование по отношению к пациентам. При интерпретации результатов группе, обратила внимание что некоторые участницы весьма скептически отнеслись к результатам психодиагностики, не полностью доверяя проведенному обследованию. При объяснении, что эмоциональное выгорание наносит вред организму в целом, столкнулась с непониманием со стороны участников тренинга: «Как истощение духовное может влиять на психосоматические реакции?». Объяснив влияние тела на психику и наоборот, я порекомендовала найти таблицу причины болезни и заболеваний Луизы Хей. Где автор объясняет причину заболевания и указания как можно с помощью аффирмации корректировать свое здоровье (см. Приложение №17). Все участницы получили список рекомендаций и выслушали профилактическую беседу о том, насколько важно делиться своими переживаниями, всегда делать перерывы на работе, особенно когда вы испытываете эмоциональное переживание. Самое главное это понимание что сотрудники данного учреждения не только выполняют свою непосредственную работу, а помогают пациентам в самый трудный временной отрезок. Медицинская сестра является в своем роде проводником (когда то одна из пациенток сказала - мостом) между жизнью и смертью. Медицинская сестра должна улучшить жизнь инкурабельного пациента, и ни в коем случае не вымещать свои бытовые проблемы на работе. Балинтовские беседы проходили весьма успешно, хотя поначалу группа никак не могла понять, что после рассказа одного из участников мы не обсуждаем поступок, а мы должны проанализировать какие эмоции вызвал это рассказ у группы. При проведении массажа плечевых мышц участницам не всем нравилось, когда к ним прикасаются. На вопрос как вы думаете, почему испытываете негативные эмоции, ответили, что просто им неприятно. Могу отметить, что работа в группе была достаточно напряженной, не было полного доверия друг к другу, присутствовал страх сказать что-то лишнее. При индивидуальной беседе члены тренинга вели себя менее тревожно, и беседа проходила в более доверительной атмосфере.

**2.5. Контрольная психодиагностика группы**

Контрольный эксперимент.

Результаты исследования факторов эмоционального выгорания В.В.Бойко. Основная группа

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ФИО | Н1 | Н2 | Н3 | Н4 | Р1 | Р2 | Р3 | Р4 | И1 | И2 | И3 | И4 |
| ПНА | 25 | 10 | 13 | 16 | 30 | 17 | 20 | 28 | 25 | 19 | 30 | 22 |
| ИГН | 27 | 27 | 28 | 16 | 22 | 20 | 18 | 28 | 30 | 19 | 21 | 15 |
| ИМН | 28 | 20 | 23 | 15 | 30 | 25 | 23 | 27 | 20 | 14 | 28 | 10 |
| ИЕА | 20 | 13 | 25 | 14 | 25 | 30 | 25 | 30 | 25 | 22 | 30 | 30 |
| ТСА | 28 | 20 | 23 | 15 | 30 | 25 | 23 | 27 | 20 | 14 | 28 | 10 |
| ПЮГ | 25 | 23 | 23 | 16 | 28 | 25 | 28 | 20 | 30 | 24 | 21 | 20 |
| **Сред.зн.** | **25** | **18** | **22** | **15** | **27** | **23** | **22** | **26** | **25** | **18** | **26** | **17** |

Результаты исследования факторов эмоционального выгорания В.В.Бойко. Контрольная группа

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ФИО | Н1 | Н2 | Н3 | Н4 | Р1 | Р2 | Р3 | Р4 | И1 | И2 | И3 | И4 |
| ПНА | 16 | 8 | 11 | 12 | 25 | 14 | 12 | 22 | 15 | 14 | 23 | 12 |
| ИГН | 21 | 16 | 20 | 13 | 18 | 18 | 9 | 20 | 12 | 15 | 15 | 8 |
| ИМН | 18 | 14 | 17 | 9 | 19 | 14 | 16 | 19 | 16 | 8 | 20 | 6 |
| ИЕА | 20 | 18 | 19 | 12 | 20 | 20 | 18 | 23 | 19 | 12 | 19 | 18 |
| ТСА | 19 | 11 | 12 | 6 | 23 | 19 | 17 | 18 | 14 | 10 | 18 | 7 |
| ПЮГ | 20 | 16 | 15 | 11 | 18 | 18 | 19 | 16 | 18 | 15 | 16 | 12 |
| **Сред.зн.** | **19** | **13** | **15** | **10** | **20** | **17** | **15** | **19** | **15** | **12** | **18** | **10** |

Показатель выраженности каждого симптома колеблется в пределах от 0 до 30 баллов.

9 и менее баллов - не сложившийся симптом;

10-15 баллов - складывающийся симптом;

16-20 баллов - сложившийся симптом;

20 и более – стойкий симптом эмоционального выгорания.

Было проведено контрольное тестирование через два месяца регулярных коррекционных занятий. Сравнив результаты диагностики каждого симптома, можно увидеть средние арифметические показатели на группу до и после проведенных занятий.

Показатели стойкого симптома «переживание психотравмирующих обстоятельств» уменьшились незначительно, что может указывать, что данный симптом достаточно трудно устраним. Раздражение уменьшилось, за счет этого отчаянье и негодование постепенно может снижаться. Ранее у группы были показатели сложившегося симптома «неудовлетворенности собой», после проведения занятий показатели группы незначительно уменьшились, что может указывать, что сотрудники научились осознавать свою значимость и принадлежность в коллективе. На тренинге было много занятий, посвященных эмоциональному переносу, считаю, что группа достаточно хорошо справляется с впечатлениями от внешних факторов деятельности и менее подвержена травме, к побуждению постоянно вновь и вновь переживать психотравмирующие элементы в профессиональной деятельности. Так как общая симптоматика напряженности уменьшается, то последовательно снижается стресс, показатели симптома достаточно уменьшились, что свидетельствует об отсутствии у группы выстроенных защит и ощущения «загнанности в клетку». Состояние эмоционально-интеллектуального ступора у группы исчезает. Симптом «тревоги и депрессии», не смотря на высокие показатели по другим критериям напряжения, только складывался у группы. После проведенной коррекции признаки тревожности уменьшились, это можно заметить, как и по тестированию, так и при общении с группой.

Считаю, что показатели симптома «неадекватного избирательного эмоционального реагирования» остались на границе стойкого симптома, потому что медицинским сестрам хосписа сложно не экономить на эмоциях, они все еще выбирают, кому они готовы улыбнуться и с кем говорить с искренним сочувствием, а кому они не могут уделить должное внимание. Затруднение вызывает вопрос: это специфика профессии не дает данному симптому снизиться на уровень нормативных показаний или на коррекционную работу, проведенную мной затрачено мало времени? В нашем обществе, привыкают исполнять свои обязанности в зависимости от настроения и субъективного предпочтения, что может говорить о переходе цивилизации в сфере межличностных отношений и «эмоционально-нравственной дезориентации». Показатели этого симптома перешли из стойкого симптома в сложившийся, но разница в показателях незначительная. Можно увидеть, что симптом «расширение сферы экономии эмоций» из стойкого симптома перешел в складывающий, это может говорить, что у группы угасают защитные механизмы, появилась радость в общении с пациентами, уменьшилась агрессивность по отношению к близким. На занятиях мы обсуждали, что упрощение своих обязательств, приводит к тому, что медицинская сестра выполняет свои должностные обязанности как механическая кукла, что может нарушать ее психическое и соматическое состояние. Группа наглядно демонстрирует низкие баллы по сравнению с первичным обследованием. Группа учится выслушивать пациента, предупреждать о проводимой манипуляции. Так как, тревожное напряжение ослабевает, то и сопротивление нарастающему стрессу уменьшается, снижается ощущение давление внешних обстоятельств.

Выраженное падение общего энергетического тонуса у группы ослабевает. Участники группы со стойким симптомом в фазе истощения не могли ранее сопереживать и соучаствовать, благодаря коррекционным занятиям учатся проявлять эмоциональную участливость, отзываться на ситуации. Чаще проявляются положительные эмоции и всё реже - негативные. Снизились такие эмоциональные проявления как: резкость, грубость, раздражительность. Безразличие и нетактичность по отношении к пациентам у персонала уменьшилась, ранее это была частичная или полная утрата интереса к человеку как не одушевленному предмету. В настоящее время полагаю, что участницы группы справляются с собственными эмоциями и научились быть более тактичными и душевными к пациентам на работе. Показатели сложившегося симптома «психосоматических и вегетативных нарушений» значительно уменьшились, это может говорить об улучшении физического и психического самочувствия. Отклонения в соматических или психических состояниях не так очевидны, как до проведения коррекционных мероприятий. Уменьшились такие психосоматические реакции как: бессонница, чувство страха, неприятные ощущения в области сердца, сосудистые реакции, обострения хронических заболеваний.

В моих рекомендациях было четкое указание сходить на консультацию к врачу общего профиля. Благодаря проведенному обследованию были выявлены болезни-мишени, были даны врачебные рекомендации лечащим врачом. Думаю, лечение не только на психическом уровне, а еще и на физическом дало положительные результаты и уменьшило психосоматические симптомы у группы в целом.

На межличностном уровне у группы в целом снизилось психическое истощение, они не так чувствительно переживают, когда их оценивают другие. Наладился контакт с людьми, как и с пациентами, так и с близкими людьми. Удовлетворение от работы, улучшились отношения в коллективе.

На личностном уровне повысилась эмоциональная толерантность, снизилось критическое отношение к окружающим и критичность в оценке самой себя. Увеличилась самооценка, снизилось недовольство собой как профессионалом, научились принимать душевную отдачу от своей занятости.

**Заключение**

Цель данной дипломной работы, разработать систему занятий, способствующих снятию эмоционального напряжения у медицинских сестер Хосписа.

Объектом исследования являлись младший и средний медицинский персонал.

Анализ литературы позволил сделать вывод что профилактика психического здоровья у медицинских сестер крайне актуальна, это серьезная медико - социальная проблема в обществе, требующая организации профилактических мероприятий. Для эффективного планирования и реализации профилактических и коррекционных мероприятий, медицинская сестра должна знать и целенаправленно выявлять внутренние и внешние факторы, способствующие возникновению производственного стресса, так как он является одним из защитных механизмов нашей психики. Профилактика и коррекция возникновения производственного стресса и сохранение психического здоровья, должна проводиться по нескольким основным направлениям:

1. Диагностика и выявление патологических состояний, угрожающих возникновению производственного стресса;

2. Организация безопасного психологического климата на рабочем месте;

3. Занятия спортивными упражнениями для сублимации агрессивной энергии;

4. Применение медитативных техник и обучение техникам релаксации.

Трудности исследования производственного стресса связаны с неопределённостью и многокомпонентностью его описательных характеристик, а также с отсутствием соответствующего измерительного инструментария. В настоящее время исследователи выделяют около 100 симптомов, так или иначе связанных с производственным стрессом. Отмечается тот факт, что организационные и стилевые факторы в большей мере оказывают влияние на развитие профессионального стресса, чем индивидуально-личностные факторы. Но, они играют также не маловажную роль в процессе формирования фазы истощения и напряжения на работе. Следует отметить, что происхождение профессионального стресса, носит индивидуальный характер, определяемый различиями в эмоционально-мотивационной сфере, а также условиями, в которых протекает профессиональная деятельность человека. Под психологическим стрессом скрываются разные состояния и внутренние процессы, которые необходимо различать и разграничивать в каждом конкретном случае, поскольку они имеют разные причины и требуют в своем решении различных подходов:

Можно увидеть из проведенной диагностики проявление защитных механизмов, направленных на ослабление неблагоприятных профессиональных факторов, изменения в мотивационной сфере специалиста, некоторые особенности взаимодействия медицинской сестры и пациента. Уже как следствие деформация, когда защитные механизмы ослабевают на столько, что медицинская сестра не может противостоять губительным факторам и начинается процесс разрушения личности. На основе полученных в исследовании результатов можно сделать вывод о влияние личностных характеристик на производственный стресс, и в дальнейшем на психосоматические заболевания у испытуемых. Раздражение, истощение, депрессия, агрессия, не удовлетворенность собой, все это влияет на психосоматические реакции в дальнейшем.

Считаю, что контроль за состоянием здоровья медицинских сестер, своевременное использование системы интерактивного оздоровления, психологическая помощь клинического психолога, формирование здорового образа жизни, позволяет сформировать адаптационные механизмы и значительно улучшит показатели здоровья медицинских сестер. Были разработаны методические указания для работы в группе из шести человек. Существуют значительные различия в «фазе напряжения» до и после реализации коррекционно-профилактической программы, воздействие эффективно на «фазу напряжения». Сопоставив данные психодиагностики до и после реализации программы для «фазы резистенции» можно отметить, что сдвиг положительный, следовательно, существуют статические значимые различия в «фазе резистенции» до и после реализации коррекционно-профилактической программы, воздействие эффективно на «фазу резистенции». Данные психодиагностики до и после программы выявили что у «фазы истощения» типичный положительный сдвиг, следовательно, существуют различия в «фазе истощения» до и после реализации коррекционно-профилактической программы, воздействие эффективно на «фазу истощения».

Можно сделать вывод что поставленная в работе гипотеза: благодаря использованию модели программы коррекции и профилактики, можно предупредить формирование психологического стресса, стабилизировать эмоциональное состояние, самочувствие, настроение, активность, а также улучшить психическое здоровье у медицинских сестер отделения Хосписа полностью подтвердилась. При внедрении модели данной программы коррекции и профилактики психического здоровья, можно предупредить профессиональное выгорание у медицинских сестер. Методические указания могут быть использованы для выявления нарушений психического здоровья на разных стадиях формирования у медперсонала Хосписа, разработанные рекомендации и план коррекции по профилактике психического здоровья может быть использован во всех лечебно - профилактических учреждениях.

Считаю, что с целью ранней профилактики психосоматических нарушений и избегания формирования производственного стресса данную коррекционную программу можно включить в образовательный процесс специалистов сестринского дела.

**Глоссарий**

Апробация - слово латинского происхождения, дословно означает «одобрение, утверждение, установление качеств».

Атеросклероз - (от греч. athera - кaшица и склероз) - это хроническое заболевание, при котором на внутренней стенке артерий откладываются холестерин и другие жиры в форме налетов и бляшек, а сами стенки уплотняются и теряют эластичность. Это приводит к сужению просвета артерий, а значит и к затруднению тока крови.

Алгия - боль

АИТ - Аутоиммунный тиреоидит – это хроническое заболевание щитовидной железы, которое характеризуется аутоиммунным воспалением, итогом которого часто бывает гипотиреоз. Ко всему прочему, аутоиммунный тиреоидит в наше время считается самым распространенным из заболеваний щитовидной железы.

Аллергическая реакция - это реакция организма на внешние факторы, которые вызывают воспаление тканей, а также их повреждение. Аллергические реакции организма называют гиперчувствительностью.

Ассоциации - связь, возникающая в процессе мышления между элементами психики, в результате которой появление одного элемента, при определённых условиях, вызывает образ другого, связанного с ним.

Акцентуация характера - это крайний вариант нормы, при котором отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей устойчивости к другим.

Алекситимия - это неспособность к выражению эмоций в устной форме, то есть словесно описать их. Это явление не является заболеванием, так как отсутствует в международной классификации болезней, это скорее психологическая проблема, некая особенность нервной системы человека, не связанная с его умственными способностями.

Аналогия - в психологии (греч. analogia - сходство) - сходные психические явления и особенности поведения, вызванные одинаковыми условиями среды и потребности.

Волчий аппетит - большой намек на волчью прожорливость, булимия.

Дезинтеграция - (лат. de(s) + integratio - восстановление) - утрата или серьезное нарушение единства, координации, слаженности в функционировании какой-либо системы.

Диабет 2-го типа - это хроническое заболевание, сопровождающееся постоянным повышением уровня глюкозы в крови вследствие нарушения действия инсулина.

Дерматит - это воспаление кожи, чаще всего возникающее из-за воздействия химических, биологических или физических факторов. Заболевание характеризуется появлением покраснения, воспаления, зуда, жжения, пузырей, повышением температуры пораженного участка.

Дисфункция –(дис + лат. functio - исполнение) - любое нарушение нормального функционирования.

Дезадаптивное поведение - Поведение присуще только живым существам, а жизнь – это пластичное приспособление внутренних изменений к изменениям внешним, которое принято называть термином адаптация.

Деперсонализация - (от лат. de — отрицательная приставка, persona — личность, лицо) - 1) изменение самосознания, для которого характерно ощущение потери своего Я и мучительное переживание отсутствия эмоциональной вовлеченности в отношения к близким, к работе и т. д. В легкой форме деперсонализация наблюдается у психически здоровых людей при эмоциональных перегрузках, соматических болезнях и т. д.; 2) выраженная в большей или меньшей степени объективная утрата индивидом возможности быть идеально представленным в жизнедеятельности других людей, обнаружить способность быть личностью

Инкурабельный – неизлечимый.

Иррациональные идеи - отличаются от рациональных тоже в двух отношениях: во-первых, они обычно абсолютизированы (или догматизированы) и выражаются в форме жестких «должен», «обязан», «надо»; во-вторых, они ведут к негативным эмоциям, которые серьезно препятствуют осуществлению целей (например, к депрессии, тревоге, вине, гневу). Здоровые идеи лежат в основе здорового поведения, в то время как нездоровые идеи - в основе дисфункционального, такого как уход, привычка откладывать важные дела на потом, алкоголизм, злоупотребление различными веществами.

Интроверсия - (от лат. intro - движение внутрь и ver-to - обращать, поворачивать) - в аналитической психологии К. Юнга, - качество, свойство и особенность личности, характеризующееся доминирующей ориентацией на собственный внутренний мир.

Истощение - прогрессирующая утрата функции. Используется в различных комбинациях, включая мышечное, эмоциональное, интеллектуальное, мыслительное, нейронное и т.д. функционирование.

Когниции - процесс, с помощью которого происходит обработка информации (например, восприятие, внимание, память).

Коммуникации - (от лат. communicatio - общение, сообщение, передача). Процесс информационного взаимодействия между собой двух и более людей (животных, интеллектуальных систем).

Конфиденциальность - (от англ. confidence - доверие) - необходимость предотвращения утечки (разглашения) какой-либо информации.

Клиническая манифестация - развитие выраженных клинических проявлений болезни после ее бессимптомного, стертого течения.

Контрперенос - это перенос возникающий у терапевта на клиента.

Конформность - (от лат. conformis — подобный, сообразный) — податливость человека реальному или воображаемому давлению группы,

Либидо - Произошло от лат. libido – влечение, желание, стремление. Существует несколько толкований значения этого термина. В широком смысле либидо - это психическая энергия, которая побуждает человека к любому виду деятельности. Более узкое значение либидо - это энергия сексуального влечения.

Мониторинг - процесс отслеживания состояния объекта (системы или сложного явления) с помощью непрерывного или периодически повторяющегося сбора данных, представляющих собой совокупность определенных ключевых показателей.

Моббинг - (от англ. mob — толпа) — форма психологического насилия в виде травли сотрудника в коллективе, как правило, с целью его последующего увольнения.

Напряжение - Психическое состояние, вызванное выполнением человеком сложной задачи, и оказывающее мобилизирующее действие на человека (конструктивное влияние, в отличие от напряженности), состояние повышенного функционирования организма и личности, напряжение сил.

Неврозы - приобретенное функциональное расстройство нервной системы, при котором происходит срыв ее деятельности без каких-либо признаков анатомического повреждения.

Остеохондроз - это хроническое заболевание позвоночника, которое поражает межпозвоночные диски и хрящи. Это распространённое заболевание встречается у большинства людей старше 40 лет. Первые признаки болезни часто появляются в 20-30 лет

Паллиативная помощь (от фр. palliatif от лат. pallium - покрывало, плащ) - подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов (детей и взрослых) и их семей.

Психопатия (от греч. psycho — душа и pathos — страдание, болезнь) — патология характера, при которой у субъекта замечается практически необратимая выраженность личностных свойств, препятствующих его адекватной адаптации в социальной среде.

Психологическая коррекция (психокоррекция) - один из видов психологической помощи (психологическое консультирование, психологический тренинг, психотерапия)

Проективная методика - (от лат. projectio - выбрасывание вперед) - один из методов психодиагностики - группа методик, предназначенных для диагностики личности, для которых характерен в большей мере целостный, глобальный подход к оценке личности, а не выявление отдельных её черт.

Психологическая коррекция (психокоррекция) - один из видов психологической помощи (среди других: психологическое консультирование, психологический тренинг, психотерапия); деятельность, направленная на исправление особенностей психологического развития, не соответствующих оптимальной модели, с помощью специальных средств психологического воздействия; а также - деятельность, направленная на формирование у человека нужных психологических качеств для повышения его социализации и адаптации к изменяющимся жизненным условиям.

Психосоматика - (др.-греч. ψυχή — душа и σῶμα — тело) — направление в медицине (психосоматическая медицина) и психологии, изучающее влияние психологических факторов на возникновение и течение соматических (телесных) заболеваний.

Резистентность - (от лат. resistere – сопротивляться) – устойчивость к чему-либо, сопротивляемость.

Регрессия (лат. Regressus - обратное движение) - защитный механизм, являющийся формой психологического приспособления в ситуации конфликта или тревоги.

Рациональные идеи - это оценочные когниции, имеющие личную значимость и являющиеся предпочтительными (то есть неабсолютными) по своей природе. Они выражаются в форме желаний, стремлений, предпочтений, предрасположенности.

Редукция - от лат. reductio — возвращение, отодвигание назад) — сведение какого-либо процесса или явления (напр., психического) к более простому, либо сведение явлений одного порядка к явлениям качественно другого порядка (напр., психического к физиологическому или биофизическому).

Ревматоидный артрит - хроническое аутоиммунное системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением суставов по типу эрозивно-деструктивного полиартрита с последующей деформацией суставов и развитием анкилозов.

Сеттинг (от англ. setting — «помещение», «установка», «обстановка») - необходимые для психотерапевтического сеанса условия и ограничения, накладываемые на процесс его проведения. Зависят от вида психотерапии.

Социальная дезориентация - лат. Socialis - общественный; фр. desorientation - утрата правильного представления о чемлибо - психологический синдром, складывающийся в дошкольном или младшем школьном возрасте и проявляющийся в асоциальном поведении, причиной которого служит невладение социальными нормами (а не их сознательное нарушение).

Трансфер - перенос (или Трансфер от англ. transference) - психологический феномен, заключающийся в бессознательном переносе ранее пережитых (особенно в детстве) чувств и отношений, проявлявшихся к одному лицу, совсем на другое лицо. Например, на психотерапевта в ходе психотерапии.

Теппинг тест - определение основных свойств нервной системы.

Фрустрация - (от лат. frustratio – обман, тщетное ожидание) - особое эмоциональное состояние, возникающее, когда человек, сталкиваясь с какими-либо препятствиями, не может достичь своих целей и удовлетворение какого-либо желания или потребности становится невозможным.

Экзистенциальная психология - направление в психологии, которое исходит из уникальности конкретной жизни человека, несводимой к общим схемам, возникшее в русле философии экзистенциализма. Её прикладным разделом является экзистенциальная психотерапия. Экзистенциальную психологию относят к гуманистическим направлениям в психологии.

Экстраверсия - обращенность сознания и внимания субъекта преимущественно на то, что происходит вне его, вокруг него. Одна из базовых черт личностных. Противоположное понятие интроверсия. [31] , [28]

**Список использованных источников**

1. Балинт М., Винокур В.А., история создания балинтовских групп и международное балинтовское движение [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – N 3 (20). – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 13.01.2017).

Балинтовские группы. Сайт «Психологическая служба Комитета образования Гатчинского муниципального района Ленинградской области». URL: http://www.balint.ru/groups/goals.html

2. Басалаева Н.В. Проблема психического и психологического здоровья в отечественно психологии // Успехи современного естествознания: Сб. статей. Пенза: Изд.Дом «Академия Естествознания», 2013. № 4. С. 169-170.

3. Башенкова Л.А., Кухарская Е.В. Диагностика синдрома эмоционального выгорания и мероприятия, направленные на его предупреждение. URL: http://cyberleninka.ru/article/n/diagnostika-sindroma-emotsionalnogo-vygoraniya-i-meropriyatiya-napravlennye-na-ego-preduprezhdenie (дата обращения: 18.02.2017) 4. Богачев Ф., Агапов А. Успех или Позитивный образ мышления. М.: Межд. центр психологии и развития, 2011. 90 с.

5. Бойко В.В., Ильин Е. П. Эмоции и чувства. СПб.: Питер, 2011. 752 с.

6. Брынских К. Г. Коррекция и профилактика синдрома эмоционального выгорания в профессиональной деятельности педагогов // Научно-методический электронный журнал «Концепт». Киров, 2015. № S8. С. 26-30. Цит. по: URL: http://e-koncept.ru/2015/75134.htm. (дата обращения: 23.03.2017).

7. Вайнер Э.Н. Валеология: Учебник для вузов. 2013. М.: Флинта, Наука, 2013. 448 с.

8. Великанова Л.П., Костина Л.А., Потапова Н.В. Диагностика и профилактика синдрома эмоционального выгорания на ранних этапах формирования // Научное обозрение. Медицинские науки. М., 2015. Цит. по: URL: https://science-education.ru/pdf/2014/2/617.pdf (дата обращения: 28.03.2017).

9. Водопьянова Н.Е. , Никифоров Г.С. Профилактика и коррекция синдрома выгорания: методология, теория, практика // Вестник СПбГУ. СПб., 2011. Серия 16. С. 147-149.

10. Гадаев А.В. Психологическое здоровье. URL: https://www.chitalnya.ru/work/855619/ (дата обращения: 4.05.2017 ).

11. Гафарова Н.В. Социально-психологический тренинг, направленный на преодоление профессионального выгорания и эмпирическая проверка его эффективности // Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология. Южно-Уральск, 2013. Т. 6. №2. С. 43-48.

12. Диагностика в медицинской психологии: традиции и перспективы. К 100-летию С.Я. Рубинштейн: Сб. статей / Под общей ред. Н.В.Зверевой, И.Ф.Рощиной. М.,2011. 270 с.

13. Дошкольное образование в современной России: проблемы и перспективы: Материалы IV Всероссийской научно-практической конференции / отв. ред. И.Г. Каблукова. Красноярск, 2013. 547 с.

14. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. М.:Эксмо, 2005. 992 с.

15. Мартыненко О.В. Психологические аспекты формирования имиджа практического психолога . URL: http://www.school-russia.prosv.ru/metod/egorova/6.html (дата обращения: 4.12. 2016).

16. Моисеева О. Ю. Психодиагностика индивидуальных особенностей личности. Часть 2. Психодиагностика характера: Учебно-методическое пособие. Владивосток, 2007. 253 с.

17. Надирбекова А.О., Кременцов В.А., Рыскулова Г.К., Коржова С.И. Профилактика психологического профессионального выгорания у медицинских работников // Вестник АГИУВ. Алматы, 2012. Т.18. № 2. С. 4.

18. Неги А. Профилактика синдрома эмоционального выгорания и профессиональной деформации с использованием когнитивного, телесно-ориентированного и экзистенциально-аналитического подходов. М.: Издательские решения, 2010. 885 c.

19. Пянковская Л. В. Основные направления психопрофилактики синдрома «эмоционального выгорания» у сотрудников органов внутренних дел // Психология в России и за рубежом: Материалы II межд. науч. конф. СПб.: Реноме. 2013. С. 91-98.

20. Ревина Н.Н. Психосоматические аспекты развития синдрома эмоционального выгорания // Вестник Новгородского государственного университета. Новгород, 2012. № 66. С. 94-95.

21. Семенова Н.Д. Балинтовские группы для врачей, работающих с умирающими пациентами . URL: http://www.doctor.ru/onkos/together/conf2.htm#5 (дата обращения: 10.11. 2016).

22. Сергеева А. Синдром эмоционального сгорания. URL: http://www.tsale.ru/index.htm (дата обращения: 21.01. 2017).

23. Сидоров П.И. Синдром эмоционального выгорания. Причины, симптомы, лечение и профилактика // Педагогическая техника. М., 2013. № 1. С. 68-74.

24. Синдром профессионального выгорания: профилактика и коррекция: Методическое пособие / Под ред. Т.Б. Мельницкой. Калуга: Научно-методич. образоват. Инновац. центр «Здоровье», 2013. 17 с.

25. Физкультурно-оздоровительные технологии: Конспект лекций / Сост. В.Л. Архипова, В.В. Быков. Красноярск: ИПК СФУ, 2008. 118 с.

26. Философия медицины – самосознание терапии. Вызовы времени и современная российская медицина: Сб. статей и тезисов докладов. Екатеринбур, 2014 . Т. II. 291 с.

27. Чичерина А.В. Эмоциональное выгорание медицинских работников: Науч.Альм. Тамбов, 2016. № 9-2 (23). С. 341-345.

Справочная литература

28. Большая медицинская энциклопедия. М.: Эксмо.2013. 880 с.

29. Клиническая психология: Энциклопедический словарь / Под ред. Н.Д. Творогова. М.: Практическая медицина, 2016. 608 c.

30. Психология здоровья: Учебное пособие / Алиева М.Б., Бейбутова А.М. и др. Киев: Финансовая Рада Украины, 2017. 100 с.

31. Психологическая энциклопедия/ Под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха / Пер. с англ. А.А. Алексеева. Изд.2. СПб.: Питер, 2006. 1094 с.