

Л.Л. Лотоцька-Голуб

ЦІННІСНЕ СТАВЛЕННЯ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЯК ПЕРЕДУМОВА ПРОФІЛАКТИКИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ЛІКАРІВ

Лотоцька-Голуб Л. Л. Ціннісне ставлення до професійної діяльності як передумова профілактики професійного вигорання. У статті на основі емпіричних даних, результатів теоретичного аналізу проблеми розкриваються проблеми професійного стресу, внутрішніх конфліктів та професійного вигорання медичних працівників – лікарів хірургів, анестезіологів, стоматологів, психіатрів. Визначаються провідні чинники попередження й профілактики професійних деформацій у лікарів, серед котрих ціннісне ставлення до життя, світу, професії висуваються як провідні. Висвітлюється поняття «ціннісне ставлення до професійної діяльності», психологічна природа, специфіка проявів.

Ключові слова: лікарі, професійне вигорання, професійний стрес, ціннісне ставлення до професійної діяльності.

Лотоцкая-Голубь Л. Л. Ценностное отношение к профессиональной деятельности как условие профилактики профессионального выгорания. В статье на основе эмпирических данных, результатов теоретического анализа проблемы раскрываются проблемы профессионального стресса, внутренних конфликтов и профессионального выгорания медицинских работников – врачей хирургов, анестезиологов, стоматологов, психиатров. Определяются ведущие факторы профилактики профессиональных деформаций у врачей, среди которых ценностное отношение к жизни, миру, профессиональной деятельности выдвигаются как ведущие. Освещается понятие «ценностное отношение к профессиональной деятельности», психологическая природа, специфика проявлений.

Ключевые слова: врачи, профессиональное выгорание, профессиональный стресс, ценностное отношение к профессиональной деятельности.

Постановка проблеми та її зв'язок із важливими практичними завданнями.

Варто відзначити, що професійно-особистісні деформації представників професій, чия діяльність відбувається в умовах постійного стресу, розглядаються як психічні властивості особистості, що утворюються під впливом умов і змісту екстремальної професійної діяльності, коли джерело впливу пов'язане зі смертю, загрозою смерті, погрозою фізичному й особистісному благополуччю [1]. Проявом професійно-особистісних деформацій є стан психічного (психофізіологічного) емоційного вигорання, котрий переходить у стійкі властивості особистості, сприяючи виникненню внутрішньо особистісних конфліктів [2]. Стан емоційного вигорання є відповідною реакцією на умови екстремальної професійної діяльності, а також використання неуспішних копінг-стратегій в процесі вирішення внутрішніх конфліктів, виходу із стану когнітивного дисонансу що включає в себе емоційне виснаження, деперсоналізацію й редукцію персональних досягнень [3].

Останні дослідження і публікації, виділення невирішених питань загальної проблеми, якій присвячується стаття. Дослідники в сфері професійної діяльності в екстремальних, стресових ситуаціях (В.Ф. Березин, Т.С. Кириленко, М.С. Корольчук,

І.О. Котенев, Ю.В. Постилякова, М.Є. Сандомирський, Н.В. Тарабрина) відзначають високий рівень психосоматичної й нервово-психічної захворюваності, професійної й особистісної деформації у вигляді агресивності, зсуву мотиваційних й моральних цінностей, феномени відчуження праці, десоціалізації. Відповідно до сучасних поглядів (Н. Самікіна, В. Сумницький), стрес стає екстремальним, коли результатом впливу стресора є порушення в психічній сфері за аналогією з фізичними порушеннями [4]. Загальним обов'язковим критерієм для діагностики посттравматичних порушень є факт переживання індивідом травматичної події, що виходить за межі звичайного людського досвіду, здатної травмувати психіку практично будь-якої здорової людини (Є.С. Мазур). Тобто, кризові ситуації, характеризуються потужними негативними наслідками, а також ситуації загрози життю для самого себе або значимих близьких, які порушують почуття безпеки й викликають переживання травматичного стресу (Л.Є. Тарас, І.В. Сельченко). На відміну від означених кризових станів, психологічний стрес спричинюють такі події, як втрата близької людини, що відбулася в силу природних причин, хронічна важка хвороба, втрата роботи або сімейний конфлікт (І.О. Котуз).

У ході теоретичного аналізу літератури з проблеми екстремальної та професійної діяльності підставою для виділення поняття «професійна діяльність в умовах постійного стресу» як джерела виникнення кризових станів, а саме когнітивного дисонансу, професійно-особистісних деформацій, виступають такі критерії:

- професійна діяльність здійснюється в екстремальних умовах, які розглядаються як вихідні за межі звичайного досвіду (М.Ш. Магомед-Емінов, І.О. Котенев);
- професійна діяльність виступає в якості соціально-специфічного досвіду представників професій в умовах постійного стресу (Г.М. Андреева, Б.Д. Паригін, Н.В. Тарабрина);
- наслідками впливу стресових умов і специфічності накопиченого досвіду в представників професій в умовах постійного психоемоційного напруження є травматичний стрес, що призводить до виникнення професійно-особистісних деформацій (С.Є. Борисова).

Таким чином, позначені умови професійної діяльності представників професій, пов'язаних із постійним психоемоційним напруженням дозволяють розглядати їх як джерело професійно-особистісних деформацій, з одного боку і своєрідним індикатором ціннісного ставлення до життя, професійної діяльності, з іншого боку. До професій, діяльність котрих відбувається в умовах постійного стресу в нашому дослідженні відносяться лікарі-хірурги.

Формулювання цілей і постановка завдань статті. У статті викладено загальні результати теоретичного аналізу і деякі результати емпіричного дослідження специфіки професійного вигорання у лікарів – хірургів, анестезіологів, стоматологів, психіатрів.

Виклад методик і результатів досліджень. Синдром вигорання можна визначити як неадаптивну реакцію на стрес, що виникає в результаті професійної діяльності. Даний синдром найбільш характерний для представників професій типу «Людина-Людина», пов'язаних з наданням допомоги іншій людині, яка відчуває негативні переживання у критичній ситуації. Зазначений синдром проявляється в лікарів, медичних сестер, психотерапевтів, психіатрів і ін. Таким чином, медичні

працівники перебувають у групі ризику стосовно синдрому вигорання, а отже, питання його виникнення й профілактики в цієї категорії працівників набувають особливої актуальності.

Синдром вигорання характеризується фізичним, емоційним, мотиваційним виснаженням і зниженням продуктивності в роботі у зв'язку з перевтомленням, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань. Найчастіше люди, що страждають на цей синдром з метою одержати полегшення починають вживати алкоголь або інші психоактивні засоби, що має тенденцію до розвитку фізіологічної залежності й суїцидальної поведінки. Цей синдром звичайно розцінюється як стрес-реакція у відповідь на надмірні для особистості виробничі й емоційні вимоги.

Незважаючи на важливість психологічного аналізу проблеми, вона дотепер не посіла гідного місця в психології особистості й клінічній психології. Клініко-психологічний підхід до проблеми синдрому вигорання припускає синдромний аналіз, за допомогою якого можливе вивчення аномальних феноменів психіки в їх нерозривному зв'язку з нормальним розвитком. Психологічний синдром дозволяє описати структуру порушень, вичленувати психологічні механізми аномалій, досліджувати роль різних факторів у формуванні патології.

У основі розвитку синдрому емоційного вигорання в представників професій «Людина-Людина» особлива прикордонна особистісна організація, яка виявляється у переважанні при прикордонних і нарцисичних розладах особистості. Ядром даної організації є дифузійна самоідентичність, яка проявляється у відсутності стабільного почуття власної індивідуальності, ослабленні здатності об'єктивно сприймати і розуміти дійсність і примітивному рівні захисних операцій.

Відсутність стабільного «я» особистості ускладнює можливість встановити нормальні взаємини з навколишніми, що приводить до сплутаності, змішаності рівнів і ролей у міжособистісних взаємодіях. Інакше кажучи, ними не розділяються два типи відносин: професійні, функціонально-рольові, безособові й інтимно-особистісні відносини, що вимагають емоційного вкладу. Таке змішання зумовлює надмірне емоційно-особистісне реагування в ситуаціях, частіше професійного характеру, якими воно не передбачене, що у свою чергу призводить до розвитку синдрому емоційного вигорання.

У проведеному нами дослідженні в лікувальних установах м. Кіровограда взяли участь 142 лікарів різних лікувальних закладів міста, з них 36 хірургів, 38 анестезіологів, 42 стоматологів, 20 психіатрів. Стаж роботи обстежуваних - від 2 до 45 років. Вік - від 19 до 65 років.

Усім обстежуваним був пред'явлений такий комплекс психодіагностичних методик:

1. Опитувальник «Професійне вигорання» Н. Водоп'янової, розроблений на основі моделі тестування синдрому вигорання К. Маслач і С. Джексона, що складається із трьох субшкал (емоційне виснаження, деперсоналізація, редукція персональних досягнень).

Емоційне виснаження проявляється у відчуттях емоційної перенапруги й у почутті спустошеності, вичерпаності власних емоційних ресурсів. Виникає відчуття «приглушеності» емоцій, в особливо важких проявах можливі емоційні зриви.

Деперсоналізація являє собою тенденцію розбудовувати негативне, цинічне ставлення до реципієнтів. Контакти стають знеособленими й формальними. Виникаючі

негативні установки можуть мати як прихований характер і проявлятися як у внутрішньому подразненні, так і в конфліктах з колегами, пацієнтами і їх родичами.

Редукування персональних досягнень проявляється як зниження почуття компетентності у своїй роботі, зменшення цінності своєї діяльності, негативне самосприйняття в професійному плані. Зауважуючи за собою негативні почуття й прояви людина звинувачує себе, у неї знижується як професійна, так і особистісна самооцінка, з'являється почуття власної неспроможності, байдужність до роботи.

2. Методика «Індекс життєвого стилю» (LSI). Методика призначена для діагностики переважних захисних механізмів особистості, створена на основі психоеволюційної теорії Р. Плучика й структурної теорії особистості Г. Келлермана.

3. Шкала самооцінки тривожності Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна. Методика слугує для виміру тривоги як стану (реактивної ситуативної тривоги) і особистісної тривожності як стійкої характеристики людини.

Отримані дані оброблялися за допомогою математичного методу дискримінантного аналізу, що дозволяє віднести об'єкт із певним набором ознак до одного з відомих класів. Цей метод застосовується для вирішення багатьох діагностичних завдань, завдань прогнозування й вибору корекційних впливів. Перераховані вище завдання виконуються за вирішальними правилами, що представляють собою лінійні класифікаційні функції у вигляді лінійних рівнянь, вироблених методами дискримінантного аналізу на основі навчальної інформації. Навчальна інформація формується за результатами обстеження об'єктів, що характеризуються безліччю ознак і вірогідно встановленим фактом приналежності до одного з диференційованих станів. Вона являє собою матрицю спостережень розміром $n \times (k + 1)$, де n - число рядків, рівних числу обстежених об'єктів з вірогідно встановленим станом (синдром емоційного вигоряння); $k + 1$ - число стовпчиків, що складаються із k діагностичних ознак і 1 - груповочної ознаки G_1 , що містить коди класів станів у вигляді чисел натурального ряду: 1, 2 і т.ін. Віднесення об'єкта до певного класу виконується за низкою симптомів на основі розрахунків лінійних дискримінантних функцій (ЛДФ).

Дослідження було проведено у два етапи. Перший етап - пілотажне дослідження – здійснюється з метою виконання досліджуваними опитувальника «Професійне вигоряння» Н. Водоп'янової. Мета: визначити ступінь вигоряння лікарів, розподіл вибірки на групи за ступенем вигоряння.

Результати обробки первинних даних (відповідей обстежуваних на запитання-стимули) піддані параметризації згідно з бальною шкалою оцінок стану (чим яскравіше виражений процес або параметр стану, тем вищий бал привласнюється). Потім зроблена подальша обробка результатів із застосуванням дискримінантного аналізу. У підсумку вдалося сформулювати вирішальне правило (ВП), яке дозволяє за непрямими характеристиками не зв'язаними прямо з емоційним вигорянням, прогнозувати ступінь його виразності й тим самим надати клінічному психологові інструмент попередження негативних наслідків ще не розвиненого синдрому. Точність (Se) і специфічність (Sp), що характеризують коректність роботи ВП, що впливають: $Se = 91,27\%$; $Sp = 95,67\%$. Отримані результати свідчать про високу якість прогнозування ступеню емоційного вигоряння.

За результатами дослідження були виділено три групи досліджуваних: 1) з низьким рівнем синдрому; 2) середнім рівнем; 3) високим рівнем (див. табл. 1.).

Таблиця 1.

Розподіл досліджуваних за рівнем емоційного вигорання, %, n = 142			
Профіль	Рівень емоційного вигорання		
	Низький	Середній	Високий
Хірурги	42	30	28
Анестезіологи	38	32	30
Стоматологи	32	28	40
Психіатри	30	24	46*

Примітка. * - відмінність достовірна для груп лікарів (за ф-критерієм Фішера).

Другий етап був спрямований на вивчення особистісних особливостей лікарів групи за допомогою основної батареї психодіагностичних методик.

Для групи досліджуваних з *низьким рівнем вигорання* (37,0% обстежуваних) характерний середній рівень особистісної тривожності й низький рівень реактивної тривожності, що свідчить про достатні внутрішні ресурси для подолання більшості стресорів, з якими доводиться зустрічатися при виконанні своїх професійних обов'язків. Професійна діяльність розцінюється як соціально значима, відношення до пацієнтів і колегам тактовне й поважне. Крім того, провідним механізмом психологічного захисту є раціоналізація, що також сприяє більш успішному професійному функціонуванню. Раціоналізація дозволяє знизити емоційну напруженість, запобігти дезорганізації діяльності й поведінки, а також підтримати свою самооцінку максимально високо. Зміст раціоналізації полягає в тому, що особистість долає конфліктні й фруструючі ситуації за рахунок нерелективних когнітивних викривлень реальних фактів.

Іншим механізмом для осіб даної групи є механізм гіперкомпенсації. Психологічні захисти за типом «гіперкомпенсації» відбивають спроби впоратися із самоуявленням про себе як недостатньо успішному й ефективному у своїй роботі співробітнику. Запобігання неприємних або неприйнятних для людини думок, почуттів або вчинків здійснюється шляхом перебільшеного розвитку протилежних прагнень: безумовно відповідати певним соціальним нормам, що пропонують тверді стереотипи емоційного реагування з необхідністю бути стриманим, терплячим, турботливим, розуміючим. Однак при цьому часто блокується прояв дійсних почуттів, що створює емоційна напруга й супроводжується посиленням почуття ворожості й негативізму до пацієнтів, їх родичам й колегам.

Дані механізми психологічного захисту характерні для невротичної особистісної організації. Тому з метою запобігання розвитку синдрому надалі в даній групі співробітників слід розробити систему заходів заохочення їх ініціативи, новаторства, а також демонстрації їх виробничих успіхів найближчому оточенню (родині, дітям, друзям та ін.).

Для групи із *середнім рівнем вигорання* (30,0 % обстежуваних) характерний середній рівень як особистісної, так і реактивної тривожності. Провідними механізмами психологічного захисту є компенсація й заперечення. Для особистості характерне заперечення тих аспектів зовнішньої реальності, які є професійно стресогеними для

лікарів. Заперечення проявляється в спробах компенсувати для себе, суб'єктивно, за рахунок фантазування й ілюзій відсутні властивості, гідності, поведінкові характеристики. Це дозволяє припустити, що несвідоме відкидання самого факту ситуації, що травмує, блокування інформації на стадії сприйняття створює суб'єктивне відчуття комфорту. Такий стиль поведінки веде до напруги й, як наслідок, до подальшого вигорання.

До того ж, як відомо, компенсація й заперечення породжують депресивні тенденції, характерні для психічної особистісної організації. У зв'язку із цим основний ракурс профілактики розвитку синдрому повинен бути пов'язаний з підкресленням особливої ролі й значимості лікаря в забезпеченні якості лікувального процесу.

Третя група (33,0 % обстежуваних) - це лікарі з *високим рівнем вигорання*. Основним механізмом психологічного захисту є дистанціювання. Наслідком його для особистості стає неможливість одержувати зворотний зв'язок і соціальну підтримку, а зсередини – професійна діяльність не приносить морального задоволення. Для співробітників даної групи характерна виражена нервово-психічна напруженість, низька оцінка персональних досягнень, емоційна виснаженість. У медичного персоналу з високим рівнем емоційного вигорання поряд із цим виявлений високий показник особистісної тривожності, який проявляється в сприйнятті широкого кола ситуацій як загрозливих. Психотравмуючий досвід, як правило, витісняється, але це не сприяє зниженню тривоги. Прагнення до регресії в значимих міжособистісних відносинах (родина, робота) супроводжується зниженням рівня самоприйняття, проходженням простим і звичним для таких реакцій поведінковим стереотипам, що суттєво збіднює потенційно можливий арсенал подолання конфліктних ситуацій.

У медичного персоналу професійне вигорання представлене у вигляді деперсоналізації або тенденції щодо негативного, цинічного ставлення до пацієнтів. Контакти набувають формальності, з'являються негативні установки, які мають прихований або явний характер, що проявляється у роздратуванні, конфліктах з колегами, пацієнтами та їх близькими.

Редукування персональних досягнень відображається у зниженому почутті професійної компетентності, цінності власної діяльності і негативному само сприйнятті у професійному плані. Спостерігаючи за собою, особистість звинувачує себе, внаслідок чого зменшується професійна та особистісна самооцінка, з'являється почуття власної неповноцінності, незацікавленість у роботі. Все вищезазначене є причиною виникнення когнітивних конфліктів.

Отже, відсутність стабільного «Я» особистості ускладнює встановлення нормальних взаємин з оточуючими, що призводить до плутанини у рівнях, ролях у міжособистісних стосунках. Тобто особистість не розмежовує два типи стосунків: професійні і функціонально-рольові, безособові й інтимно-особистісні. Такий стан зумовлює надмірне емоційно-особистісне реагування у ситуаціях (частіше у професійній діяльності), що не передбачають цього, і це в свою чергу призводить до синдрому емоційного вигорання.

Саме моральність виступає важливим чинником формування власних переконань і атитюдів. З одного боку, вона дозволяє особистості, уникати когнітивних конфліктів, а з іншого боку (ситуації невідворотного зіткнення переконань із протидією реальності і

неможливістю діяти в русі особистісних уявлень) є причиною серйозного конфлікту, який може трансформуватись у кризу.

Проблема моральності стосується і сфери стосунків пацієнта та лікаря. Встановлення довірливих стосунків між хірургом і пацієнтом є найсуттєвішим чинником процесу лікування (В.О. Ташликов, А.А. Чазов). Окрім професійно виконаної операції та інших лікувальних процедур, необхідною є і допомога духовного характеру, що покращує психологічний і соматичний стан пацієнтів (Д. Томасма, Е. Даун Свабі-Еліс), допомога і психологічна підтримка у вирішенні емоційних проблем, які виникають під час важкого захворювання (В.О. Ананьєв, В.В. Ніколаєва, Т. В. Рогачева, В.О. Чулкова), у віднайдені смислу життя в ситуації, котра змінюється (В. Франкл). Шанобливість до потреб людини передує особливому – ціннісному ставленню до неї, її життя. Саме ціннісне ставлення до життя пацієнта спеціалісти виокремлюють як найбільш професійно значущу особистісну властивість медичного працівника (М.І. Жукова, Г.В. Малигіна, І. Харді, Н.В. Ельштейн).

У теорії ставлення, яку розвиває В.М. М'ясищев, відзначається, що система стосунків є складним утворенням, тому що можливий прояв не лише однозначного (позитивного, негативного або нейтрального), але й суперечливого ставлення (загальне позитивне ставлення до предмета в цілому може поєднуватися з негативним ставленням до окремих його властивостей і навпаки). Складна структура ставлення, що вирізняє когнітивний, емоційний, поведінковий компоненти, зумовлює можливість невідповідності знання про важливість предмета і реального прояву ставлення в поведінці людини.

Отже, поняття «ціннісне ставлення», уведене в психологію О. І. Донцовим, демонструє особистісну значущість для людини матеріальних, соціальних, культурних, моральних та інших явищ, що сприймаються як цінності [12].

Складовими ціннісного ставлення можна визначити: спрямованість особистості (Л.І. Божович, О.І. Донцов); ціннісні орієнтації, котрі уособлюються у поведінці людини й особливостях міжособистісних відносин (Г.В. Массон); ціннісні установки, які впливають на прояв окремих актів поведінки, що реалізуються у типових ситуаціях (В.О. Ядов, І.О. Зотова, М. І. Бобнєва).

Ціннісне ставлення незалежно від його усвідомлення є регулятором поведінки, однак при умові усвідомленості його вплив має більше значення, тому що надає можливість трансформувати таке ставлення із однієї сфери життя в іншу (О.І. Донцов).

Слід зазначити, що «ціннісне ставлення до життя» як наукова категорія не знайшла належного відображення у психологічній науці. Натомість у філософії (Л.В. Фесенкова, Ф.Т. Михайлов) більш глибоко відбувається осмислення цього поняття. Переоцінювання традиційних цінностей і спрямованість масової свідомості на утилітарно-побутові цінності піддали сумніву моральні та духовні ідеали гуманізму (І.В. Сілуянова, П. Беннер, К. Томпкінс), тому розвиток ціннісного ставлення до життя, на думку філософів, є гострою проблемою сучасності.

Стосовно загальних підходів до дослідження ціннісного ставлення до життя, варто відзначити, що вони ще не розроблені, хоча філософи акцентують увагу на певних світоглядних позиціях, від котрих залежить розуміння природи цінностей, життя, власне людини (І.В. Сілуянова, Л.В. Фесенкова).

Ціннісне або неціннісне ставлення до життя пронизує усі сфери життєдіяльності людини, зумовлює політичні, економічні, соціокультурні, міжособистісні стосунки. На думку

Л.В. Фесенкової, за усталеною тезою про цінність життя досить часто приховується знецінення життя, що має прояв у людському егоїзмі, прагматизмі, агресивності тощо. У медичній сфері моральне зубожіння виявляється у тому, що процес догляду за хворими перетворився у технологію виконання лікувальних процедур, що сприймається пацієнтами як неухважність, нечуливість, байдужість (М.М. Семенков).

Формування ціннісного ставлення до життя пацієнта уможлиблюється завдяки закладенню в основу професійної мотивації - спрямованості на благо іншої людини, в структуру ціннісних орієнтацій – духовно-моральних цінностей альтруїстичного характеру, а також професійно-моральних установок на служіння заради Людства (О.Р. Фонарев, Е. Даун Свабі-Еліс, Е. Лоуї). У медичній галузі ціннісне ставлення до життя й особистості пацієнта, його соціального оточення, життєвих обставин тощо (Г.В. Малигіна, А.-М. Гетман-Сієферт) повинно бути основою професійної діяльності.

Поряд із цим слід підкреслити, що не зважаючи на соціально-економічні, політичні або культурні умови, в яких перебуває суспільство, завжди у кожній людині зберігається ядро цінностей, що вважаються істинними або вічними. Хоча іноді зовнішні умови життя людини можуть пригнічувати розвиток духовно-моральних цінностей і заважати прояву ціннісного ставлення до життя людини. Власне такої думки дотримуються С.М. Волочкова, Д.С. Єрмоленко, коли констатують збереження у сучасній молоді цінностей товаришування, любові, родини, котрі традиційно вважалися духовно-моральними.

Звернення до глибинних духовно-моральних цінностей і актуалізація досвіду їх переживання виявляються можливими завдяки діалогу. Т. О. Флоренська вважає, що діалогічна взаємодія є своєрідним засобом пробудження внутрішнього діалогу. Отже, саме завдяки діалогу людина здійснює моральне самовизначення, що сприяє розвитку ціннісно-мотиваційної сфери.

Висновки та подальші перспективи досліджень. Профілактика синдрому вигорання у даної групи лікарів, що має психотичну особистісну організацію, представляється найбільш складною через невідповідність психологічним вимогам, пропонованим професією типу «Людина - Людина» до співробітників.

Таким чином, проведене нами дослідження підтверджує вирішальну роль особистісних характеристик, типу особистісної організації у формуванні синдрому емоційного вигорання. Вік, стаж і профіль роботи лікарів не мають вирішального значення для формування синдрому емоційного вигорання.

Виходячи із цього, основним завданням психологічної профілактики синдрому емоційного вигорання в лікарів є створення необхідних виробничих умов, що сприяють адекватному й компетентному реагуванню на труднощі, що виникають у професії, наприклад, підвищення толерантності до ситуацій і факторам, що викликають психологічну напругу й стреси. Для цього необхідно психологічний супровід багатогранного професійного становлення лікарів як з позицій адаптації до професії, так і в плані реалізації потенціалу фахівця, задоволеного своєю працею.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробки програм психологічної профілактики й психокорекції негативних наслідків синдрому емоційного й професійного вигорання у медичного персоналу.

Список використаних джерел

1. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита /Л.И. Анцыферова // Психологический журнал.- 1994. - Т. 15. - № 1. - С. 3 – 16.
2. Бойко В. В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении / В. В. Бойко. - СПб.: Питер, 1999. - 105 с.
3. Водопьянова Н. Е. Психическое выгорание / Н. Е. Водопьянова // Стоматолог. - М.: Медицина, 2002. - № 7. - С. 12.
4. Самикіна Н. Синдром вигоряння у працівників пенітенціарної системи / Н. Самикіна, В. Сулицький // Соціальна психологія. - 2004. - № 4 (6). – С. 43 - 48.
5. Караванов Г. Индивидуально-психологические особенности личности врача - хирурга / Г. Караванов, В. Коршунова. - Львов: Вища Школа, 1974. - 84 с.
6. Гафарова Н.В. Роль личностных характеристик в формировании синдрома эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала / Н.В. Гафарова // Известия Уральского государственного университета. – 2008. – № 60. – С. 42 - 47.
7. Денисова О. В. Становление профессиональной идентичности студента-медика в образовательном процессе вуза: автореф. дисс. к. психол. н.: 19.00.07 «Пед.психология» / Ольга Владимировна Денисова; Башкирский гос. пед. ун-т им. М. Акмуллы. – Екатеринбург, 2008. – 26 с. – Библиогр. С. 23-25.
8. Андреев А. А. Отношение к врачебным ошибкам и социальные пути их предупреждения: автореф. к. мед. н., спец-ть: 14.00.52 «Социология медицины» / Андреев Арнольд Арнольдович; Волгоградский Научный Центр РАМН и Администрации Волгоградской области: Волгоградский государственный медицинский университет. - Волгоград, 2006. – 27 с.
9. Карамушка Л. М. Комплексна оцінка проявів стресу у лікарів в умовах соціально-економічних змін /Л. М. Карамушка, О. О. Раковчена // Лікарня в ХХ столітті: організація та управління методичною допомогою: Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції, 5-6 червня 2008 р. / [Редкол.: Г. О. Слабкий.] – К., 2008. – С. 70 - 72.
10. Орел В. Е. Феномен выгорания в зарубежной психологии. Эмпирическое исследование /В. Е. Орел // Психологический журнал. - М.: Наука, 2001. - Т. 20. - 1. - С. 16-21.
11. Авхименко М. М. Некоторые факторы риска труда медика / М. М. Авхименко // Медицинская помощь. - М.: Медицина, 2003. - № 2. - С. 25 – 29.
12. Донцов А. И. Схемы понимания и объяснения физической реальности / А.И. Донцов, О.Е. Баксанский // Вопросы философии. – 1998. - № 11. – С. 75 – 90.

Spisok vikoristanih dzherel

1. Antsyferova L. I. (1994) Lichnost' v trudnykh zhiznennykh usloviyakh: pereosmyslenie, preobrazovanie situatsiy i psikhologicheskaya zashchita /L. I. Antsyferova // Psikhologicheskiiy zhurnal.- 1994. - T. 15. - № 1. - S. 3 – 16.
2. Boyko V. V. (1999) Sindrom "emotsional'nogo vygoraniya" v professional'nom obshchenii / V. V. Boyko. - SPb.: Piter, 1999. - 105 s.
3. Vodop'yanova N. E. (2002) Psikhicheskoe vygoranie / N. E. Vodop'yanova // Stomatolog. - M.: Meditsina, 2002. - № 7. - S. 12.
4. Samikina N. (2004) Sindrom vigoryannya u pratsivnikov penitentsiarnoї sistemi / N. Samikina, V. Sulits'kiy // Sotsial'na psikhologiya. - 2004. - № 4 (6). – S. 43 - 48.
5. Karavanov G. (1974) Individual'no-psikhologicheskie osobennosti lichnosti vracha - khirurga / G. Karavanov, V. Korshunova. - L'vov: Vishcha Shkola, 1974. - 84 s.

6. Gafarova N. V. (2008) Rol' lichnostnykh kharakteristik v formirovanii sindroma emotsional'nogo vygoraniya u srednego meditsinskogo personala / N. V. Gafarova // Izvestiya Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. – 2008. – № 60. – S. 42 - 47.
7. Denisova O. V. (2008) Stanovlenie professional'noy identichnosti studenta-medika v obrazovatel'nom protsesse vuza: avtoref. diss. k. psikhol. n.: 19.00.07 «Ped.psikhologiya» / Ol'ga Vladimirovna Denisova; Bashkirskiy gos. ped. un-t im. M. Akmully. – Ekaterinburg, 2008. – 26 s. – Bibliogr. S. 23-25.
8. Andreev A. A. (2006) Otnoshenie k vrachebnym oshibkam i sotsial'nye puti ikh preduprezhdeniya: avtoref. k. med. n., spets-t': 14.00.52 «Cotsiologiya meditsiny» / Andreev Arnol'd Arnol'dovich; Volgogradskiy Nauchnyy Tsentr RAMN i Administratsii Volgogradskoy oblasti: Volgogradskiy gosudarstvennyy meditsinskiy universitet. - Volgograd, 2006. – 27 s.
9. Karamushka L. M. (2008) Kompleksna otsinka proyaviv stresu u likariv v umovakh sotsial'no-ekonomichnikh zmin /L. M. Karamushka, O. O. Rakovchena // Likarnya v KhKh stolitti: organizatsiya ta upravlinnya metodichnoyu dopomogoyu: Materiali vseukraïns'koï naukovo-praktichnoï konferentsii, 5-6 chervnya 2008 r. / [Redkol.: G. O. Slabkiy.] – K., 2008. – S. 70 - 72.
10. Orel V. E. (2001) Fenomen vygoraniya v zarubezhnoy psikhologii. Empiricheskoe issledovanie /V. E. Orel // Psikhologicheskii zhurnal. - M.: Nauka, 2001. - T. 20. - 1. - S. 16-21.
11. Avkhimenko M. M. (2003) Nekotorye faktory riska truda medika / M. M. Avkhimenko // Meditsinskaya pomoshch'. M.: Meditsina, 2003. № 2. S. 25 – 29.
12. Dontsov A. I. (1998) Skhemy ponimaniya i ob'yasneniya fizicheskoy real'nosti / A. I. Dontsov, O. E. Baksanskiy // Voprosy filosofii. – 1998. – № 11. – S. 75 – 90.

Lototskaya-Golub L.L. Valuable relation to professional activities as a condition for the prevention of burnout. On the basis of empirical data, the results of the theoretical analysis of the problem reveals the problems of occupational stress, internal conflicts and professional burnout of medical workers - doctors surgeons, anesthesiologists, dentists, psychiatrists. Determined leading factors prevention of occupational strain doctors, including value attitude to life, the world of professional activity are put forward as leaders. Disclosed by the concept of «value attitude to the profession», a psychological nature, the specific manifestations.

Professional and personal strain representatives of professions whose activities are under constant stress, regarded as mental properties personality, formed under the influence of extreme conditions and content of professional activity, when the source of exposure is associated with death, the threat of death threats to physical and personal well-being.

In the professional medical staff burnout is presented in the form of depersonalization or trends in the negative, cynical attitudes towards patients. Contacts acquire formalities appear negative attitudes that have hidden or explicit nature, which is manifested in the stimulation, conflicts with colleagues, patients and their loved ones.

Key words: *doctors, professional burnout, occupational stress, value attitude to the profession.*