

○ На продовження теми

Профілактика синдрому емоційного вигоряння: пізнай себе!

16 квітня цього року в рамках XVI медичної виставки-ярмарку «ГалМЕД: «Здоров'я та довголіття» я мала можливість взяти участь в засіданні круглого столу, тематикою якого було «Професійне психоемоційне вигоряння медичних працівників». У засіданні брали участь як представники медицини, так і психологи, які піднімали важливі питання, що стосуються розвитку цього синдрому, дискутували над тим, які чинники відіграють пріоритетне значення в його виникненні: особистісні чи зовнішні – ситуативні, шукали ефективні шляхи попередження професійних деструкцій. Медики скаржились на те, що мало емпіричних досліджень даного синдрому, які можна було б брати до уваги в умовах їх, безперечно, складної праці, звучали думки, що допоки медицина буде знаходитись в такому жалюгідному становищі ми не подолаємо тенденції до зростання числа уражених даною недугою.

Сьогодні хочу продовжити тему, яка також була присутня на сторінках медичного бюлетеня, і висловити свою думку щодо теми професійного психоемоційного вигоряння медичних працівників.

Звичайно не можна не погодитись, що в умовах нашого соціально-економічного становища, медикам часто приходиться працювати на голому ентузіазмі, що їх духовні і фізичні витрати аж ніяк не пропорційні тій винагороді, яку дає держава. Проте, на наш погляд, ця ситуація не є новою для членів нашого суспільства. Напевно, що молодий юнак чи дівчина, котрі вступають у медичний ВНЗ, приблизно уявляють, яку заробітну платню отримуватиме лікар, але вибирають цей фах, зважаючи на покликання, на наявність у себе потрібних рис особистості. Важливо, щоб даний вибір був свідомим рішенням самої молодої людини, а не її батьків (які, можливо, самі колись прагнули і не змогли здобути цю освіту і тепер, сублимуючи, хочуть бачити своїх дітей у цій ролі), чи бажанням продовжити сімейну династію. Переїняти досвід старших поколінь, безумовно, теж є добре, але постає питання – невже у всіх членів родини є той особистісний ресурс та мотиваційний потенціал, який визначає їх вибір?

Тобто, нашу позицію можна сформулювати наступним чином – сприйняття виробничих факторів як стрес-чинників визначається не стільки об'єктивно існуючими умовами, скільки індивідуально-психологічними особливостями працівників, мотивацією до діяльності, перебігом ідентифікаційних процесів. Згадаймо Е. Фромма, який у своїй праці «Втеча від свободи», описуючи мотиви виникнення певних ідентичностей, підкреслював, що ідентичність з'являється у процесі розвитку й означає почуття належності до цілісної структури, усвідомлення людиною того, що вона є частиною цієї структури і посідає в ній своє, лише їй відведене місце. Зверніть увагу: «своє» місце. Якщо воно буде наше, ми будемо любити його і з тими недоліками, які, на жаль, існують, так як любимо наших дітей, хоч, інколи, вони нас і розчаровують, але вони свої, рідні. Таким чином, ідентичність допомагає людині реалізувати основну потребу – знайти свою соціальну нішу й уникнути найбільшого страждання – самотності та сумнівів.

У сучасній психології набуває все більшої популярності концепція самоактуалізації творчої особистості А. Маслоу. На думку вченого ми ніколи не зрозуміємо людини, якщо не

будемо помічати її вищі прагнення. Самоактуалізацію він охарактеризував як бажання людини стати саме тим, ким вона може стати, досягти повного використання власних талантів, здібностей та потенціалу особистості. Це ті лікарі і сестри про яких ми говоримо «від Бога».

Працюючи над дослідженням даної теми, нами проведено емпіричне дослідження з метою виявлення внутрішніх, особистісних чинників, які спричиняють до емоційного вигоряння медичних працівників. Ми висунули припущення про причинно-наслідковий зв'язок між індивідуально-психологічними особливостями особистості медичного працівника (характерологічними, індивідуально-стильовими, мотиваційними) і формуванням синдрому емоційного вигоряння та обрали декілька методик, а саме:

- методику діагностики емоційного вигоряння В.В. Бойко;
- особистісний опитувальник Р. Кеттелла;
- методику визначення рівня задоволення потреб;
- методику діагностики соціально-психологічної адаптованості К. Роджерса і Р. Даймонда;
- методику визначення домінуючого типу кар'єрних орієнтацій.

Було виявлено, що емоційне вигоряння обернено пов'язане з такими рисами характеру як комунікабельність, емоційна стійкість, експресивність, висока нормативність поведінки, соціальна сміливість, радикалізм (відкритість новому інтелектуальному досвіду) і перебуває у прямому зв'язку із такими особистісними характеристиками як схильність до занурення у власний внутрішній світ, тривожність і депресивність, напруженість і фрустрація.

Емоційне вигоряння обернено пов'язане із соціально-психологічною адаптованістю, самоприйняттям, прийняттям інших, інтернальністю, емоційним комфортом і прямо пов'язане із схильністю до ескапізму.

Ці зв'язки виглядають цілком природними, оскільки для професійної діяльності медичного працівника, діяльності типу «людина-людина», надзвичайно необхідними є риси, які забезпечують успішне протікання комунікативної діяльності, зрілість та врівноваженість емоційно-вольової сфери, самовідданість, дисциплінованість, відповідальність та готовність до підвищення власної професійної компетентності, набуття нових знань, вмінь та навичок. Тривожність і депресивність, напруженість і фрустрація можуть бути як причинами, так і наслідками емоційного вигоряння, і в такому випадку утворюється замкнене коло, яке унеможливує подальшу успішну самореалізацію професіонала.

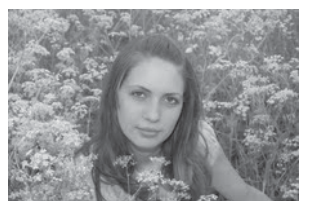
Емоційне вигоряння не залежить від задоволеності

матеріальних потреб людини, а також потреби у безпеці, соціальних потреб, потреби у визнанні і самовираженні. Проте, емоційне вигоряння прямо пов'язане із незадоволеністю роботою. Отже, можна сказати, що емоційне вигоряння не пов'язане з тим, що в процесі роботи не задовільняються конкретні потреби людини, а йдеться про комплексну задоволеність потреб в процесі професійної діяльності.

Емоційне вигоряння також знаходиться у прямому зв'язку із такими кар'єрними орієнтаціями як менеджмент, автономія, виклик і підприємництво, і обернено пов'язане із такими кар'єрними орієнтаціями як професійна компетентність, стабільність, служіння та інтеграція стилів життя. Не можна стверджувати при цьому, що менеджмент, автономія, виклик чи підприємництво є «гіршими» кар'єрними орієнтаціями, ніж решта, просто в даному випадку йдеться саме про медичних працівників державних закладів, які в умовах такого місця працевлаштування здатні скоріше задовольнити власні потреби у почутті власної професійної компетентності, стабільності, служінні та інтеграції стилів життя. Ті особи, які, будучи медичними працівниками державних закладів, мають такі типи кар'єрних орієнтацій як менеджмент, автономія, виклик і підприємництво практично приречені, на нашу думку, на те, щоб бути незадоволеними процесом та результатами власної професійної діяльності, внаслідок чого значно збільшується ризик емоційного вигоряння. В такому випадку треба шукати робоче місце у приватному закладі або започаткувати власну справу, що дозволить задовольнити їх потреби у самостійності і автономії, статусні домагання, потребу у ризику і фінансовому збагаченні.

Terra incognita – кажуть, що саме ці слова промовляють першовідкривачі нових земель. Terra incognita – непізнане – чи не можна сказати так і про внутрішній світ людини? Коли людина відкриє й зрозуміє свій внутрішній світ – вона знайде і зрозуміє своє призначення у світі зовнішньому та погодиться з афоризмом: «Людино, пізнай себе і ти пізнаєш світ!».

Наталія ШМІЛИК,
магістр психології,
психолог кабінету
«Клініка дружня до
молоді» дитячого
поліклінічного відділення
Самбірської ЦРЛ.



○ Колегія

Перспективи на майбутнє

У Головному управлінні охорони здоров'я ЛОДА відбулася планова робоча колегія.

З доповіддю про результати мікробіологічного моніторингу в лікувально-профілактичних закладах виступила головний позаштатний спеціаліст з бактеріології ГУОЗ ЛОДА О. Лич. Вона, зокрема, повідомила, що в ЛПЗ області за 10 місяців 2010 року було зареєстровано 38 випадків внутрішньолікарняних інфекцій. Зафіксовано низьку результативність досліджених змивів, відібраних при здійсненні відомчого мікробіологічного контролю та при епідеміологічному розслідуванні вогнищ внутрішньолікарняних інфекцій та деякі інші недоліки. Колегія прийняла рішення розробити Регіональну програму з профілактики внутрішньолікарняних інфекцій на період 2011-2016 роки.

Завідувач епідеміологічним відділом області санепідемстанції Н. Тімко розповіла присутнім про організацію та проведення профілактичних та протиепідеміологічних заходів щодо профілактики захворюваності на вірусні гепатити, що передаються парентеральним шляхом серед працівників ЛПЗ області. Вона наголосила на тому, що проблема внутрішньолікарняного зараження вірусними гепатитами залишається актуальною як в Україні, так і у Львівській області. У 2009 році зареєстровано 22 випадки внутрішньолікарняного зараження вірусним гепатитом В в ЛПЗ області. В цілому, викладене у доповіді головного позаштатного епідеміолога області Н. Тімко свідчило про неналежний контроль за дотриманням вимог санітарного законодавства, що створює передумови для розповсю-

дження інфекцій парентеральним шляхом. У зв'язку з цим, колегія прийняла рішення суворо контролювати дотримання дезінфекційного та протиепідеміологічного режимів в лікувально-профілактичних закладах області, вирішити питання щодо проведення профілактичних щеплень проти вірусного гепатиту В медичним працівникам, що становлять групу ризику.

З роботою дитячої отоларингологічної служби області та заходами по її вдосконаленню учасників колегії ознайомили головний дитячий отоларинголог області Ф. Юрочко, який зазначив, що амбулаторно-поліклінічна допомога дітям з ЛОР-патологією надається в самостійних отоларингологічних кабінетах міських та районних поліклінік. В дитячих отоларингологічних кабінетах Львівської області проводиться прийом дітей, диспансерна робота, профілактичні огляди та консервативне лікування дітей. Хірургічна діяльність в поліклініках стосується лише надання невідкладної допомоги дітям з ЛОР-патологією. Підвищення якості надання отоларингологічної допомоги потребує проведення постійного навчання лікарів і покращення матеріально-технічного забезпечення цих кабінетів лікувально-діагностичною апаратурою.

Заслухавши та обговоривши доповідь головного позаштатного спеціаліста з розвитку сімейної медицини, доцента Б.Лемішка «Про стан виконання обласної цільової програми «Розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на 2008-2011 роки» за 2009-2010 роки та завдання на 2011 рік, колегія відзначила, що на Львівщині проводиться робота з виконання загальнодержавної та обласної цільової програм з розвитку сімейної

медицини. Однак, за останній рік реалізація заходів щодо реорганізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини дещо знизила темп. Наявна значна різниця між охопленням населення різних районів і міст сімейною медициною, хоч загальнодержавні завдання по області загалом перевиконані.

Так, станом на 01.10.2010 р. первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) на засадах загальної практики сімейної медицини (ЗПСМ) надається 48,6% населення області, в т.ч. 61,8% сільського (державне завдання на кінець 2010 р. – 60%) і 39,9% міського населення (державне завдання – 36%). В області функціонує 258 закладів ЗПСМ (у сільській місцевості – 194, у міській – 64), в яких працюють 702 сімейних лікарів і 837 медичних сестер ЗПСМ.

Доповідь головного позаштатного фтизіатра області В. Новосільського була останнім питанням, розглянутим на колегії. По цьому питанню колегія констатувала, що, незважаючи на зниження захворюваності та смертності, від туберкульозу у Львівській області за 9 місяців 2010 року у порівнянні з аналогічним періодом 2009 р., дане захворювання і надалі залишається складною медико-соціальною проблемою. Серед хворих на вперше діагностований у 2009 р. туберкульоз, 75% – соціально незахищені особи. Відсоток хворих виявлених з процесом у фазі розпаду залишається високим (43,5%) в основному за рахунок значної кількості пацієнтів з процесом у фазі розпаду серед вперше діагностованих осіб соціальної групи ризику. Нижчим ніж в середньому по Україні, є показник виявлення туберкульозу бактеріоскопічним методом.

Колегія рекомендувала головним лікарям закладів охорони здоров'я взяти під особистий контроль виконання заходів загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз.

Олена ГОНЧАРУК
Прес-служба ГУОЗ ЛОДА