

Communication in the medical team (methodical recommendations)

Cira Abdrjahimova
Inna Mukharovska
Kateryna Kleban
Dariia Sapon
Oleksij Kalachov

Bogomolets National Medical University
Bogomolets National Medical University
Bogomolets National Medical University
Bogomolets National Medical University
Kyiv city clinical oncology center

The quality of care depends not only on medical skills but also on the communicative competencies of healthcare professionals. The article deals with the main psychological aspects of the professional activity of doctors in the medical team, namely, the role of the team, leadership, psychological profile, corporate culture, typical situations of interaction (counseling of patients of another specialist, clinical bypass), professional deformation, factors of formation and manifestations burnout, its prevention. Medico-psychological interventions aimed at enhancing the psychological competencies of health care professionals will improve the quality of care for patients and the psychological health of professionals.

Актуальність

Якісна медична допомога обумовлюється не лише професійними навиками медичних працівників, але і атмосферою у колективі, що впливає на враження пацієнта від закладу та відображається на продуктивності праці самих лікарів.

Колектив представляє собою динамічну систему, в якій відбувається формування і розподіл ролей, зміна активності, думок, оцінок, норм поведінки членів групи, вплив на членів групи [1]. У колективі виділяють різноманітні соціальні ролі «координатор», «генератор ідей», «ентузіаст», «контролер-аналітик», «шукач вигод», «виконавець», «роботяга», «миротворець». Також важливим психологічним феноменом, який стосується поняття колективу, є лідерство, як процес вплив особистого авторитету людини на поведінку членів групи, зміну їх поглядів, позицій, думок, способів поведіння. Щодо лідерства розрізняють емоційний, діловий та інформаційний компоненти. Залежно від переважаючих функцій виділяють такі типи лідерів: організатор, творець, борець, дипломат, вшальник.

Взаємини підлеглих з керівником, психологічний клімат, результати роботи колективу залежать від стилю управління, що реалізується керівником [2]. Виділяють наступні стилі управління: авторитарний, демократичний, ліберально-анархічний, непослідовний, ситуативний, новаторсько-аналітичний, партисипативний.

Враховуючи, що на сьогодні лікуванням пацієнта займається група фахівців, особливого значення набуває взаємодія в команді, яка залежить від організаційних, ситуаційних та особистісних чинників.

Взаємодія в команді

Ташликов В.А. розробив наступні психологічні типи лікарів, знання яких допомагає розуміти наслідки впливу особистості лікаря на діагностичний та лікувальний процес [3]:

1. Співчутливий і недирективний. Це люди добрі, схильні до співчуття, викликаючи у

хворого почуття довіри. Вони зазвичай мають більш вдалиий спектр відносин з хворими що мають істероїдні риси характеру.

2. Співчутливий та директивний. Цей тип лікаря має бажання проникнути у внутрішній світогляд людини, але діяти по відношенню до хворого буде директивно, примушуючи хворого виконувати свою волю. Ці лікарі мають кращі відносини з хворими, у яких виражені тривожні риси характеру.
3. Емоційно-нейтральні та директивні. Їм притаманні твердість та впевненість, вміння внести ясність усправу, по відношенню до хворих це чуйна, уважна та стримана людина. Такий тип лікаря більш імпонує хворим з неврастенічними рисами, в яких є потреба збереження самовладання.

Інша психологічна класифікація лікарів включає наступні типи [4]:

1. Лікар звичайний – багато часу взаємодіє з пацієнтами, перевантажений роботою, часто перестає індивідуалізувати хворих.
2. Лікар-робот – характерне механічне виконання своїх обов'язків. У роботі такі лікарі ретельні, технічно кваліфіковані, відповідальні, проте неемпатичні та емоційно дистанційовані від пацієнтів. Взаємовідносини з хворими позбавлені емоційного співчуття і співпереживання.
3. Лікар-солдат – рішучий, безкомпромісний, наполегливий, миттєво реагує на найменші порушення “дисципліни”. Такий лікар при недостатній культурі, освіті, невисокому рівні інтелектуального розвитку може бути грубий і навіть агресивний з пацієнтами. У сприятливих випадках, якщо він розумний, освічений, з таким рішучим характером може стати хорошим вихователем для молодих колег.
4. “Лікар материнського типу” (“мати” і “лікар”). Він переносить на роботу з хворими свої теплі сімейні стосунки або компенсує в роботі їх відсутність. Робота з хворими, турбота про них – для нього невід'ємна умова життя. Він добре володіє емпатією.
5. “Лікар-експерт”. Це лікар – вузький спеціаліст. Завдяки високій потребі у фаховому визнанні виявляє особливу допитливість у визначеній сфері фахової діяльності і пишається значимістю у своїй галузі, де іноді навіть “затмарює” лікаря. За фаховою порадой до них не соромляться звертатися молоді лікарі. Іноді люди цього типу стають фанатами своєї вузької діяльності, виключаючи всі інші інтереси із свого поля зору, нічим не цікавляться, крім роботи.
6. “Нервовий лікар”. Цей тип непрофесійної поведінки лікаря не повинен бути в лікувальній установі. Емоційно нестійкий, запальний, дратівливий, він постійно дає невротичні реакції, схильний до обговорення особистих проблем і може стати серйозною перешкодою в роботі медичного закладу. “Нервовий лікар” – це або патологічна особистість, або людина, яка страждає неврозом. Такі люди часто самі потребують серйозної психотерапевтичної допомоги і є професійно непридатними для роботи з хворими.
7. “Лікар мимоволі”. Можливо, ця людина не дуже хотів стати лікарем і тому зараз працює чітко в рамках своїх обов'язків. У нього до пацієнтів формальний, якщо не сказати байдужий підхід. Однак такий медик не зробить у відношенні хворого нічого зайвого! Він призначає тільки те, що перевірено роками. Особливо зручний цей лікар для тих пацієнтів, які хворіють чимось не особливо серйозним, типу ГРЗ і для яких, насамперед, потрібна довідка та лікарняний.
8. “Доктор Франкенштейн”. Такі лікарі дуже грамотні і досвідчені, розповіді про те, що вони повністю присвятили себе медицині, переходять з уст до уст, на прийом до подібних лікарів швидко не потрапиш. Однак цього доктора цікавить не людина, а стан його організму, - тому лікар не стане жаліти вас і часом буде навіть грубуватий. Проте не варто приймати це близько до серця! Ніяких зайвих розмов. Чітко поясніть йому свою проблему - і він з цікавістю почне вивчати і перемагати недугу.
9. “Лікар - яскрава особистість”. Його всі знають. Статті, інтерв'ю на ТБ, книги - все це створює враження, що перед вами висококласний фахівець. Проте після консультації можуть виникнути двоякі почуття - з одного боку, відчуття обраності, аз іншого боку -

здивування (адже дільничний лікар в районній поліклініці те ж саме сказав, причому безкоштовно). Однак візит до такого лікаря буває дуже корисний для недовірливих, тривожних пацієнтів. Відомий лікар вселяє їм набагато більше впевненості, ніж “прості медики”, а віра в швидке одужання - все-таки запорука успіху.

10. “Лікар як диво”. Уважний, чуйний. Він відноситься до пацієнтів як до рідних - посмічується, вислухає, заспокоїть, порадить. Уже від цього стає легше! А все тому, що цей лікар вміє застосовувати психологічні прийоми в спілкуванні. Він ідеальний для людей старшого віку і для дітей - саме їм потрібна підтримка, що дозволяє адекватно ставитися і до медицини в цілому, і до свого здоров'я.
11. “Лікар - невизнаний геній”. Він старанно показує свій високий професіоналізм та некомпетентність інших (“Хто вам це додумався порадити?”, “І навіщо тільки вам таке призначили?” і т.п.). Такий доктор часто висловлюється різко, нетерпимо, майже агресивно. Він упевнений і собі і в тому, що він заслуговує більшого. Рухомий бажанням стати визнаним генієм, такий медик буде займатися вами серйозно і всебічно. Головне покажіть йому, як цінуєте і поважаєте його, повідомте: “Ви недавно так допомогли моєму другові! Він до цих пір говорить, як вам вдячний ...”. І лікар зробить для вас практично все.

Виділяють наступні типи медичних сестер за І. Харді [5]:

1. «Медична сестра робот». Більшість медичних сестер відносяться до цього типу. Характерною рисою таких сестер є механічне виконання своїх обов'язків. Вони виконують доручені завдання з надзвичайною ретельністю, скрупульозністю, спритністю і умінням, однак діючи строго по інструкції, такі медичні сестри не вкладають в свою роботу душу, працюють подібно до автомату, сприймають пацієнта як необхідний додаток до інструкції по його обслуговуванню. Їхні взаємини з хворим позбавлені емоційного співчуття і співпереживання. Саме така медична сестра здатна розбудити сплячого хворого, щоб в призначений час дати йому снодійне.
2. «Медична сестра, яка грає завчену роль». Поведінка такої медичної сестри відрізняється неприродністю, награністю. Вона як би виконує завчену роль, прагнучи до здійснення певного ідеалу. Така медична сестра починає грати роль благодійниці. Її поведінка стає штучною, показною. Неприродність в спілкуванні заважає їй встановлювати контакти з людьми, тому така медична сестра повинна чітко визначити професійні цілі, виробити адекватний стиль спілкування з пацієнтом.
3. «Нервова» медична сестра. Емоційно нестійка, запальна, дратівлива, схильна до обговорення особистих проблем, що може з'явитися серйозною перешкодою в успішній роботі з пацієнтами. Часто похмура, незадоволена роботою, пацієнтами. «Нервова» медична сестра це патологічна особистість або людина, що страждає неврозом.
4. «Медична сестра з чоловікоподібною, сильною особистістю». Хворі вже здаля впізнають по ході, гучному голосу, швидше намагаються привести в порядок свої тумбочки і ліжка, прибрати зайві речі. Таку медичну сестру відрізняє наполегливість, рішучість, обурення з приводу найменшого безладдя. У сприятливих випадках медична сестра з такою особистістю може стати прекрасним організатором, хорошим педагогом. При нестачі культури, освіченості, нижчому рівні розвитку медична сестра занадто негнучка, часто груба і навіть агресивна з пацієнтами.
5. «Медична сестра материнського типу». Така медична сестра виконує свою роботу з максимальною турботою і співчуттям до пацієнтів. Робота для таких медичних сестер - невід'ємна умова життя. Турбота про пацієнтів є життєвим покликанням. Часто особисте життя таких медичних сестер пронизане турботою про інших, любов'ю до людей.
6. «Медична сестра-фахівець». Такі медичні сестри завдяки особливій особистісній якості проявляють допитливість в певній сфері професійної діяльності і отримують спеціальне призначення. Іноді такі медичні сестри - фанатики своєї вузької діяльності, нездатні ні на що, крім виконання цієї роботи, нічим крім неї не цікавляться.

Отже, окрім професійно некомпетентних типів медичних працівників, немає ідеального спеціаліста на всі випадки. Іншим важливим аспектом для командної роботи є гармонійність поєднання психотипу лікаря з психотипом медичної сестри, здатність сумісно формувати відносини співробітництва, психологічна сумісність.

Робота у медичному колективі потребує формування певних норм та правил взаємодії, що включають колегіальність та субординацію.

Колегіальність – спільна робота, взаємопідтримка, спільна відповідальність, співпраця над помилками.

Субординація – суворе дотримання ієрархії в виконанні функціональних обов'язків, відповідальність в межах своєї компетентності, що в медицині опирається на етико-моральну основу.

Корпоративна культура визначає сукупність цінностей, норм та правил, що прямо не регламентовані, але прийняті і дотримуються співробітниками. Подібні правила встановлюються щодо професійної діяльності, взаємодії у колективі, з отримувачами допомоги чи послуг, колегами з інших закладів. Поряд з тим, що корпоративна культура існує в медичних закладах незалежно від форми власності, у приватних закладах вона стає частиною медичного бренду.

Комунікація в медичному колективі здійснюється на різних рівнях: «лікар-лікар», «лікар-керівник» та «лікар-медична сестра».

До типових ситуацій взаємодії у медичному колективі на рівні «лікар-лікар» та «лікар-керівник» відносяться [6]:

- клінічний розбір;
- клінічний обхід пацієнтів разом з завідувачим відділенням (провідним фахівцем, професором);
- консультування пацієнта іншого лікаря;
- консультування свого пацієнта іншим лікарем;
- переведення пацієнта у інший підрозділ лікувально-профілактичного закладу чи медичну установу;
- виступ на конференції, публічне представлення наукових здобутків;
- публікація наукових матеріалів (дистанційна, непряма взаємодія).

Клінічний розбір

Клінічний розбір проводять для того, щоб розробити лікувальну тактику пацієнта у клінічно складних чи спірних випадках, ситуаціях, коли мають бути залучені суміжні спеціалісти та проведена комплексна оцінка.

Представлення пацієнта на клінічному розборі представляє собою структурування інформації про пацієнта за прийнятим алгоритмом. На клінічному розборі, на відміну від взаємодії з пацієнтами та родичами, використання медичної термінології є не лише доцільним, але і необхідним, що показує знання та професійну підготовку спеціаліста та дозволяє полегшувати комунікацію, зберегти час.

Клінічний обхід

Клінічний обхід забезпечує реалізацію наступних цілей: лікувально-діагностичної, навчальної; деонтологічної та виховної; санітарно-просвітньої.

Лікувально-діагностична ціль клінічного обходу полягає у проведенні оцінки стану пацієнта, перебігу хвороби та ефективності призначеного лікування.

Навчальна складова клінічного обходу полягає у навчанні манері комунікації з пацієнтом, методології обстеження, яка може проводитися у вигляді мікролекції для студентів і клінічних ординаторів в присутності пацієнта. Більш досвідчений спеціаліст доброзичливо і нескладною мовою розповідає про сутність хвороби, особливості стану пацієнта, рекомендації з лікування, попередження ускладнень, рекомендованого способу життя. Так як спілкування між медичними працівниками відбувається в присутності пацієнта, важливою є думка хворого про перебіг лікувально-діагностичного процесу, задоволеність наданням медичної допомоги харчування, санітарних умов, відношення медперсоналу.

Під час обходу всі мобільні телефони мають бути вимкнені. Обхід завершується коротким обговоренням хворих без їх присутності «при зачинених дверях». Не етично обговорювати в присутності хворого: питання етіології, епідеміології, патогенезу, особливостей перебігу хвороби, диференціальної діагностики, прогнозу для життя, видужання і працездатності, помилки діагностики та тактики лікування, зауваження щодо ведення медичної документації.

Оцінка лікування (консультування), що раніше проводилось іншими фахівцями

Досить часто в медико-психологічній практиці фахівець має справу з пацієнтами, що раніше проходили лікування (консультування) в іншого лікаря (психолога). При цьому, або пацієнт може бути критично налаштований стосовно свого колишнього терапевта, або сам новий фахівець може знайти помилки, бути незгодним з колишнім діагнозом або методами втручання. Однак негативні оцінки попереднього лікування, що даються в присутності хворого або його родичів, не просто порушують корпоративну етику, але і негативно впливають на авторитет джерела оцінок і медицини (психології) у цілому, а, виходить, на ефективність подальшого лікування.

У медичній практиці іноді виникає потреба у консультуванні пацієнта, якому лікар надає допомогу іншим спеціалістом: у випадку необхідності додаткової фахової думки щодо стану та методів лікування хворого, забезпечення протоколу обстеження пацієнта перед медичними втручаннями, виявленні супутньої патології.

Проведення консультування пацієнта іншим лікарем

До загальних кроків підготовки та проведення консультування пацієнта іншим лікарем входять наступні пункти:

1. Визначити та чітко сформулювати потребу у консультації (по протоколу, більше інформації, сумніви у діагнозі, виключення супутньої патології та ін.).
2. Знайти контакти відповідного підрозділу, запросити консультанта. Узгодити консультацію з завідувачем відділення (якщо потрібно).
3. Зробити коротке представлення ситуації пацієнта та потреби у консультації консультанту.
4. Надати всю потрібну медичну документацію для ознайомлення консультанту.
5. Організувати консультацію (попередити та підготувати пацієнта, приміщення, засобів для огляду, ін.).
6. Представити консультанта та допомогти налагодити контакт з пацієнтом (у разі потреби).
7. Отримати результати консультації у вигляді запису у медичній документації.
8. Подякувати консультанту та взяти контакти (у разі потреби).

Консультування пацієнта іншого лікаря

У разі консультації пацієнта іншого лікаря, коли ви виступаєте у ролі консультанта потрібно:

1. Дізнатися про основні особливості клінічної ситуації від лікуючого лікаря, окреслити клінічні завдання, визначити основний запит консультації (прояснити для чого потрібна саме ваша консультація).
2. Ознайомитися з медичною документацією пацієнта, уточнити деталі клінічної картини, проведеної діагностики, змін у стані хворого протягом лікування.
3. Представитися пацієнту, окреслити мету консультації, провести бесіду та огляд хворого, повідомити про попередні результати консультації (якщо можливо), дати рекомендації.
4. Надати висновок для лікаря, рекомендації.
5. Зробити запис у медичній документації.

Враховуючи, що консультація пацієнта іншого лікаря є оцінкою його професійної компетентності, потрібно пам'ятати про етичну подачу інформації, яка стосується результатів обстеження, виявлених помилок чи упущень у процесі лікування. Не можна коментувати професійні дії лікаря при пацієнті чи його колегах, при необхідності це потрібно робити наодинці, тактовно.

При переведенні пацієнта у інший підрозділ лікувально-профілактичного закладу чи медичну установу необхідно узгодити організаційні моменти з приймаючою стороною, підготувати пацієнта – пояснити мету переведення, дати рекомендації, а також ретельно заповнити медичну документацію, лаконічно та послідовно виклавши клінічну картину захворювання, його перебігу, проведеного лікування.

Одним з видів взаємодії у медичному середовищі є представлення здобутків професійної діяльності у вигляді виступів на наукових медичних форумах, публікаціях у фахових виданнях.

Принципи взаємодії в системі «лікар — медична сестра»

1. Принцип чіткого розмежування функцій. Обов'язки лікаря та медичної сестри чітко регламентовані посадовими обов'язками та витікають з теоретичної і практичної медичної підготовки.
2. Принцип чіткого функціонального обмеження. Медсестра виконує коло своїх обов'язків, керуючись призначеннями лікаря. Жорсткий підхід «роби лише те, що скаже лікар» знецінює досвід медсестри, блокує ініціативність і самостійність її мислення, зменшує відповідальність за ситуацію та включеність у лікувальний процес. Тоді як навпаки надмірна наполегливість медичної сестри щодо порад лікарю може приводити до конфлікту.
3. Принцип партнерства. Сучасна ідеологія лікування має бути побудована на принципах партнерства та взаємодопомоги. Медсестра повинна мати певну самостійність. Зрозуміло, вона не повинна самостійно розписувати карту медичних призначень, але вона повинна мати можливість самостійно варіювати свою поведінку залежно від ситуації.

Для пари «лікар — медична сестра» дуже важливо бути «спрацьованими», тобто сповідувати стиль спільної діяльності, який призводить до досягнення найкращих результатів.

Сучасні тенденції такі, що поступово відбувається зміна старих стереотипів. Наразі медсестра виконує роль справжнього асистента лікаря, його помічника і партнера.

Часто, коли медсестри чергують у своєму графіку, лікар — у своєму, то на чергування виходять пари, які за тими чи іншими властивостями (темперамент, виховання) не збігаються, і, як результат, страждає робота. У процесі взаємодії дуже важливо довіряти один одному. Професійна довіра — фундамент синергічної взаємодії.

Важливою складовою у професійній діяльності спеціаліста є навик раціонального розподілу робочого часу.

Рекомендації по тайм-менеджменту:

1. розставляйте пріоритети для завдань відповідно до їх важливості і терміновості, зосереджуючи зусилля на найбільш важливому;
2. прагніть до мінімізації тайм-кілерів в своєму графіку;
3. регулярно і системно прямуєте запланованим графіком;
4. будьте гнучкі в плануванні свого часу: при жорсткій необхідності адаптуйте свій графік без сильної втрати якості виконання завдань;
5. ефективно делегуйте завдання (які можливо делегувати) і контролюйте хід їх виконання;
6. уміло використовуєте інструменти планування.

Особливості професійної діяльності лікаря

Медичну практику відрізняє перебування у тісному контакті та взаємодії з пацієнтами, які переживають виражений фізичний (часто хронічний) та психічний стрес.

Чинниками професійного стресу лікарів виступають [7]:

1. Комунікація та взаємодія з пацієнтами та членами їх сім'ї, що включають:

- повідомлення «несприятливих новин» хворому та його родичам у зв'язку з хворобою;
- спілкування з пацієнтами та членами їх сім'ї, які перебувають у стресовому стані та часто проявляють негативні емоції;
- висока складність спілкування з пацієнтами та родиною хворого в «переломних» періодах лікування захворювання – рецидиві, виникненні ускладнень, переходу патології на термінальну стадію.

2. Характеристики наявної у хворого патології як соматичної нозології, які обумовлюють те, що:

- медичний персонал є «свідком» фізичних та емоційних страждань хворого;
- складність проблем пацієнта та неможливість їх повністю вирішити (забезпечити повне вилікування);
- прийняття рішень, які суттєво впливають на тривалість та якість життя пацієнта.

3. Особливості організації діяльності та вимоги до професійних навиків, а саме:

- суттєве робоче перевантаження, що характеризується наданням допомоги значній понаднормовій кількості пацієнтів з формуванням синдрому хронічної втоми;
- необхідність мати високі кваліфікаційні навички, працювати зі складною медичною апаратурою;
- постійне підвищення професійного рівня щодо досягнень в теорії та лікуванні захворювань (курси, конференції, ознайомлення з публікаціями);
- ступінь участі в організації своєї роботи, можливість чи неможливість приймати важливі рішення.

Професійні деформації в лікарській діяльності

Тривале здійснення лікарем професійної діяльності приводить, окрім удосконалення практичних навиків та клінічного способу мислення, до формування стійких психологічних змін, що стосуються особистості та поведінки. Особливо високий ризик формування деформацій, коли психологічна структура професійної діяльності накладається на індивідуально-психологічні особливості особистості (професійно-типологічна деформація).

Професійна деформація виявляється в декількох аспектах [8]:

1. Зміни в сфері професійної діяльності, що зв'язані зі зміною концепції і мотивів своєї професійної діяльності і знижують її ефективність;
2. Зміни в міжособистісній сфері, зв'язані з переносом специфічних професійних дій і установок на поведінку поза роботою);
3. Зміни у внутрішньоособистісній сфері, зв'язані з застосуванням професійних навичок до самого себе.

Зміни в сфері професійної діяльності, що зв'язані зі зміною концепції і мотивів своєї професійної діяльності і знижують її ефективність:

- поява негнучких стереотипів діяльності в спілкуванні з пацієнтами, виборі методів лікування і т.д., переконаність у власній правоті у всіх випадках;
- ставлення до пацієнта не як до особистості, а як до носія хвороби («Сьогодні була така цікава шизофренія») або як засобу самоствердження, заробітку, наклеювання на клієнтів ярликів;
- професійний цинізм, формальне виконання своїх обов'язків або навпаки підвищена відповідальність і професійний ентузіазм;

Зміни в міжособистісній сфері, зв'язані з переносом специфічних професійних дій і установок на поведінку поза роботою):

- при перевазі директивності в стилі професійного поведіння лікаря (психолога) – владність у відносинах з людьми поза роботою, відчуття власної переваги; виконання ролі «усевідаючого», «керуючого чужими долями»,
- надлишкове і гнітюче почуття професійної відповідальності поза кабінетом, готовність завжди прийти на допомогу навколишнім, жертвуючи особистими інтересами; самозвинувачення при нездатності з якихось причин надати цю допомогу;
- навмисний або несвідомий пошук пацієнтів поза діловою сферою, прагнення давати поради з приводу діагностики і лікування;
- прагнення застосовувати свої знання в побуті для пояснення повсякденних подій («це – симптом хвороби», «це – результат стресу», «це – перенос»);
- надлишкова толерантність, безоцінне ставлення до навколишніх, особливо характерні для психологів і психіатрів (звикаючи до дотримання деонтологічних принципів спілкування з пацієнтами, лікар і психолог можуть стати неадаптивно терпимими до вчинків навколишніх);

Зміни у внутрішньоособистісній сфері, зв'язані з застосуванням професійних навичок до самого себе:

- схильність до постійного самоспостереження і зіставлення своєї психічної і соматичної діяльності з ідеальною нормою з метою самодіагностики і "своєчасної самокорекції";
- для психологів і психіатрів – схильність до раціоналізації своїх проблем, пошуку психологічних пояснень подій власного життя.

Виникнення професійної деформації в лікарів і психологів може бути зв'язане з наступними факторами:

- поділ праці і вузька спеціалізація, що ведуть до появи ригідних стереотипів діяльності;
- тривале виконання ролі лікаря/психолога, що приводить до «зрощення з маскою»;
- розбіжність чекань щодо професійної діяльності з реальністю (невдачі, невдячність пацієнтів і т.д.);
- специфіка найближчого оточення – лікар і особливо психолог постійно мають справу з великою кількістю важких життєвих ситуацій, спілкуються з носіями психологічних проблем.

Останнє з одного боку може призвести, до вживання (різною мірою, у залежності від наукової школи, до якої вони належать) у психологічний стан пацієнтів. А з іншого боку, до розвитку здатності до "незалучення" у переживання пацієнтів, відстороненого до них ставлення.

Синдром емоційного вигорання

Термін «вигорання» («burnout») запропонував американський психіатр Г. Фройденбергер (Herbert Freudenberger) у 1973 р. для позначення виникаючих у фахівців в області охорони здоров'я «станів утоми або фрустрації, викликаних прихильністю до певного способу життя або відносин, що виявилися нездатні принести очікувану винагороду». Згодом пропонувалися й інші визначення даного явища, найбільш популярним з яких став його опис як синдрому емоційного вигорання, що включає емоційне виснаження, деперсоналізацію і падіння особистої ефективності. В даний час рядом авторів термін «вигорання» трактується широко і включає відповідні психоемоційні реакції в спортсменів, чоловіка і жінки, батьків. Разом з тим, більшість дослідників говорять про вигорання тільки стосовно професійної діяльності типу «людина-людина», вважаючи синдром емоційного вигорання одним з видів професійної деформації.

Феномен вигорання актуальна проблема у сфері діяльності, пов'язаної із взаємодією у системі «людина – людина». Фахова робота медичних працівників відноситься до допомагаючих професій, в якій контакти між людьми є дуже тісними та вагомими. Високі вимоги до кваліфікації та результатів праці, постійна взаємодія з людьми у стані фізичного та психічного стресу, спричиняють вигорання спеціалістів у сфері охорони здоров'я. Зміни, спричинені вигоранням, мають несприятливі наслідки для здоров'я та професійної діяльності спеціалістів, що обумовлює потребу у підтримці та забезпеченні медиків необхідними знаннями та вміннями протидіяти професійному стресу, зберігати його здоров'я та кваліфіковані кадри у системі охорони здоров'я [9].

Вигорання – це довготермінова стресова реакція, що виникає в результаті впливу на людину професійних стресів середньої інтенсивності, супроводжується фізичним, емоційним чи мотиваційним виснаженням, та є певним типом реагування на хронічний професійний стрес, який дозволяє людині дозувати та економити енергетичні ресурси.

Вигорання формується як стрес-реакція у відповідь на жорсткі виробничі та емоційні вимоги, які витікають з надмірної включеності людини до своєї роботи та зменшенням часу на сімейне життя та відпочинок.

Вигорання характеризується порушенням продуктивності в роботі, втому, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, а також вживанням алкоголю та інших психоактивних речовин з метою отримати тимчасове полегшення, що має тенденцію до розвитку фізичної залежності та суїцидальної поведінки. Таким чином, виникаючі соматичні та психологічні зміни мають несприятливі наслідки для здоров'я та професійної діяльності спеціаліста. В МКХ – 10 «синдром вигорання» виділений в окремий діагностичний таксон – Z

73 («проблеми, пов'язані з труднощами керування своїм життям») та кодується Z 73.0 – «вигорання» (burnout).

Джерела професійного стресу та фактори емоційного вигорання

У роботі медичного працівника виділяють наступні джерела стресу: організаційний, ситуаційний загальний та специфічний, особистісний [10].

До загального ситуаційного відносять необхідність у розширеній базі знань, необхідність взаємодії з критично налаштованими хворими, наявність різноманіття етичних моментів, відсутність або слабкість служби з надання психологічної підтримки, до специфічного – брак досвіду, тягар важкої роботи, комунікативні проблеми серед персоналу та у спілкуванні з пацієнтами та членами їх родини, висока смертність серед пацієнтів відділення.

Особистісними джерелами стресу є невміння долати труднощі, низький соціально-економічний статус, психічні розлади (зловживання алкоголем, психоактивними речовинами), наявність сімейної чи особистісної кризи, конфлікти з персоналом або пацієнтом, смерть пацієнта, з яким встановилися тісні зв'язки, початок роботи в новому відділенні, відсутність достатньої кількості вільного часу.

Численні дослідження факторів, що впливають на вигорання, не дають вичерпної відповіді на питання про те, що ж є головним у виникненні цього явища. Вирішення даного питання є актуальним для організації заходів по запобіганню емоційного вигорання. Ряд дослідників розглядають взаємодію особистісних та ситуаційних факторів у виникненні синдрому емоційного вигорання. Так, J. Carool і W. White висловлювали думку про інтегральний підхід до дослідження вигорання, що розглядається як екологічна дисфункція, викликана інтегральною взаємодією особистісних факторів і факторів навколишнього середовища. Основна ідея підходу, запропонованого С. Maslach і М. Leiter, полягає в тому, що вигорання – результат невідповідності між особистістю та роботою [11]. Збільшення цієї невідповідності підвищує ймовірність виникнення вигорання.

Сферами невідповідності є:

1. Невідповідність між вимогами до робітника та його ресурсами. Основним є пред'явлення завищених вимог до особистості та її можливостей.
2. Невідповідність між прагненням працівника мати більшу самостійність у прийнятті рішень стосовно своєї роботи (способи досягнення результату) та жорсткою позицією керівництва в організації виробничого процесу.
3. Невідповідність роботи та особистості з приводу відсутності винагороди, що переживається як невизнання її праці.
4. Невідповідність особистості та роботи в аспекті втрати відчуття позитивної взаємодії з колегами.
5. Невідповідність між особистістю та роботою, які можуть виникати при відсутності уявлення щодо справедливості на роботі. Справедливість забезпечує визнання та закріплює самооцінку співробітника.
6. Невідповідність між етичними принципами та принципами особистості і вимогами роботи.

Медичний персонал в цілому на емоційному рівні переживання постійно має справу зі смертю. Вона може виступати у трьох формах:

- реальна – недоцільність реанімаційних заходів, смерть в машині швидкої допомоги, інше;
- потенційна, коли від результатів дій лікаря або медичної сестри, їх професіоналізму залежить здоров'я та життя людини;

- фантомна – в її вигляді виступають скарги на стан здоров'я тривожного хворого, страх хронічного пацієнта, взаємовідносини з родичами тяжкохворих, уявлення про смерть у суспільній свідомості.

Аналіз причин виникнення синдрому емоційного вигорання дозволив виділити особистісні і ситуаційні (у першу чергу, зв'язані з умовами професійної діяльності) фактори формування даного синдрому [7].

До першої групи належать:

- деякі риси особистості (люди неспокійні, імпульсивні, чуттєві, емпатичні, схильні до інтроверсії і нейротизму, стримані в міжособистісних контактах, екстернали, що мають гуманістичну життєву установку, схильні ототожнюватися з іншими, більше піддані цьому синдрому), особливо якщо умови праці і специфіка професійної діяльності не відповідають зазначеним особистісним особливостям індивіда;
- типові механізми копінг-поведінки (уникання), схильність до поведінки типу А;
- завищені очікування стосовно змісту і результативності своєї роботи;
- нерозв'язані особистісні конфлікти, особистісна незрілість лікаря.

До типових для людини непророблених особистісних якостей, що ведуть до емоційного вигорання, можна віднести:

- незадоволене честолюбство й егоїзм – професіонал, що має такі риси, прагне допомогти людям не заради них самих, а заради одержання задоволення від своєї влади. Коли психологічна установка «я можу те, чого не можуть інші: я бачу людей наскрізь, я можу ними керувати» зіштовхується з установкою пацієнта «він мені допоможе, він вирішить мої проблеми», деформується самосприйняття професіонала, у нього виникає ілюзорне відчуття власної могутності. Руйнування цих ілюзій, що відбувається при зіткненні з життєвими реаліями, може супроводжуватися синдромом емоційного вигорання. Школа екзистенціальної психології постулює, що людині, що зазнає вигорання, бракує екзистенціального сенсу стосовно своєї роботи – завдяки роботі вони не реалізують себе, а намагаються домогтися влади, добробуту, слави й інших цілей;
- перфекціонізм (бажання усе робити відмінно) та інтернальність в області невдач формують страх помилитися і приводять до постійної перенапруги;
- емоційна ригідність – емоційно стримана, уразлива людина, чиї емоції довго не вгасають, край чуттєва до збереження свого престижу, до дійсних або мнимих несправедливостей; якщо значимість таких людей не буде підтверджуватися, вони схильні до розвитку синдрому емоційного вигорання;
- генералізована професійна ідентичність (ототожнення себе з професійною діяльністю) спонукує індивіда відчувати себе лікарем не тільки на робочому місці, але й у спілкуванні з родиною і друзями, і може привести як до вигорання, так і до порушень у міжособистісних відносинах;
- прагнення до самопожертви.

Соціально-демографічні характеристики індивіда – вік, родинний стан, освіта. Щодо віку виявлено, що вигорання більш виражене у молодих спеціалістів (20 – 30 років) та осіб старше 50 років. Схильність юних спеціалістів до вигорання пояснюють емоційним шоком, який вони переживають при зіткненні з реальністю професії, що йде в розріз з їх очікуваннями та уявленнями. Тоді як у спеціалістів старшого віку, вигорання пов'язано з рівнем задоволеності своїми професійними здобутками.

В цілому у спеціалістів зі збільшенням стажу спостерігається тенденція до зменшення ризику вигорання в наслідок набування навиків адаптації до своєї роботи.

Високими є ризики вигорання як у висококваліфікованих спеціалістів, так і низькокваліфікованих. В першому випадку вигорання пов'язане з високим рівнем домагань, у другому – неможливістю повноцінно самоствердитися та реалізуватися.

У більшості досліджень відмічено, що більш схильними до вигорання є жінки в наслідок високих робочих перевантажень та поєднання професійних обов'язків з домашніми справами і сімейними обов'язками. Однак у ряді професій вищими є рівні вигорання у чоловіків, в особливості таких, що потребують прояву чоловічих якостей (фізичної сили, відваги, стриманості, досягнень).

Щодо сімейного стану у неодружених ризик вигорання є більшим. Родина у більшості випадків виступає ресурсом підтримки та допомоги.

Друга група факторів виникнення синдрому емоційного вигорання пов'язана з умовами професійної діяльності. Професія лікаря всі частіше сприймається як сприятлива погіршенню соматичного і психічного здоров'я, зниженню стійкості шлюбів, розвитку схильності до вживання психоактивних речовин. Наркоманія в британських лікарів зустрічається в 30 разів частіше, ніж у середньому в іншого населення, а самогубства – у 2-3 рази частіше, ніж в інших професіоналів. Відповідно до вітчизняної статистики, лікарі вмирають на 10-20 років раніш своїх пацієнтів.

До другої групи причин виникнення синдрому емоційного вигорання відносяться:

- хронічно напружений характер діяльності, інтенсивне спілкування і великий обсяг діагностичних та терапевтичних заходів, що фахівець зобов'язаний провести; зокрема виявлена залежність між тривалістю робочого тижня і ризиком формування емоційного виснаження), а також понаднормовою роботою;
- дестабілізуюча організація діяльності – монотонний характер роботи, суворе регламентація часу і порядку її виконання, велика кількість бюрократичних процедур, неможливість самостійно приймати рішення; нечітка організація і планування праці, нестача устаткування, відсутність умов для самовираження особистості, професійного росту; невідповідність обсягів фінансування охорони здоров'я вимогам до обсягу діагностичних і лікувальних заходів, що зобов'язаний провести лікар; відсутність комфортних умов на робочому місці;
- психологічно важкий контингент, з яким має справу професіонал – вкладання в роботу великих особистісних ресурсів при недостатньо ефективних результатах (особливо – при роботі з безнадійними пацієнтами), ризик прийняття на себе проблем пацієнта, «зараження» ними;
- ризик адміністративних санкцій і юридичного переслідування в зв'язку з помилками в професійній діяльності, неправильним заповненням медичної документації;
- несприятлива психологічна атмосфера – напруженість і конфлікти в професійному середовищі (у першу чергу – з керівництвом, його зайвий критицизм), недостатня підтримка з боку колег, недостатні повноваження в роботі;
- недостатня винагорода, особливо сприймана як порушення соціальної справедливості;
- сімейні проблеми, а також відсутність психологічної підтримки в родині, недостатнє розуміння близькими специфіки професії лікаря.

Є дані про більшу схильність до синдрому емоційного вигорання лікарів і психологів, що працюють у державній охороні здоров'я, у порівнянні з тими, хто займається приватною практикою.

Дослідження рівня інтересу до професійної діяльності серед студентів медичних вузів і лікарів в Україні показало, що в студентів інтерес до професії лікаря починає вірогідно зменшуватися, починаючи з третього року навчання. Слід зазначити, що серед тих, хто перед надходженням у вуз працював у лікувальних установах, частка таких, що втратили інтерес до професії,

нижче, ніж серед тих, хто з професією лікаря знайомився лише теоретично (відповідно 12,05% і 30,4%).

Дослідження інтересу до діяльності в лікарів з різним стажем виявило, що він вірогідно знижується вже з другого року самостійної професійної діяльності. Після 15 років роботи стійкий інтерес до лікувальної практики відсутній у 18,6% лікарів. Серед основних факторів, що обумовлюють таку ситуацію, називаються помилки у виборі професії й у професійній діяльності, а також низьку престижність спеціальності в суспільстві, її економічний статус.

До основних психодіагностичних методик, які дозволяють оцінити наявність синдрому емоційного вигорання відносяться:

- опитувальник MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey);
- методика діагностики рівня емоційного вигорання В. В. Бойка.

MBI-HSS був розроблений К. Маслач та С. Джексон для оцінки компонентів вигорання: емоційного виснаження, деперсоналізації та ставлення до професійних досягнень.

Методика діагностики рівня емоційного вигорання В.В. Бойка визначає фази та симптоми синдрому емоційного вигорання [12]:

1. Симптоми фази напруження: переживання психотравмуючих подій, відчуття «загнаності в клітку», тривога та депресія, незадоволеність собою.
2. Симптоми фази резистенції: редукція професійних обов'язків, розширення сфери економії емоцій, неадекватне вибіркове емоційне реагування, емоційно-моральна дезадаптація.
3. Симптоми фази виснаження: емоційний дефіцит, психовегетативні та психосоматичні порушення, емоційна відстороненість, особистісна відстороненість.

Синдром вигорання має складку багатогранну структуру, що включає наявність компонентів, фаз та груп симптомів.

Основними компонентами вигорання виступають в емоційній сфері – емоційне виснаження, в когнітивній – деперсоналізація, мотиваційно-вольовій – оцінка особистісних досягнень [11].

Емоційне виснаження відображає почуття емоційної спустошеності й утоми, викликане власною роботою.

Деперсоналізація включає дистанціювання та розвиток негативного ставлення до своїх колег і пацієнтів.

Оцінка особистісних досягнень віддзеркалює самооцінку продуктивності, ефективності, досягнень спеціаліста у професійній діяльності, або виникнення почуття некомпетентності у своїй професійній сфері, усвідомлення неспіху в ній.

Залишається відкритим питання про динамічний причинно-наслідковий взаємозв'язок трьох вищезгаданих компонентів синдрому емоційного вигорання. Одними авторами первинною патогенетичною ланкою називається почуття зниження особистої ефективності й емоційне виснаження, а деперсоналізація – копінг-механізмом. На думку інших, синдром емоційного вигорання починається з деперсоналізації, наслідком якої стають низька особиста ефективність, а потім – емоційне виснаження. Треті вважають, що емоційне виснаження відкриває шлях деперсоналізації, що, у свою чергу, приводить до низької особистої продуктивності в роботі.

Виявлено, що серед лікарів високий рівень емоційного виснаження визначається у 15 – 25%

працівників, деперсоналізація 4 - 15%, самооцінка особистісних досягнень 30 - 65% [13].

Фази та динаміка синдрому емоційного вигорання

Вигорання - це динамічний поетапний процес, який розвивається у часі під впливом надмірного та тривалого стресу на роботі. Вигорання проходить ряд послідовних фаз: напруження, резистенції та виснаження. Фаза напруження відображає зіткнення з психотравматичними компонентами професії, резистенції описує шляхи пристосування до робочого стресу, що спрямовані на скорочення обов'язків, які пов'язані з емоційними затратами, фаза виснаження свідчить про злам психологічної адаптації та виникнення змін у фізичному стані.

Наявність, вираженість та спектр симптомів вигорання залежать від взаємодії специфіки професійної діяльності та персональних особливостей працівника. Спеціалісти з високим адаптаційним ресурсом здатні пристосуватися до високого рівня професійного стресу, тоді як у робітників з низьким - вигорання може розвиватися і при незначних професійних труднощах.

Професійна адаптація молодого спеціаліста проходить поступово. Для прикладу, у роботі спеціалістів паліативної допомоги має місце період тривалістю від 12 до 24 місяців, який складається із різних стадій, протягом яких професіонали досягають прогресу в удосконаленні навиків догляду за термінальними пацієнтами.

Медичний персонал проходить наступні стадії: «становлення інтелекту», «травма/емоційне виживання», «депресія», «емоційне вживання», «глибоке співчуття».

- стадія 1 - «становлення інтелекту» триває перші 3 місяці та характеризується набуттям знань та виникненням сумнівів у правильності вибору медичної професії. Медичні працівники витрачають багато зусиль на пошук професійної інформації, в тому числі щодо питання смерті.
- стадія 2 - «травма/емоційне виживання» триває наступні 3 місяці. Медик переживає психоемоційне занепокоєння, напруження та почуття провини за свій здоровий фізичний стан, в той час як пацієнт помирає;
- стадія 3 - «депресія» також триває 3 місяці та переживається дуже болісно. Медичний працівник усвідомлює масштабність смерті як частини людського життя. Саме на цьому етапі спеціалісти найчастіше покидають паліативну допомогу;
- стадія 4 - «емоційне виживання». Даний етап спеціалісти досягають, коли навчаються справлятися зі страхом смерті та почуттям провини за свій добрий фізичний стан. Депресивний стан проходить, біль втрати, що супроводжує смерть пацієнтів, періодично виникає проте не чинить такого негативного впливу як раніше;
- стадія 5 - «глибоке співчуття». На цій стадії спеціаліст стає здатним на значну професійну самовіддачу, самопізнання, виникає відчуття повної самореалізації, присутнє реальне усвідомлення хвороби і смерті.

Подібна психологічна етапність властива і іншим лікарським спеціальностям, коли молодий спеціаліст зіштовхується з новими вимогами та має оволодіти не лише суто медичними, але і психологічними компетенціями. Кожен лікар рано чи пізно зіштовхується з втратою пацієнта, інтенсивними емоціями хворого та його сім'ї, коли можливості медицини вичерпані, досягнути «бажаного результату» (вилікувати повністю) неможливо. Паліативну ланку відрізняє те, що медичний працівник опиняється у такій стресовій ситуації одразу.

Фізичні, емоційні та психічні симптоми емоційного вигорання

Виокремлюють фізичні, емоційні та психічні симптоми вигорання.

До ознак фізичного виснаження відносяться:

- хронічне відчуття втоми, слабкість, втрата життєвого тону;
- головні болі напруження, біль у спині, м'язове напруження, гастроінтестинальні та кардіоваскулярні симптоми;
- порушення сну;
- сприйнятливості до інфекційних захворювань;
- підвищену захворюваність та травматизм.

Емоційні симптоми представлені:

- відчуттям пригніченості, тривоги, безпорадності, безнадії;
- підвищеною напруженістю та конфліктністю у сім'ї;
- збільшення частоти та інтенсивності негативних емоцій та зменшення позитивних.

Психічні прояви включають незадоволення та негативне відношення до себе, роботи та життя в цілому; поведінку, пов'язану з уникненням роботи (прогули, лікарняні листи).

Вивчення феномену вигорання є важливим питанням практичної медицини у зв'язку з негативними наслідками для працівників та сфери діяльності в цілому.

Профілактика та медико-психологічна допомога при синдромі емоційного вигорання

Висока стресогенність та психотравматичність професійної діяльності в сфері медицини обумовлює потребу у розробці та впровадженні медико-психологічних заходів для медичного персоналу: інформування (психоосвіта) та навчання базовим навикам професійної взаємодії з пацієнтом (психологічний тренінг) [7, 13, 14].

З метою запобігання формуванню «емоційного вигорання», а також покращення взаємодії лікаря та пацієнта у 90-і рр. ХХ ст. почали активно розроблятися напрями роботи з медичним персоналом у вигляді психоосвітніх програм та комунікативних тренінгів. Програми тренування навиків спілкування та закріплюючі семінари тривалістю до 40 годин сприяють підтриманню отриманих навиків спілкування з пацієнтами на термін більше 2 років. Зазвичай тренінги орієнтовані на навчання основам ефективного слухання, використанні у бесіді відкритих запитань, узагальнень, покращення розпізнавання емоційних сигналів пацієнта, регулювання власного емоційного стану, підвищення емпатійності (співчуття та розуміння). Отримані навички приводить до формування достатнього терапевтичного альянсу з пацієнтом, і як наслідок залученості хворого до процесу лікування - покращенню його психологічної адаптації.

У протидії емоційному вигоранню важливою є роль підвищення рівня поінформованості з питань психології хворого, психології медичного працівника, психології лікувально-діагностичної взаємодії, пропедевтики психічних захворювань.

Основними психологічними компетенціями професійної взаємодії лікарів, які сприяють професійній адаптації є навички:

- налагодження та підтримання контакту з пацієнтом, достатнього для реалізації основних лікувальних завдань;
- повідомлення несприятливих новин, важкого діагнозу;
- ведення «переговорів щодо терапії» - вміння у доступній формі донести до хворого важливу інформацію щодо лікування захворювання, мотивувати на терапію, обґрунтувати зміни лікувальної тактики у відповідності до змін клінічних завдань;

- рівень поінформованості щодо питань медичної психології та лікувально-діагностичної взаємодії;
- діагностування порушень психічної діяльності на рівні норма/розлад, а також, орієнтування щодо необхідності залучення спеціаліста з психічного здоров'я та застосування психофармакотерапії;
- структурування та організація робочого часу;
- протидії професійному стресу (безпечні для здоров'я методи зняття психічної напруги, адаптивний профіль копінгу).

Пропонується кілька шляхів профілактики і корекції синдрому емоційного вигорання:

1. Правильна організація робочого часу, різноманітність професійної діяльності:

- своєчасне чергування роботи і відпочинку;
- сполучення практичної роботи з навчанням, дослідженнями, написанням наукових статей;
- участь у семінарах, конференціях, зустрічах з новими колегами, обмін досвідом;
- участь у роботі професійної групи, що дає можливість обговорити виниклі особисті проблеми, зв'язані з роботою;
- одержання соціальної підтримки від колег і інших референтних груп;
- зміна установок стосовно роботи:
- відділення професійної діяльності від особистого життя (поза роботою «відключатися» від роботи), вироблення ритуалів типу «ритуал білого халата» (приходячи на роботу, лікар надягає халат і включається у свою роль: він уважний, терпимий і добрий до пацієнтів, прагне їм допомогти; наприкінці робочого дня лікар знімає халат і разом з ним «знімає» проблеми, що нагромадилися за робочий день);
- відмова від завищених очікувань – завжди бути переможцем, швидко досягти позитивних результатів у роботі і житті;
- відмова брати на себе більшу відповідальність за клієнта, ніж робить він сам;
- відкритість новому досвіду;

2. Культивування інших, не зв'язаних з роботою інтересів:

- задовільне соціальне життя; спілкування з друзями – представниками інших професій;
- читання не тільки професійної, але й іншої гарної літератури;
- хобі, що доставляє задоволення.

3. Дотримання режиму сну і харчування, оволодіння технікою медитації.

Щоб уникнути синдрому вигорання, медичний працівник повинен періодично оцінювати своє життя взагалі - чи живе він так, як йому хочеться, чи подобається йому займатися своєю справою, і якщо ні – що потрібно зробити для позитивних зрушень.

Тобто, медико-психологічна допомога медичному персоналу має складатися з програми послідовних психоед'юкативних та психокорекційних заходів спрямованих на:

1. визначення основних стресогенних ситуацій, що сприймаються як психотравматичні;
2. рефлексію емоційних станів, пов'язаних з психотравмуючою ситуацією; усвідомлення особистісного значення стресогенної ситуації;
3. формування особистісного відношення до питань, пов'язаних з фізичними стражданнями, старінням, смертю;
4. визначення та підбір основних способів зменшення психоемоційної напруги та регуляції емоційних станів;
5. оптимізацію організації професійної діяльності та робочого часу.

Важливе значення має психопрофілактика. До заходів первинної психопрофілактики відносять, з одного боку, впровадження загально-гігієнічних рекомендацій по організації праці на робочому місці, режиму праці та відпочинку, з іншого – здійснення більш специфічних заходів, що коригують ініціальні прояви синдрому на доклінічному рівні і підвищують психологічну стійкість. Для вторинної профілактики та психологічної корекції синдрому вигорання при вже сформованій стадії «резистенції», заходи спрямовують на запобігання переходу стану «резистенції» у фазу «виснаження», а при сформованому «виснаженні» – на недопущення хроніфікації психосоматичних і астено-депресивних розладів.

References

1. Andreeva G. Social'naja psihologija. Moscow: Aspekt-Press; 2016.
2. Majers D. Socyal'naja psyhologija. Saint-Petersburg: Pyter; 2014.
3. Tashlykov V. Psihologija lechebnogo processa. Moscow: Medicina; 1984.
4. Tymkiv I, Tymkiv I, Blyzniuk M, Vengrovych O, Romash N, Gavrysh I. Doctor and patient: psychological types of doctors. Arhiv klinichnoi' medycyny. 2012;2(18):120-1.
5. Hardi I. Vrach, sestra, bol'noj. Psihologija raboty s bol'nymi. Budapest: Hungarian Academy of Sciences Printing Office; 1974.
6. Chaban O. Komunikatyvni navychky likarja, Konspekt lekcij. Kyiv: LAT&K; 2017.
7. Tabachnikov O, Abdrjahimova C. Osnovy klinichnoi' psyhologii' (navchal'nyj posibnyk). Donetsk: Donbass; 2006.
8. Beznosov S. Professional deformation of the personality. Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta MVD Rossii. 2012;3(55).
9. Jur'eva L. Professional'noe vygoranie u medicinskih rabotnikov. Kyiv: Sfera; 2004.
10. Orel V. Fenomen «vygoranija» v zarubezhnoj psyhologii: jempiricheskie. Issledovanija Psihologicheskij zhurnal. 2001;22(1):90-101.
11. Maslach C, Schaufeli W, Leiter M. Job Burnout. Annu Rev Psychol. 2001;52:397-422.
12. Prakticheskaja psihodiagnostika, Metodiki i testy, Uchebnoe posobie. Samara: Bahrah-M; 2001.
13. Mukharovska I. Burnout in physicians-oncologists: sources of professional stress and psychological needs. Ukrain's'kyi visnyk psykhonevrolohii. 2016;24(2):73-8.
14. Maksimenko S, Haustova E. Teoretiko-metodologicheskij genezis vygoranija u medicinskih rabotnikov. Problems of Modern Psychology. 2013;19:7-23.