

МАМАДИЯРОВА Д.У.

**ПРОБЛЕМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
СТРЕССА У БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ
ПРАКТИКИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ ЕГО
ПРОФИЛАКТИКИ**



ТАШКЕНТ

МАМАДИЯРОВА Д.У

**ПРОБЛЕМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
СТРЕССА У БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ
ПРАКТИКИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ**

(Монография)

ТАШКЕНТ – 2022

УДК 159.944.4(075).

ББК 928.3.

М 58

Мамадиярова Д.У. Проблема профессионального стресса у будущих врачей общей практики и психологические особенности его профилактики. (Монография) –Т.: «Ilm - fan va innovatsiya», 2022, 140 стр.

ISBN 978-9943-7964-5-4

В монографии отражены современные представления профессионального стресса у врачей общей практики. В ней автор выдвигает собственную гипотезу о возможности профессионального стресса как: профессионального стресса у врачей общей практики и профессионального стресса у будущих врачей общей практики.

Материал монографии представляет интерес для эффективных способов профилактики, профессионального стресса является предупреждения его возникновения в процессе профессиональной подготовки будущих специалистов.

УДК 159.944.4(075).

ББК 928.3.

Рецензенты:

Самиева Г.У – доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой патологической физиологии Самаркандского медицинского института;

Кодиров О.С – доктор философии по психологических наук (PhD), заведующей кафедрой общей психологии Самаркандского государственного университета.

Рекомендовано к печати ученым Советом Самаркандского государственного медицинского института (протокол № 6 от 26 января 2022 года) и координационным советом по гуманитарном дисциплином МЗ РУз (№ 6 от 26 января 2022 г.).

ISBN 978-9943-7964-5-4

© «Ilm - fan va innovatsiya», 2022.

ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день в Республики Узбекистан наблюдается активное совершенствование системы здравоохранения, где особое место занимает развитие первичной медико-санитарной помощи на принципах общей (семейной) практики. В центре данного процесса находятся врачи, от которых в значительной степени зависит эффективность этого направления в целом. Важнейшими характеристиками профессиональной деятельности данных специалистов является напряженность, повышенная ответственность за принимаемые решения, их последствия, наличие широкого круга обязанностей, насыщенность разнообразными коммуникативными ситуациями с пациентами, членами их семей, отличающиеся своей нестандартностью и, как правило, эмоциональным фоном. Кроме того, сложность и специфичность профессиональных задач, которые решаются сегодня врачами общей практики на местах, а также постоянные социально-экономические изменения обуславливают значительную интенсификацию их профессиональной деятельности. Все это приводит к повышенному риску возникновения профессионального стресса у данной категории специалистов, соответствующим негативным процессам, что весьма актуализирует стресс-профилактические меры. Как показывает практика, среди наиболее эффективных способов профилактики профессионального стресса является предупреждение его возникновения в процессе профессиональной подготовки будущих специалистов.

Научные исследования, посвященные изучению профессионального стресса ведутся в ведущих научных центрах и высших образовательных учреждениях мира, в том числе, в Университете Риджентс (Regents University, Великобритания), Йельском университете (Yale University, США), Университете социальных и

гуманитарных наук (SWPS, Польша), Московском государственном университете (МГУ им. М.В. Ломоносова, Россия), Сеульском национальном университете (Seoul National University, Южная Корея) и др.

Вместе с тем, среди мало исследованных проблем данного направления остаются вопросы об особенностях профессионального стресса и его профилактики на этапе подготовки в конкретной профессии, в частности в деятельности врача общей практики.

ГЛАВА I. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ СТРЕССЕ ВО ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1.1. Сущность понятия «профессиональный стресс» и причины его возникновения

Проведенный анализ научной литературы по исследуемой проблеме показывает, что на сегодняшний день термин профессиональный стресс активно применяют для объяснения широкого круга состояний индивида, которые, как правило, возникают вследствие негативного действия внешних и внутренних факторов. В связи с этим, существует относительно большое количество подходов, которые объясняют с различных точек зрения природу изучаемого явления. Данное обстоятельство весьма актуализирует рассмотрение сущности понятия «профессиональный стресс». Так, согласно мнений Т.Р. Баймуратова, Л.М. Насретдиновой, А.Н. Ванковской, А.Б. Леоновой, Т.Л. Шабановой и др., в современной психологической литературе применяется несколько терминов, близких к изучаемому понятию: рабочий стресс, организационный стресс и др. Рабочий стресс возникает в результате осложнений, связанных с рабочей средой, т.е. производственными факторами, которые в подавляющем большинстве порождены цивилизацией и научно-техническим прогрессом. Современная профессиональная среда, являющаяся искусственно созданной, сильно отличается от естественной (природной) среды, которая нужна человеку как биологическому существу, и порой становится причиной многих проблем, среди которых можно выделить трудности, связанные:

- с содержанием работы;
- со средствами работы,
- с физико-химическими и техническими условиями работы.

Организационный стресс возникает в результате негативного влияния особенностей организации, в которой работает субъект деятельности. Негативное влияние, как правило, раскрывается в физиологической и психологической сферах у персонала организаций, которые порождаются особенностями организации и организационными процессами при выполнении профессиональной деятельности. Они могут быть обусловлены структурой организации, организационными процессами, особенностями управления организацией, социальными процессами в организации.

В свою очередь, под профессиональным стрессом чаще всего понимают такое негативное психическое состояние, которое вызвано особенностями и требованиями самой профессии. Среди основных причин такого стресса можно выделить осложнения:

возникающие при исполнении функциональных обязанностей субъектом профессиональной деятельности, обусловленной спецификой соответствующей профессии;

обусловленные низким уровнем удовлетворенности потребностей и мотивов субъекта профессиональной деятельности;

возникающие при отсутствии ролевого баланса между профессиональной сферой и личностной сферой, т.е. ролевые перегрузки, ролевая недостаточность, нечеткая определенность роли, ролевые конфликты и пр. [10, 20, 74, 138].

В.А. Бодров утверждает, что при рассмотрении профессионального стресса необходимо учитывать общее понимание проблемы стресса, которая исследуется в современной науке представителями различных школ и направлений. Если прибегнуть к содержательной характеристике стресса, то обязательно следует определить, что он прежде всего направлен на восстановление гомеостаза организма, восстановление постоянного состояния его внутренней среды. По сути, понятие гомеостаз содержит в себе значение сосуществования среды, в которой находится организм, и его собственной внутренней среды. Это состояние

поддерживается благодаря сложным координационным и регуляторным взаимоотношениям, осуществляемым на различных уровнях (поведенческом и физиологическом). В механизме гомеостаза четко проявляется свойство приспособления, адаптации организма к изменению условий внешней среды, в которой он существует и с которым он сосуществует. Основная идея в характеристике особенностей развертывания стресса заключается в том, что стресс - давний морфофункциональный механизм. Он сложился в те времена, когда защита организма осуществлялась только от внешней, физической опасности. Возникновение стресса у членов современного общества обусловлено преимущественно сугубо социальными причинами. Проблема заключается в том, что стресс, начинаясь на социальном уровне, немедленно охватывает физиологический и психологический уровни, что, в свою очередь, резко ухудшает работоспособность, самочувствие и профессиональную деятельность любого человека. Это приводит к ухудшению качества социальной активности личности, создавая, таким образом, замкнутый круг, разорвать который человек, опираясь на сложившиеся у него обстоятельства жизни и деятельности, уже не в состоянии. Именно с этим связана проблема перегруженности современного индивида стрессовыми состояниями. Человек стереотипно реагирует на состояние угрозы даже в том случае, когда она не является реальной, а всего лишь возникает в результате реакции психики человека [16].

А.М. Тюрин, анализируя определенные отличия, выделенные на основе анализа существенных характеристик каждого из видов стресса, отмечает, что с точки зрения организационной психологии базовым понятием может выступать организационный стресс, который касается факторов, имеющих прямое отношение к деятельности и структуре организации, как определенной социальной структуре, имеющей конкретную цель и задачу, и

соответствующую ролевую структуру. Видовыми по отношению к данному понятию выступают виды профессионального стресса, обусловленные факторами, касающимися отдельных составляющих деятельности организации:

особенностями рабочей среды в организации, т.е. рабочий стресс;

деятельностью представителей определенной профессии, т.е. профессиональный стресс;

особенностями определенных категорий работников, т.е. организационно-профессиональный стресс [131].

Согласно позиции О.И. Юшковой, профессиональный стресс образуется вследствие несоответствия предъявляемых требований производственной среды личностным ресурсам, что создает потенциальную угрозу для профессиональной эффективности и здоровья соответствующего специалиста. Стресс приводит к ухудшению производственных показателей, к коммуникативным сложностям, к снижению удовлетворенностью профессиональной деятельностью, к проблемам со здоровьем. Значительный стресс приводит к изменениям в личностных качествах и поведении специалиста. Состояние стресса проявляется в его реакциях: физиологических, психологических, поведенческих. При этом, соотношение детерминант профессионального стресса и стрессовых реакций, его составляющих изучено недостаточно. В то же время, конкретизация такого соотношения позволит более глубоко исследовать причины стресса, уменьшения его негативных проявлений. Как правило, в психологии чаще всего в качестве внешних детерминант выступают профессиональные ситуации, производственные условия, которые среди факторов, влияющих на эффективность профессиональной деятельности выступают как объективные. Вторая же группа факторов - это факторы субъективные [141].

А.В. Павлова отмечает, что проблема профессионального стресса как отдельного направления особенно интенсивно начала разрабатываться в психологической науке в последние два десятилетия. Это связано с тем, что было выяснено негативное влияние этого явления на уровень эффективности профессиональной деятельности и состояние здоровья специалистов. Как правило, в данных исследованиях речь идет об имеющихся у специалистов различных типов профессий психических перегрузок, психосоматических расстройств, негативных поведенческих реакциях, которые возникали вследствие влияния профессиональных стрессоров. В литературе, посвященной проблеме профессиональных стрессов, можно встретить информацию о большой значимости изучения этой проблемы для экономики многих стран, поскольку затраты организаций на медицинское обслуживание персонала достигают внушительных размеров. Данный факт значительно стимулирует управленцев и исследователей к изучению этой проблемы для снижения психогенного влияния профессиональной деятельности на соответствующих специалистов. В результате поиска влияния тех или иных профессиональных ситуаций на физическое и психологическое здоровье специалиста появилось много теорий, моделей, подходов к объяснению сути профессионального стресса. Но, несмотря на их большое количество, до сих пор не принята единственная концепция, которая бы смогла объяснить всю многогранность этого довольно сложного явления [94].

Влияние стресса на профессиональные результаты, как свидетельствуют исследования В.И. Евдокимова, зависит от различных профессиональных ситуаций, в которых находится специалист. Это может быть напряженный рабочий график, страх потерять работу, сложность задачи, отношения с руководством, коллегами и пр. В целом, это определяет, характер стрессора, ситуационный фактор возникновения стресса. Весомым моментом

выступает также такой фактор, как соответствие профессиональной подготовки специалиста выполняемой профессиональной деятельности, следствием которой может быть смена профессии. Названный фактор можно отнести к ситуационным детерминантам, как факт наличия смены профессии в карьере работника. Это указывает на важность учета определенных смысловых аспектов профессиональной деятельности, знаний, умений, навыков специалиста, и в первую очередь, учет «формулы профессий», т.е. цели, предмета и средств труда, степени проблемности трудовых ситуаций, социально-психологических и эмоционально-волевых параметров. Кроме того, проявление профессионального стресса связано и с особенностями самооценки специалистов, уровнем экстраверсии и нейротизма, характерологических особенностей, положительного опыта преодоления стрессовых состояний и пр. Этими особенностями может определяться уровень и проявления профессионального стресса, т.е. речь идет о личностных детерминантах проявлений профессионального стресса как результата внутренних воздействий [41].

Как отмечает О.Н. Полякова, на сегодняшний день еще не существует единой дефиниции профессионального стресса. В связи с этим в научных источниках употребляются понятия, основанные на различных подходах. Так, среди наиболее популярных можно выделить следующие обобщенные определения:

эмоциональное состояние субъекта, опосредованное невозможностью реализовать свои значимые стремления, с учетом внутри личностных ресурсов;

физиологическая реакция на социально-психологические стимулы;

нервно-психическое перенапряжение, вызванное сверхпрочным воздействием;

нарушение покоя, возникающее как реакция на определенную ситуацию или деятельность, как внешнюю, так и внутреннюю; поведенческая реакция на социально-психологические стимулы [98].

По мнению Н.Е. Водопьяновой, возникновение профессионального стресса обусловлено результатом несовпадения требований среды и самого индивида, несовпадением того, что требует конкретная профессиональная ситуация, и того, что может сделать в данной ситуации специалист, который имеет определенный уровень подготовленности. Вместе с тем, соответствующая ситуация для одного индивида может быть стрессовой, а для другого - нет. Это зависит от того, насколько тот или иной специалист оценивает ситуацию с позиции угрозы для себя. Для одного и того же индивида одна ситуация в определенные периоды времени может восприниматься как стрессовая, а в другом случае - не вызывать дискомфорта. Это связано с изменениями как в физиологическом состоянии, так и в психологическом статусе специалиста [28].

После проведенного теоретического анализа проблемы профессионального стресса, С.С. Кузнецов пришел к выводу, что под изучаемым явлением чаще всего понимают такое негативное психическое состояние, которое связано с особенностями и требованиями профессиональной деятельности. Автор, основываясь на различных исследованиях, выделяет следующие уровни анализа этого состояния:

первый уровень, в рамках которого проблемы возникают при исполнении функциональных обязанностей соответствующим специалистом. Они могут быть связаны со спецификой той или иной профессиональной деятельности;

второй уровень, в рамках которого проблемы возникают при отсутствии ролевого баланса между профессиональной и личностной сферами. В данном аспекте, исследователь приводит

такие показатели как ролевые перегрузки, ролевую недостаточность, нечеткую определенность роли, ролевые конфликты;

третий уровень, в рамках которого возникающие проблемы обусловлены довольно низким уровнем удовлетворенности потребностно-мотивационной сферы в процессе выполнения соответствующих функций и эмоциональным отношением к профессиональной деятельности. В данном аспекте, исследователь приводит такой показатель как удовлетворенность / неудовлетворенность работой [64].

В.М. Усанова утверждает, что когда речь идет об профессиональном стрессе, то подразумеваются негативные явления в физиологической и психологической сферах у соответствующих специалистов, которые порождаются особенностями профессиональных процессов при выполнении деятельности. Для анализа профессионального стресса, автор применил следующие характеристики:

структура организации;

организационные процессы;

особенности управления организацией;

социальные процессы в организации [133].

По мнению С.Б. Малых, в современной психологической литературе часто встречается понимание стресса как неспецифической реакции организма в ответ на повышенные требования среды. В данном аспекте, под требованиями понимают все воздействия, которые приводят к изменению деятельности организма. Понятие «неспецифический» обусловлено тем обстоятельством, что организм индивида на любое событие реагирует, как правило, стереотипно, одинаковыми биохимическими изменениями, а во время стресса эти реакции отличаются от нормы. Основная задача этих изменений - сохранить стабильную деятельность в условиях повышенных требований, т.е. успешно адаптироваться. Однако это приводит к крайнему напряжению все

системы организма индивида. Специфика психической напряженности заключается в том, что она отражается в деятельности, которая детерминирована мотивами. Мотивационная сфера, взаимодействуя с аффективной, вызывает появление сильных эмоциональных переживаний, которые также играют большую роль в психической напряженности. В психологической структуре психической напряженности особая роль принадлежит мотивационным и эмоциональным компонентам [81].

Как полагают А.С. Кузнецов, Закатова А.Н. и др., в современной психологической науке под понятием «стрессор» понимают любые внешние или внутренние стимулы, которые вызывают возбуждение или напряжение организма. Понятие «стрессор» используют с целью различения влияния события, от последствий, которые регистрировали в форме измененного физиологического и психического состояния относительно нормы. Для систематизации всей большой совокупности стрессоров в современных исследованиях используют несколько критериальных подходов, среди которых можно выделить такие, в которых:

стрессоры различают по уровню негативной валентности, которая может быть низкой и высокой.

стрессоры различают по времени, которое требуется на реадaptацию (от минут до лет).

В зависимости от сочетания этих критериев исследователями выделяются такие типы стрессоров как:

ежедневные трудности, т.е. неприятности или микрострессоры;

критические жизненные события, т.е. макрострессоры;

хронические стрессоры, т.е. болезни.

К ежедневным трудностям (микрострессорам) авторы относят ежедневные стрессовые события жизни, которые вызывают

нарушение самочувствия. Также под микрострессорами, ежедневными стрессорами понимают такие эпизоды каждодневных переживаний и поведения, которые приносят осложнения и требуют необычного приспособления. К этой категории стрессоров можно отнести проблемы, выражающиеся в недовольстве собой, своей внешностью, состоянием своего здоровья, своим окружением, качеством общения и пр. Под критическими жизненными ситуациями (макрострессорами) понимают такие ситуации, которые, как правило, отвечают трем основным критериям:

их можно четко локализовать во времени и пространстве, что их отличает от хронических стрессоров;

они требуют качественной реорганизации в системе человек - среда, чем отличаются от временной, переходной адаптации;

они сопровождаются устойчивым аффективными реакциями.

При критических жизненных ситуациях необходимы более высокие энергетические затраты и больше времени на адаптацию, чем это необходимо при действии микрострессоров.

Основным критерием для понятия «хронический стрессор» является продолжительность во времени действия стрессора, т.е. это события, которые, продолжаются длительное время, постоянно повторяются и имеют высокое негативное влияние. Это могут быть как нагрузки в семье, длительные болезни, так и хронические напряжения на работе и пр. [46, 63].

По мнению У.П. Тюриной, в качестве причин возникновения стрессовых состояний, как правило, вступают соответствующие стрессоры, стресс-факторы, которые трактуются как разнообразные воздействия, приводящие к развитию нежелательного функционального состояния, т.е. стресса. При этом, вопрос общепринятой классификации стрессоров остается открытым в связи со сложностью их дифференциации, так как потенциально можно считать фактически любое влияние на психику как влияние определенного стрессора. Вместе с тем, существуют наиболее

популярные в современной практике классификации стрессоров, которые заслуживают внимания. Так, целесообразно выделить несколько классификаций стрессовых состояний, отражающих важные особенности их возникновения. В основу каждой классификации положены специфические признаки стресса:

характер, т.е. психологический и физиологический стресс, информационный и эмоциональный психологический стресс;

модальность стресса, т.е. стресс - дистресс, конструктивный - деструктивный;

временной фактор, т.е. кратковременный - длительный стресс;

гендерный фактор, т.е. мужской - женский;

возрастной фактор, т.е. взрослый - детский.

Отдельно выделяют такие разновидности стрессовых состояний, как фрустрация и посттравматический стресс. По мнению автора, все имеющиеся классификации не могут быть признаны универсальными, т.е. теми, которые охватывают практически все проявления стресса. Однако каждая из них, выделяя определенное стрессовое состояние человека, позволяет изучить его достаточно полно и всесторонне на конкретном практическом уровне [132].

В данном аспекте С.И. Сергеев, по итогам анализа общепринятых классификаций стресса выделяет общие его характеристики:

универсальная адаптивность, т.е. стресс является универсальным и жизненно необходимым механизмом приспособления внутренней среды человека к требованиям внешней;

полидетерминированность, т.е. детерминантами стрессовых состояний могут быть различные факторы;

индивидуальность, т.е. несмотря на свою неспецифичность, стресс является индивидуализированным явлением. Одни и те же факторы могут вызвать у людей с различными психологическими характеристиками совершенно разные реакции, в то время как

разнообразные раздражители могут быть достаточно однотипно восприняты разными людьми;

разновременность актуализации стрессовых реакций, т.е. стресс-явления растянутые по времени, чем объясняется факт разновременной реализации его составляющих. В каждый конкретный момент идет развертывание целого ряда конкретных характеристик. Их проявление может в целом совпадать по направленности - какие-то из них находятся на подъеме, какие-то временно стабилизируются, некоторые исчезают;

интеграция, т.е. во время развертывания стрессовых реакций общая картина проявления адаптационного синдрома становится все более целостной. Ее развитие происходит от мало систематизированного сочетания различных фрагментарных состояний до перерастания их в четко определенные процессы. При этом идет развертывание адаптационных функций и интеграция всех систем организма для достижения оптимальной адаптации;

многоуровневость, т.е. в связи с тем, что стресс является многогранным адаптационным механизмом, он срабатывает на разных уровнях жизнедеятельности человека, что и обуславливает существование различных видов стресса [115].

В.И. Розов, Т.Н. Патрахина, А.В. Павлова и др. анализируя современные исследования стресса пришли к выводу, что существуют несколько следующих направлений, в рамках которых активно разрабатывается проблема стресса:

- психофизиологический;
- социально-психологический;
- индивидуально-психологический;
- профессиографический.

Положительным в этих исследованиях является их относительно узкая специализация, углубленное изучение стресса в отдельных сферах жизни человека. Однако такой подход можно считать и имеющим ряд таких недостатков, как отсутствие

интегрированности, обобщенности, целостности при изучении стресса. В этом случае исследователи не принимают во внимание тот факт, что стресс, в современном понимании, вступает в качестве комплексного явления, которое реализуется на всех уровнях жизнедеятельности организма и психики человека, и научное абстрагирование при изучении отдельных его проявлений, как правило, служит причиной обеднения общей картины стресса [95, 107].

По мнению Л.Н. Артамонова, М.А. Одинцовой стрессоры, воздействуя на рецепторы, включают процессы оценки, которые в зависимости от индивидуального опыта, индивидуально-психологических особенностей воспринимаются как положительные, или как отрицательные факторы. Именно благодаря когнитивным процессам стресс развивается и приносит пагубное влияние или решается на стадии встречи со стрессором и не вызывает отрицательных изменений. Среди основных характеристик личности, которые играют важную роль в развитии стресса, авторы выделяют следующие основные:

эмоциональная реактивность - свойство темперамента, которая характеризует скорость возникновения эмоционального возбуждения. Высокий уровень реактивности повышает риск возникновения профессионального стресса;

нейротизм - свойство темперамента, которая характеризует скорость возникновения нервного возбуждения. Высокий уровень нейротизма повышает риск возникновения профессионального стресса;

выносливость - убежденность и умение контролировать события собственной жизни и влиять на них. Высокая выносливость смягчает воздействие стрессоров, и соответственно, повышает стрессоустойчивость;

локус контроля - склонность человека объяснять возникновение значимых событий личной жизни внешними причинами

или внутренними, собственными усилиями. Как правило, профессионалы с внутренним локусом контроля более устойчивы к стрессам;

негативная аффективность - личность с ярко выраженной такой характеристикой склонна чувствовать себя несчастным и неудовлетворенным жизнью вообще. Отчасти она акцентирует свое внимание на всех негативных сторонах собственной жизни. Высокий уровень негативной аффективности положительно коррелирует с высокими показателями профессионального стресса;

самоуважение - отражает отношение к самому себе. Результаты исследований убедительно доказывают, что люди с развитым чувством самоуважения более стрессоустойчивые;

самоэффективность - это уверенность профессионала в том, что он решит задачу адекватным ему способом. Специалисты, наделенные этим качеством, более устойчивы к психологическим стрессам;

толерантность к ситуациям неопределенности - склонность индивида фрустрационно реагировать на сложные ситуации. Согласно результатам исследований низкая толерантность, т.е. быстрое возникновение состояния фрустрации, положительно коррелирует с высоким уровнем стресса;

гендерные особенности - согласно современным исследованиям существует несколько разнообразных данных. Как правило, женщины чаще жалуются на стрессогенность жизни, чем мужчины и больше испытывают такие последствия стресса, как головные боли, снижение аппетита, нарушение сна. Вместе с тем, мужчины в четыре раза чаще умирают от сердечно-сосудистых заболеваний. Но до сих пор неизвестно, что именно определяет реакцию на напряженность (пол, гендер или разница в стимулах окружающей среды) [8, 91].

Ю.В. Щербатых выделяет основные причины развития профессионального стресса специалистов при работе в коллективе:

нечеткая постановка целей и задач перед каждым членом коллектива, что особенно выражается во время реформ, когда организация начинает работать в измененных условиях;

низкоэффективная система получения обратной связи об особенностях работы каждого члена коллектива;

низкий уровень повышения квалификации специалистов организации;

низкий уровень информационно-методического обеспечения деятельности специалистов;

наличие конфликтных межличностных взаимоотношений в коллективе;

преобладание негативных эмоциональных состояний членов коллектива;

невысокий уровень благоприятности психологической атмосферы и сниженное количество межличностных взаимоотношений между членами коллектива [140].

Н.В. Самоукина, рассматривая различные стресс-факторы приводит наиболее простую и непротиворечивую классификацию, основанную на представлении Г. Лазаруса. Эта классификация разделяет раздражители на физические и психологические стрессоры, как реально действующие, так и предполагаемые.

В рамках более расширенной классификации, автор выделяет стрессоры, подразделяемые на:

неконтролируемые, т.е. стрессоры, которые нам не подчинены;

подконтрольные, т.е. стрессоры, которые можно контролировать.

Кроме того, исследователь подчеркивает, что переменные, которые опосредуют стрессовую реакцию, имеют психологическую природу и представляют собой оценку угрозы, которая вступает основным фактором, запускающим психологический стресс. Осознание угрозы является главным условие возникновения психологического стресса, особенно если она касается

наиболее значимых для личности ценностей. Как угрожающая может восприниматься не только реальная обстановка, но и ее символы или воображаемая ситуация, а также осознание отсутствия готовых программ деятельности в данной ситуации. Следовательно, события могут оцениваться как стрессогенные, даже если они таковым и не являются. И наоборот: объективно вредоносный стимул, если он не признается личностью как таковой, не является стрессором - все зависит от субъективной оценки. На этой основе стрессор можно охарактеризовать как внутренний фактор, который зависит от интерпретации сознанием информации, имеющийся в данной ситуации [110].

Г.Г. Аракелов, в качестве основной причины возникновения стресса выделяет воздействие стимулов, вызывающих тревогу у большинства людей и приводит к ряду физиологических, психологических и поведенческих реакций. В этом случае, интерпретация ситуации как стрессовой во многом определяется индивидуально-личностными характеристиками человека. Автором установлено, что та же ситуация воспринимается разными людьми как стрессовая, или как нейтральная, в зависимости от наличия или отсутствия у них специфических личностных свойств. Именно личностные характеристики в первую очередь предопределяют формы реагирования на стресс и вероятные негативные последствия стрессовых состояний. Наглядно это могут подтвердить те исследования, в которых раскрывается взаимосвязь между отдельными чертами характера и возникновением различных соматических заболеваний [6].

А.С. Клещеногов рассматривая некоторые классификации факторов, детерминирующих стрессовые состояния человека, приводит несколько примеров. Так, одни исследователи относят к основным факторам, определяющим характер стрессовой реакции человека саморегуляцию, чувствительность к стрессору, устойчивость, а другие связывают возникновение эмоциональной

напряженности с определенными чертами характера и типологическими особенностями нервной системы:

низкой эмоциональной устойчивостью;
принадлежностью к слабому типу нервной системы;
низкой подвижностью основных нервных процессов;
выраженной слабостью тормозных процессов;
различными негативными функциональными реакциями и состояниями после различных заболеваний.

В результате, автор подчеркивает на примере нескольких классификаций отсутствие единых критериев выбора факторов, детерминирующих стрессовые состояния человека. Вместе с тем, при всем разнообразии и неоднородности выше выделенных факторов, можно отметить общие тенденции, которые, как правило, в большей степени отражают типологические особенности нервной системы [55].

У.В. Водопьянов базируясь на результаты собственного теоретического анализа отмечает, что антистрессовая, эмоциональная устойчивость напрямую связана с нейротизмом и тревожностью. Автором отмечается, что в условиях хронического стресса тревожность развивается у людей с любым типом нервной системы, т.е. под влиянием эмоционально напряженной деятельности высокая личностная тревожность может стать постоянным свойством. Эта личностная характеристика особенно негативно сказывается в различных коммуникациях, так как тревожный человек не может создать позитивный эмоциональный настрой, негативно влияя на окружающих. Влияет на личностную склонность к развитию стресса и такое качество, как агрессивность. Кроме того, по мнению автора, в современных исследованиях самооценку часто связывают с развитием стрессовых состояний. По результатам анализа было установлено, что рост самооценки в группе различных специалистов, достигаящих высоких результатов, положительно связан со

стрессоустойчивостью, тогда как у работников с низким уровнем мастерства происходит повышение степени склонности к стрессу. На основании приведенных данных, автор заключает, что адекватная самооценка повышает стрессоустойчивость. Также исследователь выделяет взаимосвязь стрессоустойчивости человека и его локус контроля, т.е. с ростом внутреннего локуса контроля специалист лучше справляется со стрессорами профессиональной деятельности [27].

А.Б. Леонова, С.И. Сергеев и др. рассматривая влияние стресса на физическое и психологическое состояние человека констатируют, что на сегодняшний день различные исследователи относительно проблемы стресса не имеют единого мнения. Как правило, стресс рассматривается как безусловно полезный или безусловно вредный. Также, существуют позиции относительно пограничных состояний, при которых стресс проявляет себя двояко. При этом, различные подходы целесообразно оценивать не как противоречивые, а как взаимно дополняющие друг друга. Кроме того, авторы отмечают, что существуют различные проявления стресса:

физиологические проявления активного реагирования - повышение кровяного давления, учащение сердцебиения, сужение сосудов поверхности кожи, психологические проявления - эмоции ярости, гнева, поведенческие - готовность до нападения или активной защиты;

пассивная форма реагирования - замедление сердцебиения, иногда - активизация работы желудочно-кишечного тракта, психологические - страх, тоска, поведенческие замирание, избегание активных действий.

Первый тип реагирования связывают с преобладанием у человека тонуса симпатической вегетативной нервной системы, второй - парасимпатической нервной системы. Таким образом, реакции на стресс очень разнообразны [73, 114].

Исследования, проведенные Н.В. Евдокимовым, указывают на неоднозначность влияния стресса на психические процессы человека. Так, существуют данные об активизации психических процессов, независимо от фазы стресса. В частности, отмечается улучшение объема восприятия, уровня ощущений, скорости запоминания, устойчивости внимания, скорости мышления, коммуникативной активности. У некоторых индивидов вследствие стресса усиливается интегративное или дифференцированное осмысление информации. Оба вида стрессовой активизации по своей сущности вступают адаптационно-защитными реакциями и направлены на овладение ситуацией и достижение контроля [39]. Вместе с тем, согласно исследованиям С. Гремлинга, С. Ауэрбаха и др. стресс негативно влияет на психические процессы. Так, авторы отмечают снижение и потерю слуха, нарушение речи, стирания памяти прошлого опыта или даже фрагментарную амнезию [34].

Н.Н. Равочкин отмечает, что стресс - это способ достижения (приобретения) резистентности организма при воздействии на него вредного фактора. Он опирается на различные механизмы, в зависимости от сложности структурно-функциональной организации биосистемы. Также исследователь подчеркивает, что стресс - это форма опережающего отражения действительности, благодаря которой организм уходит от повреждающего эффекта раздражителя, пока вызванные им изменения станут необратимыми. Т.е., неспецифические реакции имеют опережающий характер, а это обеспечивает надежность адаптивного поведения биосистемы в быстро меняющихся условиях существования. Такой взгляд является положительной оценкой стресса и его места в жизнедеятельности организма [101].

Т.И. Аболина полагает, что трактовка положительной оценки стресса возможно лишь при отождествлении его с психическим напряжением. Исследователи различают эти понятия и определяют

стресс как процесс, всегда приводящий к тем или иным психическим отклонениям, т.е. стресс, как правило, можно характеризовать как вредное явление, которое наносит значительный вред организму, может вступать в качестве главной причины возникновения различных заболеваний [3].

С.С. Ракитянская характеризует стрессовую реакцию организма на внешние раздражители как комплекс психических и соматических нарушений, развивающихся вследствие значительных или повторных эмоциональных напряжений, превышающих возможности психической адаптации. Наиболее общими и распространенными симптомами стресса являются головная боль, желудочный боль, чувство сдавления грудной клетки, боль в области поясницы, тяжесть, напряжение в основании шеи, хронические запоры. Возможны и другие симптомы:

бессонница;

снижение работоспособности;

неспособность полностью сосредоточиться;

раздражительность;

разрыв или осложнение отношений с близкими;

вялость, инертность, общий жизненный спад и пр.

Под влиянием стресса люди впадают в депрессию, теряют сон, становятся необщительными, раздражительными, легкомысленными, беспокойными, апатичными. Кроме перечисленных симптомов, стресс является причиной возникновения многих соматических заболеваний. Например, затяжные, стереотипно повторяющиеся негативные эмоции приводят к развитию специфических телесных расстройств - психосоматических заболеваний [104].

Н.В. Тарабрина определяет психосоматическое заболевание как физическую болезнь, причиной которой является эмоциональный стресс. В этом случае, болезнь не вызывается проникновением болезнетворных микроорганизмов, а сознание

меняет физиологию таким образом, что происходит нарушение нормального функционирования организма. Болезнь выбирает сама личность как неосознанный ответ на свою жизненную ситуацию. Человек, полученные в процессе стресса негативные эмоции и психологические проблемы, замораживает в виде телесных ощущений. При этом осознание и отреагирование негативных эмоций может иметь терапевтический эффект [123].

И.А. Черняновская, рассматривая соматические заболевания как следствие стресса, отмечает, что, хотя стресс может вызвать нарушения любых органов, наиболее часто страдают такие системы организма как:

желудочно-кишечная - хроническое расстройство желудка, нервные боли в животе, спазмы толстой кишки, язвы пищеварительного тракта, двенадцатиперстной кишки;

жевательная - несбалансированные челюсти как главная причина боли от сокращения мышц;

мышцы спины - они являются мишенью для накопления напряжения из-за своей слабости и недостаточной гибкости вследствие недостатка упражнений;

сердечно-сосудистая, т.е. сердце и мышцы, соединенные с сосудистой системой, результатом является частая боль в груди;

кожа псориаз, экзема, крапивница могут быть вызваны стрессом;

расстройство иммунной системы вследствие стресса [137].

Анализ современных исследований, проведенный И.У. Наследовой показал, что стресс снижает эффективность работы иммунной системы путем уменьшения Т-лимфоцитов. В результате становится более вероятным развитие аллергических реакций, приступы астмы и даже рака. В условиях хронической эмоциональной деятельности возможно развитие затяжных расстройств. Т.е. стресс способствует многим болезням. Установлено, что профессиональный стресс может вызвать нарушения

сердечно-сосудистых функций, в том числе стойкую артериальную гипертензию, инфаркт миокарда, склероз коронарных сосудов, стенокардию; ишемическую болезнь сердца. Кроме того, стресс способствует таким заболеваниям желудочно-кишечного тракта, как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Стресс также усиливает мышечное напряжение и иммобилизацию мышц, что считается основной причиной головной боли, боли в спине, боли в шее и плечах. По мнению автора, в мышцах остается вся информация о пережитых человеком стрессах. Более того, повседневное замораживание эмоций, груз которых оседает в теле в виде участков мышечного напряжения - болезненных мышечных уплотнений или телесных эквивалентов эмоций, приводит к постепенному образованию мышечного панциря [88].

Т.В. Зайчикова полагает, что стресс действительно может вызвать большое количество различных негативных последствий. При этом, по мнению автора, многие ученые не относят однозначно стресс к негативному или положительному явлению в жизни человека, из-за различных условий, определяющих характер стрессовых реакций. Согласно данному подходу стресс можно рассматривать как позитивные, так и негативные для организма разного рода реакции. Т.е. необходимо различать позитивный и негативный стресс. Практически любая профессиональная деятельность может вызвать значительный стресс, не причинив никакого вреда. Как правило, сочетание ситуативного перенапряжения и ограниченных когнитивных и эмоциональных возможностей приводит к заболеванию [45].

По мнению И.О. Котенева, важным параметром для классификации стресса является временной фактор. Особенно опасным является длительное воздействие стресса. Например, за десять-пятнадцать лет работы в экстремальных условиях организм индивида изнашивается так, словно он пережил тяжелейший инфаркт. Установлено, что в условиях хронической стрессогенной

ситуации наблюдается нарушение психической адаптации, развивающейся в соответствии четырех этапов, которые рассматриваются как последовательные стадии психического кризиса. И, наоборот, сильный кратковременный стресс активизирует специалиста, как бы стряхивает ее, усиливая адаптационный потенциал.

Интересным является приведенная автором типология стресса по гендерному признаку, т.е. мужской и женский стресс. Исследователь отмечает существование значительной разницы между реакцией на стресс у женщин и мужчин. Так, женщины более экономны на физиологическом уровне, однако тратят больше эмоциональной энергии. При этом, автор отмечает, что некоторые исследования подтверждают более высокий уровень стрессоустойчивости женщин. Так, имеются сведения, что у женщин симпатико-адреналиновая реакция на стресс менее выражена, чем у мужчин, т.е. стрессоустойчивость у женщин большая и дистресс у них не такой заметный. Автор также отмечает наличие различий на социальном уровне. Так, женщины в обществе, несмотря на существенные изменения, до сих пор несут двойную нагрузку - дома и на работе, что, естественно, интенсифицирует стресс.

Еще одним фактором для выделения видов стресса, по мнению исследователя, является возрастной критерий. Соответственно выделяются взрослый и детский стрессы. Кроме того, существует различие между восприятием и реакцией на стресс в зрелом и пожилом возрасте. Несмотря на то, что возраст является одним из основных факторов в определении стрессовой реакции, в этом отношении он еще недостаточно изучен [61].

Л.В. Куликов обращает внимание на особенности продолжительности стресса. Если кратковременный стресс положительно сказывается на организме, мобилизуя его, то длительный отражается неблагоприятно, разрушая его. Вид стресса также

имеет значительное влияние на характер стрессовой реакции и вероятные негативные последствия. Известно, что психологический стресс со значительно большей вероятностью, чем стресс от чрезмерной мышечной работы (физический стресс) приводит к заболеванию. Среди факторов, определяющих модальность стресса - эмоционально позитивный или негативный характер стресса выделяют:

- возможность выбора;
- степень контроля над ситуацией;
- возможность предсказания или предупреждения неблагоприятных последствий [65].

Таким образом, исходя из вышеизложенного полагается целесообразным заключить, что на сегодняшний день, несмотря на отсутствие унифицированного определения изучаемого понятия наблюдается активное его применение в различных исследованиях. Профессиональный стресс рассматривается в качестве основного родового понятия, которое обобщает довольно широкий круг терминов:

- рабочий стресс;
- трудовой стресс;
- производственный стресс;
- организационный стресс и др.

Ими, как правило, обозначают психические состояния личности субъекта труда, возникающие в процессе профессиональной деятельности, её специфических условиях. При этом, большинство современных подходов к изучению профессионального стресса тесно связаны с психологией профессионального здоровья, эффективностью выполнения им профессиональной деятельности, оптимизации процесса управления, межличностных отношений, налаживания должного взаимодействия и пр.

В рамках настоящего диссертационного исследования, под профессиональным стрессом полагается целесообразным понимать комплексное и многоаспектное индивидуальное явление отражающее довольно напряженное состояние личности субъекта труда в процессе его адаптации к возникшей профессиональной ситуации, трудностям осуществления профессиональной деятельности. По своей сущности, данное явление преимущественно связано с негативными эмоциональными переживаниями, тревогой, из-за возникающего несоответствия между сложившимися требованиями профессиональной деятельности и имеющимися личностными возможностями соответствующего специалиста. Т.е. на сегодняшний день, к основной причине возникновения профессионального стресса целесообразно отнести субъективную оценку сложно преодолимых профессиональных барьеров, интерпретация которых определяется индивидуально-психологическими особенностями субъекта труда.

1.2. Профессиональный стресс в деятельности врача общей практики

Проведенный анализ научной литературы по исследуемой проблеме показывает, что в преобладающем большинстве проблемы врачебной деятельности рассматриваются, как правило, в традиционно-медицинском аспекте. На сегодняшний день остаются без должного внимания исследователей социально-психологические составляющие профессиональной деятельности врачей общей практики, её стрессогенность. Специалисты различных отраслей осуществляют попытки наполнить смыслом само понятие «врач общей практики» и на этой основе определить его главные функции, проблемные аспекты. Однако, как показывает практика, наблюдается отсутствие единого подхода к

данной проблематике, нередко встречаются прямо противоположные точки зрения. Так, Р.А. Галкин, Ю.В. Павлов и др. полагают, что врач общей практики является квалифицированным специалистом универсалом, который владеет знаниями главных разделов медицины, диагностики, хирургии и терапевтических манипуляций по оказанию первой медпомощи больным, проводит первичную профилактику заболеваний, предупреждает и ликвидирует очаги инфекционных заболеваний, проводит пропаганду здорового образа жизни среди населения. Исследователи также отмечают, что основной особенностью подготовки специалиста по специальности «общая практика» является то, что за короткий период обучения он должен овладеть диагностико-лечебными навыками и умениями по многим медицинским специальностям [32].

Вместе с тем, Л.А. Берестов придерживается иной позиции, трактует что врач общей практики – это не врач по всем специальностям, а прежде всего терапевт, занимающийся взрослыми и подростками. При этом, автор отмечает о научных дискуссиях вокруг врача общей практики, которые достаточно четко обозначили два основных подхода:

в первом варианте специалисты разных специальностей пытаются обосновать необходимость включения в программы подготовки врачей общей практики именно сугубо специализированных знаний по своей специальности вдобавок к тем, которые уже есть в этих программах;

во втором варианте предлагается сделать одну-две специальности базовыми (например, терапевт-педиатр), а по другим специальностям давать только общие знания и навыки.

Единственное, в чем согласно большинство специалистов относительно врача общей практики - это признание профилактической направленности как одной из главной цели его профессиональной деятельности [13].

Н.И. Вишняков отмечает, что в научной литературе, в основном обсуждаются вопросы медицинской профессиональной подготовки врачей общей практики. Вопросы, посвященные социально-психологическим особенностям, стрессогенности профессиональной деятельности в современных условиях практически не освещаются или рассматриваются относительно узко и фрагментарно. При этом, положительным следует считать уже тот факт, что вопрос не только медицинской, но и социально-психологической компетенции врачей начали подниматься и активно обсуждаться специалистами-медиками. Также следует отметить, что профилактическая работа требует от врача общей практики умения анализировать как сугубо медицинские, так и социальные ситуации, прогнозировать их развитие и возможные последствия, умение строить взаимоотношения с различными категориями пациентов, владеть разными стилями общения, коммуникациями, умение быстро ориентироваться в ситуациях социального взаимодействия и выбирать оптимальные приемы воздействия на пациентов с учетом их психологических особенностей и пр. Другими словами, осуществление профилактической работы врачом общей практики может быть успешной при условии, что специалист имеет достаточно высокий уровень социально-психологической компетентности [26].

По мнению И.Н. Денисова, помощь, которую оказывает семейный врач или врач общей практики больному, должна иметь договорный характер, поскольку стороны вступают в отношения, предусмотренные законодательно. Пациент может иметь право на бесплатное или платное обслуживание, что регламентируется соответствующими законодательными актами и разного рода инструкциями и распоряжениями. Таким образом, наличие правовой базы деятельности врача формирует основания для установления контрактных отношений по предоставлению адекватной медицинской помощи в соответствии с функциями

служб охраны здоровья населения. Установление контрактных взаимоотношений довольно широко практикуется в различных видах «помогающих» профессий, в частности, в деятельности психологов-консультантов, психотерапевтов, социальных работников и др. В медицине, к сожалению, такие взаимоотношения между врачом и пациентом только развиваются, но с развитием института семейных врачей, по нашему мнению, станут неотъемлемой составляющей взаимоотношений медработников и населения. Это связано с тем, что контракт обычно определяет права, взаимные обязательства и ответственность сторон, он способствует определенности и структурированности отношений, придает большей уверенности обеим сторонам и защиту в случаях возникновения противоречий между ними, что несомненно позволит облегчить и предотвратить возникающие проблемные ситуации, существенно снизить уровень эмоциональной напряженности в деятельности [37].

С точки зрения Ю.И. Короткова, Н.И. Вишнякова и др., интересными позициями профессиональной деятельности врачей общей практики являются некоторые правовые принципы заключения контрактов между специалистами и пациентами:

при заключении контракта потребности пациента должны быть приоритетными и выступать основанием для составления соответствующего контракта;

врач отвечает за оказание квалифицированной помощи пациенту, основанием для заключения соответствующего контракта может быть состояние здоровья пациента;

врач, оказывающий квалифицированную помощь, должен информировать пациента относительно целей и задач, которые будут решаться, о взаимных обязательствах, средств и процедур, времени, а также возможных издержек и санкций в случае невыполнения условий контракта;

контракт должен быть достаточно гибким, чтобы давать возможность реагировать на непредвиденные обстоятельства пациента.

Соблюдение вышеизложенных принципов в значительной степени облегчают профессиональный труд врача, делая его менее стрессогенным [59].

По мнению А.В. Кириллова, постоянным спутником профессии врача общей практики выступают соответствующие эмоциональные состояния, связанные с возникновением высокой интенсивности переживаний положительных и отрицательных эмоций в силу динамичности и специфичности, в первую очередь, коммуникативных контактов, высокой ответственности и осознания последствий при принятии каждодневных решений. Влияют на стрессогенность данной профессии и конфликты, повышенная интенсивность общения и пр. Среди негативных последствий можно выделить возникновение излишней напряженности, снижение эффективности индивидуальной и совместной деятельности [52].

Проведенные исследования М.Т. Потехина свидетельствуют, что молодые врачи, которые полностью осознают и чувствуют свою роль в медицинском учреждении, как правило, имеют такой уровень напряженности, который позволяет эффективно работать. Когда появляется ощущение невозможности физически в необходимый срок выполнить все требования своей профессиональной роли, и ощущение недостаточного количества навыков и умений для выполнения своей роли, или же необходимость выполнять одновременно несколько профессиональных ролей, то очень быстро у такого врача развивается состояние профессионального стресса. Кроме того, несмотря на большое количество обязанностей и многовекторность направлений активности согласно общеизвестным требованиям, которые предъявляются к врачу общей практике, можно говорить, что они могут и выступать

причиной возникновения профессионального стресса. Такой вывод позволяют сделать классические теории психологического стресса, принятые в мировой практике. Из них следует, что несоответствие внутренних ресурсов внешним требованиям становится причиной возникновения стресса. А поскольку внешние требования порождены профессией врача и определенной организационно-профессиональной средой, отсюда возникает и специфика стресса [100].

Р.В. Коротких приводит обобщенные выводы анализа результатов современных исследований, которые подтверждают, что современные врачи все чаще стали переживать сильный стресс. Это обуславливается важнейшими характеристиками профессиональной деятельности, где напряженность, повышенная ответственность, наличие широкого круга обязанностей и коммуникаций занимают главенствующие позиции. К основным факторам, влияющим на состояние психологического здоровья врача автор относит:

- повышенную продолжительность рабочего дня;
- высокое психоэмоциональное напряжение;
- профессиональную ответственность за результаты;
- динамику коммуникативных контактов.

Вместе с тем, несмотря на то, что профессия врача характеризуется постоянными эмоциональными перегрузками, избыточным общением с пациентами, как правило, большинство врачей не владеют на должном уровне приемами восстановления равновесия, снятия напряжения, т.е. не имеют развитых навыков саморегуляции. Это, прежде всего, сказывается на характере профессионального взаимодействия, коммуникациях. В связи с тем, что врач зачастую проводит с больными большое количество времени, нельзя не учитывать значение влияния его поведения и эмоциональных реакций на самих пациентов, их выздоровление. Понятно, что врач, который постоянно находится в состоянии

психологического дискомфорта, не может полноценно выполнять свои профессиональные функции, от которых зависит благополучие людей [58].

Ю.В. Павлов, раскрывая и анализируя статистические данные собственного исследования пришел к выводу, что на сегодняшний день в системе здравоохранения не учитывается в полном объеме проблема психологического дискомфорта врача, вызванная эмоциональными перегрузками, которые возникают в процессе профессиональной деятельности. Существующее положение несомненно сказывается не лучшим образом и на пациентах. Кроме того, автор выделяет деформации, которые чаще всего встречаются у медицинских работников территориальных учреждений:

авторитарность;

агрессивность;

консерватизм;

социальное лицемерие;

поведенческий трансфер;

эмоциональная индифферентность [93].

По мнению Б.А. Ясько, каждая профессия имеет свою специфику. При этом, одной из особенностей работы врача является постоянная необходимость в профессиональном совершенствовании, работа над собой. Если подобные действия со стороны врача не осуществляются на постоянной основе, то время от времени может появляться ощущение профессионального несоответствия. Информационные изменения настолько динамичны, что количество специальных знаний, необходимых для должной ориентации и функционирования достигает небывалых размеров. В связи с этим возможно появление ощущения нехватки опыта, навыков, времени, энергии, которое приводит к возникновению стресса. Вместе с тем наличие частых эмоциональных умственных перегрузок и, с другой стороны,

монотонности в работе еще сильнее обостряет состояние стресса, который при таких обстоятельствах возникает очень быстро [143].

С.Л. Соловьева в своих исследованиях рассматривает широкий круг особенностей современного врача и выделяет ряд профессиональных деформаций, большинство из которых совпадает с личностными детерминантами возникновения стресса. По итогам анализа, автор пришел к выводу, что профессия врача является эмоционально насыщенной, стрессогенной. С одной стороны, стресс провоцируют объективные условия профессиональной деятельности, особенности труда. С другой стороны, специфика стресса у врача заключается в том, что после определенного периода под влиянием особенностей профессиональной деятельности в них начинаются необратимые личностные изменения, имеющие негативный характер – профессиональные деформации. Кроме того, возрастает роль коммуникативных качеств современного врача, развитие которых позволяют компенсировать ряд факторов, отрицательно влияющих на его личность [118].

Рассматривая вопрос коммуникативных качеств врача общей практики, его подготовленности к общению, И.Г. Климкович отмечает, что это прежде всего вопрос о его способности эффективно выполнять свои профессиональные обязанности, максимально снижать уровень возникновения и предупреждать проблемные ситуации. Выполнение врачебных функций невозможно вне общения с пациентами, а в большинстве случаев – и вне общения с их ближайшим окружением, семьей, т.е. врачебная деятельность наполнена социально-психологическим содержанием. Способность видеть и решать проблемы, связанные со здоровьем пациентов, в контексте конкретных ситуаций их жизни, с учетом особенностей межличностных отношений, на основе понимания всей сложности этих ситуаций, понимание индивидуальных особенностей больных и членов их семей,

способность определять смысл тех или иных событий, возникающих ситуаций и соответствующим образом влиять на их процесс вступают главными задачами социально-психологической подготовки современного врача [56].

В.А. Винокур, А.Р. Гройсман, Н.А. Курских констатируют, что на сегодняшний день наблюдается недостаточная психологическая подготовка врачей в области общения. Исследователи подчеркивают о необходимости подготовки врача по психологии, социологии, психотерапии, психологической реабилитации с позиций специфики его будущей профессиональной деятельности. Авторы акцентируют внимание на проблемах коммуникативной компетенции, готовности будущих врачей к установлению и поддержанию надлежащих взаимоотношений с коллегами, пациентами, родственниками больных. Врач в своей повседневной профессиональной деятельности постоянно находится в ситуации общения и должен уметь управлять ими, прогнозировать его последствия, уметь снимать напряжения в общении, тем самым предупреждать возможные конфликты и пр. Среди характерных черт общения врача и пациента, исследователь предлагает рассматривать следующие основные:

пациент обращается за медицинской помощью, зная, что оказание помощи является профессиональным долгом врача;

общение формально структурированное, оно ограничено во времени, регламентировано внешними факторами, вроде оформления документов, что накладывает определенный отпечаток на характер действия;

посещение врача сопровождается психотерапевтическим эффектом, в результате чего у больного снижается чувство страха, тревоги и беспокойства за свою судьбу, он испытывает облегчение, а в восприятии будущего появляется оптимизм;

эффективность психотерапевтического воздействия зависит от открытости и доверия больного, в то время как обычное общение не предъявляет такого требования;

пациент не должен скрывать свои симптомы и обстоятельства, в которых они проявляются;

искусство врача заключается в том, чтобы в кратчайший срок вызвать достаточную степень доверия, необходимый для откровенности;

в отличие от обычного общения врач управляет этим общением, контролирует его, а результат его, кроме назначений или лечебных мероприятий, завершается некоторыми формальными операциями: оформлением документов, выпиской рецептов и т.д.

Кроме того, определяя последствия общения врача и больного, авторы выделяют три следующих момента:

воздействие в ходе общения на пациента, что может быть благоприятным или неблагоприятным;

само поведение врача вызывает у пациента определенные переживания, что отражается на самочувствии и даже на течении некоторых заболеваний;

общение врача и пациента имеет терапевтический эффект, который обеспечивается соответствующей коммуникативной компетентностью медицинского работника [25, 36, 70].

И.Ф. Мягков, анализирует результаты исследований личностных характеристик врачей, которые проявляются в коммуникациях и могут влиять на их результативность. В частности, в исследовании ролевого поведения врачей и ожиданий пациента было выделено два типа специалистов:

сопереживающий;

эмоционально-нейтральный.

Также анализировался характер взаимоотношений врача в ракурсах:

учитель - ученик;

руководство - партнерство.

Автор акцентирует внимание на двух важных положениях:
во-первых, общение врача с больными всегда должно рассматриваться как профессионально необходимое;

во-вторых, врач в общении с пациентами сознательно или бессознательно влияет на них, на их эмоциональное и физическое состояние, и это влияние может быть, как благоприятным, так и неблагоприятным.

Отсюда вытекает важность вопроса развития коммуникативных способностей как важной составляющей профессиональной готовности [87].

По мнению В.А. Ташлыкова, личностные характеристики врача, обеспечивающие построение адекватных взаимоотношений с больными, являются наиболее существенными, их целесообразно отнести к профессионально важным. Данные характеристики вполне возможно развивать в процессе профессиональной подготовки и деятельности врачей. По сути, речь идет об развитии, в первую очередь, установки на взаимодействие с социальным окружением, эмпатийности и самоконтроля. Современные психологические технологии позволяют достаточно эффективно влиять на становление указанных выше личностных характеристик [124.].

Н.Д. Лакосина, рассматривает коммуникативную компетентность, прежде всего, как составляющую профессиональной компетентности врача. При этом автор исходит из того, что общение врача не ограничивается межличностным взаимодействием в общем понимании, но предусматривает также консультативную работу с пациентами и членами их семей, влияние на семейную систему, если этого потребуют интересы пациентов. При этом, консультативной деятельностью с отдельными личностями и семейным консультированием довольно часто

приходится заниматься представителям разных профессий, когда консультирование осуществляется в контексте взаимоотношений, изначально имеющих другое содержание (например, медработник помогает пациенту найти ресурс для преодоления кризисной ситуации или для выхода из стрессового состояния). Содержательно понятие консультирование интерпретируется достаточно широко. Консультирование может рассматриваться и как стратегия, и как технология, и как метод профессиональной помощи. Также, консультирование можно рассматривать как особый вид отношений, как некий репертуар возможных воздействий, как психологический процесс. Профессия врача, как известно, относится к группе так называемых «помогающих» профессий. Существует много профессий, к которым, кроме врачей, относятся также психологи, психотерапевты, консультанты, социальные работники и др., главной задачей которых является оказание поддержки и помощи людям в сложных обстоятельствах их жизни. Представители этих профессий могут использовать специфические технологии и методы оказания помощи, присущие конкретной сфере профессиональной деятельности, но обычно все они действуют, используя шесть основных стратегий помощи:

- предоставление советов;

- предоставление информации, в которой нуждается человек в конкретной ситуации;

- непосредственные действия (например, осуществление диагностических и лечебных процедур и пр.);

- обучение;

- осуществление системных изменений (например, осуществление воздействия на семейную систему, дисфункция которой может быть причиной психосоматических расстройств, аддиктивного поведения);

консультирование (например, помощь в анализе сложившейся ситуации и поиск альтернативных путей ее решения, оказание эмоциональной поддержки родственникам тяжело больного и т. п.) [71].

В.В. Соложенкин называет одной из самых интригующих исследовательских проблем ту, что касается когнитивных процессов, сопровождающих психологические расстройства. В частности, он анализирует влияние субъективных оценочных суждений врачей на психическое и физическое состояние пациентов. Опираясь на данные многочисленных исследований, автор утверждает, что неверное, стереотипное обучение врачей может влиять на правильность диагнозов, формируя ошибочные представления, не связанные с объективной реальностью. Когда врач строит свою работу с пациентом на основе ошибочных выводов, оказывает давление на него своим авторитетом профессионала, - это может вызвать эффект диагноза, т.е. пациент может проявлять симптомы, которые вроде бы отвечают диагнозу врача, но на самом деле не имеют ничего общего с действительными соматическими и психическими проблемами. Автор приходит к выводу, что врачи:

- могут легко убедить пациентов в ложных диагнозах;
- часто становятся жертвами иллюзорной взаимосвязи симптомов и причин, их повлекших;
- слишком уверены в собственном анализе фактов;
- часто не принимают во внимание, что ошибочные диагнозы могут подтверждать сами себя [119].

По мнению А.Г. Мохина, полноценное выполнение профессиональных обязанностей врачом общей практики в значительной мере предопределяется его способностью конструктивно строить свое общение с пациентами, предупреждать и преодолевать преграды, которые возникают в процессе установления межличностных взаимоотношений, управлять своими эмоциональными

состояниями, тем самым снижать стрессогенность возникающих ситуаций. Именно от способности врача понять своего подопечного и вовремя помочь ему морально и физически, во многом зависят результаты лечения. Т.е., то, насколько компетентным будет врач не только в сугубо профессиональных вопросах, но и в сфере взаимоотношений с людьми, зависит, сможет ли он эффективно помогать своим пациентам [86].

М.М. Абдуллаева утверждает, что профессиональная адаптация молодого врача, как правило, длится до двух лет. В данный период, субъект врачебной деятельности приобретает определенную уверенность в осуществлении соответствующей роли специалиста, усваивает необходимые алгоритмы действий в профессиональных ситуациях взаимодействия с пациентами. При этом исследователь выделяет следующие составляющие процесса адаптации:

познавательная;

эмоциональная;

формирование профессионального имиджа [2].

В.В. Соложенкин акцентирует внимание на установках врача общей практики, которые связаны с его общением и в значительной степени складываются под влиянием профессиональной подготовки и собственной практики. Традиционно общение врача и пациента строится как субъект-объектное, что является выражением естественно-научного подхода к пониманию человека и процесса оказания ему врачебной помощи. Как правило, врач работает с пациентом по модели субъект-организм. В лучшем случае учитываются индивидуально-типологические особенности больного. Вместе с тем, эффективная врачебная деятельность требует построения совершенно другой модели взаимоотношений, а именно субъект-субъектных, где врач имеет дело с личностью в контексте всей многомерности и разнообразия его социальных, личностных и внутриличностных отношений,

противоречий. Взаимоотношения врача и пациента имеют два аспекта:

горизонтальный;

вертикальный.

Горизонтальный аспект выстраивается на основе взаимоопределения личностей, признания уникальности другого, взаимоуважения и признания прав и свобод другой стороны. В свою очередь вертикальный аспект взаимоотношений имеет в своей основе набор социальных ролей, которые выполняют врач и пациент. Для врача характерны роли специалиста, эксперта, лидера и пр. Для пациента - больного, беспомощного, жертвы и пр. Горизонтальное общение - преимущественно личностное, интимно-личностное, а вертикальное - деловое, официальное, ролевое. При этом данное разделение можно считать достаточно условным, поскольку консультативное общение может строиться как в горизонтальном, так и в вертикальном аспекте, хотя происходит в рамках выполнения профессиональной роли консультанта [119].

Таким образом, исходя из вышеизложенного полагается целесообразным заключить, что согласно позиций большинства исследователей, современная профессиональная деятельность врача общей практики, как правило, характеризуется преимущественно интеллектуальным трудом, высокой ответственностью, ненормированным рабочим днём, загруженностью двигательного, зрительного, слухового анализаторов, напряжения мышления, воли, внимания. Кроме того, она насыщена разнообразными коммуникативными ситуациями, отличающиеся своей нестандартностью и повышенным эмоциональным фоном. Т.е. данный вид профессиональной деятельности непосредственно предусматривает постоянный контакт врача общей практики с пациентами, которые в своем большинстве имеют различные заболевания и как правило обращаются к специалисту в период их

обострений, что несомненно усложняет процесс общения и предъявляет особые коммуникативные требования к субъекту врачебного труда. Атмосфера повышенного эмоционального фона, постоянное столкновение с негативными эмоциональными переживаниями пациентов на почве их заболеваний, в значительной степени определяют эмоциональное напряжение у врача общей практики и как следствие повышают риск возникновения профессионального стресса со всеми вытекающими последствиями.

Несмотря на насыщенность профессиональной деятельности врача общей практики разнообразными коммуникативными ситуациями, их значимой ролью, в научной литературе наблюдается дефицит экспериментальных исследований в данном направлении. В отдельных работах, где исследуются взаимоотношения врача и пациента, как правило, эти проблемы рассматриваются поверхностно, чаще в форме общих рекомендаций. Также практически не анализируются вопросы формирования и развития коммуникативных особенностей врачей общей практики как в период их подготовки в высших образовательных учреждениях, так и в последипломном образовании.

Выводы по первой главе

Рассмотрение теоретико-методологических основ исследования профессионального стресса во врачебной деятельности позволяет сделать следующие выводы:

1. Проведенный анализ научной литературы по исследуемой проблеме показывает, что на сегодняшний день, несмотря на отсутствие унифицированного определения изучаемого понятия наблюдается активное его применение в различных исследованиях. Профессиональный стресс рассматривается в качестве основного родового понятия, которое обобщает довольно широкий

круг терминов (рабочий стресс, трудовой стресс, производственный стресс, организационный стресс и др.). Ими, как правило, обозначают психические состояния личности субъекта труда, возникающие в процессе профессиональной деятельности, её специфических условиях. При этом, большинство современных подходов к изучению профессионального стресса тесно связаны с психологией профессионального здоровья, эффективностью выполнения им профессиональной деятельности, оптимизации процесса управления, межличностных отношений, налаживания должного взаимодействия и пр.

2. В рамках настоящего исследования, под профессиональным стрессом полагается целесообразным понимать комплексное и многоаспектное индивидуальное явление, отражающее довольно напряженное состояние личности субъекта труда в процессе его адаптации к возникшей профессиональной ситуации, трудностям осуществления профессиональной деятельности. По своей сущности, данное явление преимущественно связано с негативными эмоциональными переживаниями, тревогой, из-за возникающего несоответствия между сложившимися требованиями профессиональной деятельности и имеющимися личностными возможностями соответствующего специалиста. т.е. на сегодняшний день, к основной причине возникновения профессионального стресса целесообразно отнести субъективную оценку сложно преодолимых профессиональных барьеров, интерпретация которых определяется индивидуально-психологическими особенностями субъекта труда.

3. Позиции большинства исследователей свидетельствуют, что современная профессиональная деятельность врача общей практики, как правило, характеризуется преимущественно интеллектуальным трудом, высокой ответственностью, ненормированным рабочим днём, загруженностью двигательного, зрительного, слухового анализаторов, напряжения мышления, воли,

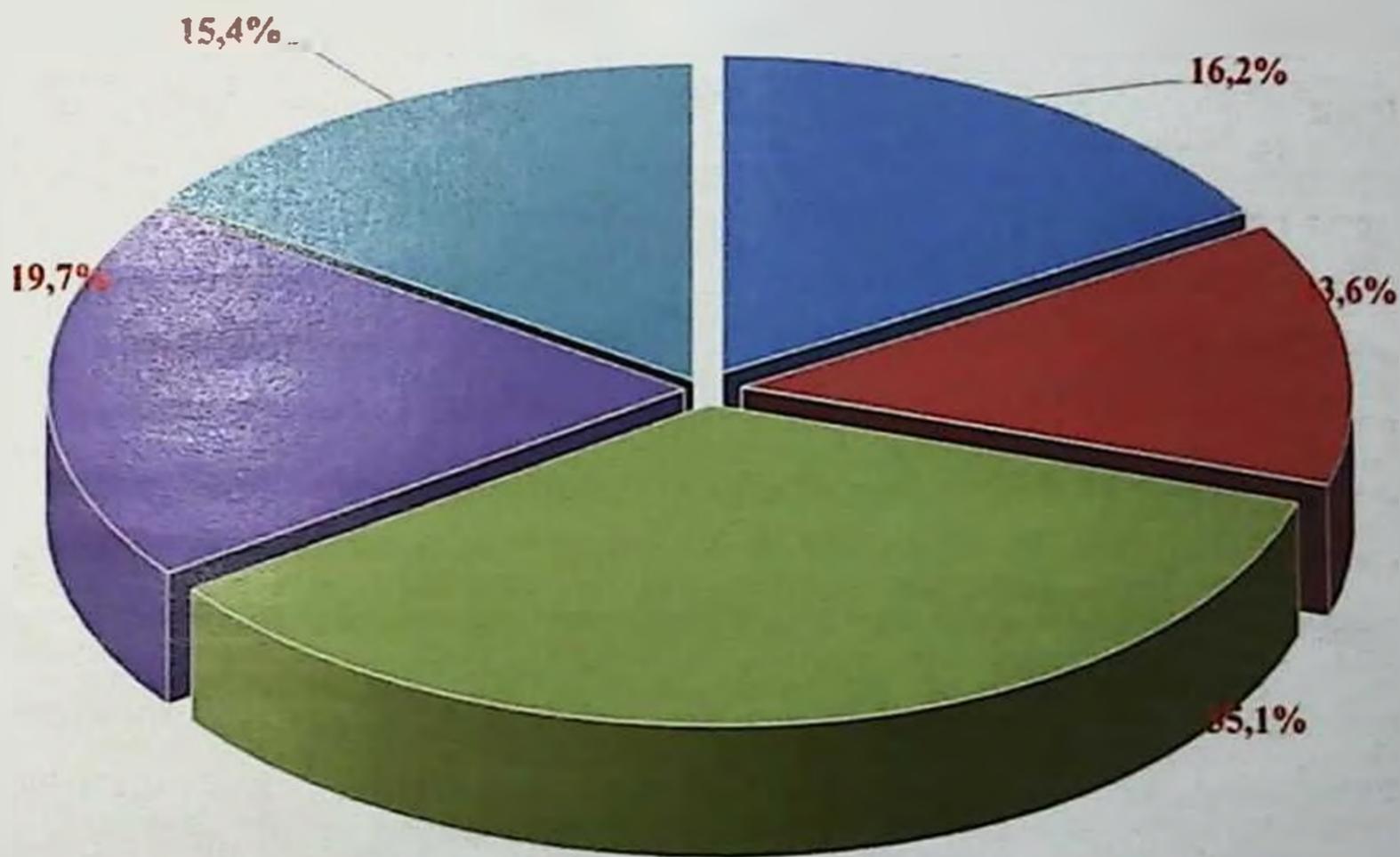
внимания. Кроме того, она насыщена разнообразными коммуникативными ситуациями, отличающимися своей нестандартностью и повышенным эмоциональным фоном. Т.е. данный вид профессиональной деятельности непосредственно предусматривает постоянный контакт врача общей практики с пациентами, которые в своем большинстве имеют различные заболевания и как правило обращаются к специалисту в период их обострений, что несомненно усложняет процесс общения и предъявляет особые коммуникативные требования к субъекту врачебного труда. Атмосфера повышенного эмоционального фона, постоянное столкновение с негативными эмоциональными переживаниями пациентов на почве их заболеваний, в значительной степени определяют эмоциональное напряжение у врача общей практики и как следствие повышают риск возникновения профессионального стресса со всеми вытекающими последствиями.

4. Несмотря на насыщенность профессиональной деятельности врача общей практики разнообразными коммуникативными ситуациями, их значимой ролью, в научной литературе наблюдается дефицит экспериментальных исследований в данном направлении. В отдельных работах, где исследуются взаимоотношения врача и пациента, как правило, эти проблемы рассматриваются поверхностно, чаще в форме общих рекомендаций. Также практически не анализируются вопросы формирования и развития коммуникативных особенностей врачей общей практики как в период их подготовки в высших образовательных учреждениях, так и в последипломном образовании.

ГЛАВА II. ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА У ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

2.1. Уровни профессионального стресса у врачей общей практики

В целях исследования социально-психологических особенностей профессионального стресса нами было организовано и проведено эмпирическое исследование, в котором приняло участие 228 врачей общей практики, как мужского, так и женского пола, в возрасте от 27 до 50 лет, с различным стажем работы по специальности (рис. 2.1, приложение № 1).



■ до 2 лет ■ от 3 лет до 7 лет ■ от 8 лет до 12 лет ■ от 13 лет до 17 лет ■ от 18 и более

Рис. 2.1. Характеристика выборки эмпирического исследования по стажу профессиональной деятельности (n=228)

Вся выборка эмпирического исследования была обследована с помощью следующих психодиагностических методик:

Тест определения профессионального стресса Т.Д. Азарных, И.М. Тыртышникова (приложение № 2) [5];

Опросник определения нервно-психического напряжения Т.А. Немчина (приложение № 3) [89];

Тест-опросник коммуникативного контроля М. Шнайдера (приложение № 4) [134];

Многоуровневого личностного опросника (МЛО) «Адаптивность» А.Г. Маклакова, С.В. Чермянина (приложение № 5) [103];

Тест исследования тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина (приложение № 6) [111].

Выбор вышеизложенного психодиагностического инструментария обусловлен содержательной основой сформулированного определения изучаемого явления, а также особенностями современной врачебной деятельности.

Полученные результаты психодиагностического обследования позволили провести первичный анализ и выделить соответствующие уровни профессионального стресса у врачей общей практики.

Так, у большинства респондентов наблюдался (47,8 %, 109 чел.) средний уровень профессионального стресса, который можно характеризовать как умеренный для специалиста, выполняющего профессиональную деятельность в условиях насыщенных коммуникативных контактов. С низким уровнем проявления профессионального стресса были выявлено 13,6 % (31 чел.) респондентов. Данную категорию можно характеризовать как наиболее стресс устойчивую, умеющей результативно справляться с возникающими трудностями, успешно адаптироваться в различных профессиональных ситуациях. Вместе с тем, тревожным является то, что у 38,6 % респондентов (88 чел.) был

диагностирован профессиональный стресс на проблемном уровне.

Из них у:

27,6 % (63 чел.) - на выше среднем уровне;

11 % (25 чел.) - на высоком уровне (рис. 2.2).

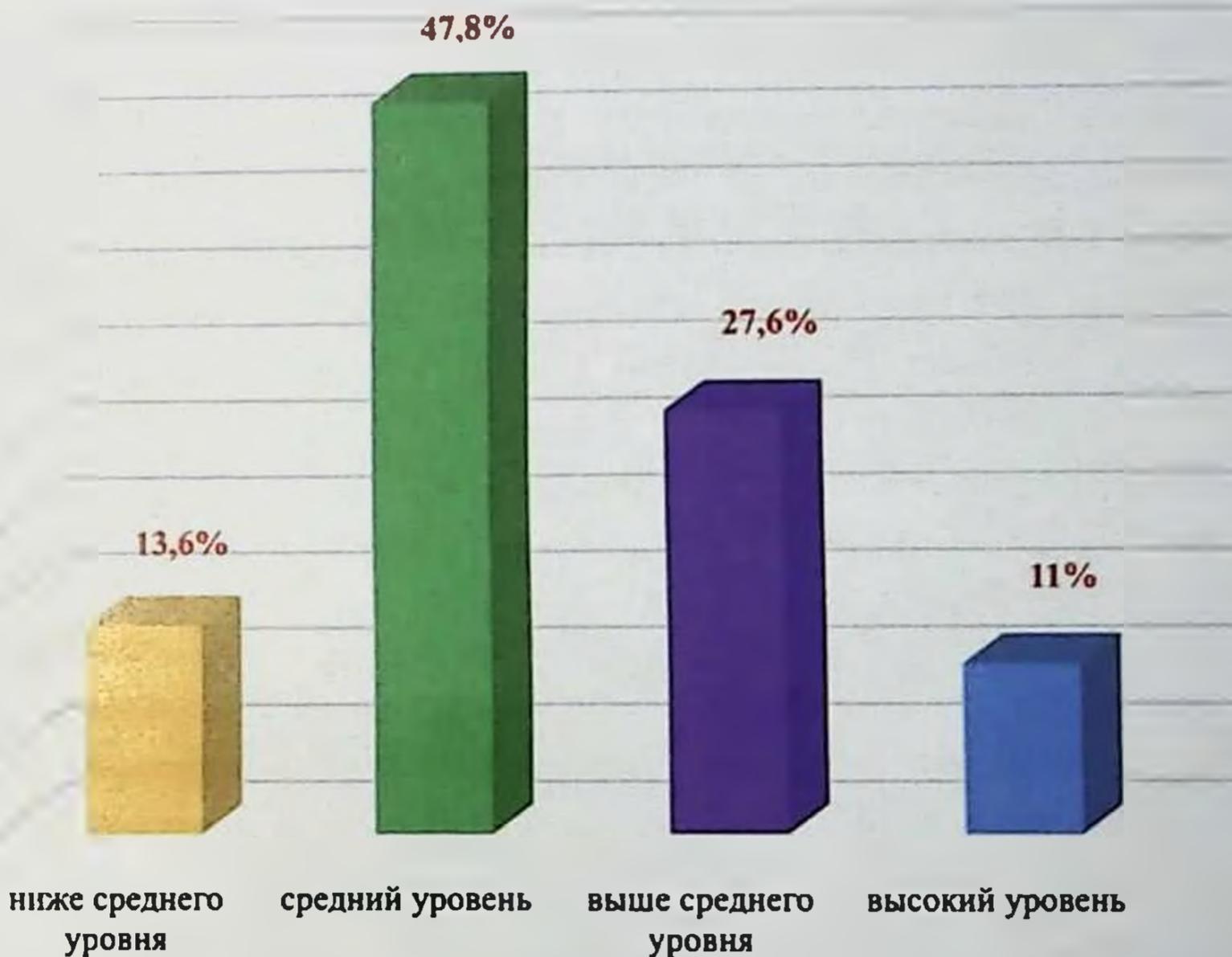


Рис. 2.2. Уровни профессионального стресса у врачей общей практики (n=228)

Данный факт свидетельствует о том, что для этой группы врачей общей практики является довольно характерной ежедневная выраженная напряженность профессиональной деятельности и, соответственно, высокая вероятность появления различных осложнений в физиологической и психической сферах активности. Кроме того, эта категория врачей общей практики нуждается в квалифицированной помощи, направленной на устранение проблемного уровня профессионального стресса,

который может привести к всевозможным негативным последствиям как для самой личности респондента, так и для его высокоответственной профессиональной деятельности.

Полученные психодиагностические результаты в целом свидетельствуют о повышенной стрессогенности профессиональной деятельности врачей общей практики, участвовавших в обследовании. Еще одним аргументом в пользу этого является сравнение данных, полученных в настоящем исследовании с данными, полученными по Тесту определения профессионального стресса Т.Д. Азарных, И.М. Тыртышникова у других ученых. Так, например, при проведении психодиагностического обследования по этой методике Л. Карапетян выявила среди педагогов около 26 % опрошенных выше среднего и высокий уровень профессионального стресса. Основываясь на эти показатели, а также на особенности педагогического труда, автор относит данный вид профессиональной деятельности к стрессогенному. Исследователь также указывает на значительное количество педагогических работников, которые имеют заболевания стрессового происхождения [51]. А.К. Судакова подчеркивает, что количество подобных заболеваний увеличивается из года в год, что, в свою очередь, приводит к большим негативным последствиям, важное значение которых трудно переоценить. Такое положение привлекает внимание многих специалистов в области психологии с целью глубокого и всестороннего анализа сложившейся ситуации, подготовки специализированных индивидуальных и групповых средств профилактики, а также преодоления профессионального стресса [122].

Таким образом, исходя из вышеизложенного можно заключить, что проведенное психодиагностическое обследование (n=228) позволило выявить различные уровни проявления профессионального стресса у врачей общей практики. Несмотря на то, что в своем большинстве специалисты обладают средним

(47,8 %, 109 чел.) и низким (13,6 %, 31 чел.) уровнями проявления профессионального стресса, 38,6 % (88 чел.) являются обладателями изучаемого явления на проблемном уровне (27,6 %, 63 чел. - на выше среднем уровне; 11 %, 25 чел. - на высоком уровне). Данный факт еще раз подтверждает актуальность исследуемой проблемы и характеризуют профессиональную деятельность современных врачей общей практики как довольно стрессогенную.

2.2. Личностные детерминанты профессионального стресса у врачей общей практики

Для выяснения актуальных личностных детерминантов профессионального стресса у современных врачей общей практики был проведен корреляционный анализ полученных результатов психодиагностического обследования (n=228) по непараметрическому критерию Спирмена, который позволил выявить множества статистически значимых взаимосвязей (таб. 2.1, приложение № 8).

Рассмотрим наиболее важные с учетом целей настоящего исследования. Так, первой по значимости корреляционная связь была выявлена между результатами по Тесту определения профессионального стресса Т.Д. Азарных, И.М. Тыртышникова и Опроснику определения нервно-психического напряжения Т.А. Немчина ($r=0,96$). Т.е. данная корреляционная связь свидетельствует о том, что высокий уровень профессионального стресса, как правило, сопровождается чрезмерной выраженностью нервно-психического напряжения у врачей общей практики. Соответственно, специалисты с низким уровнем профессионального стресса являются обладателями более слабой степени выраженности нервно-психического напряжения.

Таблица 2.1

**Результаты корреляционного анализа психодиагностического
обследования врачей общей практики (n=228)**

Наименование признаков	Статистически значимые коэффициенты корреляции Спирмена при $p < 0,05000$
Тест определения профессионального стресса Т.Д. Азарных, И.М. Тыртышникова / Опросник определения нервно-психического напряжения Т.А. Немчина	0,96
Тест определения профессионального стресса Т.Д. Азарных, И.М. Тыртышникова / Шкала коммуникативные особенности Многоуровневого личностного опросника (МЛО) «Адаптивность» А.Г. Маклакова, С.В. Чермянина	-0,89
Тест определения профессионального стресса Т.Д. Азарных, И.М. Тыртышникова / Шкала ситуативная тревожность Теста исследования тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина	0,88
Тест определения профессионального стресса Т.Д. Азарных, И.М. Тыртышникова / Шкала личностный адаптационный потенциал Многоуровневого личностного опросника (МЛО) «Адаптивность» А.Г. Маклакова, С.В. Чермянина	-0,76
Тест определения профессионального стресса Т.Д. Азарных, И.М. Тыртышникова / Возраст	-0,75
Тест определения профессионального стресса Т.Д. Азарных, И.М. Тыртышникова / Тест-опросник коммуникативного контроля М.Шнайдера	-0,74
Тест определения профессионального стресса Т.Д. Азарных, И.М. Тыртышникова / Стаж профессиональной деятельности	-0,67

В этом аспекте, по мнению ряда исследователей профессиональный стресс целесообразно рассматривать как состояние психологического стресса, которое негативно переживается и

возникает в условиях субъективных трудностей выполнения профессиональной деятельности. Кроме того, выраженность уровня профессионального стресса, его продолжительность и проявления детерминируются содержанием профессиональной деятельности, условиями, межличностными взаимоотношениями, личностными характеристиками субъекта труда. Среди личностных характеристик, особое место отводится эмоциональной устойчивости, отсутствию излишнего нервно-психического напряжения у соответствующего специалиста [48, 50, 130 и др.].

Следующей по значимости корреляционная связь была выявлена между результатами по Тесту определения профессионального стресса Т.Д. Азарных, И.М. Тыртышникова и Шкалой коммуникативные особенности Многоуровневого личностного опросника (МЛО) «Адаптивность» А.Г. Маклакова, С.В. Чермянина ($r = - 0,89$). Т.е. данная корреляционная связь свидетельствует о том, что врачи общей практики с низким уровнем профессионального стресса, как правило, являются обладателями высокого уровня развития коммуникативных особенностей. Эта категория более успешно ориентируется в различных коммуникативных ситуациях, умеет устанавливать необходимые контакты, относительно неконфликтна. Соответственно, специалисты с высоким уровнем профессионального стресса, как правило, являются обладателями низкого уровня развития коммуникативных особенностей, которые проявляются в некоторых трудностях при установлении контактов, повышенной агрессивности, конфликтности.

В этом аспекте, по мнению П.С. Самыгиной, основываясь на психологические особенности врачебной деятельности, важными профессионально важными качествами специалиста выступает коммуникативность. Соответственно коммуникативные переживания доминируют у представителей данной профессии, причем в группе с высоким уровнем профессионального стресса они по

количеству выборов находятся на первом месте, разделяя его с гностическими переживаниями. В группе с низким и средним уровнем эмоционального стресса они занимают второе место. Первое место, независимо от уровня профессионального стресса занимают гностические переживания, связанные с удовлетворением от познания нового, с увлеченностью решением сложной проблемы, с сосредоточенностью на ней, с удовольствием, радостью, гордостью при решении сомнений. Интересным является тот факт, что первенство коммуникативных переживаний принадлежит группе с высоким уровнем профессионального стресса, поскольку именно особенности общения являются характерными профессиональными признаками у специалистов врачебной деятельности [111].

Согласно результатам исследования Н.Б. Смирновой семейный врач находится в непосредственном контакте с пациентами и членами их семей, что предполагает наличие у него высокого уровня коммуникативной компетентности как обязательной предпосылки эффективной реализации им профессиональных задач, а также предупреждения развития профессионального стресса. По своей сути, проблема компетентности, в частности коммуникативной последнее время относятся к числу актуальных проблем психологии. Коммуникативная компетентность рассматривается как условие эффективности общения в межличностных отношениях в целом. Автором констатируется, что значительное количество исследователей рассматривают коммуникативную компетентность специалистов системы профессий «человек-человек» как обязательное условие эффективности их деятельности, в том числе и специалистов медицинского профиля. Однако и до сих пор практически отсутствуют исследования психологических особенностей и основ профессиональной подготовки семейных врачей. Коммуникативная компетентность семейного врача в исследовании

рассматривается как ключевая составляющая его профессиональной компетентности, что, наряду со специальной медицинской подготовкой, обеспечивает достижение надлежащей успешности врачебной деятельности. Отмечается, что контакты семейного врача не ограничиваются межличностным взаимодействием, но предусматривают также консультативную и психотерапевтическую работу с пациентами и членами семей. Процесс формирования у семейного врача способности к компетентному общению должно начинаться уже во время обучения в высшем образовательном учреждении, так как именно там закладываются мировоззренческие ориентиры будущего врача, принципы взаимодействия с пациентами, приобретаются необходимые профессиональные знания, умения и навыки [116].

По мнению А.М. Руденко, В.В. Соложенкина, Б.А. Ясько, профессиональные требования врачебной деятельности включают специфические коммуникации, эмоционально-насыщенное взаимодействие, постоянный творческий поиск. Содержание деятельности врача отличается:

коммуникативной насыщенностью, обусловленной общением с коллегами и пациентами;

ответственностью за принятые решения и их последствия;

порой напряженными коммуникативными ситуациями, которые могут привести к отказу от дальнейшего взаимодействия.

Характерная для данных профессий эмоциональная насыщенность межличностных контактов может носить хронический характер, а это может приводить к негативным, даже патогенным последствиям стресса, что подчеркивает стрессогенность данных профессий, высокую вероятность возникновения профессионального стресса. Таким образом, в медицинских профессиях, как правило, на риск возникновения профессионального стресса влияют особенности ситуации общения, особенности ситуаций

социального сравнения, оценивания ситуации, сложность профессиональной деятельности, отношение к ней, что может привести к изменению профессиональной деятельности [108, 119, 144].

Очередной по значимости корреляционная связь была выявлена между результатами по Тесту определения профессионального стресса Т.Д. Азарных, И.М. Тыртышникова и Шкалой ситуативная тревожность Теста исследования тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина ($r = 0,88$). Т.е. данная корреляционная связь свидетельствует о том, что врачи общей практики с высоким уровнем профессионального стресса, как правило, являются обладателями высокого уровня ситуативной тревожности, а специалисты с низким уровнем профессионального стресса — более низким уровнем ситуативной тревожности соответственно. По своей сущности, ситуативная тревожность вступает состоянием, отражающее излишнее напряжение и беспокойство, сопровождается избыточной нервозностью в определённый момент времени.

В этом аспекте, К.В. Судаков, описывая собственное исследование констатирует, что с увеличением уровня профессионального стресса увеличивается затрудненность функционирования всей эмоциональной сферы:

увеличивается тревожность;
растет количество генерализованных эмоциональных реакций;
повышается уровень эмоциональности и эмоциональной ригидности.

В результате постоянного переживания, психологического напряжения, которое может переходить в стресс, лицо через определенный промежуток времени получает осложнения в функционировании организма в целом. В связи с этим, могут наблюдаться такие последствия как ухудшения функционирования дыхания, вегетативной системы, сердечной деятельности, кишечно-желудочного тракта и появлению проблем со сном.

Данные последствия сильно связаны с увеличением выраженности негативных эмоциональных реакций:

- тревожности;
- повышенной эмоциональности;
- появления гнева;
- чувства вины и пр.

На поведенческом уровне такое специалист осуществляет попытки чрезмерного углубления в проблему для ее решения [121].

Следующей по значимости корреляционная связь была выявлена между результатами по Тесту определения профессионального стресса Т.Д. Азарных, И.М. Тыртышникова и Шкалой личностный адаптационный потенциал Многоуровневого личностного опросника (МЛО) «Адаптивность» А.Г. Маклакова, С.В. Чермянина ($r = -0,76$). Т.е. врачи общей практики с высоким уровнем профессионального стресса, как правило, являются обладателями низкого адаптационного потенциала. Соответственно, специалисты с низким уровнем профессионального стресса, как правило, являются обладателями высокого уровня адаптационного потенциала.

В этом аспекте, по мнению ряда ученых, профессиональный стресс, в самом общем виде может быть следствием неадаптивной реакции на сложно преодолимые профессиональные барьеры, также на различные жизненные трудности, экстремальные условия. Такая позиция описывает профессиональный стресс с точки зрения влияния окружения, вредного для организма человека, что может быть связано с чертой ее адаптивных возможностей. Кроме того, исследователи отмечают, что у молодых специалистов, как правило, преобладает механизм редукации профессиональных обязанностей. Причем количество молодых специалистов с данным симптомом порой превышает даже количество работников со стажем. Это явление целесообразно рассматривать как результат дезадаптации к

профессиональной деятельности вследствие отсутствия навыков регуляции психических состояний [1, 38, 142].

Следующими по значимости корреляционными связями были выявлены между результатами по Тесту определения профессионального стресса Т.Д. Азарных, И.М. Тыртышникова и возрасту ($r = -0,75$), а также стажу профессиональной деятельности ($r = -0,67$) врачей общей практики. Т.е. специалисты с низким уровнем профессионального стресса, как правило, в своем большинстве более старшего возраста и имеющие более значительный стаж профессиональной деятельности. Соответственно, высокий уровень профессионального стресса больше встречается у молодых специалистов с небольшим стажем профессиональной деятельности.

В этом аспекте, Л.А. Мальцевой, А.М. Саланжий установлено, что механизмы формирования стресса у врачей - анестезиологов зависят от стажа работы по специальности. Так, специалисты с небольшим стажем профессиональной деятельности обладают более низким уровнем адаптационных возможностей к сложным профессиональным воздействиям. В результате повышается риск формирования и развития таких нерациональных форм поведения как отрицание, инерция, аффективные реакции, что влечет за собой существенное снижения их эффективности. У врачей анестезиологов с более большим стажем работы, наблюдается более высокий уровень адаптивных возможностей. При возникновении неблагоприятных профессиональных ситуаций происходит самоустранение тревоги, мобилизация внутренних ресурсов на решение проблемы [82].

Заключительная корреляционная связь была выявлена между результатами по Тесту определения профессионального стресса Т.Д. Азарных, И.М. Тыртышникова и Тест-опроснику коммуникативного контроля М. Шнайдера ($r = -0,74$). Т.е. врачи общей практики с высоким уровнем профессионального стресса, как

правило, являются обладателями низкого уровня коммуникативного контроля, который проявляется в коммуникативной импульсивности, излишней открытости и даже раскованности. Поведение такой категории врачей практически не подвержено необходимым изменениям относительно коммуникативной ситуации и не всегда может соотноситься с поведением окружающих. Соответственно, специалисты с низким уровнем профессионального стресса являются обладателями более высокого уровня коммуникативного контроля, который выражается в развитых способностях управления эмоциями, саморегуляции поведения.

В этом аспекте, по мнению Л.И. Ларенцова, Н.Н. Петрова и др., важными показателями коммуникативного контроля являются гибкость, самоуправление эмоциями в ходе общения, способность понимать эмоциональные состояния собеседника. Все это позволяет достичь эффективного поведения специалиста, что в свою очередь, создает необходимые условия для достижения значимых целей. Традиционно общение врача с пациентами строится с позиций профессионала, т.е. образуется асимметричная коммуникация. Ответственность за результаты общения возлагается на врача, который является специалистом и лучше знает чисто медицинские аспекты помощи пациенту. В данной ситуации роль и значение коммуникативного контроля сложно переоценить. От врача требуется умение убедить больного в собственной правоте и заставить его выполнять все необходимые рекомендации. По этой традиционной схеме от врача не требуется быть компетентным в построении диалога, в налаживании и поддержании длительных межличностных отношений с пациентами, которые, в частности, предусматривают открытость предметной позиции медицинского работника. Для семейного же врача все моменты являются чрезвычайно важными. Соответственно, меняются требования к структуре его

коммуникативной компетентности, острой необходимости постоянного коммуникативного контроля [72, 96].

По мнению О.В. Рыбиной, эффективность коммуникации зависит от развития стратегической, тактической и технической составляющих коммуникативной компетентности семейного врача. При этом, стратегия коммуникации проявляется прежде всего в тех установках, которыми руководствуется специалист, вступая в контакт с пациентом, а тактика - это реализация в конкретной ситуации коммуникативной стратегии на основе имеющихся ресурсов. Самыми существенными среди коммуникативных техник семейного врача, являются следующие:

умение устанавливать и поддерживать психологический контакт с различными категориями (возрастными, профессиональными и т.п.) пациентов;

умение строить беседы (интервью) с использованием различных техник;

обладать приемами эмпатического реагирования на вербальное и невербальное поведение пациентов;

умение устанавливать психотерапевтические отношения с пациентами, владеть техниками психологического консультирования;

быть способным анализировать симптоматическое поведение пациентов и владеть приемами установления психологического и социально-психологического диагноза;

уметь гибко менять стиль общения и владеть приемами как служебно-делового, так и интимно-личностного общения;

владеть приемами самоконтроля и саморегуляции и активно применять их в конкретных ситуациях взаимодействия с пациентами [109].

Таким образом, исходя из вышеизложенного можно заключить, что корреляционный анализ результатов комплексного психодиагностического обследования (n=228) позволил выявить

ряд статистически значимых связей, которые целесообразно характеризовать как актуальные личностные детерминанты профессионального стресса врачей общей практики (рис. 2.3.).



Рис. 2.3. Личностные детерминанты профессионального стресса у врачей общей практики

К ним мы относим следующие:

нервно-психическое напряжение ($r= 0,96$);

коммуникативные особенности ($r= -0,89$);

ситуативная тревожность ($r= 0,88$);

личный адаптационный потенциал ($r= -0,76$);

возраст и стаж профессиональной деятельности ($r = -0,75$; $r = -0,67$);

коммуникативный контроль ($r = -0,74$).

При этом, не зафиксировано статистически значимой связи между уровнем профессионального стресса и полом специалистов, что свидетельствует об отсутствии гендерного влияния на уровень проявления профессионального стресса у врачей общей практики.

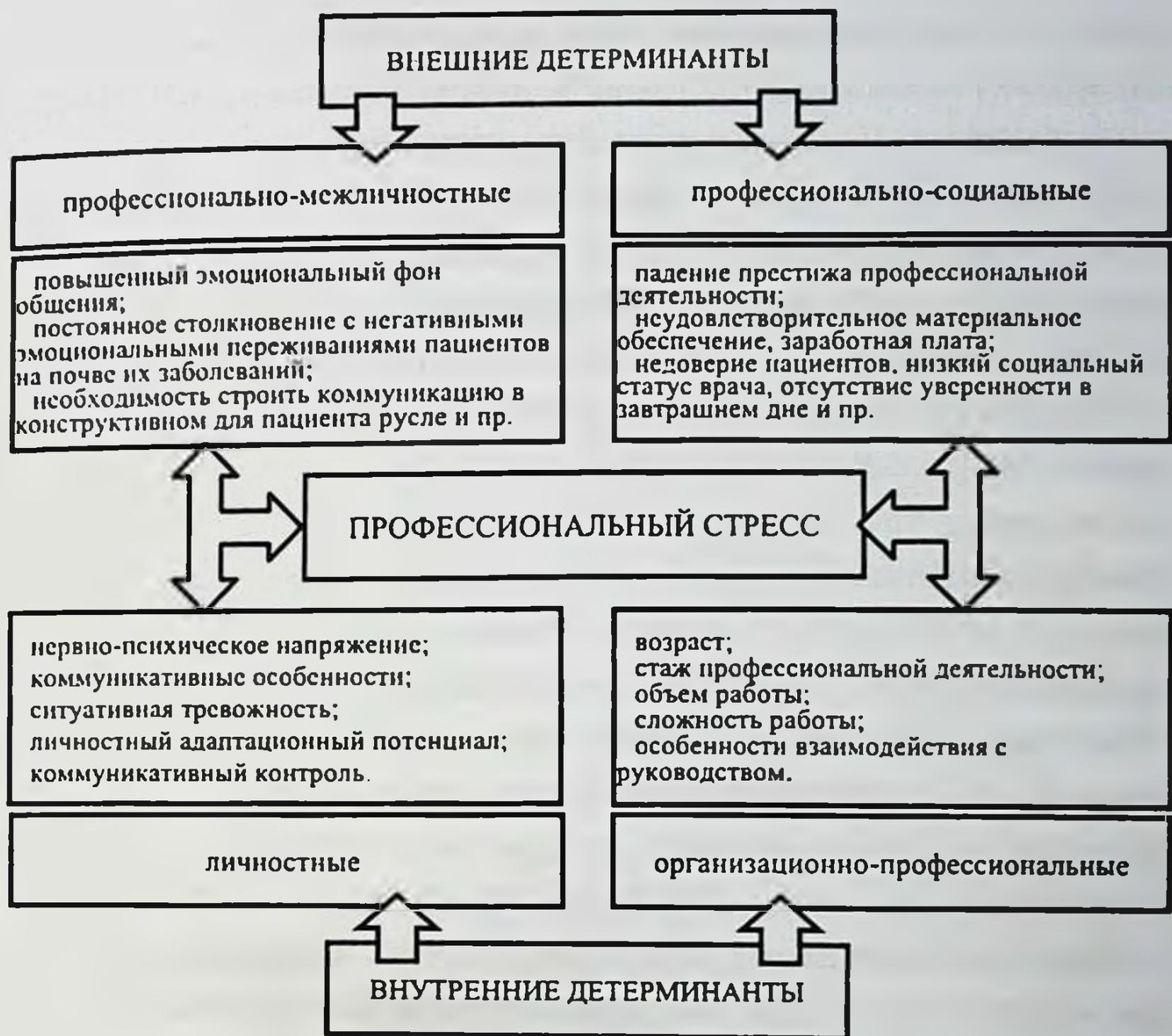
2.3. Структурная модель профессионального стресса врачей общей практики

Обобщая проведенный теоретический анализ, результаты эмпирического исследования в соответствии с целью настоящего исследования нами была подготовлена модель профессионального стресса врача общей практики. Данная модель предусматривает следующие основные составляющие (рис. 2.4.):

внешние детерминанты (стрессоры) - связаны с влиянием среды, в которой осуществляют свою профессиональную деятельность врачи общей практики;

внутренние детерминанты - связаны с личностными (детерминантами) особенностями самих врачей общей практики.

Рассмотрим содержание подготовленной модели более подробно. Так, в рамках внешних детерминантов, мы рассматриваем следующие основные стрессоры:



**Рис. 2.4. Структурная модель профессионального стресса
врача общей практики**

профессионально-межличностные;
профессионально-социальные.

Согласно полученным результатам теоретического анализа, психодиагностического обследования, детерминанты, касающиеся межличностной сферы общения, в частности с пациентами, с одной стороны выступают важной частью профессиональной деятельности врача общей практики, а с другой - являются одной из самых стрессогенных для них. В связи с этим, полагается целесообразным выделить данные детерминанты в отдельную

группу (профессионально-межличностные), относящиеся к внешним причинам возникновения профессионального стресса:

повышенный эмоциональный фон при общении;

столкновение с негативными эмоциональными переживаниями пациентов на почве их заболеваний;

необходимость строить коммуникацию в конструктивном для пациента русле и пр.

Необходимость взаимодействия с большим количеством людей, которые имеют достаточно различные возрастные, интеллектуальные, социальные особенности часто приводит к появлению эмоционально напряженных ситуаций в профессиональной деятельности. Такая ситуация может выступать мощным стрессором в деятельности врача общей практики.

Следующей группой являются профессионально-социальные, которые также относятся к внешним причинам возникновения профессионального стресса и содержат в себе специфические для профессии врача общей практики детерминанты преимущественно социального происхождения. Например, падение престижа профессиональной деятельности, неудовлетворительное материальное обеспечение профессиональной деятельности, недостаточная заработная плата, недоверие пациентов, низкий социальный статус врача общей практики, отсутствие уверенности в завтрашнем дне, социальной поддержки окружения и пр.

В современных условиях, значение профессионально-социальных детерминантов сложно переоценить. Зависимость состояния здравоохранения, экономического потенциала страны очевидна. Так высокий потенциал экономики дает возможность вкладывать деньги и развивать бюджетные отрасли. Здравоохранение имеет прямую зависимость от производственной сферы, поскольку самостоятельно зарабатывать материальные средства на комплексное развитие в полном объеме не представляется возможным. В связи с этим ресурсы, а соответственно и

обеспеченность здравоохранения сильно зависит от экономического состояния страны. Финансовые вклады дают возможность повышать заработную плату соответствующим специалистам, улучшая их статус, что безусловно влияет на общее эмоциональное здоровье профессионально занятого человека. Мирное, без резких революционных преобразований, существование государства стабилизирует социальные настроения. Стабильность способствует постепенному развитию страны и эмоциональному спокойствию большинства слоев населения. Исходя из этого, стабильное постепенное развитие способствует сохранению позитивного эмоционального состояния и снижению уровня развития профессиональных стрессов в целом [17, 70].

Кроме того, социально-культурные различия играют важное значение, как фактор влияния на психологическое состояние каждого участника социального взаимодействия. Потребность адаптации в изменившейся культурной среде является мощным стимулом изменения представлений об окружающей среде. Порой неподготовленность специалиста для деятельности в новой культурной среде задерживает процесс адаптации и вызывает появление стрессовых реакций [66].

Социальные отношения играют огромную роль в жизни каждого современного человека и поэтому много исследований было посвящено влиянию социально-психологической поддержки на психическое здоровье специалиста. Под социальной поддержкой часто понимают разветвленную систему социальных связей, которая включает близкое социальное окружение, т.е. семью, родственников, друзей, членство в общественных организациях, другие формальные и неформальные связи. Существуют интересные и вместе с тем противоположные данные исследований о существовании конфликта интересов между семьей и работой. Некоторыми учеными утверждается, что проведенный анализ результатов исследований позволяет говорить

о существовании стабильной обратной корреляции между конфликтом интересов работы и семьи и удовлетворенности профессиональной деятельностью и жизнью в целом. Настолько острее воспринимались противоречия интересов, насколько ниже был уровень удовлетворенности, причем последствия такого конфликта женщины воспринимали острее, чем мужчины. А это свидетельствует о высоком уровне стресса среди этих обследуемых. Также выяснились интересные положительные зависимости между семьей и работой. Для здоровья мужчины брачное состояние более полезное, чем для здоровья женщины. Но связи с друзьями, родными для женщины, могут быть более благоприятными, чем для мужчины. Это свидетельствует о низком уровне риска возникновения стрессового состояния у людей, которые имеют широкие социальные связи, и имеют возможность получить соответствующую психологическую помощь. Среди данной категории ученые обнаружили более низкий уровень смертности, лучшее общее состояние здоровья [7, 127].

Вместе с тем, вышеизложенные группы детерминантов могут вступать в качестве стрессоров при условии субъективного оценивания их как стрессогенных. Если со стороны врачей общей практики не возникает оценивания детерминантов профессионально-межличностного и профессионально-социального происхождения как стрессогенных, то тогда не возникает и стрессовой реакции. Таким образом, профессиональный стресс врача общей практики развивается в результате субъективной оценки действия внешних детерминантов (профессионально-межличностных и профессионально-социальных) как стрессогенных через призму следующих внутренних детерминантов:

личностные;

организационно-профессиональные.

В группу личностных детерминантов входят следующие особенности врача общей практики:

нервно-психическое напряжение, т.е. наличие этой особенности способствует более высокому уровню профессионального стресса у врача общей практики;

коммуникативные особенности, т.е. низкий уровень развития этой особенности способствует более высокому уровню профессионального стресса у врача общей практики;

ситуативная тревожность, т.е. наличие этой особенности способствует более высокому уровню профессионального стресса у врача общей практики;

личностный адаптационный потенциал, т.е. низкий уровень развития этой особенности способствует более высокому уровню профессионального стресса у врача общей практики;

коммуникативный контроль, т.е. также, низкий уровень развития этой особенности способствует более высокому уровню профессионального стресса у врача общей практики.

В свою очередь, группа организационно-профессиональных детерминантов охватила возраст и стаж профессиональной деятельности, т.е. с более малым стажем и соответственно возрастом, повышается вероятность возникновения более высокого уровня профессионального стресса у врача общей практики. Данные особенности были выделены по результатам корреляционного анализа итогов психодиагностического обследования, описанного в рамках предыдущего параграфа.

Кроме того, в данную группу нами были включены также: объем работы, т.е. психологическая перегруженность; сложность работы, т.е. уровень проблемности в профессиональной деятельности;

особенности взаимодействия с руководством, т.е. напряженность отношений с руководством.

Так, объем работы, которую выполняет каждый врач общей практики обусловлен многими факторами. Но довольно часто этот объем является чрезмерным, что провоцирует появление

соответствующих психологических перегрузок. Особенностью работы врача общей практики является наличие большого количества высокоответственных задач, которые необходимо решить в течение рабочего дня. Эти задачи имеют разную степень значимости, сложности, приоритетности и пр. А выполнить их удается не всегда вовремя. Такая ситуация провоцирует появление профессионального стресса. Взаимоотношения с вышестоящим руководством довольно часто являются определяющими для формирования собственной оценки деятельности каждым специалистом. Поскольку такая оценка может носить негативный оттенок, то возникает ситуация, когда врач общей практики может испытывать ощущение эмоционального дискомфорта. Такая ситуация является потенциально стрессовой.

Таким образом, исходя из вышеизложенного можно заключить, что проведенный теоретический анализ, результаты эмпирического исследования позволили подготовить структурную модель профессионального стресса врача общей практики, которая содержит внешние (профессионально-межличностные, профессионально-социальные) и внутренние (личностные, организационно-профессиональные) детерминанты. Внешние детерминанты выступают в качестве главных стрессоров при условии субъективного оценивания их как стрессогенных через призму внутренних детерминантов, которые играют весьма важную роль в возникновении и течении профессионального стресса. Именно они выступают неким буфером, который воспринимает влияние соответствующих стрессоров, усиливая их действие, или их тормозит.

Выводы по второй главе

Рассмотрение особенностей профессионального стресса у врачей общей практики позволяет сделать следующие выводы:

1. Проведенное психодиагностическое обследование (n=228) позволило выявить различные уровни проявления профессионального стресса у врачей общей практики. Несмотря на то, что в своем большинстве специалисты обладают средним (47,8 %, 109 чел.) и низким (13,6 %, 31 чел.) уровнями проявления профессионального стресса, 38,6 % (88 чел.) являются обладателями изучаемого явления на проблемном уровне (27,6 %, 63 чел. - на выше среднем уровне; 11 %, 25 чел. - на высоком уровне). Данный факт еще раз подтверждает актуальность исследуемой проблемы и характеризуют профессиональную деятельность современных врачей общей практики как довольно стрессогенную.

2. Корреляционный анализ по непараметрическому критерию Спирмена результатов комплексного психодиагностического обследования (n=228) позволил выявить ряд статистически значимых связей, которые целесообразно характеризовать как актуальные личностные детерминанты профессионального стресса врачей общей практики. К ним мы относим следующие:

- нервно-психическое напряжение ($r = 0,96$ при $p < 0,05$);
- коммуникативные особенности ($r = -0,89$ при $p < 0,05$);
- ситуативная тревожность ($r = 0,88$ при $p < 0,05$);
- личностный адаптационный потенциал ($r = -0,76$ при $p < 0,05$);
- возраст и стаж профессиональной деятельности ($r = -0,75$; $r = -0,67$ при $p < 0,05$);
- коммуникативный контроль ($r = -0,74$ при $p < 0,05$).

При этом, не зафиксировано статистически значимой связи между уровнем профессионального стресса и полом специалистов, что свидетельствует о отсутствии гендерного влияния на уровень проявления профессионального стресса врачей общей практики.

3. Проведенное исследование позволило подготовить структурную модель профессионального стресса врача общей практики, которая содержит внешние (профессионально-межлич-

ностные, профессионально-социальные) и внутренние (личностные, организационно-профессиональные) детерминанты. Внешние детерминанты выступают в качестве главных стрессоров при условии субъективного оценивания их как стрессогенных через призму внутренних детерминантов, которые играют весьма важную роль в возникновении и течении профессионального стресса. Именно они выступают неким буфером, который воспринимает влияние соответствующих стрессоров, усиливая их действие, или их тормозит.

ГЛАВА III. ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА У БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

3.1. Формы и методы профилактики профессионального стресса

Анализ научной литературы, посвященной проблеме предупреждения стрессовых состояний в целом, и профессионального стресса в частности, показал относительное разнообразие в выборе разными учеными форм и методов проведения работы по профилактике возникновения стрессовых состояний. Некоторые ученые предлагают не систематизированные комплексы профилактических мер, а лишь наборы отдельных, наиболее эффективных рекомендаций. Так, У. Белинг приводит ряд таких рекомендаций по профилактике возникновения стресса, как установка на самоуважение, самопознание, самовоспитание характера, осознание собственных эмоций, умение снизить накал ситуации за счет игровых средств, концентрация внимания на положительном в жизни и пр. [12].

Рекомендации В.И. Розова по предупреждению хронического эмоционального стресса на производстве содержат:

- умственную тренировку и повышение квалификации;
- поддержку ритмичной производственной нагрузки;
- отвлечение или переключение внимания от стрессовой ситуации на более приятный вид деятельности;
- создание на производстве условий для возникновения положительных эмоций и пр. [106].

В.Д. Трошин, рассматривая стиль жизни индивида с позиций предупреждения стрессовых состояний, дает рекомендации по организации здорового образа жизни и отмечает, что оптимальная

организация межличностного общения является профилактическим антистрессовым средством [128].

Другие ученые выделяют как отдельные предупредительные (система образующие) факторы чувство связанности, удовлетворенность работой, локус контроля, самооценку, осознание положительного потенциала своих личностных качеств. Так, по мнению О.В. Нестеровой, осознав свои личностные качества, работники могут развивать положительные и сглаживать отрицательные особенности, что в целом существенно повышает эффективность профессиональной деятельности [90].

Системный подход к проблеме предупреждения стрессовых состояний разрабатывается на современном этапе многими учеными. Следует отметить, что подобная система предлагается исследователями стресса на двух условных уровнях: личностном и социальном. Так, например, в рамках классификации первого порядка, имеющих психологическую природу, выделяют самоорганизацию стиля деятельности личности, ее отношение к окружающим, ее мировоззрение. Классификации второго порядка более объемные, обобщенные и относятся, прежде всего, к системам административной организации профессиональной деятельности, психогигиенических условий труда, эмоционально-психологического климата в рабочем коллективе, взаимодействие с ближайшим социумом [4, 35, 75 и др.].

Заслуживает внимание выделенная классификация В. Винокур, которая содержит перечень факторов или антистрессоры. Наличие их в профессиональной деятельности, по мнению исследователя, позволяет работнику успешно справляться со стрессовыми состояниями. Среди них автор выделяет следующие:

работа, требующая максимального психического напряжения, которую специалист способен выполнить;

заинтересованность специалиста в своей профессиональной деятельности;

адекватное (ожидаемое) вознаграждение за проделанную работу;

условия профессиональной деятельности, позволяющие выполнять ее удовлетворительно и не требующие от специалиста тяжелых физических усилий;

высокое самоуважение, которое специалист при этом испытывает;

сохранение общих моральных ценностей [24].

Существуют также системы, в которых отражены стратегии выхода из напряженной ситуации и способы избегания чрезмерного эмоционального напряжения:

гармоничное развитие личности;

формирование у специалиста самостоятельной мировоззренческой позиции;

оптимальный выбор момента для принятия решения или реализации своего плана;

ослабление мотивации;

увеличение объема сведений о волнующей проблеме;

заранее подготовленные стратегии отступления;

снижение субъективной значимости события, т.е. временный отказ и др. [136.].

В другом аспекте предлагается решение проблемы предупреждения стрессов в рекомендациях Н.Е. Водопьяновой. Автор полагает, что для того, чтобы решить проблему стресса, необходимо обеспечить ряд важных условий минимизации стрессовых состояний:

исключить эмоционально-стрессовые факторы, хотя бы в допустимых пределах;

контролировать свои чувства;

обеспечить постоянное чередование между напряжением и расслаблением путем целесообразной системы перерывов в работе и организации содержательного досуга [29, 30].

Интересными являются рекомендации, выработанные А.А. Осиповой, которые предлагают реорганизацию объективного содержания и условий профессиональной деятельности с учетом семи основных направлений. Данный подход влияет на функциональные состояния через совершенствование структуры труда. Это подтверждается эмпирическими данными. Однако во многих ситуациях применение таких объективных мер существенно ограничено или просто невозможно [92].

Более обобщенно формулируются соответствующие рекомендации в работе Е.Ю. Коржова. Так наибольшего успеха можно достичь, если прямо влиять на все компоненты стресса - когнитивные, эмоциональные, поведенческие и соматические, учитывая темперамент и личность работника, его навыки адаптации, особенности поведения и реальные стрессы, и напряжения, что он чувствует [57].

В ряде научных исследований раскрываются комплексные подходы предупреждения негативных эмоциональных состояний. Так, Франкенхойзер М., Л.А. Китаев-Смык и др. распределяют методы управления стрессовыми состояниями согласно классификации стресс-факторов, базирующихся на уровне контроля. Эффективным путем преодоления стресса является способность отличать стрессоры, которые можно контролировать, от стрессоров, которые контролировать невозможно. Для определенных видов стресс-факторов существуют различные техники преодоления, связанные с фокусировками на проблемах, т.е. на стресс-факторах, подлежащие контролю:

- тренинг уверенности в себе;
- управление временем;
- тренинг социальных навыков.

Примерами техник, которые могут быть эффективными при фокусировке на эмоциях (т.е. на стресс-факторах, которые не подлежат контролю) являются:

глубокое дыхание;
мышечная релаксация;
визуализация.

Когнитивные стратегии преодоления стресса, которые касаются стрессоров, что воспринимаются субъективно - это изменение неадекватных убеждений, нежелательных мыслей, тренинг инокуляции стресса [54, 135 и др.].

Привлекает внимание ученых такой способ предупреждения стресса, как саморегуляция психических состояний. Так, В.Я. Семке полагает, что определенное время проблема предупреждения профессионального стресса рассматривалась в более широком контексте и предусматривала изменение практически всех условий профессиональной деятельности. Вместе с тем, на сегодняшний день наблюдается усиление интереса решения данной проблемы путем применения различных способов самоуправления, а также саморегуляции. Автором отмечается, что в современных условиях, подготовка усовершенствованных техник саморегуляции с целью профилактики стресса открывает большие возможности в предупреждении широкого спектра стрессовых состояний, которые неустранимы только путем оптимизации условий профессиональной деятельности [113].

В подходе И.В. Купрыгина, С.О. Леоновой основными методами предупреждения стрессов являются нервно-мышечная релаксация, произвольная регуляция дыхания для снятия чрезмерного стресса. Также авторы предлагают метод мимических действий, прием психомоторных действий, самонаказа, действие переключения внимания, идеомоторную тренировку, аутогенную тренировку и пр. [67].

В.Н. Васильев среди методов предупреждения возникновения стрессовых состояний выделяет:

противострессовый режим дыхания;
аутогенная тренировка;

релаксационные состояния;
концентрацию и пр. [21].

Похожий подход прослеживается в работе А.Н. Занковского, который направлен на снижение уровня нервно-психического напряжения, регуляцию психических состояний с использованием упражнений на развитие воображаемых зрительных образов, визуализации, художественные методики, игровые психотехники [47].

Результаты исследований М.Н. Курасовой свидетельствуют о положительных результатах использования различными специалистами аутогенной тренировки во время учебного процесса. В результате уменьшается количество конфликтов, повышается уровень комфортности, появляется более стабильный позитивный настрой [68].

И.Г. Тимошук, Е.В. Улыбина и др. применяют различные виды тренинга как действующий метод предупреждения стрессов, в том числе и профессиональных. В частности, ученые предлагают процедуры тренингов, предназначенные для инокуляции стресса, повышения уверенности в себе, развития социальных навыков. Привлекают внимание отдельные методики воздействия на чувства, мысли и поведение: визуализация, подавление нежелательных эмоций, изменение мыслей и убеждений [126].

Н.М. Гончарук, как средство защиты от стресса предлагает тренинг психической саморегуляции, который включает в себя обучение способам диагностики состояния психики и личности, обучение основам мышечной релаксации, саморегуляции эмоциональных состояний с помощью установок и музыкальных медитаций, обучение приемам волевого самоконтроля и выдержки личности [33].

Г.В. Ложкин для защиты от стресса предлагает специальную психологическую программу, которая включает в себя

совокупность последовательных действий по оптимизации различных сфер личности:

- экологии духовного мира;
- экологии мыслей;
- экологии чувств;
- экологии бессознательного;
- экологии образа жизни [76].

Существуют и другие, довольно объемные направления профилактической и коррекционной работы с стрессовыми состояниями. При этом, в целях систематизации имеющегося опыта, рассмотрим их с учетом нескольких основных уровней воздействия на соответствующих специалистов, в том числе в период их подготовки:

- органический;
- психофизиологический;
- психологический.

Анализируя технологии воздействия в рамках органического уровня, полагается целесообразным заключить, что их целью является поддержание биологического равновесия организма (будущего) специалиста. Под воздействием стрессоров, равновесие может нарушаться и это способствует снижению сопротивляемости организма работника. На данном уровне, можно выделить ряд следующих, наиболее популярных профилактических технологий [79]:

антистрессовое питание - недостаточное питание, так же, как и избыточное и неравномерное снижают иммунные функции организма, что способствует повышенной утомляемости, снижению активности, работоспособности. Основные процедуры в рамках данной технологии направлены на осознание главных принципов питания и выработки таких навыков, которые будут способствовать повышению сопротивляемости организма специалиста к негативному воздействию внешней среды;

аутофиторегуляция - в основе технологии лежит применение лекарственных растений с целью нормализации физиологических функций и психофизиологического состояния специалиста в целом. При этом используются растения, содержащие адаптогены - особые вещества, которые повышают устойчивость организма к воздействию наиболее распространенных стрессоров. Их действие основано на повышении интенсивности обмена веществ, защите и стимуляции центров нервной и эндокринной регуляции специалиста. Кроме того, они выполняют стимулирующую функцию. В результате индивидуально подобранного комплексного применения этих веществ повышается физическая и умственная работоспособность, ускоряются процессы восстановления, тем самым повышается стрессоустойчивость работника;

физическая активность - общая физическая активность позволяет поддерживать оптимальное энергетическое состояние, развивать физические качества и, в целом, способствует сопротивляемости организма специалиста к стрессовому воздействию. Полезными в данной ситуации являются все виды циклических упражнений, т.е. бег, плавание, упражнения на развитие гибкости опорно-двигательного аппарата и пр.

Следующий выделенный нами уровень является психофизиологический. В рамках данного уровня, воздействие стрессоров объясняется как определенные изменения на физиологическом уровне, т.е. результат активности симпатического отдела нервной системы, который потом может проявляться в поведении специалиста. Такая реакция организма на внешнюю среду, как правило, трактуется как неспецифическая реакция организма или стрессовая реактивность. Длительное пребывание в подобном измененном состоянии негативно сказывается на организме специалиста в целом [77, 120]. В связи с этим, технологии воздействия на работника, которые приведены ниже, направлены на оперативное восстановление оптимального функционирования

организма после воздействия стрессоров или во время их действия [125]:

медитация - одна из самых практичных техник релаксации. Она представляет собой процедуру интенсивного рассуждения с целью проникновения в сущность объекта наблюдения путем созерцания, концентрации и сосредоточенности на этом объекте. Анализ литературы по исследуемой проблеме свидетельствует о наличии значительного положительного влияния регулярных медитативных занятий как на органическую, так и на психологическую сферу соответствующего специалиста;

техники дыхания - имеют огромное влияние на функциональное состояние организма специалиста. Произвольно изменяя режимы дыхания и количество циклов вдохов-выдохов за минуту, можно влиять на активность психической деятельности, это является результатом изменения пропорциональности поступления кислорода и углекислого газа в кровь. По результатам проведенных исследований было доказано, что определенные типы дыхания способствуют расслаблению и нормализации многих психофизиологических показателей;

прогрессивная мышечная релаксация - позволяет снять напряжение и восстановить чувство покоя. Кроме того, при длительном применении данной технологии наблюдается высокая эффективность в борьбе с головными болями, болями в спине и в преодолении тревожных, а также депрессивных состояний;

аутогенная тренировка - в его основе лежит принцип глубокого мышечного расслабления, которое положительно влияет на нормализацию психофизиологического состояния специалиста. Данная технология предусматривает систему упражнений, которые формируют способность специалиста вызывать яркие наглядно-образные представления. В основе лежит концепция взаимодействия сознательной и бессознательной части «Я» в жизнедеятельности работника. Множество исследований

показывают эффективность данной технологии при лечении мигрени, бессонницы, гипертонии, а также для преодоления тревожности и повышения сопротивляемости к стрессу;

биологическая обратная связь - данная технология предусматривает применение специальных устройств для отражения психофизиологических процессов, которые происходят в человеческом организме автоматически и могут не осознаваться. К функциям организма, которые с помощью этой технологии можно покорить сознательному (волевому) контролю относятся затылочный альфа-ритм, частота сердечных сокращений, артериальное давление, периферийное кровообращение, кожно-гальваническая реакция. При этом, с помощью этих устройств можно лишь зафиксировать реальное, объективное состояние организма, а регуляция этих функций происходит с помощью специальных техник релаксации (создания специальных зрительных образов, движений глаз, регуляции дыхания, расслабление и напряжение отдельных групп мышц, самовнушение и пр.). Важной особенностью данной технологии является возможность наблюдать объективные изменения в функциях, которые можно подчинить сознательному контролю. Это позволяет достаточно быстро овладеть техниками нормализации физиологического состояния организма. Множество исследований подтверждают эффективность данной технологии при лечении астмы, гипертонии, дистонии, мигреней, а также она позволяет регулировать психические состояния.

В целом все техники уровня психофизиологического воздействия направлены на активизацию парасимпатического отдела нервной системы. Это стимулирует восстановление защитных сил организма специалиста и позволяет быстро мобилизовать силы в ситуации воздействия сильного стрессора.

Заключительным выделенным уровнем является психологический. По мнению преобладающего количества исследователей, большинство психологических технологий, которые применяют в современных тренинговых программах по проблеме преодоления и профилактики профессионального стресса, базируются на когнитивно-бихевиоральном подходе. Это обусловлено несколькими особенностями самого феномена профессионального стресса [69]:

во-первых, стресс – это индивидуальная оценка сложной ситуации, т.е. причина его возникновения лежит в когнитивной сфере личности. Конечно, это утверждение никак не снижает роли индивидуально-психологических особенностей, которые накладывают свой отпечаток на формирование когнитивной карты личности. И, вместе с тем, активное воздействие на личность с целью преодоления стресса происходит именно в ее когнитивной сфере;

во-вторых, после восприятия стрессора, как угрожающей ситуации, последствия такой реакции проявляются, кроме органической сферы, и в поведении личности. Поэтому концептуально психологические техники борьбы с профессиональным стрессом содержат и блоки занятий, направленных на усвоение поведенческих навыков борьбы с этим явлением.

Проанализируем технологии, как правило, применяемые в рамках психологических тренингов, которые чаще всего встречаются в современных исследованиях и направлены на профилактику, а также преодоление профессионального стресса. Так, в основе большинства когнитивных подходов, которые применяют с целью профилактики профессионального стресса лежит когнитивная теория. Её общий вывод можно кратко сформулировать как события окружающего мира, которые люди оценивают через призму собственного восприятия. В свою очередь

особенности индивидуального восприятия и провоцируют появление стрессов [43].

В рамках данного подхода можно выделить технику анализа стресса, которая направлена на когнитивное осознание зависимости собственных поведенческих реакций, эмоционального состояния от особенностей субъективного восприятия стрессовой ситуации. Следствием применения этой техники является осознание особенностей собственных профессиональных стрессоров и взятие ответственности на себя за собственные эмоциональные и поведенческие реакции, обусловленные их влиянием [23, 78].

Следующей выделяемой техникой является техника выборочного восприятия, которая направлена на осознание специалистом особенностей своего восприятия окружающей среды и на раскрытие механизмов такого восприятия. В основе такой когнитивной концепции лежат следующие принципы:

воспринятая реальность – это не объективная реальность. Образ воспринятой реальности ограничен в силу особенностей сенсорных функций человека - слуха, зрения, обоняния;

интеграция сенсорных ощущений зависит от таких когнитивных процессов, как интеграция и дифференциация стимулов. Такая интерпретация может носить ложный характер;

человек имеет свойство применять автоматические, неадаптивные мысли без обдумывания и предварительной рефлексии. Они могут определять чувства, реакции на действия и обстоятельства, которые происходят;

неадаптивными мыслями можно управлять, изменяя их, или сознательно переключая их на другие;

по мере тренированности можно увеличивать степень осознания мыслей и научиться нести ответственность за их возникновение.

В целом, данная техника позволяет осознать ответственность и контролируемость личностных реакций на стрессоры [112, 117].

Техника позитивного мышления предполагает овладение техникой самонаблюдения, анализа причин собственных эмоциональных реакций и позволяет развить умение контролировать собственное психическое состояние. Еще одним из достижений этой техники является осознание специалистом мультивариативности собственного поведения и овладение техникой гибкого выбора стратегии реакций на то или иное событие. Таким образом, происходит более быстрая адаптация к стрессовой ситуации, что приводит к минимизации затрат внутренних ресурсов [99].

В рамках бихевиорального подхода, полагается целесообразным выделить тип техник, которые направлены на выработку поведенческих навыков, позволяющие профилактировать возникновение профессионального стресса и сводят к минимуму их негативное влияние. Так, техника самоменеджмент ставит целью максимальное использование возможностей специалиста с целью сознательного управления течением жизни, за счет планирования и контролируемости событий, которые возникают в течение суток, недели, месяца, года. Как следствие, повышается эффективность профессиональной деятельности, появляется осознание переживания тех или иных событий, расширяются возможности преодолевать стрессовые ситуации, как на работе, так и в личной жизни [83].

Техника управления временем, которая предполагает овладение специальными навыками, позволяющими эффективно распределять двадцать четыре часа в сутках для достижения личностных, профессиональных целей и способствует повышению эффективности собственной деятельности в целом [44].

Техника ассертивного поведения связана с развитием коммуникативных умений и такого качества, как уверенность в

себе. Кроме того, техника рассматривает причины возникновения неуверенного поведения, различия между уверенным, неуверенным и агрессивным типами поведения, а также она направлена на формирование навыков ассертивного поведения. Значительный акцент в технологии делается на овладение умением выражать уверенность как вербально, так и невербально. С точки зрения стресса уверенное поведение направлено на удовлетворение личных потребностей при сохранении позитивных межличностных взаимоотношений. В обратном случае, когда специалист ведет себя неуверенно или проявляет агрессивность, неудовлетворенные потребности могут стать стрессорами [60].

Интересным, в рамках настоящего исследования, является применение рационально-эмотивного подхода. Так, по мнению Е.П. Калмыкова, данный подход является наиболее эффективным для людей, способных к интроспекции, рефлексии, анализу своих мыслей. Одно из главных положений рационально-эмотивного подхода это знания о себе и мире, которые влияют на поведение, а поведение и его последствия влияют на представление о себе и мире. Мышление и эмоции настолько тесно связаны, что они обычно сопутствуют друг другу и имеют тенденцию принимать форму саморазвития. Таким образом, внутренние самовывдвижения людей могут генерировать и изменять их эмоции, личностные особенности. Исходя из этого, рационально-эмотивный подход выделяет три основных психологических аспекта функционирования индивида: мысли, чувства и поведение. Эти компоненты практически невозможно разделять, рассматривать по отдельности, так как они тесно взаимосвязаны. Поэтому рационально-эмотивный подход основан на единстве когнитивного, эмотивного и поведенческого компонентов [49].

Согласно теоретическим основам рационально-эмотивного подхода, расстройства в эмоциональной сфере являются результатом нарушений в когнитивной сфере. Возникновения

психологических проблем связано с функционированием системы иррациональных установок. Исходя из вышеизложенного, основной целью рационально-эмотивного подхода является установление и устранение системы патогенных интерпретаций, приводящих к нарушению эмоциональных и поведенческих реакций. Соответственно, в качестве основных задач этого подхода вступают:

исправление средств мышления, избавление от иррациональных идей;

обучение новому позитивному мышлению, формирование и развитие новой философии.

Рационально-эмотивное направление не является чисто интеллектуальным подходом. В нем делается акцент на взаимодействие чувств, поведения и когнитивного процесса, поэтому этот подход содержит в себе когнитивные, эмотивные и поведенческие техники. Основным методом рационально-эмотивного подхода является дискутирование иррациональных установок. Дискуссия содержит в себе отрицание и всестороннее рассмотрение необоснованных гипотез относительно себя, других и мира в целом и различается по характеру модальности: когнитивное, эмотивное и поведенческое дискутирование. Рационально-эмотивный подход характеризуется большим арсеналом психотехник, в том числе заимствованных из других направлений. Основной когнитивной техникой дискутирования является техника научного опроса (использование ума, логики и фактов при защите своих убеждений). Желательный когнитивный результат обсуждения определенных иррациональных убеждений и их производных - это составление оптимального набора предпочтительных убеждений или эффективных новой философии, связанных с каждым убеждением [129].

Таким образом, исходя из вышеизложенного полагается целесообразным заключить, что на сегодняшний день наблюдается

относительно большое разнообразие форм и методов проведения предупредительной работы, что в свою очередь предопределило отсутствие единого универсального подхода в этом направлении. Среди наиболее популярных можно выделить преимущественно не систематизированные комплексы профилактических мер, основанные, как правило, на учении гуманистической психологии. С учетом особенностей объекта настоящего исследования, полагается целесообразным также выделить рационально-эмотивный подход, который является наиболее эффективным для людей, способных к интроспекции, рефлексии, анализу своих мыслей. В связи с этим, рационально-эмотивные средства могут быть эффективными в работе с будущими врачами общей практики.

Кроме того, обобщая имеющийся опыт, можно выделить нескольких основных уровней воздействия в целях профилактики стресса в целом:

органический, в рамках которого активно применяется антистрессовое питание, аутофиторегуляция, физическая активность и пр.;

психофизиологический, в рамках которого активно применяется медитация, техники дыхания, прогрессивная мышечная релаксация, аутогенная тренировка, биологическая обратная связь и пр.;

психологический, в рамках которого активно применяются различные тренинги, как правило, базирующиеся на когнитивно-бихевиоральном подходе.

3.2. Программа тренинговых занятий по профилактике профессионального стресса у будущих врачей общей практики

Исходя из цели настоящего исследования, с учетом подготовленной структурной модели профессионального стресса врачей общей практики, в качестве методологической базы процесса профилактики изучаемого явления выступает учение гуманистической психологии К. Роджерса и А. Маслоу. Конкретной реализацией идей гуманистической психологии стало формирование адекватного самовосприятия, самоактуализации личности, развития коммуникативных особенностей, личностно адаптационного потенциала, снижения нервно-психического напряжения, ситуативной тревожности.

Кроме того, теоретической основой профилактики профессионального стресса у будущих врачей общей практики выступает когнитивное направление, в частности теория психологического стресса Р. Лазаруса, С. Фолкмена, а также рационально-эмотивный подход, разработанный А. Элисом. В рамках данных подходов центральным механизмом, который запускает стрессовую реакцию, является именно субъективная оценка, а эффективным способом профилактики является изменение восприятия основных аспектов когнитивной оценки рационально-эмотивными средствами, оптимизация, выделенных в рамках настоящего исследования, личностных детерминантов профессионального стресса врачей общей практики. В ходе проводимой работы применялся такой вид рационально-эмотивного подхода, который нацелен на обучение будущих врачей общей практики рациональному, адекватному поведению, продуктивному взаимодействию. Конкретные методики работы добирались с учетом выделенных в подготовленной структурной модели внешних и внутренних детерминантов, а также классификаций стрессоров, в основу

которых положен фактор контроля и выделяющих стрессоры как подлежащие контролю, стрессоры, не подлежащие контролю и стрессоры, воспринимаемые субъективно. Вышеизложенное направление отражает вероятные причины возникновения стресса, а в центре которого находятся факторы, которые субъективно оценены как стрессогенные. Таким образом, ориентируясь на это направление, выделяем наиболее оптимальные методы работы с данными группами стрессоров:

в работе с профессионально-межличностными наиболее адекватным является тренинг умений, т.е. социально-психологический тренинг общения и личностного роста;

работа с профессионально-социальными наиболее адекватными являются изменения оценки стрессогенных факторов как с помощью рационально-эмотивных средств, а также саморегуляции состояний, т.е. релаксационные, медитативные техники, аутогенная тренировка и пр.

Принцип индивидуального подхода, который реализуется в рамках настоящей работы, заключается в применении оптимального сочетания когнитивных, эмоциональных и поведенческих методов индивидуально для каждого обучаемого.

Таким образом, основываясь на подготовленную структурную модель профессионального стресса, с учетом вышеизложенного рассмотрения современных подходов, нами подготовлена программа тренинговых занятий «Психопрофилактика профессионального стресса» (приложение № 9). Основной целью подготовленной программы является профилактика профессионального стресса у будущих врачей общей практики. Исходя из цели сформулированы следующие основные задачи:

формирование системы знаний о профессиональном стрессе и путей управления стрессовыми состояниями;

развитие позитивного мышления и адекватной самооценки, самовосприятия, самоактуализации личности;

развития коммуникативных особенностей, личностно адаптационного потенциала, снижения нервно-психического напряжения, ситуативной тревожности;

обучение приемам бесконфликтного общения, предупреждение конфликта во врачебной деятельности, оптимального поведения в конфликтной ситуации;

развитие навыков конструктивного общения с пациентами;

развитие личностного и профессионального самоопределения;

обучение приемам саморегуляции.

Основу подготовленной программы составили 10 тренинговых занятий (таб. 3.1.) рассчитанные на 20 академических часа (каждое занятие до 2-х академических часа).

Таблица 3.1.

**Структура подготовленной программы тренинговых занятий
«Психопрофилактика профессионального стресса»**

№	Содержание тренинговых занятий	Время проведения
1.	Занятие № 1	90 мин
	Вводная часть: приветствие руководителя тренинга	15 мин
	Основная часть: упражнение №1.1. «Правила работы в тренинговой группе»; упражнение №1.2. «Мой символ»; упражнение №1.3. «Визитка».	60 мин
	Заключительная часть: подведение итогов.	15 мин
2.	Занятие № 2	90 мин
	Вводная часть: вступительное слово; мини-лекция «Сущность понятия профессиональный стресс».	15 мин
	Основная часть:	60 мин

№	Содержание тренинговых занятий	Время проведения
	упражнение № 2.1. «Зоопарк»; упражнение № 2.2. «Контраргументы»; упражнение № 2.3. «Основные стрессоры в профессиональной деятельности врача общей практики».	
	Заключительная часть: подведение итогов.	15 мин
	Занятие № 3	90 мин
	Вводная часть: вступительное слово; мини-лекция «Причины возникновения профессионального стресса».	15 мин
3.	Основная часть: упражнение № 3.1. «Решение профессиональных ситуаций»; упражнение № 3.2. «Этюды конфликтных ситуаций»; упражнение № 3.3. «Странствия во времени».	60 мин
	Заключительная часть Подведение итогов	15 мин
	Занятие № 4	90 мин
	Вводная часть: вступительное слово; мини-лекция «Влияние профессионального стресса на организм и психологическое состояние врача общей практики».	15 мин
4.	Основная часть: упражнение № 4.1. «Круги»; упражнение № 4.2. «Антистрессовый режим дня»; упражнение № 4.3. «Позитивное мышление».	60 мин
	Заключительная часть:	15 мин

№	Содержание тренинговых занятий	Время проведения
	подведение итогов.	
	Занятие № 5	90 мин
	Вводная часть: вступительное слово; мини-лекция «Профессиональный стресс в деятельности врача общей практики».	15 мин
5.	Основная часть упражнение № 5.1. «Антистрессовая релаксация»; упражнение № 5.2. «Охрана психического здоровья врача общей практики»; упражнение № 5.3. «Дневник стрессоров».	60 мин
	Заключительная часть: подведение итогов.	15 мин
	Занятие № 6	90 мин
	Вводная часть: вступительное слово; мини-лекция «Средства психодиагностики профессионального стресса».	15 мин
6.	Основная часть: упражнение № 6.1. «Волшебная лавка»; упражнение № 6.2. «Профессиональные стрессоры врача общей практики»; упражнение № 6.3. «Антистрессовое питание».	60 мин
	Заключительная часть: подведение итогов.	15 мин
	Занятие № 7	90 мин
	Вводная часть: вступительное слово; мини-лекция «Уровни профессионального стресса».	15 мин
7.	Основная часть: упражнение № 7.1. «Дерево»;	60 мин

№	Содержание тренинговых занятий	Время проведения
	упражнение № 7.2. «Прогрессивная мышечная релаксация»; упражнение № 7.3. «Проблемные ситуации».	
	Заключительная часть: подведение итогов.	15 мин
	Занятие № 8	90 мин
	Вводная часть: вступительное слово; мини-лекция «Личностные детерминанты профессионального стресса у врачей общей практики».	15 мин
8.	Основная часть упражнение № 8.1. «Мобилизация»; упражнение № 8.2. «Самоменеджмент преодоления профессионального стресса»; упражнение № 8.3. «Поглотители моего рабочего времени».	60 мин
	Заключительная часть: подведение итогов.	15 мин
	Занятие № 9	90 мин
	Вводная часть: вступительное слово; мини-лекция «Структурная модель профессионального стресса врачей общей практики».	15 мин
9.	Основная часть: упражнение № 9.1. «Концентрация на медитативном дыхании»; упражнение № 9.2. «Автоматические мысли»; упражнение № 9.3. «Позитивные мысли».	60 мин
	Заключительная часть: подведение итогов.	15 мин
	Занятие № 10	90 мин
10.	Вводная часть: вступительное слово;	15 мин

№	Содержание тренинговых занятий	Время проведения
	мини-лекция «Формы и методы профилактики профессионального стресса».	
	Основная часть: упражнение № 10.1. «Как изменить ход мыслей»; упражнение № 10.2. «Мой способ борьбы со стрессом»; упражнение № 10.3. «Антистрессовый стиль жизни!».	60 мин
	Заключительная часть: подведение итогов.	15 мин
	Итого:	900 мин (20 академических часов)

Каждое тренинговое занятие предусматривает три структурные части:

вводная часть, в рамках которой объявлялась тема тренингового занятия, проводились обсуждение организационных вопросов и мини-лекции по актуальным темам профилактики профессионального стресса;

основная часть, в рамках которой проводились тренинговые упражнения;

заключительная часть, в рамках которой проводились подведение итогов, закрепление пройденного материала, упражнения на рефлекссию и пр.

Рассмотрим более подробно основные содержательные элементы программы тренинговых занятий. Так, девять мини-лекций предусматривают рассмотрение следующих основных положений аспекта профессионального стресса во врачебной деятельности:

сущность понятия профессиональный стресс;

причины возникновения профессионального стресса;

влияние профессионального стресса на организм и психологическое состояние врача общей практики;

профессиональный стресс в деятельности врача общей практики;

средства психодиагностики профессионального стресса;

уровни профессионального стресса;

личностные детерминанты профессионального стресса у врачей общей практики;

структурная модель профессионального стресса врачей общей практики;

формы и методы профилактики профессионального стресса.

При этом, особое внимание уделялось особенностям возникновения и протекания профессионального стресса у врачей общей практики. Рассматривались эффективные пути регуляции стрессовых состояний, в рамках которых освещались вопросы профилактики и коррекции психических состояний, основы саморегуляции.

Следующим содержательным элементом подготовленной программы тренинговых занятий являются тридцать упражнений, направленных на поэтапное достижение поставленной цели. Их подбор осуществлялся по принципу соответствия сформулированным задачам программы, практической эффективности и приемлемости с учетом объекта настоящего исследования. Кроме того, исходя из специфики предмета исследования, содержание упражнений претерпели частичную модернизацию, что существенно облегчило процесс практического применения при групповой работе.

Упражнения первого занятия носят в большей степени подготовительно-ознакомительный характер и проводились по классической форме социально-психологического тренинга с целью знакомства с обучаемыми, установления оптимальных правил работы в группе, создание необходимой доверительной

атмосферы, а также раскрытия индивидуальности всех участников. Упражнения второго занятия направлены на актуализацию восприятия и привлечения к общегрупповому процессу, развитие положительного самовосприятия, саморефлексии, формирование и развитие конструктивных форм поведения в условиях насыщенности разнообразными коммуникативными ситуациями. Кроме того, данные упражнения знакомят обучаемых с реалиями профессиональной деятельности врача общей практики, позволяют выработать навыки объективной оценки стрессовых детерминантов врачебной деятельности. Реализация упражнений третьего и четвертого занятия направлена на:

- развитие умений оценивать и всесторонне анализировать имеющиеся условия;

- формирование навыков конструктивного общения, предупреждение возникновения конфликта;

- оптимизация линии поведения, определение основных жизненных целей, развитие потребности и умения определять перспективы и пути профессионально-личностного роста;

- развитие навыков планирования жизнедеятельности на антистрессовой основе, позитивного мышления;

- определение индивидуальных методов снятия психоэмоционального напряжения.

В рамках упражнений пятого, шестого, седьмого, восьмого и девятого занятия предусмотрено, как правило, освоение различных антистрессовых техник:

- достижение релаксационного состояния;

- определение методов снижения эмоционального напряжения врача общей практики;

- освоение техники осознания собственных стрессоров;

- создание настроения на активное рассуждение о действительных целях и смысле жизни;

- освоение техники антистрессового питания;

формирование внутренней стабильности, баланса нервно-психических процессов, освобождение от травмирующих ситуаций

освоение техники произвольного расслабления тех мышц, которые напрягаются в стрессовых ситуациях и провоцируют появление чувства дискомфорта и тревоги;

освоение техники рационального поведения;

освоение техники самоменеджмента преодоления профессионального стресса;

освоение техники управления временем;

освоение техники по расслаблению, ритмизации дыхательного процесса, повышению внутренней стабильности, достижению гармонии эмоциональных реакций;

освоение техники автоматические мысли;

освоение техники позитивные мысли.

Упражнения заключительного занятия (десятого) направлены преимущественно на закрепление достигнутых результатов, актуализации продолжения самостоятельной работы по дальнейшему развитию (совершенствованию) антистрессовых детерминантов, обоснованной выработки собственных антистрессовых мероприятий.

Таким образом, исходя из вышеизложенного полагается целесообразным заключить, что в целях профилактики профессионального стресса у будущих врачей общей практики была подготовлена программа тренинговых занятий «Психопрофилактика профессионального стресса» основу которой составили десять тренинговых занятий, рассчитанные на 20 академических часов. Для поэтапного достижения поставленной цели, облегчения процесса организации групповой работы, каждое тренинговое занятие содержит вводную, основную и заключительную части, в рамках которых предусмотрена реализация девяти мини-лекций и тридцати специальных упражнений по соответствующим

тематикам. Кроме того, заключительная часть каждого занятия предусматривает подведение итогов и закрепление пройденного материала с помощью рефлексивной техники.

3.3. Эффективность программы тренинговых занятий по профилактике профессионального стресса у будущих врачей общей практики

В целях исследования эффективности подготовленной программы тренинговых занятий, было организовано и проведено эмпирическое исследование, в котором приняло участие 195 будущих врачей общей практики, третьего, четвертого и пятого курса обучения, как женского, так и мужского пола. Для сравнимости получаемых данных, вся выборка эмпирического исследования была разделена на группы сравнения, т.е. на (рис. 3.1, приложение № 10):

экспериментальную группу ($n=98$), респонденты которой непосредственно приняли участие в проведении подготовленной программы тренинговых занятий;

контрольную группу ($n=97$), респонденты которой в проведении подготовленной программы тренинговых занятий не участвовали.

Программа тренинговых занятий проводилась два раза в неделю на протяжении полутора месяцев. До и после проведения тренинговых занятий, респонденты как экспериментальной, так и контрольной группы были обследованы с помощью следующего психодиагностического инструментария:

Опросник определения нервно-психического напряжения Т.А. Немчина (приложение № 3) [89];

Тест-опросник коммуникативного контроля М. Шнайдера (приложение № 4) [134];

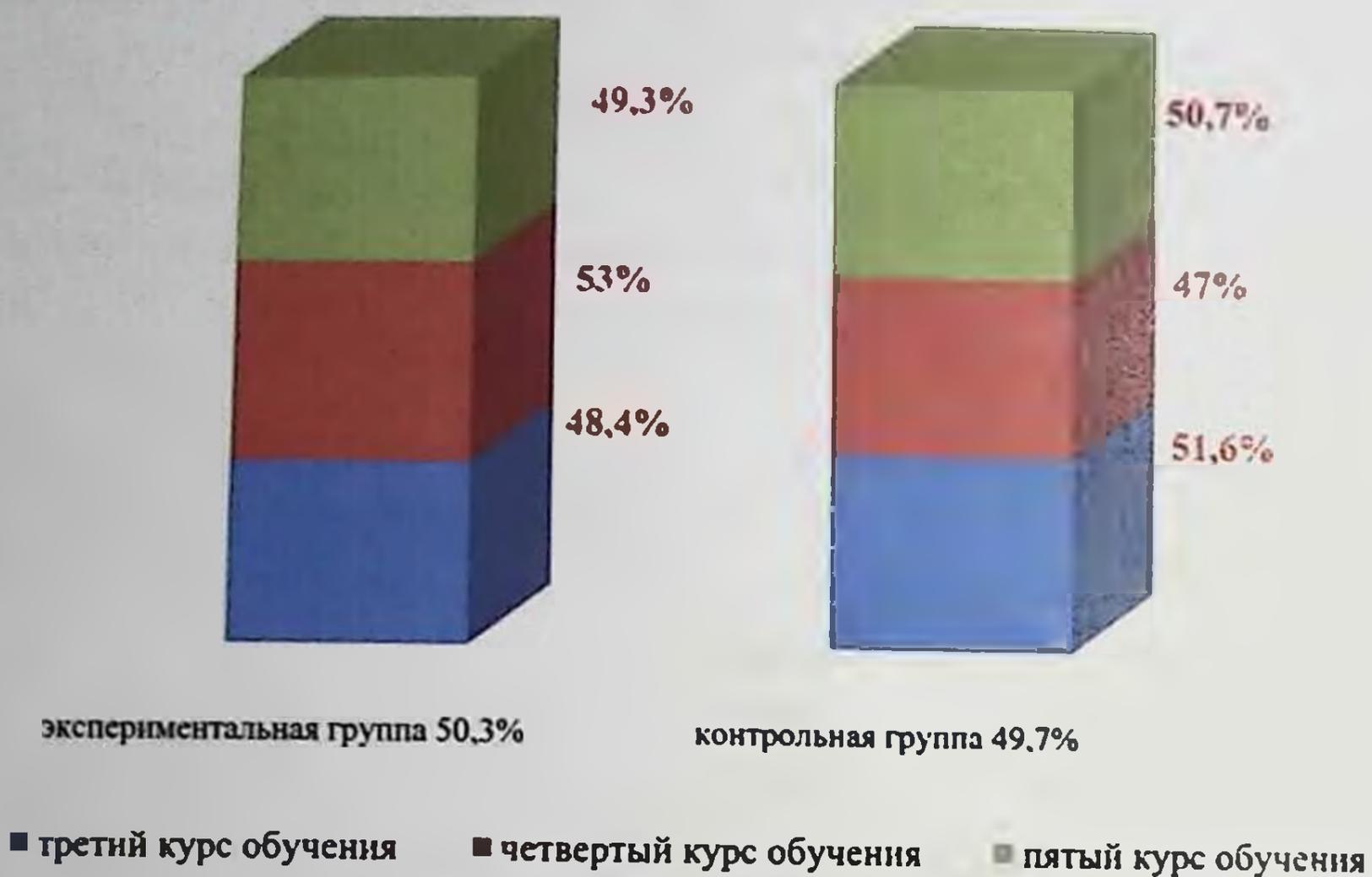


Рис. 3.1. Характеристика выборки эмпирического исследования по полу (n=195)

Многоуровневого личностного опросника (МЛО) «Адаптивность» А.Г. Маклакова, С.В. Чермянина (приложение № 5) [103].

Тест исследования тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина (приложение № 6) [11].

Выбор вышеизложенного психодиагностического инструментария обусловлен содержательной основой подготовленной модели профессионального стресса врачей общей практики, которая по своей сути раскрывает структуру цели разработанной программы тренинговых занятий по профилактики изучаемого явления у будущих специалистов.

Кроме того, в целях усиления психодиагностических результатов, нами был также применен Тест-опросник стрессоустойчивости С. Коухена и Г. Виллиансона (приложение № 11) [66].

Проведенный анализ результатов первого психодиагностического обследования показал (приложение № 12, 13), что респонденты как экспериментальной (n=98), так и контрольной (n=97) группы, до проведения программы тренинговых занятий по основным диагностическим показателям практически не отличались, что свидетельствует о должных условиях для проведения дальнейшего сравнительного анализа (таб. 3.1, 3.2).

Таблица 3.2

Обобщенные результаты психодиагностического обследования будущих врачей общей практики до проведения программы тренинговых занятий (n=195)

Наименование групп сравнения	Низкий уровень		Средний уровень		Высокий уровень		Всего	
	кол	в %	кол	в %	кол	в %	кол	в %
Опросник определения нервно-психического напряжения Т.А. Немчина								
Экспериментальная группа	9	9,2	40	40,8	49	50,0	98,0	100
Контрольная группа	10	10,3	38	39,2	49	50,5	97,0	100
Тест-опросник коммуникативного контроля М. Шнайдера								
Экспериментальная группа	37	37,8	52	53,1	9	9,2	98,0	100
Контрольная группа	35	36,1	54	55,7	8	8,2	97,0	100
Многоуровневого личностного опросника (МЛО) «Адаптивность» А.Г. Маклакова, С.В. Чермянина (шкала личностный адаптационный потенциал)								
Экспериментальная группа	8	8,2	80	81,6	10	10,2	98,0	100
Контрольная группа	8	8,2	81	83,5	8	8,2	97,0	100
Многоуровневого личностного опросника (МЛО) «Адаптивность» А.Г. Маклакова, С.В. Чермянина (шкала коммуникативные особенности)								

Наименование групп сравнения	Низкий уровень		Средний уровень		Высокий уровень		Всего	
	кол	в %	кол	в %	кол	в %	кол	в %
Экспериментальная группа	12	12,2	77	78,6	9	9,2	98,0	100
Контрольная группа	14	14,4	73	75,3	10	10,3	97,0	100
Тест исследования тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина (шкала ситуативная тревожность)								
Экспериментальная группа	6	6,1	71	72,4	21	21,4	98,0	100
Контрольная группа	6	6,2	73	75,3	18	18,6	97,0	100
Тест исследования тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина (шкала личностная тревожность)								
Экспериментальная группа	10	10,2	83	84,7	5	5,1	98,0	100
Контрольная группа	11	11,3	82	84,5	4	4,1	97,0	100

Кроме того, однородность выборки по психодиагностическим показателям подтверждается и статистически согласно результатам анализа равенства средних значений в экспериментальной и контрольной группах по t-критерию Стьюдента (приложение № 14).

**Обобщенные результаты
психодиагностического обследования будущих врачей общей
практики по Тест-опроснику стрессоустойчивости С. Коухена
и Г. Виллиансона до проведения программы тренинговых
занятий (n=195)**

Наименование групп сравнения	Низкий уровень		Ниже среднего уровня		Средний уровень		Выше среднего уровня		Высокий уровень	
	кол	в %	кол	в %	кол	в %	кол	в %	кол	в %
Экспериментальная группа	17	17,3	24	24,5	50	51,0	4	4,1	3	3,1
Контрольная группа	14	14,4	19,0	19,6	51	52,6	7	7,2	6	6,2
Всего	31	15,9	43	22,1	101	51,8	11	5,6	9	4,6

Проведенный анализ результатов первого и второго психо-диагностического обследования показал (приложение № 12, 13), что по итогам проведения программы тренинговых занятий у будущих врачей общей практики экспериментальной группы (n=98) существенно улучшилась выраженность ранее выделенного комплекса индивидуально-психологических особенностей интерпретированного как группа личностных детерминантов профессионального стресса. Так, количество респондентов с высоким уровнем проявления нервно-психического напряжения (диагностированного с помощью Опросника определения нервно-психического напряжения Т.А. Немчина) снизилось с 50 % (49 чел. - до проведения программы тренинговых занятий) до 8,2 % (8 чел. - после проведения программы тренинговых занятий). Соответственно, будущих врачей общей практики со средним и

низким уровнем проявления нервно-психического напряжения повысилось с 50 % (49 чел. - до проведения программы тренинговых занятий) до 91,8 % (90 чел. - после проведения программы тренинговых занятий) (рис. 3.2).



■ высокий уровень проявления ■ средний уровень проявления ■ низкий уровень проявления

Рис. 3.2. Динамика уровня проявления нервно-психического напряжения у будущих врачей общей практики экспериментальной группы до и после проведения программы тренинговых занятий (n=98)

Количество респондентов с низким уровнем проявления коммуникативного контроля (диагностированного с помощью Тест-опросника коммуникативного контроля М.Шнайдера) в результате проведенных тренинговых занятий снизилось с 37,8 % (37 чел. - до проведения программы тренинговых занятий) до 7,1 % (7 чел. - после проведения программы тренинговых занятий). Со средним уровнем проявления увеличилось, с 53,1 % (52 чел. - до проведения программы тренинговых занятий) до 70,4 % (69 чел. - после проведения программы тренинговых занятий). С высоким уровнем

проявления увеличилось с 9,2 % (9 чел. - до проведения программы тренинговых занятий) до 22,4 % (22 чел. - после проведения программы тренинговых занятий) (рис. 3.3).



Рис. 3.3. Динамика уровня проявления коммуникативного контроля у будущих врачей общей практики экспериментальной группы до и после проведения программы тренинговых занятий (n=98)

Количество респондентов с низким уровнем адаптационного потенциала (диагностированного с помощью Многоуровневого личностного опросника «Адаптивность» А.Г.Маклакова, С.В.Чермянина) снизилось с 8,2 % (8 чел. - до проведения программы тренинговых занятий) до 4,1 % (4 чел. - после проведения программы тренинговых занятий). Со средним уровнем снизилось с 81,6 % (80 чел. - до проведения программы тренинговых занятий) до 33,7 % (33 чел. - после проведения программы тренинговых занятий). Соответственно с высоким уровнем

выраженности адаптационного потенциала существенно увеличилось с 10,2 % (10 чел. - до проведения программы тренинговых занятий) до 62,2 % (61 чел. - после проведения программы тренинговых занятий) (рис. 3.4).

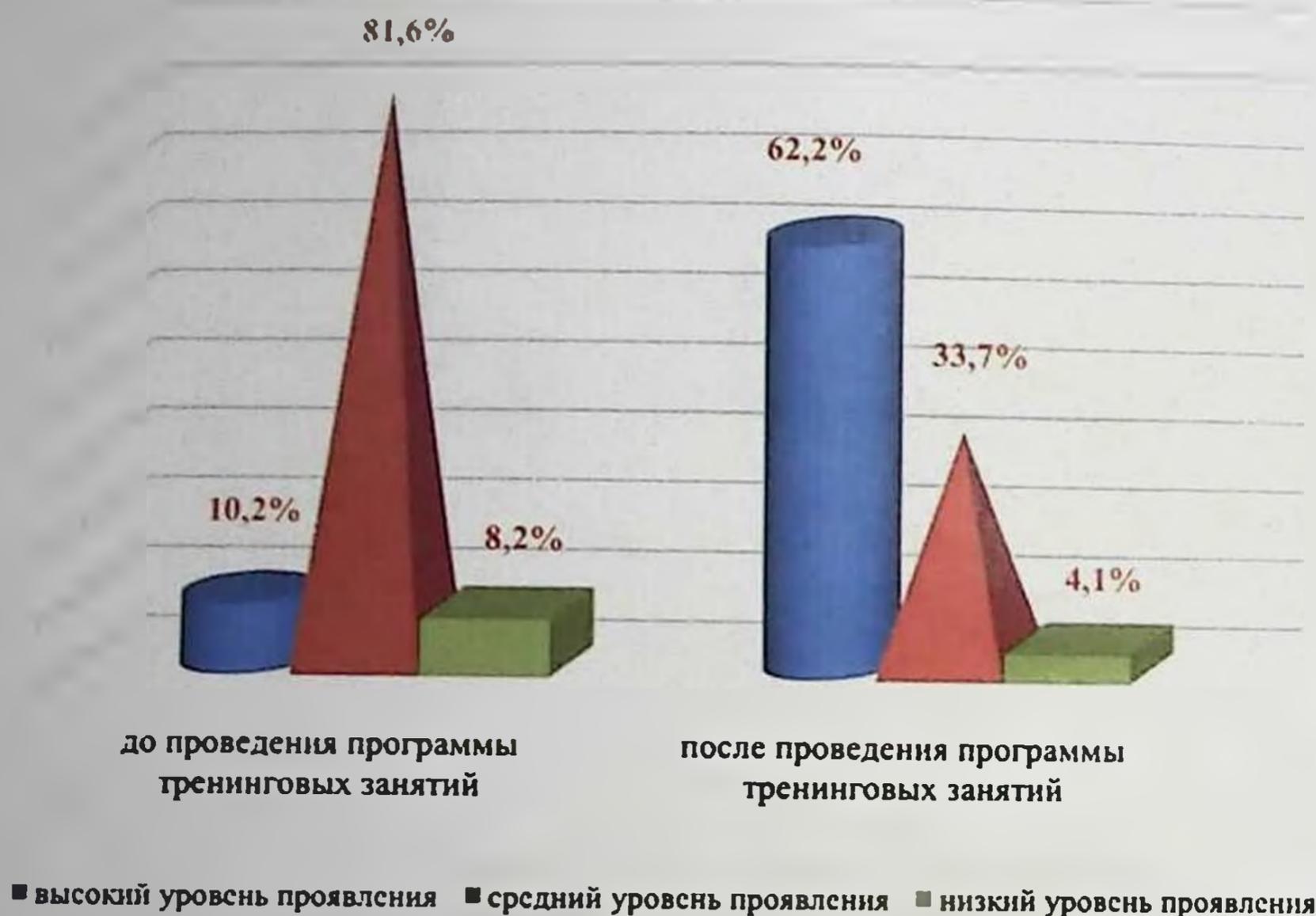


Рис. 3.4. Динамика уровня проявления личностного адаптационного потенциала у будущих врачей общей практики экспериментальной группы до и после проведения программы тренинговых занятий (n=98)

Количество респондентов с ниже среднего уровня проявления коммуникативных особенностей (диагностированных с помощью Многоуровневого личностного опросника «Адаптивность» А.Г.Маклакова, С.В.Чермянина) снизилось с 12,2 % (12 чел. - до проведения программы тренинговых занятий) до 2 % (2 чел. - после проведения программы тренинговых занятий). Со средним

уровнем снизилось с 78,6 % (77 чел. - до проведения программы тренинговых занятий) до 33,7 % (33 чел. - после проведения программы тренинговых занятий). С выше среднего уровнем проявления коммуникативных особенностей увеличилось с 9,2 % (9 чел. - до проведения программы тренинговых занятий) до 64,3 % (63 чел. - после проведения программы тренинговых занятий) (рис. 3.5).

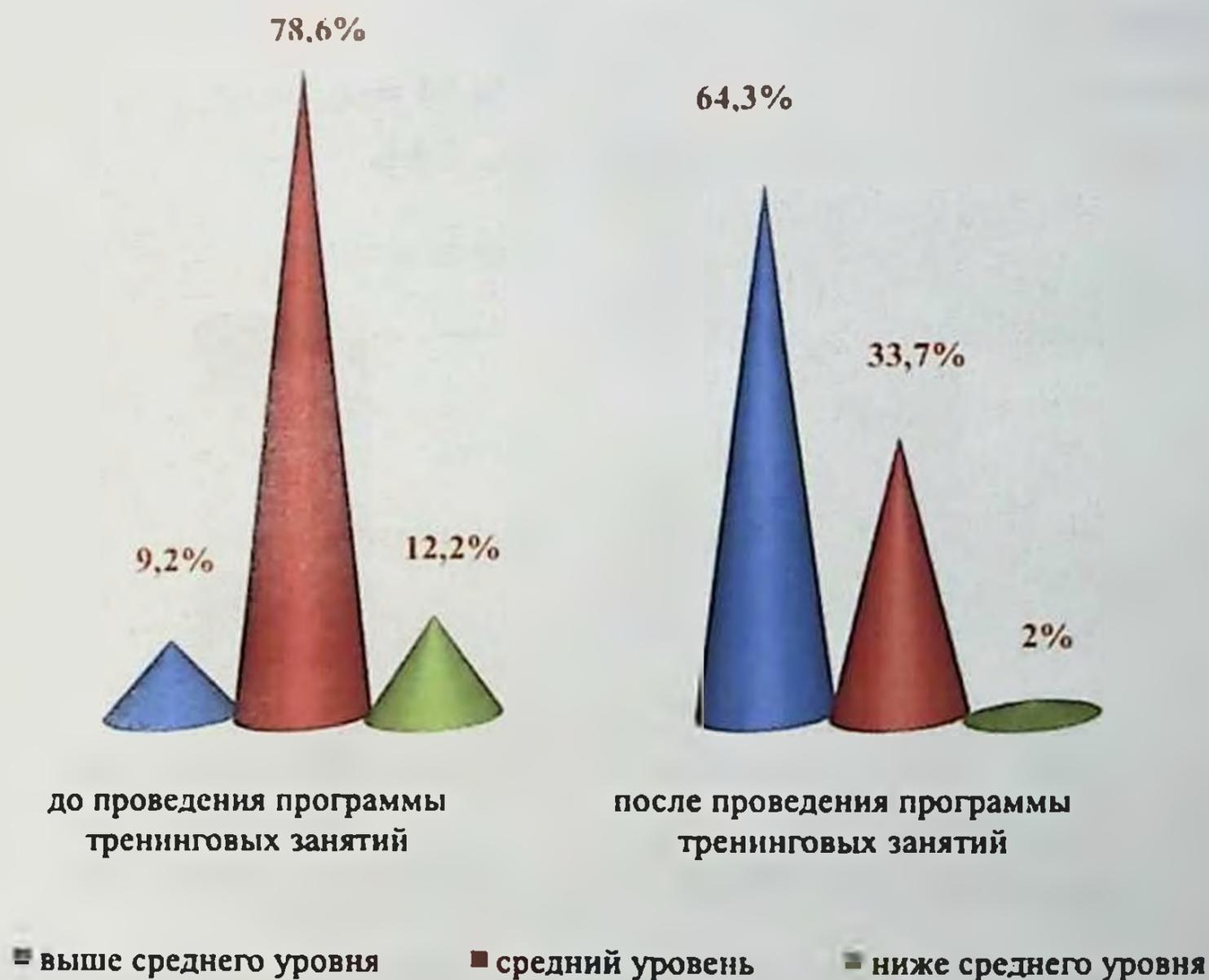


Рис. 3.5. Динамика уровня проявления коммуникативных особенностей будущих врачей общей практики экспериментальной группы до и после проведения программы тренинговых занятий (n=98)

Количество будущих врачей общей практики с низким уровнем проявления ситуативной тревожности (диагностированной с

помощью Теста исследования тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина) увеличилось с 6,1 % (6 чел. - до проведения программы тренинговых занятий) до 19,4 % (19 чел. - после проведения программы тренинговых занятий). Со средним уровнем незначительно увеличилось, с 72,4 % (71 чел. - до проведения программы тренинговых занятий) до 76,5 % (75 чел. - после проведения программы тренинговых занятий). Соответственно, с высоким уровнем проявления ситуативной тревожности существенно снизилось с 21,4 % (21 чел. - до проведения программы тренинговых занятий) до 4,1 % (4 чел. - после проведения программы тренинговых занятий) (рис. 3.6).



Рис. 3.6. Динамика уровня проявления ситуативной тревожности будущих врачей общей практики экспериментальной группы до и после проведения программы тренинговых занятий (n=98)

Вместе с тем, подобной позитивной динамики не наблюдалось среди будущих врачей общей практики, которые не привлекались к подготовленной программе тренинговых занятий. Так, у респондентов контрольной группы (n=97) уровень проявления нервно-психического напряжения (диагностированного с помощью Опросника определения нервно-психического напряжения Т.А. Немчина) остался практически без значимых изменений (рис. 3.7.):

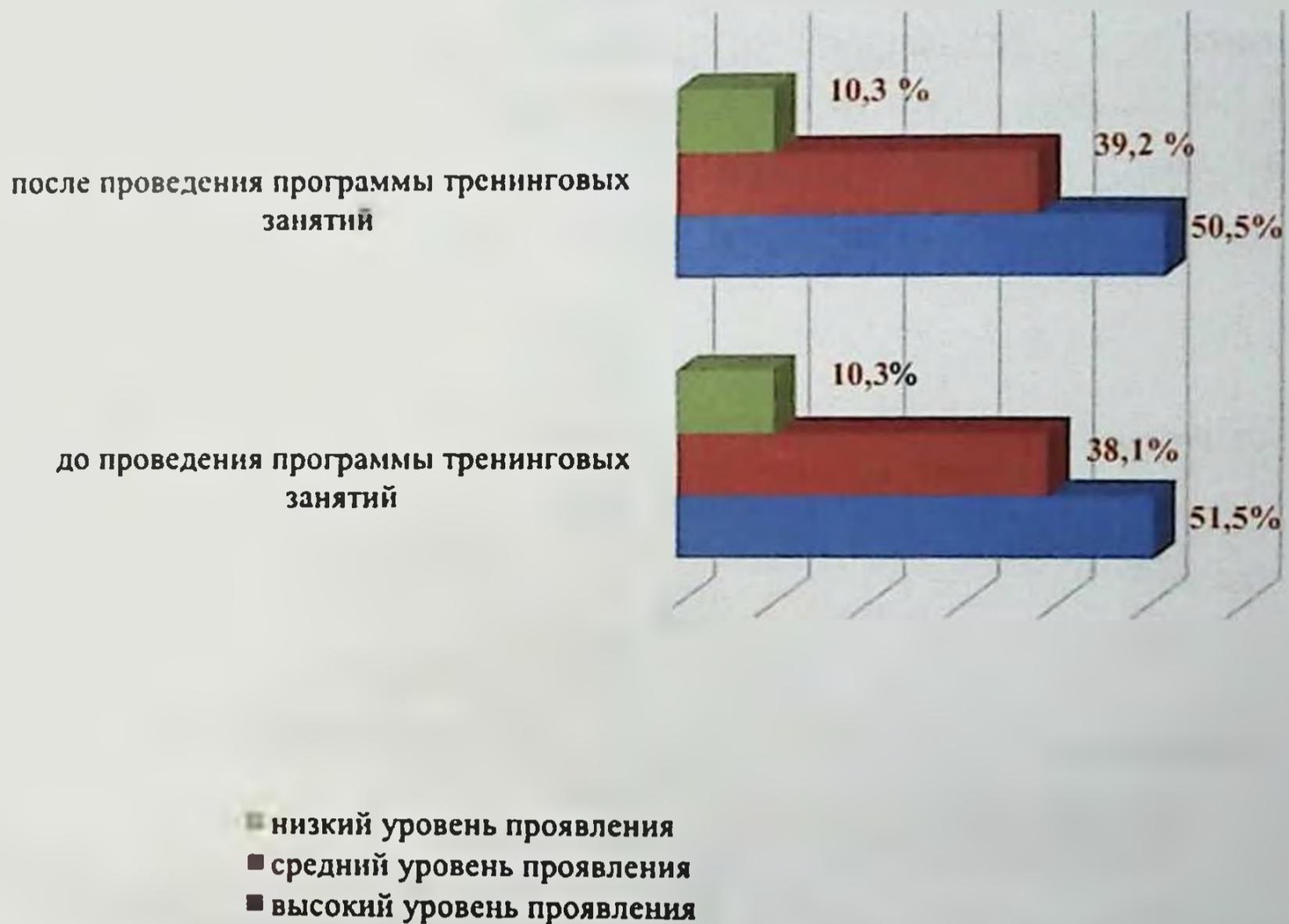


Рис. 3.7. Динамика уровня проявления нервно-психического напряжения у будущих врачей общей практики контрольной группы до и после проведения программы тренинговых занятий (n=97)

низкий уровень нервно-психического напряжения: до проведения программы тренинговых занятий - 10,3 % (10 чел.),

после проведения программы тренинговых занятий - 10,3 % (10 чел.);

средний уровень нервно-психического напряжения: до проведения программы тренинговых занятий - 39,2 % (38 чел.), после проведения программы тренинговых занятий - 38,1 % (37 чел.);

высокий уровень нервно-психического напряжения: до проведения программы тренинговых занятий - 50,5 % (49 чел.), после проведения программы тренинговых занятий - 51,5 % (50 чел.).

Уровень коммуникативного контроля (диагностированного с помощью Тест-опросника коммуникативного контроля М. Шнайдера) также не претерпел существенных изменений в контрольной группе (n=97) (рис. 3.8):

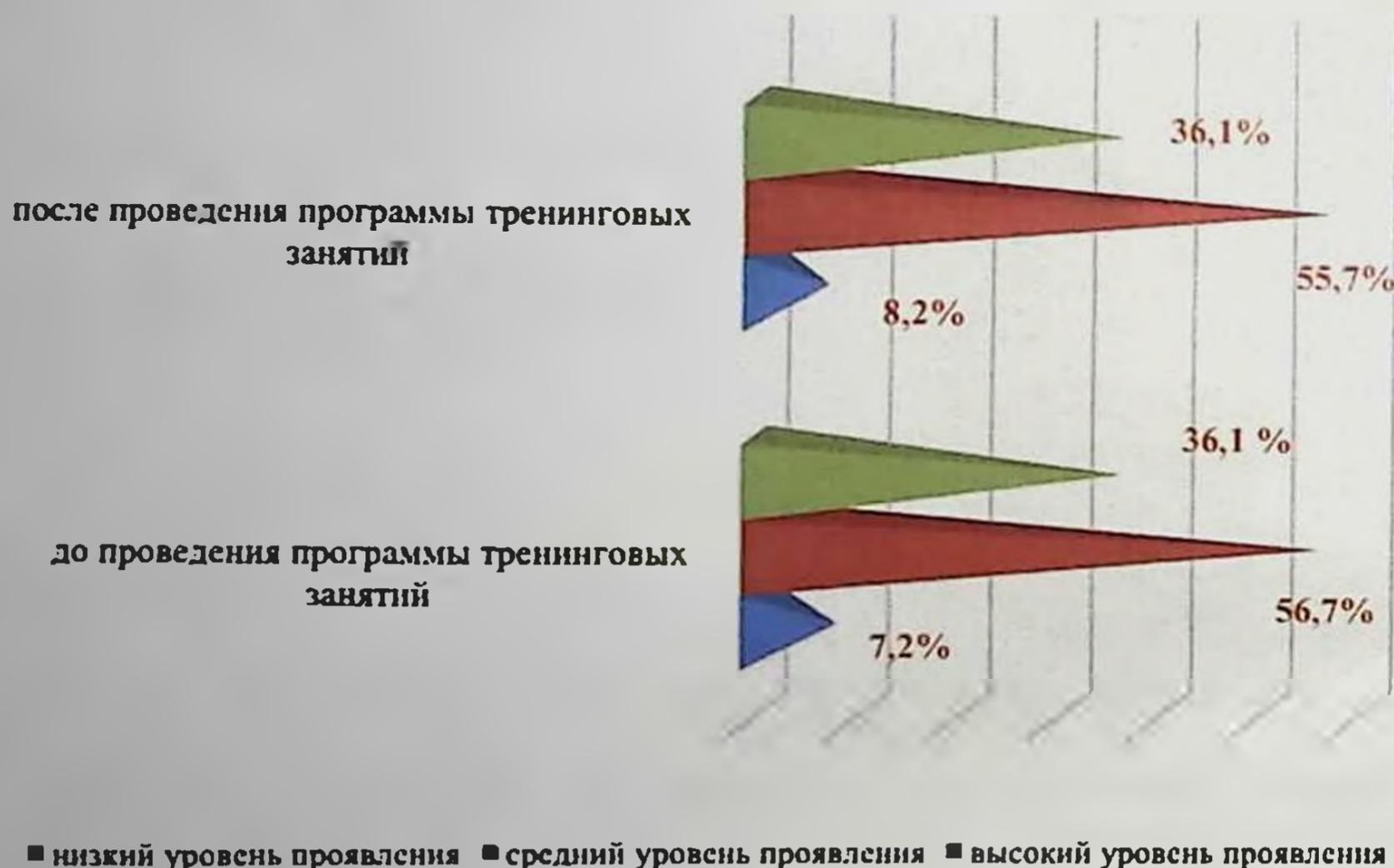


Рис. 3.8. Динамика уровня проявления коммуникативного контроля у будущих врачей общей практики контрольной группы до и после проведения программы тренинговых занятий (n=97)

низкий уровень коммуникативного контроля: до проведения программы тренинговых занятий - 36,1 % (35 чел.), после проведения программы тренинговых занятий - 36,1 % (35 чел.);

средний уровень коммуникативного контроля: до проведения программы тренинговых занятий - 55,7 % (54 чел.), после проведения программы тренинговых занятий - 56,7 % (55 чел.);

высокий уровень коммуникативного контроля: до проведения программы тренинговых занятий - 8,2 % (8 чел.), после проведения программы тренинговых занятий - 7,2 % (7 чел.).

Уровень адаптационного потенциала (диагностированного с помощью Многоуровневого личностного опросника «Адаптивность» А.Г. Маклакова, С.В. Чермянина) среди респондентов контрольной группы (n=97) остался без значимых изменений (рис. 3.9):



Рис. 3.9. Динамика уровня проявления адаптационного потенциала у будущих врачей общей практики контрольной группы до и после проведения программы тренинговых занятий (n=97)

низкий уровень адаптационного потенциала: до проведения программы тренинговых занятий - 8,2 % (8 чел.), после проведения программы тренинговых занятий - 9,3 % (9 чел.);

средний уровень адаптационного потенциала: до проведения программы тренинговых занятий - 83,5 % (81 чел.), после проведения программы тренинговых занятий - 82,5 % (80 чел.);

высокий уровень адаптационного потенциала: до проведения программы тренинговых занятий - 8,2 % (8 чел.), после проведения программы тренинговых занятий - 8,2 % (8 чел.).

Коммуникативные особенности респондентов контрольной группы (диагностированные с помощью Многоуровневого личностного опросника «Адаптивность» А.Г. Маклакова, С.В. Чермянина) не претерпели существенных изменений (рис. 3.10):



Рис. 3.10. Динамика уровня проявления коммуникативных особенностей у будущих врачей общей практики контрольной группы до и после проведения программы тренинговых занятий (n=97)

ниже среднего уровня проявления коммуникативных особенностей: до проведения программы тренинговых занятий - 14,4 % (14 чел.), после проведения программы тренинговых занятий - 15,5 % (15 чел.);

средний уровень проявления коммуникативных особенностей: до проведения программы тренинговых занятий - 75,3 % (73 чел.), после проведения программы тренинговых занятий - 80,4 % (78 чел.);

высокий уровень проявления коммуникативных особенностей: до проведения программы тренинговых занятий - 10,3 % (10 чел.), после проведения программы тренинговых занятий - 4,1 % (4 чел.).

Уровень тревожности (диагностированный с помощью Теста исследования тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина) также не претерпели существенных изменений в контрольной группе. Так, проявления ситуативной тревожности на:

низком уровне до проведения программы тренинговых занятий составило 6,2 % (6 чел.), а после проведения программы тренинговых занятий составило 7,2 % (7 чел.);

среднем уровне до проведения программы тренинговых занятий составило 75,3 % (73 чел.), а после проведения программы тренинговых занятий составило 71,1 % (69 чел.);

высоком уровне до проведения программы тренинговых занятий составило 18,6 % (18 чел.), а после проведения программы тренинговых занятий составило 21,6 % (21 чел.) (рис. 3.11).

Проявления личностной тревожности на:

низком уровне до проведения программы тренинговых занятий составило 11,3 % (11 чел.), а после проведения программы тренинговых занятий составило 11,3 % (11 чел.);

среднем уровне до проведения программы тренинговых занятий составило 84,5 % (82 чел.), а после проведения программы тренинговых занятий составило 82,5 % (80 чел.);

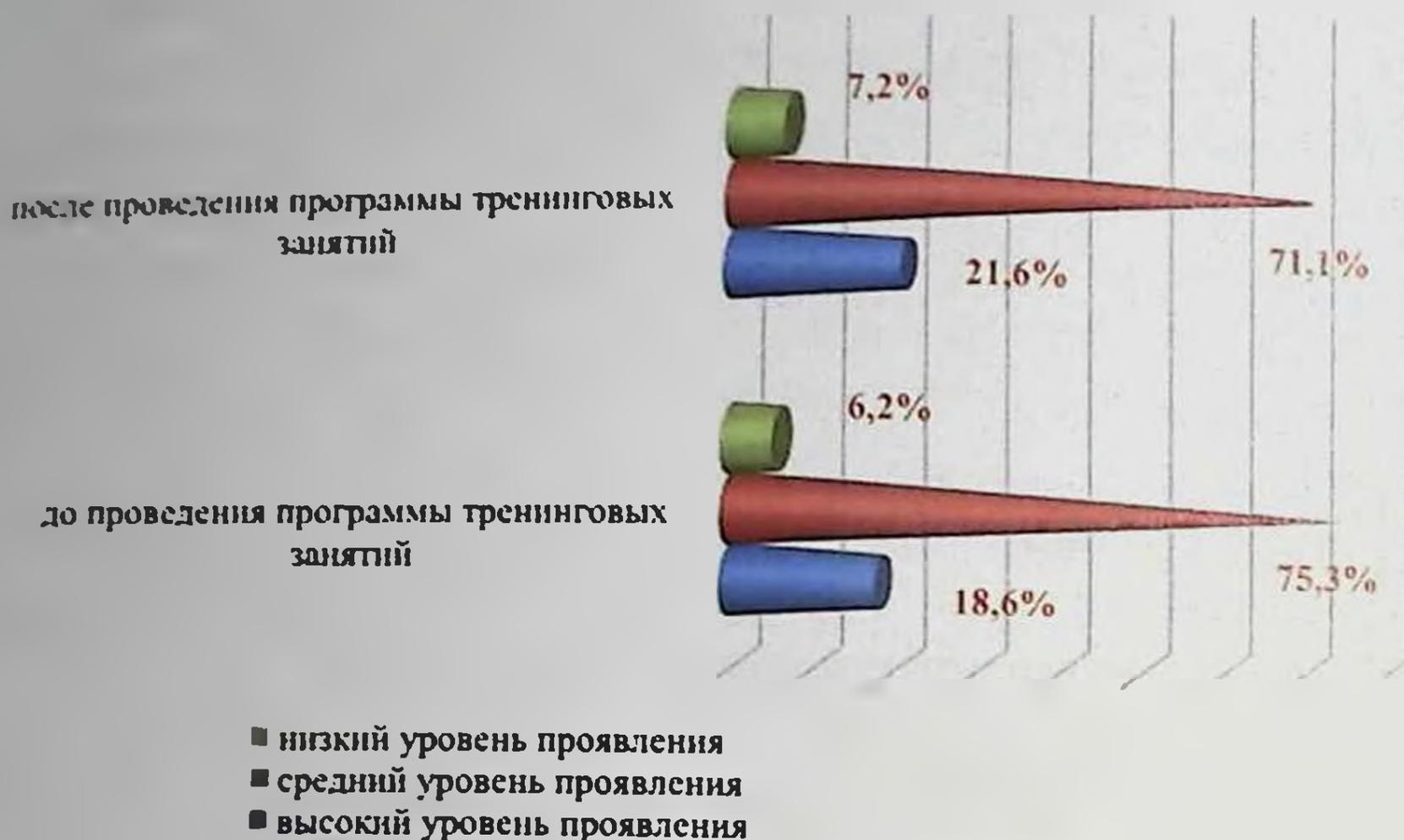


Рис. 3.11. Динамика уровня проявления ситуативной тревожности у будущих врачей общей практики контрольной группы до и после проведения программы тренинговых занятий (n=97)

высоком уровне до проведения программы тренинговых занятий составило 4,1 % (4 чел.), а после проведения программы тренинговых занятий составило 6,2 % (6 чел.) (рис. 3.12).

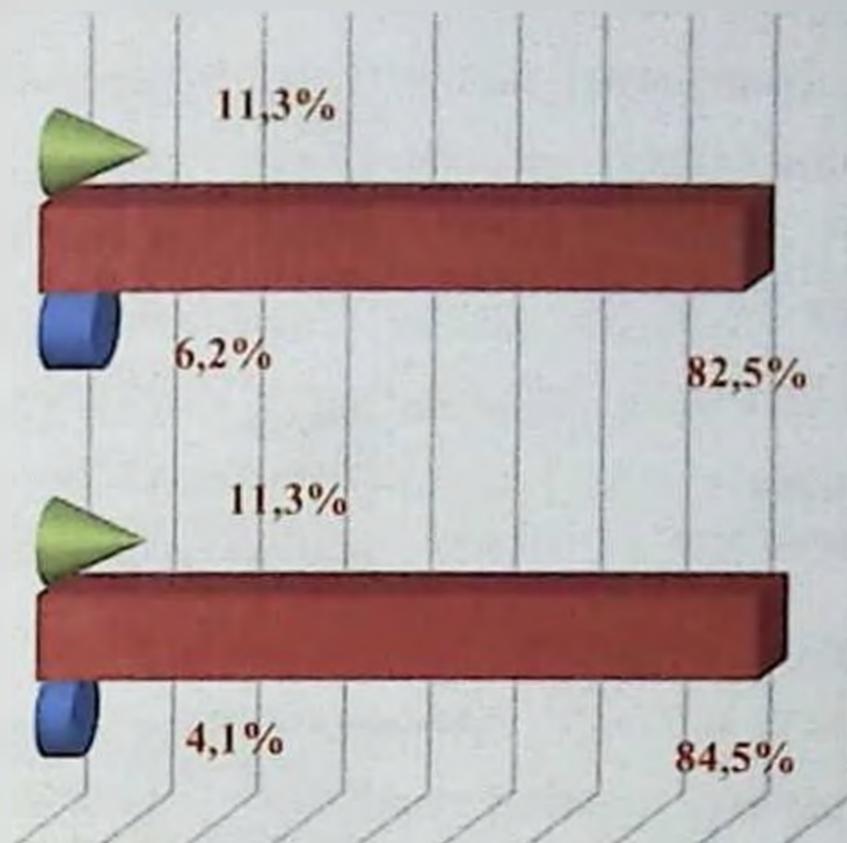
Сравнительный анализ первого и второго психодиагностического обследования с помощью Тест-опросника стрессоустойчивости С. Коухена и Г. Виллиансона позволил выявить позитивное влияние подготовленных тренинговых занятий на стрессоустойчивость будущих врачей общей практики (рис. 3.13, приложение № 12, 13).

Так, в результате программного воздействия количество респондентов экспериментальной группы (n=98):

с низким уровнем стрессоустойчивости снизилось с 17,3 % (17 чел.) до 2 % (2 чел.);

после проведения программы тренинговых занятий

до проведения программы тренинговых занятий



■ низкий уровень проявления ■ средний уровень проявления ■ высокий уровень проявления

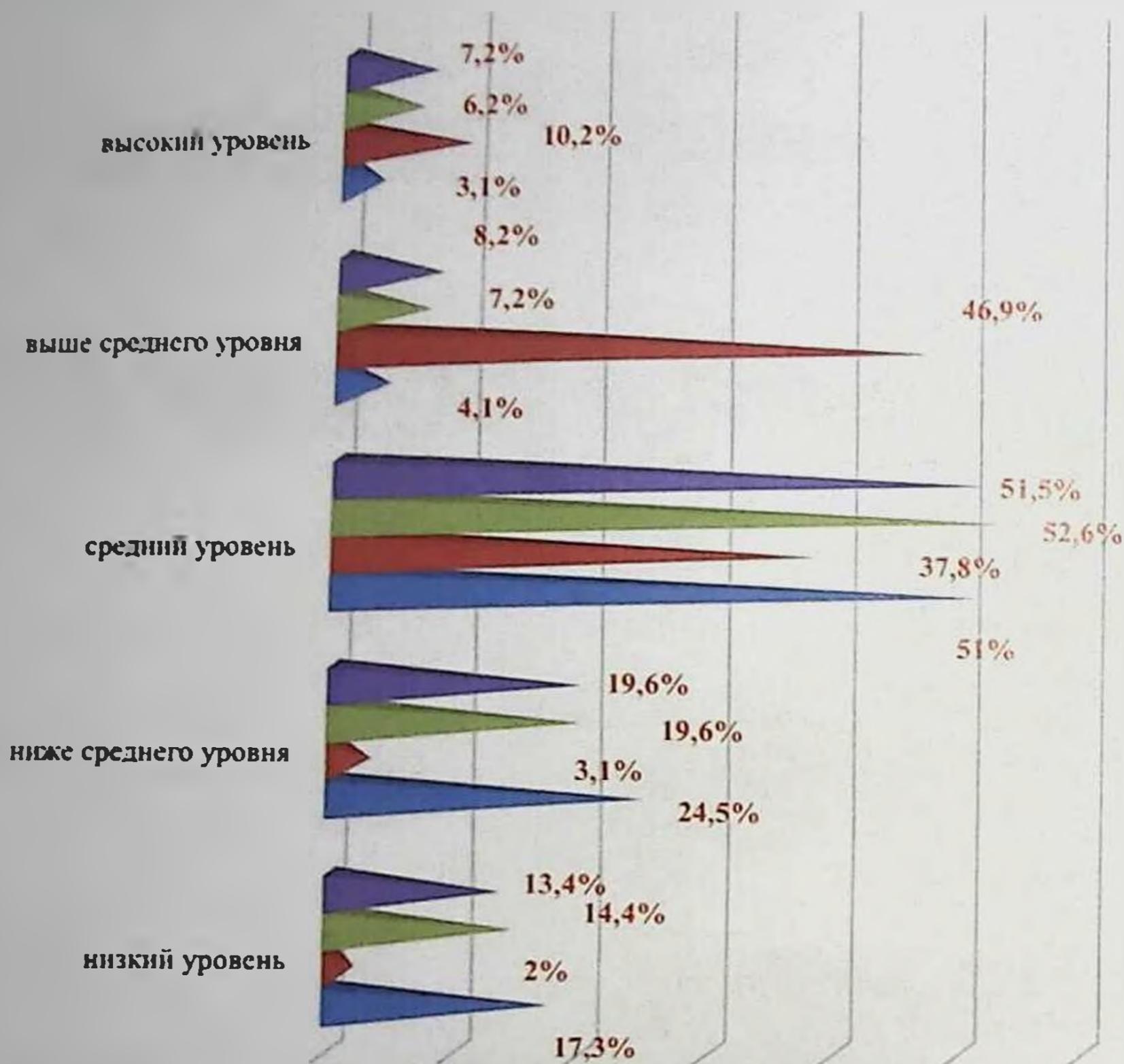
Рис. 3.12. Динамика уровня проявления личностной тревожности у будущих врачей общей практики контрольной группы до и после проведения программы тренинговых занятий (n=97)

с ниже средним уровнем стрессоустойчивости снизилось с 24,5 % (24 чел.) до 3,1 % (3 чел.);

со средним уровнем стрессоустойчивости снизилось с 51 % (50 чел.) до 37,8 % (37 чел.);

с выше средним уровнем стрессоустойчивости существенно увеличилось с 4,1 % (4 чел.) до 46,9 % (46 чел.);

с высоким уровнем стрессоустойчивости существенно увеличилось с 3,1 % (3 чел.) до 10,2 % (10 чел.).



- контрольная группа после проведения тренинговых занятий
- контрольная группа до проведения тренинговых занятий
- экспериментальная группа после проведения тренинговых занятий
- экспериментальная группа до проведения тренинговых занятий

Рис. 3.13. Динамика уровня стрессоустойчивости у будущих врачей общей практики групп сравнения до и после проведения программы тренинговых занятий (n=97)

В контрольной группе (n=97) подобных изменений не наблюдалось. Количество будущих врачей общей практики:

с низким уровнем стрессоустойчивости осталось практически без значимых изменений (до проведения программы тренинговых занятий - 14,4 %, 14 чел., после проведения программы тренинговых занятий - 13,4 %, 13 чел.);

с ниже средним уровнем стрессоустойчивости осталось без изменений (до проведения программы тренинговых занятий - 19,6 %, 19 чел., после проведения программы тренинговых занятий - 19,6 %, 19 чел.);

со средним уровнем стрессоустойчивости осталось без значимых изменений (до проведения программы тренинговых занятий - 52,6 %, 51 чел., после проведения программы тренинговых занятий - 51,5 %, 50 чел.);

с выше средним уровнем стрессоустойчивости осталось без значимых изменений (до проведения программы тренинговых занятий - 7,2 %, 7 чел., после проведения программы тренинговых занятий - 8,2 %, 8 чел.);

с высоким уровнем стрессоустойчивости осталось без значимых изменений (до проведения программы тренинговых занятий - 6,2 %, 6 чел., после проведения программы тренинговых занятий - 7,2 %, 7 чел.).

Все вышеизложенные сравнительные психодиагностические данные до и после проведения программы тренинговых занятий подтверждаются и статистически согласно результатам анализа равенства средних значений в экспериментальной и контрольной группах по t-критерию Стьюдента (приложение № 15).

Таким образом, исходя из вышеизложенного полагается целесообразным заключить, что организованное и проведенное эмпирическое исследование (n=195) позволило подтвердить должную эффективность и практическую приемлемость подготовленной программы тренинговых занятий «Психопрофилактика профессионального стресса». Так, анализа равенства средних значений комплексного психодиагностического обследования по t-

критерию Стьюдента показало статистически значимые, позитивные изменения у респондентов экспериментальной группы (n=98), которые непосредственно приняли участие в проведении тренинговой работы. В результате, у будущих врачей общей практики снизился уровень проявления нервно-психического напряжения, ситуативной тревожности, существенно возрос адаптационный потенциал, повысился коммуникативный контроль, улучшились коммуникативные способности, а также существенно возросла их стрессоустойчивость. Вместе с тем, у респондентов контрольной группы (n=97), которые к проведению подготовленной программы тренинговых занятий не привлекались, подобных изменений не наблюдалось. У данной категории диагностированный комплекс индивидуально-психологических особенностей, а также уровень проявления стрессоустойчивости остался без статистически значимых изменений.

Выводы по третьей главе

Исследование процесса профилактики профессионального стресса у будущих врачей общей практики позволяет сделать следующие выводы:

1. Рассмотрение методологических особенностей профилактики профессионального стресса показывает, что на сегодняшний день наблюдается большое разнообразие форм и методов проведения предупредительной работы, что в свою очередь предопределило отсутствие единого универсального подхода в этом направлении. Среди наиболее популярных можно выделить преимущественно несистематизированные комплексы профилактических мер, основанные, как правило, на учение гуманистической психологии. С учетом особенностей объекта настоящего исследования, полагается целесообразным выделить рационально-эмотивный подход, который является наиболее эффективным для

людей, способных к интроспекции, рефлексии, анализу своих мыслей. В связи с этим, рационально-эмотивные средства могут быть эффективными в работе с будущими врачами общей практики.

Кроме того, обобщая имеющийся опыт, можно выделить нескольких основных уровней воздействия в целях профилактики стресса в целом:

органический, в рамках которого активно применяется антистрессовое питание, аутофиторегуляция, физическая активность и пр.;

психофизиологический, в рамках которого активно применяется медитация, техники дыхания, прогрессивная мышечная релаксация, аутогенная тренировка, биологическая обратная связь и пр.;

психологический, в рамках которого активно применяются различные тренинги, как правило, базирующиеся на когнитивно-бихевиоральном подходе.

2. В целях профилактики профессионального стресса у будущих врачей общей практики была подготовлена программа тренинговых занятий «Психопрофилактика профессионального стресса», основу которой составили десять тренинговых занятий, рассчитанные на 20 академических часов. Для поэтапного достижения поставленной цели, облегчения процесса организации групповой работы, каждое тренинговое занятие содержит вводную, основную и заключительную части, в рамках которых предусмотрена реализация девяти мини-лекций и тридцати специальных упражнений по соответствующим тематикам. Заключительная часть каждого занятия предусматривает подведение итогов и закрепление пройденного материала с помощью рефлексивной техники. Подбор и подготовка основных содержательных элементов подготовленной программы тренинговых

занятий осуществлялся по принципу соответствия сформулированным задачам профилактики профессионального стресса у будущих врачей общей практики, практической эффективности и приемлемости с учетом объекта настоящего исследования. Кроме того, исходя из специфики предмета исследования, содержание упражнений претерпели частичную модернизацию, что существенно облегчило процесс практического применения при групповой работе.

3. Организованное и проведенное эмпирическое исследование ($n=195$) позволило подтвердить должную эффективность и практическую приемлемость подготовленной программы тренинговых занятий «Психопрофилактика профессионального стресса». Так, анализа равенства средних значений комплексного психодиагностического обследования по t -критерию Стьюдента показало статистически значимые, позитивные изменения у респондентов экспериментальной группы ($n=98$), которые непосредственно приняли участие в проведении тренинговой работы. В результате, у будущих врачей общей практики снизился уровень проявления нервно-психического напряжения, ситуативной тревожности, существенно возрос адаптационный потенциал, повысился коммуникативный контроль, улучшились коммуникативные способности, а также существенно возросла их стрессоустойчивость. Вместе с тем, у респондентов контрольной группы ($n=97$), которые к проведению подготовленной программы тренинговых занятий не привлекались, подобных изменений не наблюдалось. У данной категории диагностированный комплекс индивидуально-психологических особенностей, а также уровень проявления стрессоустойчивости остался без статистически значимых изменений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По результатам проведенного эмпирического исследования подготовлена структурная модель профессионального стресса врачей общей практики, определены формы и методы стресс-профилактической работы, подготовлена специальная программа тренинговых занятий для будущих врачей общей практики.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать следующие основные выводы:

1. Проведенный анализ научной литературы по исследуемой проблеме показывает, что на сегодняшний день, несмотря на отсутствие унифицированного определения изучаемого понятия наблюдается активное его применение в различных исследованиях. Профессиональный стресс рассматривается в качестве основного родового понятия, которое обобщает довольно широкий круг терминов (рабочий стресс, трудовой стресс, производственный стресс, организационный стресс и др.). Ими, как правило, обозначают психические состояния личности субъекта труда, возникающие в процессе профессиональной деятельности, её специфических условиях. При этом, большинство современных подходов к изучению профессионального стресса тесно связаны с психологией профессионального здоровья, эффективностью выполнения им профессиональной деятельности, оптимизации процесса управления, межличностных отношений, налаживания должного взаимодействия и пр.

2. В рамках настоящего монографического исследования, под профессиональным стрессом полагается целесообразным понимать комплексное и многоаспектное индивидуальное явление отражающее довольно напряженное состояние личности субъекта труда в процессе его адаптации к возникшей профессиональной ситуации, трудностям осуществления профессиональной деятельности. По своей сущности, данное явление преимущественно

связано с негативными эмоциональными переживаниями, тревогой, из-за возникающего несоответствия между сложившимися требованиями профессиональной деятельности и имеющимися личностными возможностями соответствующего специалиста. Т.е. на сегодняшний день, к основной причине возникновения профессионального стресса целесообразно отнести субъективную оценку сложно преодолимых профессиональных барьеров, интерпретация которых определяется индивидуально-психологическими особенностями субъекта труда.

3. Позиции большинства исследователей свидетельствуют, что современная профессиональная деятельность врача общей практики, как правило, характеризуется преимущественно интеллектуальным трудом, высокой ответственностью, ненормированным рабочим днём, загруженностью двигательного, зрительного, слухового анализаторов, напряжения мышления, воли, внимания. Кроме того, она насыщена разнообразными коммуникативными ситуациями, отличающимися своей нестандартностью и повышенным эмоциональным фоном. Т.е. данный вид профессиональной деятельности непосредственно предусматривает постоянный контакт врача общей практики с пациентами, которые в своем большинстве имеют различные заболевания и как правило обращаются к специалисту в период их обострений, что несомненно усложняет процесс общения и предъявляет особые коммуникативные требования к субъекту врачебного труда. Атмосфера повышенного эмоционального фона, постоянное столкновение с негативными эмоциональными переживаниями пациентов на почве их заболеваний, в значительной степени определяют эмоциональное напряжение у врача общей практики и как следствие повышают риск возникновения профессионального стресса со всеми вытекающими последствиями.

4. Несмотря на насыщенность профессиональной деятельности врача общей практики разнообразными коммуникативными

ситуациями, их значимой ролью, в научной литературе наблюдается дефицит экспериментальных исследований в данном направлении. В отдельных работах, где исследуются взаимоотношения врача и пациента, как правило, эти проблемы рассматриваются поверхностно, чаще в форме общих рекомендаций. Также практически не анализируются вопросы формирования и развития коммуникативных особенностей врачей общей практики как в период их подготовки в высших образовательных учреждениях, так и в последипломном образовании.

5. Проведенное психодиагностическое обследование ($n=228$) позволило выявить различные уровни проявления профессионального стресса у врачей общей практики. Несмотря на то, что в своем большинстве специалисты обладают средним (47,8 %, 109 чел.) и низким (13,6 %, 31 чел.) уровнями проявления профессионального стресса, 38,6 % (88 чел.) являются обладателями изучаемого явления на проблемном уровне (27,6 %, 63 чел. - на выше среднем уровне; 11 %, 25 чел. - на высоком уровне). Данный факт еще раз подтверждает актуальность исследуемой проблемы и характеризуют профессиональную деятельность современных врачей общей практики как довольно стрессогенную.

6. Корреляционный анализ по непараметрическому критерию Спирмена результатов комплексного психодиагностического обследования ($n=228$) позволил выявить ряд статистически значимых связей, которые целесообразно характеризовать как актуальные личностные детерминанты профессионального стресса врачей общей практики. К ним мы относим следующие:

- нервно-психическое напряжение ($r= 0,96$ при $p<0,05$);
- коммуникативные особенности ($r= -0,89$ при $p<0,05$);
- ситуативная тревожность ($r= 0,88$ при $p<0,05$);
- личностный адаптационный потенциал ($r= -0,76$ при $p<0,05$);
- возраст и стаж профессиональной деятельности ($r= -0,75$; $r= -0,67$ при $p<0,05$);

коммуникативный контроль ($r = -0,74$ при $p < 0,05$).

При этом, не зафиксировано статистически значимой связи между уровнем профессионального стресса и полом специалистов, что свидетельствует о отсутствии гендерного влияния на уровень проявления профессионального стресса врачей общей практики.

7. Проведенное исследование позволило подготовить структурную модель профессионального стресса врача общей практики, которая содержит внешние (профессионально-межличностные, профессионально-социальные) и внутренние (личностные, организационно-профессиональные) детерминанты. Внешние детерминанты вступают в качестве главных стрессоров при условии субъективного оценивания их как стрессогенных через призму внутренних детерминантов, которые играют весьма важную роль в возникновении и течении профессионального стресса. Именно они вступает неким буфером, который воспринимает влияние соответствующих стрессоров, усиливая их действие, или их тормозит.

8. Рассмотрение методологических особенностей профилактики профессионального стресса показывает, что на сегодняшний день наблюдается большое разнообразие форм и методов проведения предупредительной работы, что в свою очередь предопределило отсутствие единого универсального подхода в этом направлении. Среди наиболее популярных можно выделить преимущественно не систематизированные комплексы профилактических мер, основанные, как правило, на учении гуманистической психологии. С учетом особенностей объекта настоящего исследования, полагается целесообразным выделить рационально-эмотивный подход, который является наиболее эффективным для людей, способных к интроспекции, рефлексии, анализу своих мыслей. В связи с этим, рационально-эмотивные средства могут быть эффективными в работе с будущими врачами общей

практики. Кроме того, обобщая имеющийся опыт, можно выделить нескольких основных уровней воздействия в целях профилактики стресса в целом:

органический, в рамках которого активно применяется антитрессовое питание, аутофиторегуляция, физическая активность и пр.;

психофизиологический, в рамках которого активно применяется медитация, техники дыхания, прогрессивная мышечная релаксация, аутогенная тренировка, биологическая обратная связь и пр.;

психологический, в рамках которого активно применяются различные тренинги, как правило, базирующиеся на когнитивно-бихевиоральном подходе.

9. В целях профилактики профессионального стресса у будущих врачей общей практики была подготовлена программа тренинговых занятий «Психопрофилактика профессионального стресса», основу которой составили десять тренинговых занятий рассчитанные на 20 академических часов. Для поэтапного достижения поставленной цели, облегчения процесса организации групповой работы, каждое тренинговое занятие содержит вводную, основную и заключительную части, в рамках которых предусмотрена реализация девяти мини-лекций и тридцати специальных упражнений по соответствующим тематикам. Заключительная часть каждого занятия предусматривает подведение итогов и закрепление пройденного материала с помощью рефлексивной техники. Подбор и подготовка основных содержательных элементов подготовленной программы тренинговых занятий осуществлялся по принципу соответствия сформулированным задачам профилактики профессионального стресса у будущих врачей общей практики, практической эффективности и приемлемости с учетом объекта настоящего исследования. Кроме того, исходя из специфики предмета исследования,

содержание упражнений претерпели частичную модернизацию, что существенно облегчило процесс практического применения при групповой работе.

10. Организованное и проведенное эмпирическое исследование ($n=195$) позволило подтвердить должную эффективность и практическую приемлемость подготовленной программы тренинговых занятий «Психопрофилактика профессионального стресса». Так, анализа равенства средних значений комплексного психодиагностического обследования по t -критерию Стьюдента показало статистически значимые, позитивные изменения у респондентов экспериментальной группы ($n=98$), которые непосредственно приняли участие в проведении тренинговой работы. В результате, у будущих врачей общей практики снизился уровень проявления нервно-психического напряжения, ситуативной тревожности, существенно возрос адаптационный потенциал, повысился коммуникативный контроль, улучшились коммуникативные способности, а также существенно возросла их стрессоустойчивость. Вместе с тем, у респондентов контрольной группы ($n=97$), которые к проведению подготовленной программы тренинговых занятий не привлекались, подобных изменений не наблюдалось. У данной категории диагностированный комплекс индивидуально-психологических особенностей, а также уровень проявления стрессоустойчивости остался без статистически значимых изменений.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Абабков В.А., Перре М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. - Спб.: Речь, 2004. - 166 с.
2. Абдуллаева М.М. Особенности профессиональной адаптации молодого врача. // Лечебное дело. - 2010. - № 8. - С. 174-181.
3. Аболина Т.И. К проблеме психологического стресса // Психология спортивной деятельности. - Изд-во Казанского университета. - 2001. - С. 123-129.
4. Агаджанян Н.А. Здоровье студентов: стресс, адаптация, спорт: Учебное пособие / Н.А. Агаджанян, Т.Е. Батоцыренова, Л.Т. Сушкова. - Владимир: Владимирский государственный университет, 2004. - 136 с.
5. Азарных Т.Д. Психическое здоровье (вопросы валеологии): Учебное пособие / Т.Д. Азарных, И.М. Тыртышников. - М.: МОДЭК, 2003. - 112 с.
6. Аракелов Г.Г. Стресс и его механизмы // Вестник МГУ. Сер. Психология. - 2001. - №3. - С. 71-78.
7. Аракелов Г.Г. Стресс-факторы, влияющие на формирование психосоциальной устойчивости личности // Психологическая наука и образование: проблемы психологии профессионального образования. - 2009. - №4. - С. 123-130.
8. Артамонова Л.Н. Организационный стресс у сотрудников банка / Л.Н. Артамонова, А.Б. Леонова // Вестник МГУ. Серия 14. Психология - 2009. - № 1. С. 28-42.
9. Багрий М.А. Влияние организационных факторов на психологическую структуру профессионального стресса у врачей // XIV Международная конференция студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов - 2007»: материалы конф. / Отв. ред. И.А. Алешковский, П.Н. Костылев. - М.: Издательский центр Факультета журналистики МГУ им. М.В. Ломоносова, 2007. - С.185-186.

10. Баймуратов Т.Р., Еникеева А.М., Кутдусова Э.Д., Насретдинова Л.М., Хусаенова А.А. Особенности общения медработников и пациентов, перенёсших инсульт // Молодой ученый. - 2019. - №7. - С. 129-131.
11. Батаршев А.В. Базовые психологические свойства и самоопределение личности: Практическое руководство по психологической диагностике. - СПб.: Речь, 2005. - С. 44-49.
12. Белинг У. Самопомощь при бессонницах, стрессах и неврозах. - Минск, 2009. - 150 с.
13. Берестов Л.А. Врачи общей практики и первичная медико-санитарная помощь // Всемир. форум здравоохран. - 2006 - №4. - С. 172-176.
14. Бодров В.А. Информационный стресс: Учебное пособие для вузов. - М.: ПЕР СЭ, 2008. - 352 с.
15. Бодров В.А. Проблема преодоления стресса // Психологический журнал. - 2009. - № 2. - С. 113-123.
16. Бодров В.А. Профессиональный стресс: возникновение, развитие и преодоление / В.А. Бодров. - М.: Наука, 2010. - 162 с.
17. Борневассер М. Стресс в условиях труда // Иностранная психология. - 2001. - № 10. - С. 124-132.
18. Бохан Т.Г. Проблема стресса в психологии / Т.Г. Бохан. - Изд-во «Иван Федоров», 2008. - 156 с.
19. Брайт Джим. Стресс: теории, исследования, мифы: секреты болезни цивилизации: Учебное пособие / Джим Брайт, Фиона Джонс. - 2-е международное издание. - Санкт-Петербург: Прайм-Еврознак; М.: Олма-Пресс, 2003. - 352 с.
20. Ванковский А.Н. Профессиональный стресс и функциональные состояния. / Ред. Дикая Л.Г., Занковский А.Н. - М.: Наука, 2012. - 159 с.
21. Васильев В.Н. Методы коррекции эмоциональных состояний при учебно-педагогической деятельности // Эмоциональная регуляция учебной деятельности. - М. - 2001. - С. 186-188.

22. Величковский Б.Т. Социальный стресс, трудовая мотивация и здоровье / Б.Т. Величковский. - М.: Всероссийский центр медицины катастроф «Защита», 2005. – 32 с.

23. Вильямс К. Тренинг по управлению стрессом: Пер. с англ. - М.: Эксмо, 2002. - 272 с.

24. Винокур В. Стресс и методы психопрофилактики / В. Винокур - СПб.: Питер, 2003. - 137 с.

25. Винокур В.А. Интегративные механизмы формирования профессионального стресса у врачей / В.А. Винокур, О.В. Рыбина // Интегративная медицина: материалы II нац. конгр. - СПб., 2005. - С. 36-39.

26. Вишняков Н.И. Особенности деятельности врача общей практики в современных условиях. // Здравоохран. - 2010. - № 3. - С. 143-150.

27. Водопьянов У.В. Стресс в современных условиях. - М.: Наука, 2010. - 140 с.

28. Водопьянова Н.Е. Профессиональный стресс: сущность, основные причины возникновения, последствия. - М., 2009. - 98 с.

29. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса / Н.Е. Водопьянова. - СПб., 2008. - 336 с.

30. Водопьянова Н.Е. Стресс-менеджмент. - М.: Юрайт, 2018. - 283 с.

31. Выходцева В.Е. Стресс в студенческом возрасте // Молодой ученый. - 2019. - №16. - С. 236-237.

32. Галкин Р.А., Павлов Ю.В. и др. Опыт организации работы врача общей практики (семейного врача) // Леч. врач. - 2002. - № 3. - С. 134-140.

33. Гончарук Н.М. Социально-психологический тренинг как метод формирования навыков саморегуляции / Н.М. Гончарук // Проблемы современной психологии: сб. науч. пр. Каменец-Подольского нац. ун-та им. Ивана Огиенко; Ин-та психологии им.

С. Костюка АПН Украины. - Каменец-Подольский, 2009. - Вып. 11. - С. 135-141.

34. Гремлинг С., Ауэрбах С. Практикум по управлению стрессом. - Спб.: Питер, 2002. - 240 с.

35. Гринберг Дж. Управление стрессом / Дж. Гринберг. - 7-е изд. - СПб.: Питер, 2002 - 496 с.

36. Гройсман А.Р. Саморазвитие врача в профессии. // Лечебное дело. - 2011. - № 9. - С. 133-139.

37. Денисов И.Н. Место семейного врача в структуре первичной медико-санитарной помощи // Врач. - 2006. - № 5. - С. 120-127.

38. Дмитриева Т.Б. Социальный стресс и психическое здоровье / Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий. - М., 2001. - 248 с.

39. Евдокимов Н.В. Влияние стресса на психические процессы человека. // Социальная психология и общество. - 2011. - № 7 - С. 123-130.

40. Евдокимов В.И. Дискриминантная модель оценки профессионального выгорания у средних медицинских работников / В.И. Евдокимов, А.А. Натарова, Н.В. Хмелинина // Вестн. психотерапии. - 2010. - № 36 (41). - С. 54-62.

41. Евдокимов В.И. Стресс и профессиональная деятельность. М., 2011. - 123 с.

42. Еникеева А.М., Баймуратов Т.Р., Насретдинова Л.М., Хусаенова А.А. Стресс в профессиональной деятельности // Молодой ученый. - 2018. - № 27. - С. 136-137.

43. Жариков Е.С. Психологические средства стрессоустойчивости // Психология состояний. Хрестоматия / Под ред. А.В. Прохорова - М.: ПЕР СЭ; СПб.: Речь, 2004. - 608 с.

44. Зайчикова Т.В. Методы психокоррекционной работы при профессиональном стрессе. // Актуальные проблемы психологии. Т.1. - М.: Институт психологии им. Костюка, АПН Украины, 2004, часть 5 - С. 165-170.

45. Зайчикова Т.В. Стресс в профессиональной деятельности // Актуальные проблемы психологии, Том 1.: Социальная психология. Психология управления. Организационная психология. - Киев: Институт психологии им. С. Костюка АПН Украины, 2007. - Ч.5. - С. 160-165.

46. Закатова А.Н. Стресс замедленного действия // Новый персонал. -2010. -№6. - 34-38 с.

47. Занковский А.Н. Психическая напряженность как свойство личности // Психическая напряженность в трудовой деятельности. - М.: Наука, 2001.- С. 225-237.

48. Зеленова М.Е. Выгорание и стресс в контексте профессионального здоровья военнослужащих // Социальная психология и общество: международное научное издание / ред. М.Ю. Кондратьев. - № 2 - 2014. - С. 50-70.

49. Калмыков Е.П. Методологические особенности управления стрессовыми состояниями. - К.: МАУП, 2007. - 98 с.

50. Карапетян Л. Профессиональная стрессоустойчивость преподавателя колледжа как субъекта педагогической деятельности: Автореф. дис. ... канд. психол наук. / Л. Карапетян. - Красноярск, 2000. - 22 с.

51. Карапетян Л. Профессиональный стресс в педагогической деятельности. // Практическая психология и социальная работа, 2014. - №6. - С. 137-142.

52. Кириллов А.В. Психология врачебной деятельности. Курс лекций. - М.: 2010. - 96 с.

53. Киселева Е.В., Акутина С.П. Стресс у студентов в процессе учебно-профессиональной подготовки: причины и последствия // Молодой ученый. - 2017. - №6. - С. 417-419.

54. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. - М., 2007. – 680 с.

55. Клещеногов А.С. Факторы детерминирующие стрессовые состояния человека. // Современная психология. - 2008. - №6. - С. 67-75.

56. Климкович И.Г. Модель специалиста медицинского профиля. - М.: Медицина, 2001. - 110 с.
57. Коржова Е.Ю. Жизненные ситуации и стратегии поведения. В сб.: Психологические проблемы самореализации личности / Под ред. А.А. Крылова, Л.А. Коростылевой. - СПб.: СПбГУ, 2000. - 240 с.
58. Коротких Р.В. Характеристики профессиональной деятельности современного врача. // Здравоохранение. - 2012. - № 5. - С. 57-64.
59. Коротков Ю.И. Вишняков Н.И., Кириллов А.В. и др. О некоторых организационно-правовых проблемах внедрения общеврачебной практики // Здравоохранение. - 2007. - № 6. - С. 68-75.
60. Космолинский Ф.П. Эмоциональный стресс при работе в экстремальных условиях. М.: Медицина, 2000. - 186 с.
61. Котенев И.О. Стресс в профессиональной деятельности. - М.: АУ МВД России, 2004. - 67 с.
62. Красиков Ю.В. Стресс, постстрессовые состояния и основы организации реабилитационной работы / Ю.В. Красиков. - М.: 2007. - 32 с.
63. Кузнецов А.С. Признаки стресса в поведении человека // Молодой ученый. - 2019. - №51. - С. 462-464.
64. Кузнецов С.С. Психология профессионального стресса - М.: Эксмо, 2006. - 104 с.
65. Куликов Л.В. Виды трудового стресса // Психология состояний. Хрестоматия / Под ред. Прохорова А.В. - М.: Речь, 2004. - С. 128-144.
66. Куприянов Р.В., Кузьмина Ю.М. Психодиагностика стресса: практикум. - Казань: КНИТУ, 2012. - 212 с.
67. Купрыгин И.В., Леонова С.О. Проблема профилактики профессионального стресса // Magister. - 2000. - №6. - С. 46-56.

68. Курасов М.Н. Аутогенная тренировка в учебной деятельности // Экспериментальные исследования эмоциональных реакций человека. – 2004. - № 8. - С. 34-40.

69. Курица Д.И. Содержание и структура тренинга «Психологические основы профилактики и преодоления профессионального стресса у персонала госадминистраций» // Актуальные проблемы психологии: сб. науч. трудов Института психологии - М.: А.С.К., 2012. - Вып. 33. - С. 53-61.

70. Курских Н.А. Условия возникновения и развития профессионального стресса у врачей // Обзор психиатрии и мед. психологии. - 2003. - № 7. - С. 167–175.

71. Лакосина Н.Д. Профессиональная компетентность врача. - М.: Медицина, 2004. - 90 с.

72. Ларенцова Л.И. Психология взаимоотношений врача и пациента: Учеб. пос. / Л.И. Ларенцова, Н.Б. Смирнова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 152 с.

73. Леонова А.Б. Комплексная стратегия анализа стресса: от диагностики к профилактике и коррекции. Психологический журнал, 2004, Т. 25, - С. 75-85.

74. Леонова А.Б. Основные подходы к изучению профессионального стресса // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - 2001. - № 11. - С. 2-16.

75. Леонова А.Б., Кузнецова А.С. Психопрофилактика стрессов. - М., 2003. – 152 с.

76. Ложкин Г.В. Социально-психологическая программа профилактики стресса / Г.В. Ложкин, А.М. Выдаю // Персонал. - 2003. - №6. - С. 36-43.

77. Ложкин К.Н. Психофизиология стресса // Персонал. - 2000. - №8. - С. 122-130.

78. Льюис Д. Стресс-менеджер. - М.: «Рефл-бук», ООО «Фирма» издательство АСТ. - 2000. - 266 с.

79. Максименко С.К., Самара А.Д. Пути профилактики сопротивляемости организма / С.К. Максименко. - М.: НИИПИ, 2000. - 72 с.
80. Малых С.Б. Психолог и стресс / С.Б. Малых, Кутузова Д. // Вестник практической психологии образования: Научно-методический журнал / Ред. С.Б. Малых. - 2004. - №1 декабрь 2004. - С. 28-34.
81. Малых С.Б. Психология стресса - М., 2009. - 93 с.
82. Мальцева Л.А., Саланжий А.М. Механизмы формирования стресса у врачей - анестезиологов, пути их профилактики и коррекции. Экстремальная медицина. - 2000, № 1. - С. 23-27.
83. Марищук В.А., Евдокимов В.И. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. СПб.: 2001. - 206 с.
84. Матюхин В.В., Юшкова О.И., Порошенко А.С. Вероятность развития профессионально-обусловленной патологии в зависимости от уровня напряженности труда // Профессиональный риск для здоровья работников: руководство. - М.: 2003. - С. 207-213.
85. Минюрова С.А. Психология саморазвития человека в профессии. - М.: «Компания Спутник +», 2008. - 304 с.
86. Мохин А.Г. Психология для врачей. - Ростов-нД: РГУ, 2006. - 104 с.
87. Мягков И.Ф. Психология врачебной деятельности. - М.: Логос, 2003. - 105 с.
88. Наследова И.У. Влияние стресса на жизненно важные показатели организма. Киев, 2008. - 104 с.
89. Немчин Т.А. Состояния нервно-психического напряжения / Т.А. Немчин. - Ленинград: Издательство Ленинградского университета, 1983. - 167 с.
90. Нестерова О.В. Управление стрессами. - М.: Синергия, 2011. - 320 с.

91. Одинцова М.А. Психология стресса: Учебник и практикум для академического бакалавриата / М.А. Одинцова, Н.Л. Захарова. - М.: Издательство Юрайт, 2016. – 299 с.
92. Осипова А.А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях. - Ростов на Дону: Феникс, 2005. - 315 с.
93. Павлов Ю.В. Современная врачебная деятельность - СПб.: ГОУВПО, 2010. - 87 с.
94. Павлова А.В. Проблема профессионального стресса // Психология кадрового менеджмента. - 2013. - № 8. - С. 97-105.
95. Патрахина Т.Н., Павлова А.В. Стресс-менеджмент: сущность понятия и процесса // Молодой ученый. - 2015. - №3. - С. 480-484.
96. Петрова Н.Н. Психология для медицинских специальностей. - М.: Академия, 2006. - 319 с.
97. Пивнева А.А. Проявление стресса у студентов-первокурсников // Молодой ученый. - 2016. - №24. - С. 301-304.
98. Полякова О.Н. Профессиональный стресс: причины, последствия, преодоление / О.Н. Полякова. - Санкт-Петербург: Речь, 2005. - 137 с.
99. Пономаренко С.А. Техника позитивного мышления при преодолении профессионального стресса. // Вестник Харьковского нац. университета. Серия Психология. - 2003. - С. 120-127.
100. Потехина М.Т. Место и роль молодого врача общей практики в реформе здравоохранения // Здравоохран. Рос. Федерации. - 2012. - №5. - С. 55-62.
101. Равочкин Н.Н. Стресс как способ достижения. // Психология психических состояний. - 2012. - №5. - С. 53-60.
102. Равочкин Н.Н., Клещенко А.С. Стресс: эмоциональная составляющая // Молодой ученый. - 2016. - №10. - С. 1374-1376.
103. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. - Самара, 2001. - С. 549-558.

104. Ракитянская С.С. К вопросу о целесообразности стресс-профилактики // Наука и образование. - 2000. - №1-2. - С. 196-197.
105. Рогинская Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях // Психологический журнал. - 2002. - Том 23.- № 3. - С. 85-95.
106. Розов В.И. Психотехнологии саморегуляции стресса // Практическая психология и социальная работа, 2007. - №8 (101). - С. 24-28.
107. Розов В.И. Характеристики личности и развитие стресса // Психологический журнал. - 2006. - № 4. - С. 110-117.
108. Руденко А.М., Самыгин С.И. Психология для медицинских специальностей. - М.: Медицина, 2009. - 670 с.
109. Рыбина О.В. Коммуникативная эффективность семейного врача // Психологический журнал. - 2001. - №5. - С.38-45.
110. Самоукина Н.В. Психология стресса. - М., 2004. - 117 с.
111. Самыгина П.С. Профессиональный стресс во врачебной деятельности. // Медицинская психология. - 2010. - № 7 - С. 156-161.
112. Сандомирский М.Е. Защита от стресса. - М.: Изд-во Института психотерапии, 2001. - 336 с.
113. Семке В.Я. Душевные кризисы и их преодоление / В.Я. Семке, Е.М. Епанчинцева. - Томск: Изд-во Том. ун-та, 2005. - 212 с.
114. Сергеев С.И. Стресс в организациях социальной сферы: причины, профилактика, противодействие / С.И. Сергаев // Мир психологии: научно-методический журнал / Ред. Д.И. Фельдштейн, А.Г. Асмолов. - 2002. - №4 октябрь-декабрь 2002. - С. 245-251.
115. Сергеев С.И. Стресс и его классификации // Мир психологии. - 2008. - № 6. - С. 151-158.
116. Смирнова Н.Б. Особенности профессионального стресса у семейных врачей // Интегративная медицина. - 2006. - С. 48-55.

117. Смит М. Тренинг уверенности в себе. - СПб.: Речь. - 244 с.
118. Соловьева С.Л. Индивидуальные психологические особенности личности современного врача - СПб.: ГОУВПО, 2007. - 107 с.
119. Соложенкин В.В. Психологические основы врачебной деятельности. Академический Проект, 2003. - 304 с.
120. Суворова В.В. Психофизиология стресса. М., 2000. - 185с.
121. Судаков К.В. Профессиональный стресс // Человеческий фактор. 2005. – №8. - С. 156-162.
122. Судакова А.К. Причины и последствия профессионального стресса в профессиях «человек-человек». // Социальная психология и общество: международное научное издание / ред. М.Ю. Кондратьев. - 2017. - № 5 - С. 123-130.
123. Тарабрина Н.В. Стрессовые нарушения: современные состояния и проблемы // Психологический журнал. - 2002. - Т.12. - №2. - С. 134-145.
124. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. - М.: Медицина, 2004. – 157 с.
125. Тимофеева Т.А. Психофизиологические приемы восстановления оптимального функционирования организма после воздействия стрессоров / Т.А. Тимофеева // Актуальные проблемы психологии. - М., 2004. - Т. 6. - Вып. 7: Психофизиология. Психология труда. Экспериментальная психология. - С. 183-190.
126. Тимощук И.Г., Улыбина Е.В. Тренинг адаптации к стрессу // Наука и образование. - 2000. - №1-2. - С. 57-58.
127. Торчинская Е.Е. Роль социально-психологической поддержки в сохранении психического здоровья // Психологический журнал. - 2003. - № 6. - С. 127-135.
128. Трошин В.Д. Стресс и стрессогенные расстройства: диагностика, лечение, профилактика / В.Д. Трошин. - М.: Медицинское информационное агентство, 2007. - 784 с.

129. Турасова Н.В. Основы рационально-эмотивного подхода в психокоррекционной работе // Семейная психология и семейная терапия. - № 3. - 2003. - С. 151-158.

130. Тюрин А.М. Как избежать стрессов на предприятии. Учебник для вузов - СПб.: Питер, 2009. - 139 с.

131. Тюрин А.М. Организационный стресс // Практическая психология и социальная работа, 2005. - №4. - С. 120-128.

132. Тюрина У.П. Причин возникновения стрессовых состояний. // Психология кадрового менеджмента. - 2009. - № 2. - С. 65-72.

133. Усанова В.М. Профессиональный стресс и дистресс и пути их преодоления // Молодые ученые - московскому образованию: материалы VI городской научно-практической конференции молодых ученых и студентов учреждений высшего и среднего образования городского подчинения / ред. В.В. Рубцов, Ю.М. Забродин, А.А. Марголис. - М.: МГППУ, 2007. - С.101-103.

134. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. - М., 2002. С. 120-121.

135. Франкенхойзер М. Эмоциональный стресс / М. Франкенхойзер. - М.: Наука, 2000. - 217 с.

136. Холмогорова А. Эмоциональные расстройства и современная культура / А. Холмогорова, Н. Гаранян // Московский психотерапевтический журнал. - 2005. - №5. - С. 134-141.

137. Черняновская И.А. Соматические заболевания как следствие стресса // Московский психотерапевтическими журнал. - 2001. - №4. - С. 55-62.

138. Шабанова Т.Л. Психология профессионального стресса и стресс-толерантности: Учеб. пособие - Саратов, 2014. - 121 с.

139. Щербатых Ю.В. Причины развития профессионального стресса специалистов при работе в коллективе. - СПб., 2007. - 68 с.

140. Щербатых Ю.В. Психология стресса - М.: Эксмо, 2008. - 304 с.
141. Юшкова О.И. Природа образования профессионального стресса // Психологический журнал. - 2003. - № 6. - С. 97-105.
142. Юшкова О.И., Матюхин В.В., Шардакова Э.Ф. Психофизиологические аспекты производственного стресса в медицине труда // Медицина труда и промышленная экология. - 2001. - №8. - С. 3-7.
143. Ясько Б.А. Кризисы профессионализации и профессиональный стресс в труде врача / Б.А. Ясько. - Казань // Психология психических состояний: сборник статей / ред. А.О. Прохоров. - Казань: Казанский университет - Казань: Казанский университет, 2014. - С. 340-364.
144. Ясько Б.А. Психология личности и труда врача. Курс лекций. - М.: Феникс, 2005. - 304 с.
145. Berridge C.W., Espana R.A., Stalnaker T.A. Stress and Coping: Asymmetry of Dopamine Efferents within the Prefrontal Cortex // The Asymmetrical Brain / Kenneth Hugdahl and Richard J. Davidson (Eds). 2003. P. 69–104.
146. Compas B. Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research / B. Compas, J.K. O'Connor-Smith, S. Saltzman, A.H. Thomsen & M.E. Wadsworth // Psychological Bulletin. – 2001. - Vol. 127. - P. 87-127.
147. Kozybai N. Analysis of job stress levels and coping strategies in construction organization managers / N. Kozybai // Тези Міжнародної конференції з економічної психології “A boat trip through economic change”: Proceedings of the IAREP/SABE/ICABEEP 2010 Conference Cologne (September, Cologne). – 2010. - Vol. 29. - P. 307-308.
148. Ridder D. Gender, stress, and coping: Do women handle stressful situations differently from men? / D. Ridder // L. Sher & J. S.

St. Lawrence (Eds.), Women, health, and the mind. – New York: Wiley, 2000. - P. 115-135.

149. Schaufeli W.B. Workaholism, burnout and well-being among junior doctors: The mediating role of role conflict / W.B. Schaufeli, A.B. Bakker, F.M.M.A. Van der Heijden & J.T. Prins // Work & Stress. – 2009. – Vol. 23. – P. 155–172.

150. Weber A., Jaekel-Reinhard A. Burnout syndrome: a disease of modern societies? // Occupational medicine. – 2000. – V.50. – №7. – P. 512-517.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА I. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ СТРЕССЕ ВО ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	
1.1. Сущность понятия «профессиональный стресс» и причины его возникновения.....	5
1.2. Профессиональный стресс в деятельности врача общей практики.....	29
Выводы по первой главе.....	44
ГЛАВА II. ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА У ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ	
2.1. Уровни профессионального стресса у врачей общей практики.....	47
2.2. Личностные детерминанты профессионального стресса у врачей общей практики.....	51
2.3. Структурная модель профессионального стресса врачей общей практики.....	62
Выводы по второй главе.....	68
ГЛАВА III. ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА У БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ	
3.1. Формы и методы профилактики профессионального стресса.....	71
3.2. Программа тренинговых занятий по профилактике про- фессионального стресса у будущих врачей общей практики... ..	87
3.3. Эффективность программы тренинговых занятий по профилактике профессионального стресса у будущих врачей общей практики.....	97
Выводы по третьей главе.....	116
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	119
ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА.....	125

МАМАДИЯРОВА Д.У.

**ПРОБЛЕМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА
У БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ И
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЕГО
ПРОФИЛАКТИКИ**

Ташкент – «Ilm - fan va innovatsiya» – 2022

Редактор:	С.Алимбаева
Художник:	А.Комилов
Корректор:	Х.Закирова
Компьютерная вёрстка:	А.Эргашев

Изд.лиц. 4913-3160-38f4-4927-7ad7-2416-2546, 02.06.2021.

Разрешено в печать 14.03.2022.

Формат 60x84 1/16. Гарнитура «Times Uz».

Офсетная печать. Усл. печ.л. 9,5. Изд. печ.л. 9,0

Тираж 50. Заказ № 5.

**Отпечатано в типографии
«Ilm - fan va innovatsiya»
г. Ташкент, ул. Уста Ширин 116/3**

ISBN 978-9943-7964-5-4



9 789943 796454