

Міністерство освіти і науки України
Чорноморський національний університет імені Петра Могили
Медичний інститут

Кафедра психології

«ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ»
завідувачка кафедри психології
_____ Ірина ЛИСЕНКОВА
« 01 » червня 2022 року

УДК 159.97:37..011.3-051

СПЕЦИФІКА ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Кваліфікаційна робота бакалавра
за освітньою програмою «Психологія»
першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
галузь знань 05 - Соціальні та поведінкові науки
спеціальність 053 «Психологія»

Виконала:
студентка 466 групи
ПОЛВОДА Аліна Олександрівна

Науковий керівник:
канд. психологічних наук, доцент
**АСТРЕМСЬКА Ірина
Володимирівна**

Миколаїв – 2022

Міністерство освіти і науки України
Чорноморський національний університет імені Петра Могили
Медичний інститут

Кафедра психології

Освітній рівень – бакалавр

Галузь знань: 05 – Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність: 053 «Психологія»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
завідувачка кафедри психології

_____ Ірина ЛИСЕНКОВА

« 03 » червня 2022 року

ЗАВДАННЯ
НА ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ БАКАЛАВРА

Студентці **ПОЛІВОДІ Аліні Олександрівні**.

1. Тема роботи: «Специфіка психосоматичних розладів педагогічних працівників» затверджена наказом ЧНУ імені Петра Могили № 307 від «17» листопада 2021 року.
2. Об'єкт дослідження – професійний стрес та його психосоматичні прояви у педагогічних працівників.
3. Предмет дослідження – психосоматичні аспекти стресу в умовах професійної діяльності робітників навчальних закладів.
4. Завдання дослідження:
 1. на основі теоретичного аналізу літератури визначити основні напрямки вивчення психосоматики в контексті сучасної психологічної науки;
 2. вивчити психологічні особливості професії педагога та причини виникнення професійного захворювання;
 3. дослідити особливості психосоматичних розладів педагогічних працівників;

4. розробити та апробувати програму корекції психосоматичних розладів педагогів;

5. створити методичні рекомендації щодо профілактики станів особистості, що спричиняють психосоматичні прояви у працівників закладів освіти.

5. Науковий керівник роботи.

ППП та посада керівника	Завдання видано (дата, підпис)	Завдання виконано (дата, підпис)
АСТРЕМСЬКА Ірина Володимирівна кандидат психологічних наук, доцент	25 вересня 2021 року _____	25 травня 2022 року _____

6. КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи бакалавра (КРБ)	Строк виконання етапів роботи
1	Погодження керівником змісту КРБ	11 жовтня 2021 р.
2	Пошук, добір та опрацювання літературних джерел з проблематики дослідження	30 листопада 2021 р.
3	Робота над підготовкою тексту КРБ	
3.1	Розділ 1. Теоретико-методологічні засади дослідження специфіки психосоматичних розладів педагогічних працівників	20 грудня 2021 р.
3.2	Розділ 2. Результати емпіричного дослідження особливостей психосоматичних розладів педігогів	25 квітня 2022 р.
3.3	Розділ 3. Розробка корекційної програми психосоматичних розладів педагогічних працівників	
4	Висновки	16 травня 2022 р.
5	Захист КРБ на кафедрі (попередній захист)	01 червня 2022р.
6	Захист КРБ перед Екзаменаційною комісією	21 червня 2022 р.

Студент _____ Аліна ПОЛІВОДА

Науковий керівник _____ Ірина АСТРЕМСЬКА

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СПЕЦИФІКИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	
1.1 Поняття психосоматики в сучасній психологічній науці.....	9
1.2 Психологічні особливості професії педагога та причини виникнення професійного захворювання.....	15
1.3 Основні професійні захворювання педагогів і їх прояви.....	20
1.4 Провідні напрямки терапії психосоматичних пацієнтів.....	24
Висновки до першого розділу.....	29
РОЗДІЛ 2 РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ПЕДАГОГІВ	
2.1 Організація та методи дослідження.....	31
2.2 Характеристика досліджуваних груп	35
2.3 Результати дослідження.....	37
Висновки до другого розділу	54
РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА КОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ ПОДОЛАННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	
3.1 Програма психологічної корекції психосоматичних розладів педагогів	56
3.2 Аналіз результатів формуючого експерименту.....	67
3.3 Розробка рекомендацій щодо профілактики психосоматичних розладів.....	71
Висновки до третього розділу.....	74
ВИСНОВКИ.....	76
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	81

ВСТУП

Актуальність теми. Педагогічна діяльність входить у групу професій із великою кількістю чинників психологічної напруги. Вона багата безліччю як позитивних, а й негативних емоцій під час спілкування педагогів з учнями, колегами і батьками. Це пов'язано з тим, що колективи переважно жіночі, у зв'язку з цим у яких спостерігається підвищена збудливість, «зараження» емоціями один від одного, низька стресостійкість і емоційна нестійкість, схильність до почуття провини, тривожність. Усе це сприяє розвитку психосоматичних захворювань, і розладів.

Згідно з Великим психологічним словником, «психосоматика» (від грецької мови «psyche» душа і «soma» тіло) – це напрямок у медицині та психології, що вивчає роль психічних факторів в етіології та патогенезі функціональних та органічних розладів організму людини. Також за визначенням Тлумачного словника психіатричних термінів психосоматичні розлади – це розлади функцій органів та систем у зв'язку з впливом психогенних травмуючих факторів за певної особистісної диспозиції.

Психосоматичні проблеми зі здоров'ям складають основну частину «сучасних хвороб цивілізації» і протягом останнього століття виступали центром активних досліджень у рамках психосоматичної медицини, дивлячись на їх зростаючу роль у захворюваності населення.

Двома основними групами психосоматичних розладів є «великі» психосоматичні захворювання, до яких відносять ішемічну хворобу серця, гіпертонічну хворобу, виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки, бронхіальну астму та деякі інші, та «малі» психосоматичні розлади – невротичні порушення внутрішніх органів, «органні неврози».

Сучасні уявлення про сутність проблеми психосоматичного здоров'я передбачають облік усієї сукупності змін, що зачіпають як біологічний рівень порушень (соматичні симптоми та синдроми), так і соціальний рівень функціонування пацієнта зі зміною рольових позицій, цінностей, інтересів,

кола спілкування, з переходом у принципово нову соціальну ситуацію зі своїми специфічними заборонами, розпорядженнями та обмеженнями.

Проблемою психосоматичних захворювань займалися такі вчені як американський лікар та психоаналітик Ф. Александер (1891-1964), який був визнаний одним із засновників психосоматики; А. Е. Лічко (1926-1994), який створив класифікацію типів реакцій на хворобу (1980), американський психолог Леслі Ле Крон (1892-1972), сучасні психологи-науковці, які займаються питаннями психосоматики А. М. Радченко.

Ф. Александер у 1950 р. виділив «Чиказьку сімку психосоматичних захворювань», до якої увійшли такі захворювання як гіпертонічна хвороба, тиреотоксикоз, шкірні захворювання, виразковий коліт, ревматоїдний артрит, бронхіальна астма, виразкова хвороба шлунка. Вчений вважав, що згідно з моделлю вегетативного неврозу, якщо несвідомий конфлікт не має виходу у відповідному зовнішньому прояві, то він призводить до емоційної напруги, яка супроводжується стійкими змінами у вегетативної нервовій системі, які можуть спричинити зміну тканини або незворотні ураження органів.

А. Є. Лічко у 1980 р. вивів 12 типів реакцій на захворювання, у яких різні типи людей по-різному реагують на соціальну адаптацію. На його думку, акцентуації – головні риси особистості визначають всю поведінку людини та її схильність до соматичних захворювань. Тобто, у його розумінні термін «психосоматика» розуміється як реакція певного типу людини (наприклад, гіпертимний тип або істероїдний тип, лабільний, шизоїдний типи особистості та ін.) на соціальну взаємодію та адаптацію.

Відповідно до класифікації Леслі Ле Крона, причинами психосоматичних реакцій можуть виступати внутрішній конфлікт, як «боротьба між двома протилежними бажаннями свідомого та несвідомого» у розумінні особистості людини, мотивація чи умовна вигода, навіювання, коли ідея про власну хворобу розуміється людиною на несвідомому рівні автоматично та мову тіла в таких фразах як: "голова вже болить від тебе", і як наслідок мігрень; або «не перетравлюю її», і як наслідок проблеми із ШКТ.

Таким чином, розглянувши різні точки зору вчених-психологів та психоаналітиків на проблему психосоматичних захворювань, ми дійшли висновку, що поділяємо підхід Ф. Александера та Леслі Ле Крона до визначення психосоматики та психосоматичних захворювань. Отже, у нашому дослідженні психосоматичне захворювання – це захворювання, причинами яких є, більшою мірою, психічні процеси та емоційні стани такі як тривожність, гнів, депресія, почуття провини, зайві емоції, тривала нервова та емоційна напруга, ніж безпосередньо будь-які фізіологічні причини.

У психологічній науці з кінця ХХ століття проблема стресу в професійній діяльності досліджується з різних позицій: детермінант походження, стадій розвитку (В.А. Бодров, М. Борневассер, Н.Є. Водоп'янова, Р. Лазарус, А.Б. Леонова, А.Б. К. Маслач, Л. А. Китаєв-Смик, Г.С. Нікіфоров, Г. Сельє, А. Пельцман та ін.). У сімейній психології – ця проблема стосується регуляції стану у людей, які перебувають у хронічному стресовому стані (А.Ф. Косенко, В.М. Крайнюк, Є.Л. Носенко, В.О. Моляко, В.І. Осодло, М.С. Корольчук, Ю.П. Горго, О.І. Тимченко, С.І. Яковенко), деформація, вигорання, аспекти професійної кризи, стрес в умовах трудової діяльності (О.І. Богучарова, Н.М. Булатевич, І.В. Бринза, Л.М. Карамушка, В.С. Медведєв, В.Л. Панковець, О.П. Санніков).

У сучасній психологічній літературі основними методами вивчення психосоматичного ризику з точки зору професійної діяльності, визначені напрями досліджень (В.А. Бодров, Т. Кокс, Г.С. Нікіфоров, А.Б. Леонов). Проте малодосліджена проблема на цю тему полягає у виявленні специфіки професійного стресу, його регулювання у працівників навчальних закладів, що потребує власного наукового вирішення.

В нашому дослідженні ми висвітлимо аспекти, закономірності формування психосоматичних розладів та покажемо як це пов'язано з специфікою роботи педагога, стресом та особистісними психологічними характеристиками.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично вивчити специфіку психосоматичних розладів педагогічних працівників.

Завдання дослідження:

1. на основі теоретичного аналізу літератури визначити основні напрямки вивчення психосоматики в контексті сучасної психологічної науки;
2. вивчити психологічні особливості професії педагога та причини виникнення професійного захворювання;
3. дослідити особливості психосоматичних розладів педагогічних працівників;
4. розробити та апробувати програму корекції психосоматичних розладів педагогів;
5. створити методичні рекомендації щодо профілактики станів особистості, що спричиняють психосоматичні прояви у працівників закладів освіти.

Об'єкт дослідження – психосоматичний розлад особистості.

Предмет дослідження – психосоматичні аспекти стресу в умовах професійної діяльності робітників навчальних закладів.

Гіпотеза дослідження. Існує зв'язок між переживанням професійного стресу та психосоматичними проявами у працівників навчальних закладів; основними детермінантами професійного стресу та розвитку психосоматичних розладів є: ситуаційні детермінанти та індивідуально-особистісні детермінанти.

Методи дослідження. Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань обрано такі методи дослідження: теоретичні (теоретико-методологічний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел, порівняння та узагальнення даних теоретичних досліджень), емпіричні (методи опитування, тестування), методи обробки даних (узагальнення та систематизація).

Комплекс психологічних методик: опитувальник «визначення нервово-психічної напруги» (Немчін Т. А); авторська анкета «Опитувальник

стану здоров'я»; методика «Синдром «вигорання» в професіях системи «людина-людина» (Г. С. Нікіфоров); методика переважаючих емоційних переживань (Б. Додонов).

Експериментальна база дослідження. Дослідницько-експериментальна робота виконувалась на базі медичного інституту, кафедри психології Чорноморського національного університету імені Петра Могили. У експерименті взяли участь 30 викладачів університету (15 жінок і 15 чоловіків), віком 25-50 років.

Апробація результатів дослідження.

Основні ідеї та результати дослідження доповідались та обговорювались на ХХІV Всеукраїнській науково-практичній конференції «Могилянські читання – 2021: Досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні: Глобальний, національний та регіональний аспекти». (8-12 листопада 2021 року, м. Миколаїв) та на ХVІ Міжнародній науково-практичній конференції «Ольвійський форум – 2022: Стратегії країн Причорноморського регіону в геополітичному просторі» (23-26 червня 2022 р., м. Миколаїв).

Публікації. Основний зміст і результати роботи висвітлено у 2 тезах:

1. Полівода А. О. Психосоматичні порушення педагогічних працівників/ Полівода А. О. // Тези доповідей ХХVІ Всеукраїнської науково-практичної конференції «МОГИЛЯНСЬКІ ЧИТАННЯ – 2021: Досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні: Глобальний, національний та регіональний аспекти» (8-12 листопада 2021 р.). – Миколаїв: ЧНУ ім. П. Могили, 2021. С. 97-99.

2. Полівода А. О. Специфіка психосоматичних розладів педагогічних працівників / Полівода А. О. // Тези доповідей ХVІ Міжнародної науково-практичної конференції «Ольвійський форум – 2022: Стратегії країн Причорноморського регіону в геополітичному просторі» (23-26 червня 2022 р.) – Миколаїв: ЧНУ ім. П. Могили, 2022.

Структура кваліфікаційної роботи. Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел, який включає 84 найменування українських та зарубіжних авторів.

Основний зміст курсової викладено на 76 сторінках комп'ютерного тексту (повний обсяг роботи 89 сторінок), містить 12 таблиць та 3 рисунки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СПЕЦИФІКИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

1.1 Поняття психосоматики в сучасній психологічній науці

Термін «психосоматика» вперше вжив у 1818 році Дж. Ч. Хайнрот. Поєднання психіки та соматики має визначити цілісне, а отже, цілісне сприйняття людського тіла [13].

Психосоматика є галуззю знань, що знаходиться на межі психологічних і медичних наук, тому у своїх працях досліджує взаємозв'язки, що виникають між психологічними властивостями та соматичним станом людини, особливо у разі захворювання. Термін психосоматика не є цілком точним терміном, який використовується в літературі в різних контекстах і значеннях. Спочатку це стосувалося групи захворювань, при яких фізичний стан пацієнта більше пов'язаний з психологічними факторами, ніж просто з фактом хвороби, що перевантажує психіку. Сюди входять психосоматичні захворювання, при яких патогенез емоцій, особистості та стресу очевидний, а іноді й домінує в образі хвороби [11].

Формуванню психосоматичних розладів сприяють: перфекціонізм, чутливість і високий інтелект та стрес. Ці розлади вражають переважно жінок. На їх формування впливають такі фактори, як: тип особистості, сімейне оточення або стрес (життєва ситуація, внутрішньопсихічні конфлікти).

Психосоматичні розлади можуть вражати багато систем. Захворювання з психосоматичним фоном в основному стосуються: системи кровообігу (наприклад, артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця), травної системи (наприклад, виразкова хвороба, синдром подразненого кишківника), дихальної системи (наприклад, бронхіальна астма), порушення сну, деякі

види ожиріння, мігрень, цукровий діабет, розлади харчування, вегетативні розлади, алергія, atopічний дерматит, кропив'янка та інші [18].

Однак термін психосоматична хвороба не має жорстких рамок. Іноді зміст цього поняття значно звужується, а іноді загальний розлад, заснований на емоційних факторах, вважають психосоматичними захворюваннями. При одних порушеннях емоційний компонент є безпосередньою причиною проблеми, в інших – це лише складова кількох різних факторів [39].

Також постає вагоме питання про відмінність психосоматичного захворювання і звичайного соматичного. Головна властивість психосоматичних явищ полягає в тому, що вони виникають, загострюються і зникають не випадковим чином, а як реакція на внутрішній стан, тоді як симптоми звичайних захворювань проявляють себе незалежно від психологічних процесів. Саме ця закономірність і дозволяє відрізнити одне одного [29].

Основною відмінністю невротичних розладів від психосоматичних є помітний зв'язок симптомів з їх першопричиною. При неврозах цей взаємозв'язок чіткий, а при психосоматичних розладах – не такий чіткий.

Без знання сутності психосоматичних розладів і цілісного ставлення до здоров'я пацієнта (іншими словами – взаємовпливу психічної та соматичної сфер пацієнта) біль може не свідчити про емоційний фон розладу. Часто пацієнт спочатку проходить серію множинних диференціальних тестів, щоб поставити конкретний діагноз, щоб нарешті з'ясувати, що немає органічних симптомів і що порушення є функціональними [37].

У разі тривожних розладів (неврозів) емоційний компонент є дуже чіткою причиною соматичних симптомів. Пацієнт, який звернувся до лікаря загальної практики з гострими болями в шлунку, які завжди супроводжують його перед стресовою подією, вказує на пряму причину проблеми. Взаємозв'язок дуже очевидний: стрес викликає соматичний симптом. Це не стосується психосоматичних розладів [43].

Пацієнт, який відчуває, наприклад, постійні болі в животі, не бачить свого зв'язку з виникненням стресової ситуації. Біль виникає несподівано або носить хронічний характер, незалежно від того, що відбувається наразі в житті пацієнта. Конфлікт, що сприяв розладу, є прихованим. Тіло реагує на емоційну проблему так само, як і невроз, але це не прямий наслідок стресової ситуації, а більш серйозний конфлікт, що відбувається в несвідомості страждаючої людини. Пацієнт може почувати себе чудово і переконати лікаря, що в його житті все йде добре.

Психосоматичні розлади часто є вираженням пригнічених емоцій, конфліктів, особливо гніву, страху та провини. Цікавим прикладом є психосоматичний розлад, який включає синдром подразненого кишківника. Характерні для нього симптоми відображають емоційний стан хворого. Хоча вони посилюються такими факторами, як стрес, внутрішньопсихічні труднощі все ж є основним фактором появи проблеми [72].

Доведено, що підвищена кислотність виникає у людей, які педантичні, перфекціоністські і не в змозі висловити свій гнів. В результаті хронічного стресу шлунок у цих людей сильно гіперемований, що проявляється різними розладами, наприклад, виразкою шлунка [47].

Психосоматичні розлади важко піддаються лікуванню, а діагностика часто дуже важка. Багато пацієнтів неохоче йдуть до психолога чи психіатра, боячись бути визнаними божевільними. Хворій людині важко знайти причину у власній психіці, оскільки вона відчуває сильні болі в животі, голові чи серці. Тому до психосоматичних розладів слід ставитися як до сигналу, який організм подає хворому. Якщо певні емоційні труднощі не мають доступу до свідомості пацієнта, то промовляє його тіло. Психосоматичний розлад є ознакою того, що фрагмент функціонує не так, як мав би. Що десь в емоційному житті людини треба щось покращити, покращити, змінити. Відповідна психотерапія може бути лікувальним фактором, слугуючи розвитком пацієнта, допомагаючи у вирішенні емоційних конфліктів і впливаючи на покращення способу життя.

Наша західна культура дуже відокремлює тіло від психіки. Вираз цього можна побачити, наприклад, у медицині. Проте всі дослідження показують, що ми є психофізичним цілим і що психіка впливає на тіло і навпаки. У внутрішньоутробному житті та в дитинстві ці відносини дуже помітні. Усвідомлення відокремленості душевного життя від фізичного і себе від зовнішнього світу тільки починає формуватися. У цей період тіло є одним із найдоступніших засобів спілкування та самовираження в психічному світі. З іншого боку, потреби тіла спонукають до розвитку психіку, завдяки чому вона допомагає все ефективніше дбати про потреби тіла. Психосоматичні захворювання також є певним засобом вираження нашої емоційної частини, яка тісно пов'язана з нашими потребами [57].

Поняття психосоматичних захворювань увійшло в нашу свідомість назавжди. Йдеться про фізичні захворювання, у розвиток яких значний внесок сприяли психологічні, переважно емоційні та соціальні чинники.

Кожен з нас пам'ятає з дитинства, як болить живіт, коли в школі мало бути важке випробування. Ця реакція називається стресовою реакцією, і вона проходить у міру проходження важкої ситуації. Однак, коли стресові ситуації, а разом з ними і стресові реакції, виникають часто, вони можуть перерости в більш постійний функціональний або органічний розлад. Тоді ми говоримо про психосоматичний розлад. Нині типовими психосоматичними захворюваннями є бронхіальна астма, ішемічна хвороба серця, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, деякі захворювання шкіри та форми ожиріння, порушення харчування.

Джойс Макдугал, психоаналітик, що працює у Франції, у своїй книзі «Багато облич Ероса» наводить клінічні спостереження стосунків між батьками і немовлятами. Виявляється, що несвідомі очікування батьків впливають на майбутню дитину так само, як і емоції матері. Вони беруть участь у формуванні контакту між матір'ю і плодом, що має важливе значення у формуванні психічної структури немовляти. Крім зовнішніх

факторів (наприклад, очікування батьків, реальні можливості піклування про потреби дитини, випадкові втрати), шлях нашого розвитку визначається також індивідуальними, вродженими ресурсами дитини, які певним чином звужують можливості вибору шляхів. боротися з емоціями. Прикладом може бути тип нервової системи, який більш-менш збалансований, більш-менш збудливий. Залежно від цього діти з різними вродженими задатками будуть дещо по-різному реагувати на конкретні ситуації свого життя, в тому числі на очікування батьків [67].

Однак якщо це основний спосіб подолання страждань, то це може призвести до виникнення соматичних захворювань. Зазвичай людина, яка відчуває такі розлади, не говорить про ці недуги, оскільки не пов'язує їх зі своєю емоційністю. Тому ці розлади дуже рідко є приводом для звернення до лікування. Проблема соматизації зазвичай виникає в психотерапії поряд з деякими іншими проблемами, про які повідомляють пацієнти. Під час лікування соматичні розлади можуть зменшуватися.

Проте все частіше, особливо серед молодих пацієнтів, зростає група людей, які визнають можливий зв'язок між пережитими тілесними симптомами та психічним станом [63].

Однак, люди, яких направив лікар, який вирішив, що основна проблема психологічна, відчувають себе «посланими» та «відзначеними» таким направленням. Навіть якщо вони звернулися до психолога, вони очікували, що терапевт зробить з ними щось, щоб подолати це, так само, як лікар призначає таблетки. Вони набагато менше цікавляться своїм внутрішнім я, тому їм було важче працювати над собою в психотерапії. До групи людей, які страждають на соматичні захворювання, належать також алекситиміки, яким важко розпізнавати, називати та висловлювати емоції. Тому їм важко реагувати на інформацію, що надходить з емоційної сфери. Вони не можуть подбати про себе з точки зору емоційних, а іноді і фізичних потреб. За браком інших засобів виразності тіло «говорить» за них, як у маленької дитини [77].

Другою важливою причиною, чому важко пов'язати психосоматичні розлади зі сферою нашого досвіду, є той факт, що такі захисти походять з дуже раннього періоду нашого життя (перший - другий рік життя). Вони повинні захистити нас від болю. Вони здаються «нами», і ми відчуваємо їх як цілком природні способи реагування. Ще одним фактором, який ускладнює справу, є той факт, що в цей період ми ще не знаємо слів, тож це досить неназвані штати. Те, що не має імені, впізнати важче. Слова допомагають нам розрізняти різні речі та помічати. Прикладом є те, що європеєць розрізняє кілька видів снігу (можливо, лижників трохи більше). Для народів крайньої півночі знання видів снігу та їх природи було ключем до виживання, тому вони розрізняють набагато більше і мають більше назв снігу. Повертаючись до соматизації, діти першого року життя не розуміють слів, тому не можуть оперувати поняттями, відсутня свідомо пам'ять. Наша пам'ять у цей період — це емоційна пам'ять, у якій дуже залучені наші почуття та тіло [84].

Наша психіка використовує символи, іноді дуже незрозумілі для нас, що знову ж таки може ускладнити пов'язування фізичних недуг зі сферою емоцій. Прикладами таких фізичних символів є соматичні симптоми, наприклад, відчуття постійного тиску в шлунку або горлі. Процес психотерапії дозволяє розпізнати ці відносини, а потім висловити їх іншим, більш конструктивним способом і впоратися з внутрішніми конфліктами та переживаннями. Це, звичайно, не означає, що ці захворювання лікуються лише психотерапією, але психотерапія може суттєво допомогти і підтримати традиційне лікування, якщо лікарі визнають це за необхідне. Прикладом можуть бути проблеми з хребтом, пов'язані, наприклад, із занадто довгим сидінням, а також внутрішнє напруження, наприклад, викликане постійним відчуттям поспіху або тривоги. Наше тіло завжди бере участь у переживанні, але й у придушенні почуттів. Навіть якщо це не завжди видно зовні, певні групи м'язів напружені, характерні для певної емоції. І якщо напруга

тривала, іноді вимірюється роками, то порушити роботу пов'язаних з ними органів неважко [82].

Отже, ризик соматизації зростає у кожної людини, яка відчуває незвичайне зростання стресу, пов'язаного із зовнішньою ситуацією або внутрішнім конфліктом. У кожного з нас були соматичні реакції, коли емоційні стреси перевищували наші можливості впоратися з ними іншими способами, наприклад, біль у животі, проблеми зі сном перед важливим іспитом або співбесідою. Це тому, що соматизація допомагає нам захистити себе від душевного болю, і це один із найперших способів боротьби з напругою. Певним чином вони «говорять» нам піклуватися про себе.

1.2 Психологічні особливості професії педагога та причини виникнення професійного захворювання

Специфіка професії вчителя полягає в тому, що, по-перше, вони працюють з іншими людьми, по-друге, ці люди знаходяться на певному етапі свого життя, який можна визначити як апогей розвитку індивідуальних психологічних і соціальних функцій, по-третє, його роль полягає в тому, щоб викликати постійні та непостійні зміни в тих, хто є його учнями. Якщо ми хотіли б визначити, що являє собою діяльність вчителя під час професійної діяльності, то, з одного боку, ми помітимо діяльність, спрямовану, на передачу наших знань і досвіду іншим, а з іншого боку, ми займатися постійною динамічною взаємодією з учнями, спрямованою на формування в них певних форм поведінки та психосоціальних рис [48].

Тому можна сказати, що мета роботи вчителя — викликати постійні зміни в учнів, які потім закріплюються і розширюються в систему, яка також підлягає постійному розвитку. При цьому вчитель готує середовище до цих змін і контролює як те, що в ньому відбувається, так і вищезгадані ефекти, які виникають в учнів: щодо знань, умінь, настроїв, почуттів, поведінки, рис характеру тощо. Робота вчителя для роботи зі складною, цікавою та

вимогливою з усіх боків діяльністю, як з точки зору професійних компетенцій, так і власних рис особистості. Серед останніх можна відзначити відповідальність, яка в професійних умовах виражається в почуття відповідальності за ввірених їм дітей, їх стан і, в певному сенсі, подальше життя, яке, зрештою, певною мірою буде визначатися виховний вплив вчителя. На додаток, очікується, що вчителі в певний момент часу будуть виконувати дії, які раніше були довірені представникам [49].

Інші професії, такі як терапевти, логопеди або спеціалісти з реабілітації, для задоволення потреб учнів з особливими потребами в освіті та розвитку та потребують психолого-педагогічної підтримки та допомоги. Однак якщо таке розширення професійної діяльності вимагає формального підвищення кваліфікації та отримання відповідної кваліфікації, життя часто вимагає вирішення різних ситуацій «на місці» у спосіб, який вимагає від викладача елементарних терапевтичних навичок, а це передбачає безперервне навчання з метою вдосконалення. Тому можна очікувати, що, особливо у вчителів, які чутливі і відчувають більшу відповідальність за свою роботу зі студентами, може виникнути ризик втоми, психофізичного перевантаження та розвитку психосоматичних розладів. У цій роботі ми хочемо зосередити увагу на трьох вибраних, але взаємопов'язаних аспектах професії вчителя, а саме: спілкування зі студентами, ризик вигорання та розвитку психосоматичних розладів, необхідність формування власних розумових ресурсів для позитивного функціонування та запобігання негативний вплив втоми та вплив навчального закладу як середовища роботи [3].

Професія вчителя може бути дуже корисною та повною. Однак, як і будь-яка професія, яка вимагає частих контактів і взаємодії з іншими людьми, вона також може бути джерелом розчарувань, напруги та стресу.

Джерела стресу в роботі вчителя безпосередньо пов'язані з соціальними очікуваннями щодо цієї професії. Від учителя потрібні не лише знання та вміння їх передати, а й відповідні соціальні, особистісні та емоційні

компетентності. Завдання вчителя — не лише навчати, а й виховувати й піклуватися про молоду людину, доносити до неї цінності, керувати її розвитком, формувати її особистість. Виконання цих завдань пов'язане з великою відповідальністю [9].

Специфіка роботи вчителя сприяє його розчаруванню через недостатню оплату праці, незабезпеченість роботи, низькі кар'єрні можливості та відсутність визнання виконаної роботи.

Труднощі в педагогічній професії найчастіше стосуються повсякденних контактів зі студентами. Істотним джерелом стресу є відсутність у студентів мотивації до навчання, потреба підтримувати дисципліну на уроці, контролювати шум, агресію та некультурність. Учителю доводиться стикатися з необхідністю навчання дітей різного рівня здібностей, пристосовуючи методи роботи до їх індивідуальних можливостей. Він стикається з браком часу для реалізації запланованого матеріалу [5].

У зв'язку з поставленими перед ним завданнями він повинен відповідати різноманітним очікуванням учнів, батьків, колег-вчителів, директора школи та навчальної програми. У своїй роботі він часто стикається з невпевненістю щодо рішень, які приймає, власної ефективності у навчанні чи розв'язанні проблем навчання та навчання учнів. Його часто супроводжує відчуття відсутності компетентності, знань і навичок у виконанні всіх завдань, які перед ним поставлені. Одні вчителі сприймають такі ситуації як виклик, інші – як непереборні труднощі. При невдалих методах корекції може виникнути відчуття перевантаженості роботи, суб'єктивна оцінка нездатності впоратися з різними ситуаціями і вимогами.

Він може супроводжуватися різними симптомами, характерними для синдрому вигорання:

- відчуття втоми та виснаження;
- небажання йти на роботу;
- зниження продуктивності;
- відчуття ізоляції, самотності;

- сприймаючи життя як похмуре і важке;
- негативне ставлення до учнів, батьків та інших вчителів;
- відсутність терпіння, дратівливість;
- часті захворювання та фізичні нездужання (наприклад, часті головні болі);
- негативні, відривні думки.

Наявність цих симптомів має спонукати їх звернутися за допомогою та підтримкою [27].

Багато вчителів справляються зі стресом на роботі завдяки підтримці колег по роботі, допомозі сім'ї, підвищуючи власні професійні компетенції, беручи участь у тренінгах, піклуючись про свій фізичний стан, переслідуючи свої пристрасті та непрофесійні інтереси.

Головним чинником у виникненні психосоматичних розладів у педагогічних працівників виступає саме стрес.

Стрес є станом психофізіологічного напруги, що виникає під впливом будь-яких сильних впливів і супроводжується мобілізацією захисних систем організму і психіки. Поняття «стрес» введено в 1936 році Канадським фізіологом Гансом Сельє. Відрізняють також еустресс – нормальний стрес, який слугує цілям збереження і підтримки життя, і дистрес – патологічний стрес, що виявляється в хворобливих симптомах. В повсякденній свідомості закріпилося друге представлення про стрес. Таким чином, стрес – це напружений стан організму та неспецифічна відповідь організму на висунуті йому вимоги (стресову ситуацію). Під впливом стресу організм людини відчуває напругу. Стрес можуть викликати і особистісні фактори [58].

Основне «тіло» стреса це зв'язок фрустрації, тривоги та їх взаємозв'язок з психологічними особливостями людини.

Серед визнань стресової напруги виділяються: неможливість зосередитися; часті помилки в роботі; погіршення пам'яті; постійний стан втоми; швидка мова; думки заплутуються; досить часто з'являються болі (голова, спина, шлунок); підвищена збудливість; робота не приносить

радості; втрата почуття гумору; різке зростання кількості викурених сигарет; пристрась до алкогольних напоїв; постійне відчуття недоїдання або втрати апетиту; неможливість вчасно завершити роботу [84].

Випадковий стрес, який є надмірною психологічною або фізіологічною напругою, викликає психосоматичні захворювання, а його психологічний прояв включає роздратування, втрату апетиту, депресію та знижений інтерес до міжособових і сексуальних відносин тощо. Зараз говорять про «епідемію хвороб стресу», найбільш частими є інсульт, інфаркт, виразка. Стрес часто стає причиною цукрового діабету, глаукоми, геморою, пародонтозу. При стресі легше виникає застуда, гірше загоюються рани [78].

Можливі реакції організму на стрес [56]:

Реакція стресу. Людина свідомо або підсвідомо намагається пристосуватися до абсолютно нової ситуації. Потім настає вирівнювання, або адаптація. Людина або зберігає рівновагу в новій ситуації і стресі, або не адаптується до неї це називається поганою здатністю до адаптації. Як наслідок цього можуть виникнути різні психічні або фізичні відхилення.

Пасивність. Вона виявляється у людини, адаптаційний резерв якої недостатній, і організм не має змоги протистояти. З'являється стан безпорадності, безнадійності, депресії. Але така стресова реакція може бути запобіжною.

Дві інші реакції активні та піддаються волі людини.

Активний захист від стресу. Людина змінює сферу діяльності і знаходить щось більш корисне і спрямовується на досягнення душевної рівноваги, яка сприяє поліпшенню стану здоров'я.

Активна релаксація або розслаблення, яка підвищує природну адаптацію людського органу. Ця реакція найбільш дієва [23].

Отже, подразники підвищеної інтенсивності або виникнення стресу в надмірній кількості можуть викликати дистрес і викликати соматичне захворювання, деформацію психіки і навіть смерть. Спосіб реагування на інтенсивні зовнішні подразники визначається індивідуально-психологічними

особливостями конкретної особистості: психофізіологічною конституцією, чутливістю до впливу (сенситивністю), особливостями мотиваційної та емоційно-вольової сфери. Щоб зовнішні впливи не викликали стрес, необхідно формувати такі якості, як дисциплінованість та прагнення до подолання перешкод.

1.3 Основні професійні захворювання педагогів і їх прояви

Професійні захворювання найчастіше є результатом специфіки певної роботи і можуть давати нам право на компенсацію.

Визначення професійного захворювання є таке захворювання, яке входить до переліку професійних захворювань, якщо за результатами оцінки умов праці можна зробити висновок, що беззаперечно або з високою ймовірністю було викликано чинниками, шкідливими для здоров'я, що виникає в робочому середовищі або у зв'язку з способом виконання роботи, відоме як «професійне захворювання» [54].

Робота педагога – нервова робота, яка може спричинити дисбаланс у вигляді розсіяних нервів і постійної напруги, із-за чого і відбувається порушення в ослабленій роботі органів і системи організму. Подібний взаємозв'язок вивчає психосоматика. До основних професійних захворювань педагогів відносяться: міопія (близорукість); ларингіт; синдром хронічної втоми; гіподинамія; остеохондроз [48].

Діагностика професійного захворювання може здійснюватися як під час роботи під час професійного опромінення, так і після закінчення роботи на посаді, на якій відбулося опромінення, за умови, що задокументовані симптоми захворювання виникають під час період, зазначений у переліку професійних захворювань [53].

Таким чином, можна зробити висновок, що отримання прав на пенсію та припинення роботи за професією не виключає можливості виявлення у колишнього працівника професійного захворювання. Однак необхідно

довести, що лікування та будь-які ознаки захворювання виникли під час виконання робіт.

Перелік професійних захворювань педагогічних працівників:

«Хронічні захворювання органу голосу, викликані надмірним голосовим зусиллям тривалістю не менше 15 років:

- тверді голосові вузлики;
- вторинні гіпертрофічні зміни в голосових складках;
- парез внутрішніх м'язів гортані з веретеноподібною звуковою регургітацією голосової щілини і постійною дисфонією.

У аналізованому випадку підтверджено професійний вплив надмірних голосових зусиль протягом понад 15 років. Безперечно встановлено, що специфіка роботи цієї особи пов'язана з необхідністю постійного використання голосу для правильного проведення дидактичних занять, що, безсумнівно, пов'язано з надмірним голосовим зусиллям [61].

Захворювання, пов'язані зі стресом, коли шкільне середовище є занадто напруженим (складні діти, несприятлива/антагоністична адміністрація).

Коли педагоги перебувають в такій ситуації, вони можуть бути «тюремним наглядачем у кімнаті з тридцятьма дітьми», який ненавидить вас і очікує неможливого. Коли педагоги не можуть робити достатню кількість ксерокопій, щоб роздати дітям, які займаються, тому що папір «коштує занадто багато», і регулярно проводяться тести, а учні зазнають невдач (за це педагогів карають). У цих закладах багато захворювань серед педагогів, які спричинені стресом. Які покращуються після переведення або виходу на пенсію [19].

Педагогічні працівники піддаються значно більшому ризику, ніж більшість інших груп працівників відносно проблем з голосом. Статистика Voice Care UK показала, що вчителі у вісім разів частіше страждають від захворювань, пов'язаних із голосом, ніж інші професії. Згідно з дослідженням, проведеним Грінвічським університетом, вчителі, що

отримали кваліфікацію, піддаються ще більшому ризику: 50% NQT страждають від втрати голосу протягом першого року роботи [82].

Опитування 2008 року, проведене Королівським національним інститутом глухих, показало, що:

- вчителі приблизно в 60% шкіл скаржаться на проблеми з голосом
- третина завучів стверджують, що це стало причиною того, що вчителі беруть вихідні
- вартість оцінюється приблизно в 15 мільйонів фунтів стерлінгів на рік.

Голос є ключовим ресурсом для вчителів. Загальні фактори, що сприяють розвитку проблем з голосом, включають неефективну техніку проєкції та дихання, що посилюється через тривалу розмову під час втоми чи стресу, а також перенапруження голосу від керування великими групами, іноді в навчальних приміщеннях із поганою акустикою та/або на фоні гучного шуму [47].

Більшість вчителів визнають, що час від часу вони відчують захриплість або дискомфорт від інфекцій верхніх дихальних шляхів, таких як застуда та грип.

Вчителі повинні бути уважними до ознак утруднення голосу. Вони можуть виникнути в будь-який час і можуть бути спричинені надмірним використанням голосу, інфекцією чи хворобою. Як перший крок, вчителі, які відчують будь-який із наведених нижче симптомів, повинні проконсультуватися з лікарем загальної практики:

- регулярна та/або незрозуміла втрата голосу;
- зміна якості голосу (наприклад, захриплість або квакання) протягом більше десяти днів;
- слабкий і втомлений голос;
- голос та/або горло, які відчують постійний біль або ніби є клубок у горлі;
- часте очищення горла;

- втрата голосової сили або здатності проектувати.

Лікарі зазвичай розглядають будь-яку основну інфекцію, захворювання або алергічну відповідь і призначають відповідне лікування. Однак тривалу та повторювану захриплість за відсутності застуди чи інфекції горла та постійну зміну висоти чи якості голосу слід досліджувати. Якщо вчителі та вчителі-стажери стикаються з такими проблемами, їм доцільно звернутися до свого лікаря загальної практики та запитати про допомогу спеціаліста, якщо це доречно, у логопеда та/або консультанта з вуха, носа та горла [22].

Роботодавці також повинні надавати консультації та допомогу через службу гігієни праці. Заходи, які роботодавці можуть зробити, щоб допомогти, можуть включати голосову терапію, а також, наприклад, надання обладнання для підсилення голосу за відповідних обставин [80].

Німецькі дослідники, які вивчали професійну групу педагогів, з'ясували, що вони перебувають у кращій фізичній формі, ніж представники інших професій, але психосоматичні захворювання серед них зустрічаються набагато частіше. Вчителі схильні до втоми, стресів, нападів головного болю, забудькуватості, дратівливості та проблем зі сном [38].

Важливим напрямом у вивченні психосоматичних захворювань у педагогів є визначення факторів та умов їх виникнення. До таких, на наш погляд, можна віднести:

- тривала нервова напруга та підвищений рівень шуму;
- ненормований графік роботи та відсутність повноцінного відпочинку;
- пригнічені емоції та прихована невисловлена образа на когось із колег, батьків, представників керівництва;
- фрази, що часто повторюються, щодо свого тіла як програмування організму;
- отримання вигод від хвороби, коли тіло і психіка «вступають у змову».

Всі перераховані вище компоненти психосоматичних причин захворювань проявляються у вигляді хвороб, емоційного вигоряння та апатій вчителя.

Таким чином, можна зробити висновок, що нині важливо звертати увагу на психосоматичне здоров'я педагога, адже психосоматична хвороба – це «будильник», сигнал до того, що проблема чи конфлікт потребує вирішення. Багато людей, які зіткнулися з психосоматичними проявами хвороби, визнавали, що змогли звернути увагу на свої справжні потреби.

Психосоматичне захворювання давало їм можливість переступити певні обмежувальні соціальні норми, в яких вони дозрівали і працювали, і почати розвиватися та зростати як особистість.

1.4 Провідні напрямки терапії психосоматичних пацієнтів

Терапія психосоматичних захворювань після постановки діагнозу проводиться в кілька етапів: надання невідкладної допомоги (можливо з госпіталізацією), короткочасне та тривале лікування. Тривале лікування включає психотерапію, медикаментозне лікування психічних та соматичних порушень, реабілітацію.

При призначенні медикаментозної терапії фахівці дотримуються принципів індивідуальності, комбінаторики та динамічної корекції стану хворого. Це означає, що кожного пацієнта підбирається певний набір ліків, їх дозування, проводиться корекція лікування залежно від зміни стану пацієнта. Але медикаментозна терапія є малоефективною без психотерапії [18].

Методи психотерапії підбираються індивідуально залежно причин виникнення психосоматичного захворювання. Це може бути супортивна психотерапія, групова та сімейна психотерапія, аутотренінги, клініко-психосоматичне лікування (стаціонарне) тощо. Практикуючі фахівці наголошують на різноманітності методів лікування, що підвищує їх ефективність. Крім психотерапії важливо проводити терапію соматичних

симптомів, наприклад, призначати хворим на ЛФК, масажі, фізіотерапевтичні процедури, дихальні вправи. За наявності справжніх соматичних захворювань важливо не посилити їх перебіг. Терапія може проводитись за участю невролога, терапевта, педіатра, якщо йдеться про лікування дитини. Але пріоритетним є лікування психіатра. Зміна лікарів має виключати наступність, щоб уникнути різкої зміни терапевтичних методів. Загальні засади традиційної терапії психосоматичних розладів. Терапія психосоматичних захворювань потребує індивідуального комплексного підходу. Зараз лікування цієї категорії хворих в основному зводиться до комбінації фармакотерапії та психотерапії, також доцільно проведення фізіотерапії, бальнеотерапії та курортотерапії як додаткові протирецидивні та профілактичні заходи [26].

Отже, нині запропоновані принципи терапії психосоматичних розладів можна систематизувати, виділивши такі основні напрями:

1. Клініко-психологічні (загальні) принципи (індивідуалізації, опосередкованості, відносин, середовища, гуманізму);
2. Клініко-динамічні принципи (системності – комплексності, етапності, переваги терапії);
3. Клініко-патогенетичні принципи (обов'язковість використання антидепресантів, диференційованість терапії депресивних розладів, проведення седативної терапії з урахуванням афекту тривоги, локалізації соматичних розладів, церебрально-органічної недостатності та особливостей особистості хворого).

При розподілі психосоматичних хворих враховується внутрішня картина хвороби та наявність нозогеній. Внутрішня картина відбиває ставлення пацієнтів до хвороби. Тут виділяються ситуаційний та особистісний варіант. У першому варіанті перебіг хвороби в основному зумовлений зовнішніми факторами, наприклад, несприятливими життєвими умовами. У другому варіанті ключову роль відіграють психологічні деформації особистості. Пацієнтом з другою картиною частіше потрібна

тривала психотерапія, тоді як пацієнтам із ситуаційним варіантом розвитку хвороби – середньостроковий комплекс психотерапевтичних та фізіотерапевтичних методів для зменшення соматизації.

У хворих на соматичні хвороби можуть розвиватися нозогенії – психогенні реакції на хворобу, як травмуючий фактор. На формування нозогеній впливає і внутрішня картина соматичного захворювання.

Розрізняють невротичні, афективні та патохарактерологічні нозогенії. Для невротичних нозогеній характерна наявність тривожно-фобічних розладів та «невротичного заперечення». Хворий відчуває страх перед хворобою, перед уявною неможливістю реабілітації, він намагається або перебільшити, або заперечувати вплив хвороби на його життя, стає дуже недовірливим, схильний до іпохондрії [27].

Афективні нозогенії найчастіше зводяться до виникнення депресії чи гіпоманії. У пацієнтів може спостерігатися сильна пригніченість або навпаки піднесеність настрою, що межує з ейфорією, вони неадекватно оцінюють свій стан.

Не можна заперечувати ефекту часом від застосування нетрадиційних методів терапії. Адже лікуванню підлягає особистість хворого загалом, а чи не окремий орган чи система, тому необхідні поєднання різних біологічних і психотерапевтичних способів. У лікувальному процесі потрібна участь як лікаря соматичного профілю, так і психіатра, психотерапевта та психолога.

Основне місце у арсеналі лікувальних впливів при психосоматичних розладах належить медикаментозної терапії. Вплив медикаментів слід спрямовувати як на центральні та периферичні відділи нервової системи, так і на психічні реакції особистості. Фармакотерапія, враховуючи їх різноманіття та наявність у ряді випадків коморбідної патології внутрішніх органів, суворо індивідуальна і не може проводитися за шаблоном. При визначенні методу терапії враховується клінічна характеристика розладів. Психотропні засоби показані насамперед при переважанні в клінічній картині тривожно-фобічних розладів, іпохондричних фобій [44].

Фармакотерапія психосоматичних розладів передбачає використання широкого спектра психотропних засобів, насамперед транквілізаторів, а також антидепресантів, ноотропів та нейролептиків, а також загальнозміцнювальної симптоматичної терапії. Різноманітні терапевтичні властивості таких засобів роблять їх особливо корисними для усунення низки симптомів та синдромів психічного, неврологічного, нейровегетативного характеру, які часто виникають у ході різних захворювань. Зрозуміло, у випадках психотропні препарати не вирішують основних проблем терапії.

У ході комплексного лікування активно використовуються методи [28]:

Сугестивний (гіпноз, навіювання та аутотренінг). Цілеспрямоване навіювання стану, яке має бути досягнуто. Встановлюється лише у позитивній мовній конструкції.

Психосинтез. Динамічна корекція психічного життя людини з урахуванням певного підходу до будови та функціонування внутрішнього світу.

Терапія, фокусована на рішенні. Принципово не фокусується на пошуку причин дискомфорту пацієнта, а займається пошуком та реалізацією ресурсів для його подолання.

Позитивна інтерпретація симптомів дозволяє знайти добрий початок у хворобі та поступово змінює точку зору на свою хворобу.

Гештальт-терапія. Зняття блокування та стимулювання розвитку людини, реалізація її можливостей та устремлінь за рахунок створення внутрішнього джерела опори та оптимізації процесів саморегуляції.

Когнітивно-поведінкова. Психопатологічні та психосоматичні розлади є наслідком неточної оцінки подій. При зміні оцінки цих подій відбувається зміна стану, виникає можливість інакше реагувати на ситуації, що викликають напади паніки або агресії [31].

Символодрама (метод кататимного переживання образів).

Транзактний аналіз. Аналіз у структурі особистості его-станів, сукупності пов'язаних один з одним поведінок, думок і почуттів як способу прояву особистості зараз.

Ортодоксальний психоаналіз. Аналіз витіснених у несвідоме несприятливих емоцій (агресія, сексуальний потяг), що виявляються у вигляді символів.

Психодрама. Груповий процес, у якому використовується інструмент драматичної імпровізації вивчення внутрішнього світу пацієнта, формування нових відносин і моделей поведінки, реально наближених до життя [37].

Тілесно-орієнтована психотерапія. Робота з невідрагованими емоціями та травматичними спогадами пацієнта, які внаслідок механізмів психологічного захисту відображаються у тілі.

Нейролінгвістичне програмування.

Сімейна психотерапія. Модифікація відносин між членами сім'ї як системи.

Креативна візуалізація Використання творчої, творчої, керованої візуалізації на формування нейропсихологічних процесів.

Арттерапія мистецтвом. Метод дозволяє експериментувати з почуттями, досліджувати та висловлювати їх на символічному рівні.

Танцювально-рухова психотерапія. Метод, у якому рух є способом переробки інформації, самопізнанням, самовираженням та розвитком.

Фітотерапія. Найпоширеніші препарати.

На додаток про лікування психотропними засобами важливо торкнутися питань фітотерапії. Цей вид лікування у медичній практиці застосовується не виправдано рідко. Часто ігноруються навіть ті препарати, які відносяться до сфери так званої «наукової медицини» та узаконені у фармакопеї. До теперішнього часу у вітчизняній та зарубіжній літературі визнаються цілком надійними такі лікарські трави з переважно седативною дією [33].

Висновки до першого розділу

Можемо зробити висновок, що педагогічна діяльність входить у групу професій із великою кількістю чинників психологічної напруги і високим ризиком розвитку психосоматичних розладів. Формуванню подібних розладів сприяють: перфекціонізм, чутливість і високий інтелект та стрес. Ці розлади вражають переважно жінок. На їх формування впливають такі фактори, як: тип особистості, сімейне оточення або стрес (життєва ситуація, внутрішньопсихічні конфлікти).

Спираючись на аналіз літератури можемо підкреслити, що стрес є вагомою причиною розвитку психосоматичних розладів. Отже, стрес – це реакція особистості на реально існуючу або суб'єктивно оцінену загрозу, тому фізіологічні зміни без відповідних емоцій відбутися не можуть. Згідно з результатами наукових досліджень, за якими від 30% до 70% пацієнтів, що звертаються за допомогою до лікарів, страждають на захворювання психосоматичного генезу. Тому подібні розлади можуть виникати практично у будь-якої людини як реакція організму на стресогенні ситуації. Таким чином, проблема психологічної профілактики та їх корекції є сьогодні та залишатиметься вкрай актуальною в майбутньому.

Особливо це зачіпає фахівців, які реалізують професійні обов'язки в умовах офісних приміщень, до яких відносяться і педагоги. Психосоматичні прояви – це певний результат негативного впливу специфічних особливостей емоційного реагування людини на стресогенну ситуацію, гострої або хронічної психологічної травми на функціонування систем та органів, основними ознаками якого є: вплив гострого чи хронічного стресу на виникнення та розвиток; хронічний перебіг; наявність певних індивідуально-психологічних та емоційно-вольових властивостей особи, що визначають недостатність вмінь та навичок ефективного подолання стресу, труднощі в організації міжособистісної взаємодії, емоційну ригідність.

Концепція адаптаційних механізмів людської психіки є найбільш загальним підходом до роз'яснення взаємозв'язку між стресогенними чинниками професійної діяльності та психосоматичним статусом працівника. Деадаптація найперше стосується емоційно-когнітивних процесів, що спричиняє загальне зниження адекватності функціонування психічної сфери і виникнення психічної напруженості, а далі – до зниження ефективності діяльності та подальшої її дезінтеграції. Подальша динаміка психічної деадаптації спричиняє розлади психофізіологічної адаптації. Саме тому фізіологічні зміни потрібно вважати не первинним, а кінцевим проявом деадаптації, бо вони завжди є наслідком певних емоційних переживань та поведінкового реагування.

РОЗДІЛ 2

РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ПЕДИГОГІВ

2.1 Організація та методи дослідження

За сформульованою метою даної дипломної роботи, нами було проведено емпіричне дослідження, в якому взяло участь 30 викладачів університету (15 жінок та 15 чоловіків), вік досліджуваних становить від 32 до 50 років.

Для дослідження було обрано чотири методики. Респондентам було надіслано методики та інструкцію для кожної з них. Після завершення тестування опитаних, інформацію, що була зібрана було оброблено та зведено до таблиць та графіків.

Для даного дослідження нами було обрано такі методики:

- Опитувальник «Визначення нервово-психічної напруги» (Т.А. Немчін);
- Авторська анкета «Опитувальник стану здоров'я»;
- Методика «Синдром «вигорання» в професіях системи «людина — людина» (Г. С. Нікіфоров);
- Методика переважаючих емоційних переживань (Б. Додонов).

Перша методика використовується нами для виявлення ознак нервово-психічного напруження, складений за даними клініко-психологічного спостереження, та розділених на три ступені виразності: слабка, помірна, надмірна. Під нервово-психічною напругою автор розуміє психічний стан, обумовлений передбаченням несприятливого для суб'єкта розвитку подій, яке супроводжується відчуттям загального дискомфорту, тривоги, страху.

Автор методики НПН професор Психоневрологічного інституту ім. В.А. Бехтерева Т.А. Немчин при розробці опитувальника НПН використав результати багаторічних клініко-психологічних досліджень, проведених на великій кількості досліджуваних, що перебувають в умовах екстремальної

ситуації. Перший етап розробки опитувальника складався у складанні та систематизації переліку скарг-симптомів, отриманих від реципієнтів у стресовій ситуації: від 300 студентів у період екзаменаційної сесії та від 200 хворих на неврози з провідною симптоматикою у формі фобій, страху, тривоги перед виконанням болісних процедур, інтерв'ю. На другому етапі розробки методики з 127 первинних ознак, що належать до феноменології нервово-психічної напруги, було відібрано лише 30 ознак, які систематично повторювалися при повторних обстеженнях.

Найбільш високі частоти повторюваності 30 ознак були виявлені у групі хворих на неврози. Різна ступінь виразності ознак у різних досліджуваних дозволила автору розділити кожен із пунктів опитувальника на три: слабо виражений, середній ступінь виразності, різко виражений, отримали умовну оцінку в балах відповідно «1, 2, 3». За змістом опитувальника всі ознаки можна розділити на три групи тверджень: перша група відображає наявність фізичного дискомфорту та неприємних відчуттів з боку соматичних систем організму, друга група свідчить про наявність (або відсутність) психічного дискомфорту та скарг з боку нервово-психічної сфери, до третьої групи входять ознаки, що описують деякі загальні характеристики нервово-психічного напруги, тобто частоту, тривалість, генералізованість і ступінь вираженості стану.

На основі методологічних положень вивчення професійного стресу як психічного стану в дослідженні професійного стресу в умовах професійної діяльності в системі «людина-людина» нами була запропонована для самоаналізу проявів професійного стресу та оцінки стану здоров'я авторська дослідницька анкета:

В анкеті враховувались:

- психофізіологічний рівень;
- психологічний рівень;
- поведінковий рівень;

- кількісний рівень вираженості професійного стресу та способи його подолання (за зразком шкали Дембо-Рубінштейн);
- професійні ситуації, які часто є умовами виникнення стресу в професійній діяльності типу «людина-людина»;
- якісний рівень виразності проявів стресу в професійній діяльності: емоційних переживань, органічних відчуттів, змін в поведінці і діяльності та тривалість цих проявів;
- загальний стан здоров'я та характер психосоматичних симптомів
- особливості вибору шляхів подолання професійного та емоційного стресу, виходу із нього;

Використання самооціночних методів та самоаналізу обґрунтовано валідністю методичного інструментарію, природними умовами проведення дослідження та специфікою типу професії «людина-людина», як комунікативної професії.

Методика «Синдром «вигорання» в професіях системи «людина-людина».

Як вже зазначалось, в працівників офісів, до яких входять педагогічні працівники, є висока ймовірність появи професійного вигорання та прояву тривалого за часом професійного стресу. З ціллю визначення професійного вигорання для виявлення особливостей проявів професійного стресу використовується методика психічного вигорання.

Методика призначена аналізувати почуття і переживання персоналу «сервісних» професій: менеджерів, працівників офісу, вчителів, викладачів, медперсоналу, психологів, агентів. Визначається рівень вираженості трьох підшкал: деперсоналізація, емоційне виснаження та редукція особистісних досягнень.

Результати за даними підсумками дозволять якісно доповнити прояви професійного стресу, отримані за запропонованою дослідницькою анкетною для виявлення рівня проявів професійного стресу з метою пошуку його причин.

Методика переважаючих емоційних переживань Б. Додонова.

З ціллю проаналізувати особливості емоційних переживань особистості, як можливої причини стресу, використовують методику В.І.Додонова «Яким переживанням я надаю перевагу». Переважання окремих емоційних переживань характеризує особистість, визначає її емоційну спрямованість, як стверджував у своїх дослідженнях Б. І. Додонов.

Емоції не тільки виконують оціночну функцію, але і виступають у якості позитивних самостійних цінностей. Розроблена класифікація емоцій, які в свідомості людини представлені в якості цінних переживань. Ці альтруїстичні, комунікативні, глоричні, праксичні, пунічні, романтичні, гностичні, естетичні та акізитивні емоції:

1. Альтруїстичні емоції. Виникають на основі потреби у сприянні допомозі іншим людям: бажання приносити людям щастя і радість, хвилювання за долю кого-небудь і т.п.

2. Комунікативні емоції – виникають на основі потреби у спілкуванні. Це почуття симпатії, прихильності і т.п.

3. Глоричні емоції (від лат. «слава»), пов'язані з потребою самоствердженні і слави: почуття гордості, переваги.

4. Праксичні емоції – це емоції, що викликаються діяльністю, її змінами, успішністю чи неуспішністю, труднощами здійснення: захоплення роботою: приємна втома, приємне задоволення від того, що справу зроблено.

5. Пунічні емоції (від лат. «боротьба»), визначаються потребою у безпеці, інтересом до боротьби: почуття спортивного азарту, спортивна злість.

6. Романтичні емоції – це прагнення до всього незвичайного, таємничого: почуття містичного, почуття особливої значущості того, що відбувається.

7. Гностичні емоції (від грецьк. «знання»), пов'язані з потребою в пізнавальній гармонії: бажання проникнути в сутність явищ, подив при зіткненні з проблемою, радість, відкриття істини.

8. Естетичні емоції; пов'язані з ліричними переживаннями: насолода гармонією і красою об'єкта чи явища, насолода звуками, поетично споглядальні переживання.

9. Гедоністичні емоції, пов'язані із задоволенням потреби в тілесному та душевному комфорті: насолода приємними фізичними відчуттями – від смачної їжі, тепла, сонця, почуття безтурботності.

10. Акізитивні емоції (від франц. «придбання, надбання»), що породжуються інтересом, тягінням до накопичення, колекціонування, володіння; радість при збільшенні своїх накопичень. Методика передбачає ранжування переважаючих емоційних переживань.

2.2 Характеристика досліджуваних груп

Дослідницько-експериментальна робота виконувалась на базі медичного інституту та кафедри психології Чорноморського національного університету імені Петра Могили.

У експерименті взяли участь 30 викладачів університету (15 жінок і 15 чоловіків), від 25 до 51 років із загальним стажем роботи від 1 до 25 років (не тільки в Чорноморському національному університеті імені Петра Могили).

Щоб знайти групу, яку ми досліджували нами була розроблена анкета. За допомогою авторської анкети «Опитувальник стану здоров'я» ми опитали 85 педагогічних працівників і за результатами анкетування обрали для дослідницько-експериментальної роботи 30 викладачів. Після проведення діагностики та аналізу результатів ми поділили досліджуваних на контрольну та експериментальну групи.

В анкеті містилися питання для визначення:

- наявності психосоматичних симптомів;
- характеру та тривалості симптомів;
- переживання професійного та емоційного стресу;
- загального стану здоров'я;

– внутрішньої напруги.

Після проведення діагностики та аналізу результатів ми поділили досліджуваних на контрольну та експериментальну групи.

Ми отримали данні анкетування, проаналізували, розділили за гендерною ознакою та звели їх у таблицю (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Специфіка психосоматичних симптомів у досліджуваній групі педагогічних працівників

Симптом (в якості реакції на сильні емоційні навантаження, стрес)	Наявність симптому у досліджуваній групі	
	Чоловіки	Жінки
Погане загальне самопочуття	45%	81%
Втрата або набір ваги	13%	52%
Підвищення температури, підвищення артеріального тиску	8%	34%
Фізичні відчуття, які незрозумілі лікарям	12%	38%
Озноб, здригання, холодний піт	24%	41%
Порушення ритму, частоти та глибини дихання	9%	67%
Почастішання серцебиття	7%	76%
Порушення травлення (нудота, біль в животі, проблеми з кишківником)	15%	33%
Тривале відчуття кому у горлі	16%	30%
Млявість, слабкість, знижена працездатність, головний біль	50%	63%

Як видно з результатів таблиці 2.1, у чоловіків вираженість всіх психосоматичних симптомів менша, ніж у жінок. Найпоширенішими симптомами серед чоловіків в досліджуваній групі виявились: погане загальне самопочуття (45%), млявість, слабкість, знижена працездатність, головний біль (50%). Серед жінок розповсюдженими є такі симптоми: погане загальне самопочуття (81%), почастішання серцебиття (76%), Порушення

ритму, частоти та глибини дихання (67%), млявість, слабкість, знижена працездатність, головний біль (63%) та втрата або набір ваги (52%).

2.3 Результати дослідження

Аналіз результатів показав, що 100% досліджуваних переживали стрес в професійній діяльності, переважачими ситуаціями виникнення емоційного стресу були:

- спілкування з керівництвом (45%);
- складність професійних завдань (25%);
- оцінювання діяльності (15%);
- конфлікти з учнями та батьками (10%);
- проблеми всередині колективу (5%)

Для наочності результати опитування подано в діаграмі (рис. 2.1).

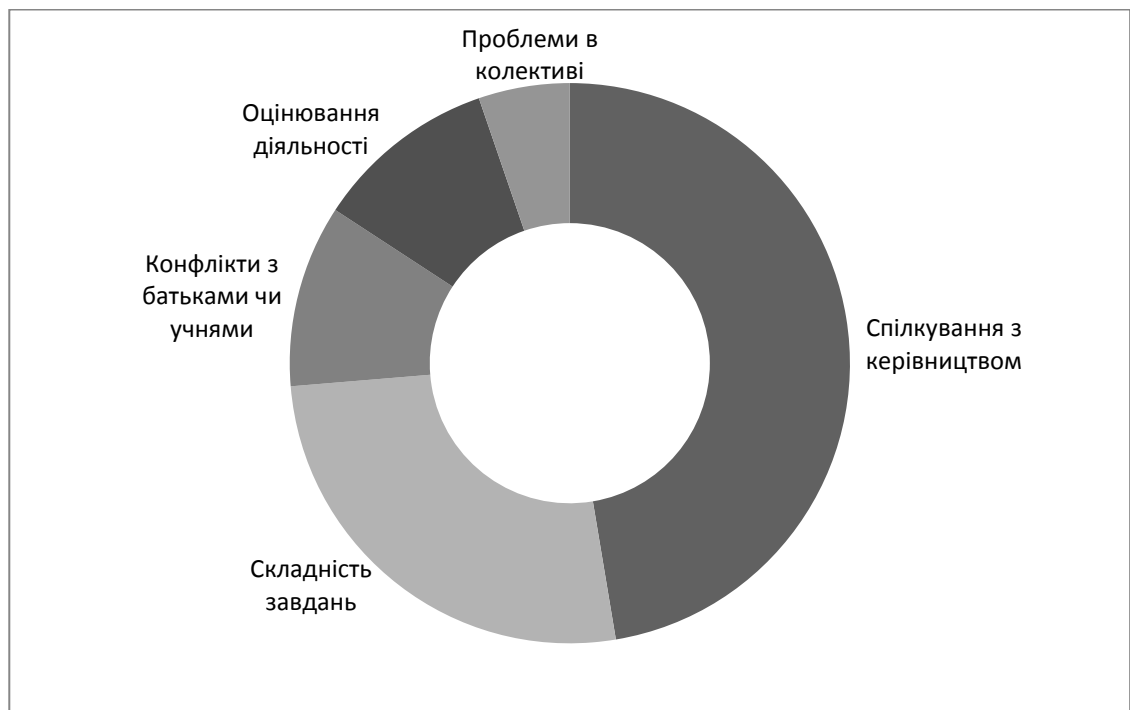


Рис. 2.1. Переважаючі ситуації виникнення емоційного стресу у педагогічній діяльності

Виникнення стресу, відрізняється появою емоційних переживань: гніву, страху, образи. Тобто, яскравими ознаками у 75% досліджуваних в стані стресу в процесі професійної діяльності виступали саме емоційні переживання. Щодо особливостей реагування, то відмічались як прояви: головний біль, підвищення температури; почервоніння обличчя; зміни в тілесних відчуттях.

Також опитувані відмічали зміни ставлення до виконуваної роботи від образи та гніву до бажання досягти результату, подолати проблеми, пов'язані з діяльністю. За повторним опитуванням нервово-психічної напруги маємо такі результати (див. табл.2.2):

Таблиця 2.2

Результати дослідження нервово-психічної напруги

Порядковий номер досліджуваного:	Ступінь вираженості нервово-психічної напруги
1.	слабка
2.	помірна
3.	надмірна
4.	надмірна
5.	надмірна
6.	помірна
7.	надмірна
8.	надмірна
9.	надмірна
10.	надмірна
11.	надмірна
12.	помірна
13.	слабка
14.	помірна
15.	надмірна
16.	надмірна
17.	надмірна
18.	помірна
19.	слабка
20.	помірна
21.	надмірна

Продовження таблиці 2.2

Порядковий номер досліджуваного:	Ступінь вираженості нервово-психічної напруги
22.	надмірна
23.	слабка
24.	помірна
25.	надмірна
26.	надмірна
27.	слабка
28.	помірна
29.	надмірна
30.	надмірна

Як свідчать результати, подані в таблиці 2.2, 57% досліджуваних мають надмірний ступінь нервово-психічної напруги, 17% слабку та 26% помірну. Можна зробити висновок, що більшість досліджуваних, які мають психосоматичні скарги мають надмірний ступінь нервово-психічної напруги.

Спираючись на перший розділ нашого дослідження можемо стверджувати, що стрес є основною причиною виникнення психосоматичних розладів. Через це ми вирішили співставити рівень професійного та емоційного стресу з емоційними характеристиками особистості і це дало нам можливість розділити спеціалістів на дві групи (табл.2.3):

Таблиця 2.3

Співвідношення середніх значень професійного та емоційного стресів

Рівні	Емоційний стрес	Професійний стрес	Переважаючі емоційні переживання
Низький	8	47	Комунікативні, альтруїстичні
Середній та високий	19	80	Комунікативні, альтруїстичні, праксичні

Як бачимо, для групи з високим та середнім рівнем емоційного стресу вираженість професійного стресу була вищою ніж для групи з низьким рівнем емоційного стресу. Тобто спостерігалась певна тенденція, чим вищий рівень емоційного стресу, тим вище рівень стресу в професійній діяльності.

Переважаючими емоційними переживаннями незалежно від рівня емоційного стресу були комунікативні та альтруїстичні, пов'язано з індивідуальними особливостями педагогічних працівників, проте для групи з вищим рівнем професійного стресу виділились ще й праксичні переживання, пов'язані з виконанням складних професійних завдань. Стосовно показників стресу як психічного стану, слід зазначити, що у більшості спеціалістів стрес визначається появою емоційних переживань (гніву, образи); потім з'являються зміни у організмі (наприклад, головний біль та темпетатура) і мало хто із працівників відчувають зміни у діяльності (працездатність зменшується чи, навпаки, діяльність стає більш інтенсивною).

Найвиразніше співвідношення цих показників представлено у групі респондентів із високим рівнем професійного стресу.

Прояви показників професійного стресу в залежності від рівня його вираженості відображені в таблиці 2.4:

Таблиця 2.4

Прояви показників професійного стресу в залежності від рівня його вираженості

Рівень професійного стресу	Показники		
	Емоційні переживання	Зміни в організмі	Зміни в діяльності
Низький та середній	35%	26%	19%
Високий	55%	28%	17%

Відтак, як бачимо з результатів таблиці 2.4, наявність стресу у емоційних переживаннях зазначили 55% досліджуваних, тоді як зміни в організмі відчули 28% та зміну у діяльності – 17% респондентів.

Слід зазначити, що у всій вибірці в цілому, також у групах з низьким, середнім та високим рівнем професійного стресу, найбільш виражені серед показників стресового стану емоційні переживання. На другому місці виражено показники змін в організмі, на останньому місці – зміни у виконуваних діяльності.

Отже, професійний стрес для педагогічних працівників найбільш виразно визначається виникненням негативних емоційних переживань. Проте психосоматичні прояви стресу в працівників навчального закладу теж є досить вираженими.

Результати досліджень свідчать, що важливу роль у формуванні психосоматичних розладів відіграють напружені або емоційно ускладнені стосунки у системі «людина-людина». Вигорання проявляється найбільш яскраво у той час, коли спілкування обтяжене когнітивною складністю або емоційною насиченістю.

Якщо емоційне виснаження, яке розглядають як основну складову «професійного вигорання», проявляється через знижений емоційний фон або емоційне перенасичення, то редукція особистих досягнень може виражатися у тенденції до негативного оцінювання своєї особистості, своїх професійних успіхів, або через редукування власної гідності, в обмеженні своїх можливостей.

Аналізувались ситуації професійної діяльності, які характерні для педагогічних працівників і які можуть бути причинами виникнення професійного стресу. Це соціально-психологічні умови праці – ситуації спілкування, як важлива умова діяльності у професіях цього типу. Це також оцінювання знань, умінь, досягнень, складності виконання професійних завдань, їх емоційна насиченість, як зважливі змістові професійні характеристики.

Серед всіх ситуацій, в яких працівник найчастіше відчуває виникнення професійного стресу, ми виділили три основних. Для 45% респондентів найбільш стресогенною є ситуація спілкування, як важлива умова професійної діяльності педагогічного працівника. Їй поступається місцем ситуація складності професійної задачі – (25%) і остання – це є ситуація оцінювання (15%).

Співставляючи з рівнем професійного стресу, виявлено, що ситуація спілкування викликає досить сильний стрес, незалежно від рівня професійного стресу, проте вона є більш вираженою, ніж ситуаційна причина у групі з високим рівнем професійного стресу.

У групі з низьким рівнем стресу досить рівномірно (30% і 26%) виявлено ситуації оцінювання досягнень та складності професійної задачі відповідно.

Проаналізуємо співвідношення домінуючих емоційних переживань з проявами професійного стресу. У групі з високим рівнем професійного стресу виявились домінуючими емоційними переживаннями в житті: комунікативні, гностичні, переживання самоствердження, праксичні.

У групі з низьким рівнем професійного стресу домінуючими переживаннями виявились гностичні та комунікативні. Переважаючі емоційні переживання в залежності від рівня професійного стресу подано в таблиці 2.5:

Таблиця 2.5

Переважаючі емоційні переживання в залежності від рівня професійного стресу

Рівень проф. стресу	Емоційні переживання					
	Комунікативні	Гностичні	Самоствердження	Праксичні	Альтруїстичні	Естетичні
Високий рівень	40%	38%	32%	24%	14%	12%
Низький та середній	38%	52%	25%	26%	17%	18%

Як бачимо з результатів таблиці, у педагогів комунікативні переживання переважають, причому в групі із високим рівнем професійного стресу вони перебувають на першому місці (40%), ділячи його з гностичними переживаннями (38%). В групі з середнім та низьким рівнем емоційного стресу комунікативні переживання займають друге місце (38%), а гностичні перше (52%).

Незалежно від рівня професійного стресу, відсоток гностичних переживань виявився значним, такі переживання викликані задоволенням від пізнання нового, захопленістю розв'язанням складної проблеми, зосередженістю на ній, задоволенням, радістю, гордістю при вирішенні ситуацій.

Звернімо увагу на факт першості комунікативних переживань у групі із високим рівнем професійного стресу, бо саме особливості спілкування являються характерними професійними ознаками в представників комунікативних професій, типу «людина-людина», куди входять і педагогічні працівники. Таким чином, важливість переживань радості, симпатії, взаєморозуміння, вдячності може виступати дуже важливим чинником у професійній діяльності, який зумовлює ймовірність виникнення високого рівня стресу.

Отже, переживання самоствердження як цінності, може стати ще одним чинником можливості виникнення достатньо високого рівня професійного стресу у представників комунікативних професій. Дані результати вказують на специфіку переважаючих емоційних переживань: переживань комунікативних та самоствердження для представників комунікативних професій.

Не зважаючи на рівень стресу, спеціалісти надають перевагу комунікативним та гностичним переживанням, а за високого рівня стресу переважає кількість респондентів з переживаннями самоствердження. Цінність комунікативних, гностичних переживань та переживань самоствердження серед представників професії типу «людина-людина»

корелюють і з вищими межами у виявленні емоційного виснаження, що простежується у співставленні з результатами.

Це збігається з дослідженнями професійного вигорання К. Маслач, у питанні невідповідності між особистістю і роботою. 54 сфери такої невідповідності. Це сфери ресурсів, винагороди, контролю, позитивної взаємодії, етичних уявлень, справедливості на роботі, самоцінності робітника. Відсутність переживань вдячності, взаєморозуміння, симпатії, підтримки, гордості за свої досягнення, які виступають у якості цінних для працівників співвідноситься з певною ймовірністю виникнення достатньо високого рівня професійного стресу такого його прояву, як професійне вигорання.

Синдром вигорання, як відзначено у сучасній психологічній науці, в самому загальному вигляді визначено як неадаптивну реакцію на професійний стрес. Достатньо високий рівень професійного стресу проявляється в надмірній роздратованості, образливості.

Саме (близько 60%) перевагу таких негативних переживань серед показників стресового стану відмічали у себе професіонали. Таким чином, проведений аналіз переважаючих емоційних переживань, як детермінант професійного стресу у представників професій типу «людина-людина» засвідчив про:

- переважання у них комунікативних, гностичних переживань, переживань самоствердження та практичних, що відповідає особливостям їх професійної діяльності;
- переважання комунікативних переживань та переживань самоствердження у досліджуваній групі із високим рівнем професійного стресу;
- можливість тенденції специфіки переважаючих емоційних переживань, а саме, комунікативних та самоствердження, у працівників комунікативних професій як опосередковуючих показників ймовірності виникнення професійного стресу високого рівня.

Як бачимо, психічне вигорання у представників професії типу «людина-людина» найбільш виразно виявляється у емоційному виснаженні. Причому, слід зазначити, що чим нижчий бал за показником редукції власних досягнень, тим вищий її рівень. Редукція обумовлена втратою значення до власних досягнень у професійній діяльності.

Найбільшим за рівнем виразності є симптом «редукції професійних обов'язків». Цей симптом склався у 25% педагогів з високим рівнем професійного та емоційного стресу. Це означає, що з даних педагогів проявляються спроби полегшити чи скоротити обов'язки, які вимагають емоційних витрат. Одним із прикладів такого спрощення є нестача елементарного впливу до учнів та колег.

У фазі «виснаження» домінуючим є симптом «особистісної відстороненості». Він склався у 22% педагогів тільки з групи з високим рівнем професійного стресу. Але складається цей симптом майже в такій кількості педагогів – 20%. Цей симптом проявляється у процесі спілкування як часткової втрати інтересу до суб'єкта професійної діяльності.

За даними психологічних досліджень, важливу роль у професійному вигоранні виконують напружені чи емоційно ускладнені взаємини у системі «людина-людина». Вигорання проявляється найбільш яскраво саме тоді, коли спілкування обтяжене когнітивною складністю або емоційною насиченістю. Після такого спілкування з'являється емоційне напруження. Чим довше людина накопичує внутрішнє напруження, тим яскравіше проявляється емоційне виснаження та вигорання.

Таким чином, якщо емоційне виснаження, що визначається як основна складова «професійного вигорання», має прояв у зниженому емоційному фоні або емоційному перенасиченні, то редукція особистих досягнень повинна проявлятися або у тенденції до негативної самооцінки, своїх успіхів в професійній діяльності, або у обмеженні своїх можливостей, редукуванні своєї гідності.

Слід зіставити визначену тенденцію з рівнем професійного стресу. Межі вираженості та середнє значення показників вигорання у груп з різним рівнем професійного стресу (табл. 2.6):

Таблиця 2.6

Межі вираженості та середнє значення показників вигорання у груп з різним рівнем професійного стресу

Рівень професійного стресу	Показники					
	Емоційне виснаження		Деперсоналізація		Редукція	
	Межі	Середнє значення	Межі	Середнє значення	Межі	Середнє значення
Низький та середній	6-39	19	0-20	10	24-43	34
Високий	5-46	22	0-20	13	12-46	36

Очевидно, що за високого рівня професійного стресу спостерігається і вищий гранично-максимальний бал емоційного виснаження (22 бала). Таку тенденцію маємо і при аналізі середніх значень обох груп. Прояв редукції власних досягнень по суті залишається майже однаковою у груп із різним рівнем професійного стресу. Це також можна сказати і про показник деперсоналізації у груп з різним рівнем професійного стресу.

Іншими словами, самооцінка в сфері професійних досягнень майже не змінюється. Інформативним є вираженість показника деперсоналізації, що проявляється у деформації стосунків із іншими людьми, чи у підвищенні залежності від інших чи підвищенні цинічності установок, негативізму і почуттів відносно інших, з якими співпрацює у професійній діяльності. Рамки чисельної вираженості цього показника є майже однаковими для груп як із високим, так із середнім рівнем професійного стресу. За середніми значеннями визначений показник вищий у групі осіб з високим рівнем професійного стресу.

Серед індивідуально-особистісних детермінант професійного стресу значну увагу приділено індивідуальним характеристикам, оскільки вони суттєво впливають на стресові реакції. У цій групі вираженість екстраверсії була вищою, що було пов'язано з їхньою схильністю до професій типу «людина-людина». У групі з низьким і середнім рівнем професійного стресу найвищі бали були за показниками відповідальність та добросовісність.

Схильність до відповідальності вказує на міру свідомого контролю за власними діями, самовладання, яке і знаходить свій вияв у низькому рівні професійного стресу у професіях типу «людина-людина». Дане припущення діє на рівні тенденції, бо за середніми значеннями дані показники не різняться у групах із різним рівнем професійного стресу.

В нашому дослідженні в розробленій дослідницькій анкеті пропонувалось професіоналам визначитись зі способами подолання професійного стресу, які вони свідомо використовують. Найпоширенішими способами, які зазначали піддослідні були: бесіда – 45% відповідей, та аналіз ситуації – 51% відповідей (в порівнянні з розвагами, усамітненням).

Отримані результати відповідають наявним даним психологічних досліджень. Так, в дослідженнях Р. Лазаруса, С. Фолктана [45] виділено дві основні стратегії подолання стресогенної ситуації:

- проблемно-орієнтоване подолання (протидія, пошук соціальної підтримки, планомірне вирішення проблемної ситуації);
- емоційно-орієнтоване подолання (самоконтроль, дистанціювання, уникнення, позитивна переоцінка).

Підкреслюється, що перша стратегія частіше використовується при вирішенні проблем, пов'язаних з роботою, а друга – із здоров'ям. Перша стратегія більш характерна для чоловіків, ніж для жінок. У використанні другої стратегії немає статевих відмінностей.

Як свідчать результати авторської анкети «Опитувальник стану здоров'я», для нашої вибірки у групах з різним рівнем професійного стресу характерним є використання проблемно-орієнтованої стратегії подолання,

пов'язаної з пошуком соціальної підтримки в бесіді (36%) та з планомірним вирішенням проблеми на основі аналізу ситуацій пов'язаних з роботою (35%). Найменш представленою серед результатів є емоційно-орієнтована стратегія, яка пов'язана з переключенням на іншій вид діяльності (розваги – 25%) та усамітнення 4%).

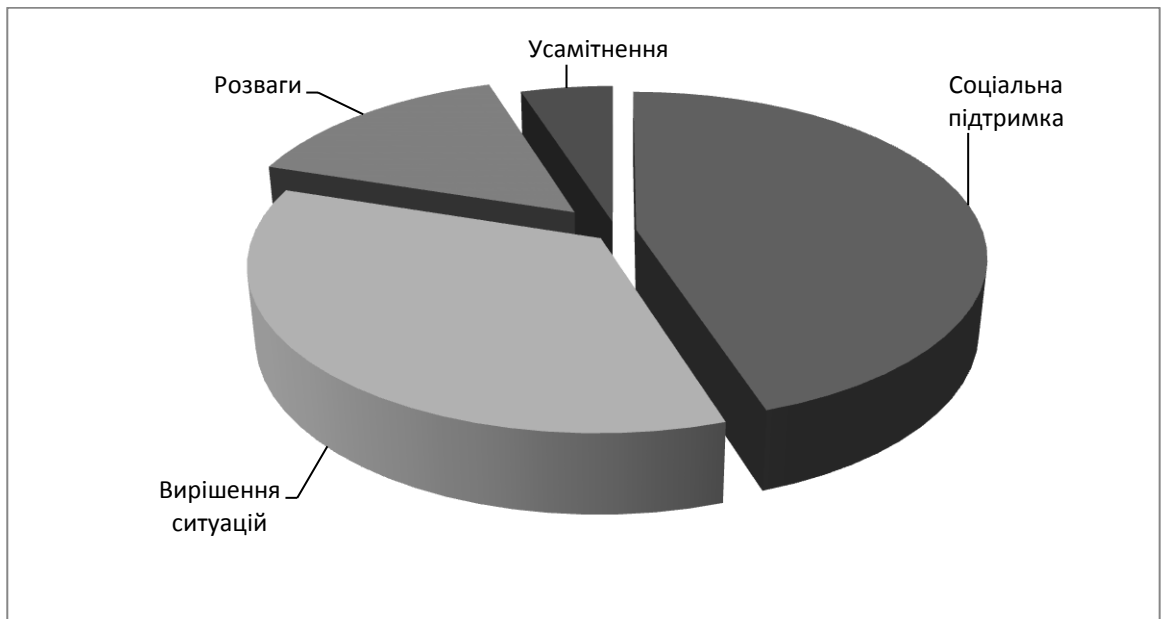


Рис. 2.2 Переважаючі стратегії подолання стресу

Як бачимо, цей вибір не залежить від рівня професійного стресу. Треба також відмітити, що найбільш представленими способами подолання стресу в проблемно-орієнтованій копінг-стратегії незалежно від рівня його виразності є пошук соціальної підтримки та планомірне розв'язання проблемної ситуації (аналіз ситуації).

Тобто, при порівнянні способів подолання професійного стресу у груп з різним рівнем професійного стресу виявилось, що незалежно від рівня стресу працівники надають перевагу у подоланні стресу соціальній підтримці та планомірному розв'язанню проблем,

Також в групах з різним рівнем професійного стресу третє місце займає уникнення і останнє місце серед способів подолання стресу посідає усамітнення.

Проте, при низькому та середньому рівні стресу відмічено переважання такого способу стресоподолання, як планомірне розв'язання проблеми (аналіз ситуації 39%), до того ж відсоток використання цього способу подолання стресу вищий, ніж у групі із високим рівнем професійного стресу (табл.2.7).

Таблиця 2.7

Розподіл способів подолання стресу у груп з різним рівнем професійного стресу

Рівень стресу	Способи подолання стресу			
	Соціальна підтримка	Аналіз ситуації	Уникнення	Усамітнення
Високий	37%	31%	26%	6%
Середній та низький	36%	39%	23%	2%

У групі з низьким рівнем професійного стресу в порівнянні з групою з високим його рівнем вищий відсоток використання розваг (26%), тобто вибір стратегії уникнення, як способу подолання професійного стресу, при переключенні на іншу діяльність, куди входять спорт, подорож, прогулянки, дискотека, розваги в компанії друзів, комп'ютерні ігри тощо. Для цієї ж групі вищим є і відсоток використання такого способу як усамітнення, намагання уникнення ситуації, відходу від неї (6%).

Отже, в основному, способи подолання професійного стресу можуть співвідноситись з його рівнями. У групі з низьким та середнім рівнем професійного стресу способи подолання такого стану представлені (в межах проблемно-орієнтованої стратегії та емоційно-орієнтованої) виявилися як більш виразні. Тобто, можна говорити про використання різноманітніших способів подолання стресових ситуацій саме у групи з середнім та низьким рівнем професійного стресу.

В той час, як для групи з високим рівнем професійного стресу емоційно-орієнтована стратегія подолання виражена дуже слабо. Такі результати відповідають психологічним дослідженням стосовно статевих відмінностей у використанні стратегій подолання стресогенної ситуації. У нашій вибірці у групі з середнім та низьким рівнем професійного стресу переважають чоловіки – 52,3 %.

Як відомо, проблемно-орієнтована стратегія, куди входить аналіз ситуації для планомірного вирішення проблеми, більш характерна для чоловіків. Але жіноча психіка стійкіша за чоловічу і в стресових ситуаціях жінкам краще вдається споратись зі стресом. Жінки переважно використовують соціальну підтримку як основний спосіб подолання стресу, тоді як чоловіки використовують аналіз проблемної ситуації. За результатами нашого дослідження відсоток використання даної стратегії (аналізу проблемних ситуацій) є вищим (39 % проти 31 %) для групи з середнім та низьким рівнем професійного стресу порівняно з групою з високим його рівнем.

Можна допустити, що використання стилю уникнення в подоланні стресу, а саме розваг, релаксації відсоток виразніший у групи з високим рівнем професійного стресу ніж у групи з низьким та середнім рівнем (23% порівняно з 26% у групи з високим рівнем стресу) дозволяє знизити рівень професійного стресу, а самі способи подолання пов'язані з ситуаційними та індивідуально-особистісними детермінантами професійного стресу.

Ми припускаємо, що особливості використання способів подолання професійного стресу у груп з різним рівнем його виразності, залежить не лише від статевих особливостей працівників, як факторів, обумовлюючих стрес.

Проаналізуємо порівняння проявів та детермінант професійного стресу працівників при різному його рівні, що буде основою співставлення отриманих результатів зі способами подолання стресу (табл.2.8.).

Як бачимо, високий рівень професійного стресу проявляється у вищому показнику емоційного виснаження та деперсоналізації, у довшій тривалості проявів (за днями) та більшому відсотку виразності негативних емоційних переживань, змін в організмі і діяльності.

Таблиця 2.8.

Порівняльна таблиця проявів професійного стресу в залежності від вираженості його рівня

Високий рівень стресу		Низький та середній рівень стресу	
Прояви	Вираженість (в балах та відсотках)	Прояви	Вираженість (в балах та відсотках)
Професійне вигорання: -емоційне виснаження -деперсоналізація -редукція власних досягнень	20,39 10,0 33,2	Професійне вигорання: -емоційне виснаження -деперсоналізація -редукція власних досягнень	16,83 8,20 32,7
Тривалість проявів: -хвилини -години -дні	17% 57% 26%	Тривалість проявів: хвилини години дні	22% 59% 19%
Показники стресового стану: -негативні емоційні переживання -зміни в організмі -зміни в діяльності	39% 17% 12%	Показники стресового стану: -негативні емоційні переживання -зміни в організмі -зміни в діяльності	21% 10% 8%

* відмінності достовірні за t-критерієм Стьюдента на 5% рівні значимості.

Зіставимо виразність ситуаційних та індивідуально-особистісних детермінант професійного стресу у групах з різним його рівнем. В аналізі результатів ми використовуємо відсотки вибору спеціалістами певних професійних ситуацій, емоційних переживань, відсотки представленості в

їхній кар'єрі, зміни типу професії, відсоток представленості спеціалістів за статевою ознакою.

В індивідуально-особистісних детермінантах як особистісні психологічні характеристики, установки порівнювались середні показники. (див. табл. 2.9).

Таблиця 2.9

Порівняльна таблиця детермінант професійного стресу в залежності від вираженості його рівня

Високий рівень стресу		Низький та середній рівень стресу	
Детермінанти	Вираженість (в балах та відсотках)	Детермінанти	Вираженість (в балах та відсотках)
Ситуаційні за характеристиками професії			
- спілкування	60%	- спілкування	46%
- складність завдання	29%	- складність завдання	27%
- оцінювання досягнень	13%	- оцінювання досягнень	31%
Індивідуально-особистісні			
Характеристики:		Характеристики:	
- нейротизм	58,48	- нейротизм	55,77
- екстраверсія	51,37	- екстраверсія	60,20
- відкритість досвіду	50,43	- відкритість досвіду	46,67
- згода	51,88	- згода	51,80
- сумлінність	50,20	- сумлінність	51,16
Емоційні переживання:		Емоційні переживання:	
- комунікативні	31%	- комунікативні	19%
- гностичні	31%	- гностичні	26%
- самоствердження	26%	- самоствердження	13%
- праксичні	21%	- праксичні	14%

Продовження таблиці 2.9

Високий рівень стресу		Низький та середній рівень стресу	
Детермінанти	Вираженість (в балах та відсотках)	Детермінанти	Вираженість (в балах та відсотках)
Формальні			
Стать: -чоловіки	47%	Стать: -чоловіки	53%
-жінки	65%	-жінки	35%

Серед індивідуально-особистісних детермінант професійного стресу, у груп з різним його рівнем, значимі відмінності на 5% рівні значимості за t-критерієм Стюдента, існують між такими факторами особистості як нейротизм, екстраверсія та відкритість досвіду, між установками на владу.

Стосовно формальних характеристик слід відмітити переважання кількості жінок над чоловіками у групі з високим рівнем стресу, та навпаки – кількості чоловіків при низькому та середньому рівнях професійного стресу. Серед ситуаційних детермінант професійного стресу при загальному переважанні ситуації спілкування на роботі (з керівником, з підлеглими, з колегами), у групі з низьким та середнім рівнем професійного стресу відмічено ще і виділення в якості стресогенної ситуації – ситуацію оцінювання досягнень. Співставлення особливостей проявів та детермінант професійного стресу в залежності від його рівня зі способами подолання стресу, засвідчило, наявність значимих відмінностей за t-критерієм Стюдента в показниках професійного вигорання, характеристик особистості та установках.

При високому рівні стресу, який проявляється в більшому емоційному виснаженні та деперсоналізації; перевага серед способів подолання стресу надається пошуку соціальної підтримки. В цій групі більший відсоток зміни типу професії у спеціалістів, що може пов'язуватись з більшою відкритістю досвіду і нейротизмом, як чутливістю до стресових ситуацій, та меншою виразністю екстраверсії.

Спираючись на статеві відмінності можемо допустити, що переважання душевної бесіди як пошуку соціальної підтримки, в нашому дослідженні виявилось більш характерним для жінок, оскільки в даній групі вони складають 65%. Хоча, для жінок, за результатами психологічних досліджень більш притаманна емоційно-орієнтована стратегія в порівнянні з проблемно орієнтованою стратегією (Р. Лазарус), яка включає пошук соціальної підтримки. Отримані результати можуть бути пояснені специфікою саме професійного стресу, стресу на роботі, оскільки дана стратегія частіше використовується при проблемах на роботі. Для працівників з низьким та середнім рівнем професійного стресу в проявах професійного стресу відмічено меншу виразність деперсоналізації в професійному виснаженні. Серед ситуаційних детермінант у даної групи при домінуванні ситуації спілкування, найбільш виразно, представлено ситуацію оцінювання досягнень.

Ми пов'язуємо це з меншою виразністю деперсоналізації, як показника професійного вигорання, що вказує на наявність у працівників не повної втрати гуманного ставлення до соціальних послуг, які вони надають, на переживання ними оцінювання як чужих, так і своїх власних успіхів. Для цієї групи менше половини людей (44,6%) відмітили зміну типу професії на своєму професійному шляху: у них більш показник екстраверсії, менш виражена установка на владу, а більш – установка на гроші ніж у групі з високим рівнем професійного стресу. Для цієї групи серед переважаючих емоційних переживань менш виражені, як цінні, переживання комунікативні та самоствердження порівняно з групою з високим рівнем професійного стресу. У них переважають гностичні переживання.

Висновки до другого розділу

Детермінантами психосоматичних розладів педагогів є професійні ситуаційні фактори та індивідуальні особливості спеціалістів, які пов'язані з

особливостями професійної діяльності та способом подолання професійного стресу.

Тому метою нашого дослідження було визначення специфіки психосоматичних розладів у педагогів, визначення психологічних особливостей професійного стресу та його впливу на психосоматичне здоров'я педагогів. Запропоновано модель дослідження професійного стресу, в якій окрім зовнішніх, тобто ситуативних детермінант та внутрішніх або індивідуально-індивідуальних детермінант, виділили змістові детермінанти професійного стресу як змістовий аспект професійної діяльності з урахуванням психосоматичних проявів стресу.

Розроблена дослідницька анкета на виявлення особливостей професійного стресу, його ситуаційних детермінант, рівня вираженості, наявності, якості та виразності психосоматичних проявів стресу і їх тривалості та особливостей свідомого його подолання, як пошуку шляхів виходу з нього.

Обґрунтовано етапи емпіричного дослідження. Перший етап присвячений конкретизації психосоматичних симптомів досліджуваної групи. Визначили роль переважаючих емоційних переживань особистості, в якості однієї із індивідуально-особистісних детермінант професійного стресу.

Другий етап присвячений комплексному вивченню ситуаційних та індивідуально-особистісних детермінант психосоматичних розладів у педагогів, зі способами подолання стресу та характеристиками професійної діяльності.

РОЗДІЛ 3

РОЗРОБКА КОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

3.1 Програма психологічної корекції психосоматичних розладів педагогів

Програма корекції стресу, напруги та психосоматичних проявів у викладачів вищого навчального закладу

Нами була розроблена і впроваджена корекційна програма для викладачів вищого навчального закладу, у яких є психосоматичні симптоми. Корекційна робота проводилась з експериментальною групою.

Програма спрямована на роботу з викладачами, які мають високі показники професійного та емоційного стресу та психологічної напруги, мають різноманітні психосоматичні симптоми. Корекційну роботу проводилась з експериментальною групою.

Мета:

- розширити знання спеціалістів про стрес та психосоматичні захворювання;
- знизити рівень психологічної та фізіологічної напруги;
- показати прийоми подолання емоційного стресу;
- актуалізувати діяльність, спрямовану на покращення здоров'я

Програма включає: 5 напрямків, кожен із яких складається з групи вправ. Розраховано програму на 3 зустрічі. Ми сформували групу, склад групи постійний - 15 осіб.

Нижче представлено програму психологічного тренінгу психотерапевтичної роботи з психосоматичними проблемами та стресом.

Розроблено тематичні блоки:

- виділення власних психосоматичних захворювань та знайомство з ними;

- переклад сприйняття психосоматичного захворювання на метафоричну форму;
- знайомство з внутрішньою картиною захворювання через взаємодію з іншими людьми;
- усвідомлення того, як захворювання та стрес допомагають в житті, пошук шляху уникнення внутрішнього конфлікту та способу жити без психосоматичного захворювання та постійної напруги.

Програма тренінгу включає курс із трьох занять, спрямованих на покращення стану психосоматичного здоров'я та зняття стресу учасників групи.

В основі розробки та створення вправ та програми тренінгу використані сучасні напрямки психотерапії: гештальттерапія, психодрама, позитивна терапія. На заняттях використовуються групові методи (робота по колу, робота парами, обговорення), методичні прийоми та засоби проведення тренінгу (ігри-розминки, вправи, проектні методи, міні-лекції та ін.)

Структура: привітання, прийняття чи повторення правил, висловлювання побажань та очікувань, підведення підсумків. Наприкінці кожного заняття є обов'язковим обговорення вражень, відчуттів, нової інформації. Завершення заняття включає ритуал прощання, висловлювання особистих побажань.

ЗАНЯТТЯ 1

Ціль: Знайомство учасників групи; навчання учасникам працювати за умов тренінгу; виготовлення та прийняття правил роботи у групі; виділення власних психосоматичних захворювань та знайомство з ними.

Вступне слово тренера

– Добрий день усім! Приємно привітати учасників нашої зустрічі.

Вправа «Знайомство»

Мета: знайомство та саморозкриття учасників групи, створення позитивної атмосфери. Час: до 2 хвилин кожного учасника.

Інструкція: Сядьте у коло. Назвіть своє ім'я та розкажіть про себе, свої особливі звички, якості, вміння, смаки тощо, які відрізняють вас від інших.

Ухвалення правил групи.

Ціль: вивчення основних правил тренінгу, сприяння організації ефективного простору для організованої діяльності. Час: 5 хвилин.

Учасникам групи повідомляється, що з метою організованої діяльності необхідно обговорити та прийняти правила групи, яких завжди необхідно дотримуватись заняттях. Ми рекомендуємо такі правила: конфіденційність; щирість і відвертість; повага до іншого учасника групи; обговорення лише те, що відбувається у групі; активна участь; говорити від власного імені та про власні почуття.

Міні-лекція «Визначення поняття психосоматики та стресу»

Мета: ознайомити із поняттям психосоматика.

Час: 5 хвилин.

Психосоматика – це тілесне відображення психічного життя людини, включаючи як тілесний прояв емоцій, так і «дзеркало» інших підсвідомих процесів, тілесний канал свідомо-підсвідомої комунікації. У цьому контексті тіло представляється як свого роду екран, який проектується символічні послання підсвідомості.

Екран, на якому все «таємне» (підсвідоме) стає «явним» (свідомим) або, принаймні отримує потенційну можливість стати таким. Екран на якому психологічні проблеми людини, її внутрішні, свідомо-підсвідомі конфлікти знаходять свій відбиток у безумовно-обов'язковому порядку.

Інакше кажучи, взаємозв'язок тіла («соми») та психіки завжди є двостороннім. Як все соматичні розлади мають своє психологічне «коріння», так і будь-які психологічні проблеми завжди приносять психосоматичні «плоди». Відмінність лише у тому, яка саме сторона внутрішньопсихічного конфлікту психічна або соматична виходить на перший план, яка з них має більш виражені зовнішні прояви.

Зменшення інтенсивності тілесних симптомів може бути досягнуто шляхом пошуку психологічних причин, що їх породили. Через тілесні прояви психологічних проблем можна прямим шляхом, минаючи лабіринти логіки, дійти до глибин душі людини. Розгадати символічні «загадки» підсвідомості, дістатися до прихованого в них змісту.

Стрес – неспецифічні фізіологічні та психологічні реакції організму при впливі на нього різких, екстремальних факторів.

Види стресу

1. Фізіологічний: виникає під впливом тривалих або сильних фізичних захворювань, навантажень, а також у результаті отримання якого-небудь каліцтва.

2. Психологічний: викликається несприятливими морально-психологічними факторами.

3. Емоційний: проявляється у ситуації загрози, небезпеки, образи.

4. Інформаційний: людина не справляється із завданням, не встигає приймати рішення у необхідному темпі при високому ступені відповідальності, тобто виникає емоційне навантаження.

Стадії розвитку стресу

У своєму розвитку стрес проходить 3 стадії. Давайте розглянемо їх. Наприклад, вам повідомили, що на урок прийде перевіряючий. Ви відчуваєте тривогу і напругу. Деякі губляться, не можуть зібратися, іноді навіть не пам'ятають тему уроку, не можуть знайти план.

Це перша стадія – стадія тривоги. На цій стадії в кров надходять особливі речовини, що підвищують стійкість до травмуючого фактора, і організм готується діяти.

Але перша тривога пройшла, і ви переходите до виконання завдання. Ситуація продовжує залишатися напруженою, складною, а ви вже здатні діяти досить ефективно, іноді навіть більш ефективно ніж у звичайній ситуації. Ваш організм мобілізував внутрішні ресурси та отримав можливість

чинити опір стресу. Однак, на цій стадії через те, що організм працює дуже напружено, межі своїх можливостей, його ресурси швидко витрачаються.

Стадія стабілізації чи опору. Якщо стресова ситуація продовжує зберігатись, настає третя стадія – стадія виснаження. Уявіть собі, що перевіряючі будуть присутні на всіх уроках протягом усього дня! Вже до кінця дня ви відчуєте сильну втому, ваша працездатність знизиться, увага та пам'ять почнуть змінювати вам. Буде більше помилок, а результат роботи може стати байдужим.

Організм використовував усі ресурси, а тепер може наступити його руйнування. На цій стадії у людини значно погіршується самопочуття, може порушитися сон і апетит, зросте схильність до його різних захворювань, і як наслідок, настає хвороба, у крайніх випадках за стадією виснаження може настати смерть. На цій стадії стрес переходить у дистрес.

Очікування учасників

Мета: визначення та усвідомлення учасниками групи власних очікувань від тренінгових занять. Час: до 1 хвилини кожного учасника.

Інструкція: Скажіть по черзі по колу: «я чекаю від тренінгу... Я чекаю від сьогоднішнього заняття...»

Методичні поради тренеру. Збір очікувань є обов'язковим структурною вправою, що має місце на кожному занятті.

Важливо, щоб кожен учасник промовив свої очікування вголос: висловлені очікування надають можливість учасникам усвідомити свої цілі та взяти на себе відповідальність за їх реалізацію. Зверніть увагу на що орієнтовані учасники групи – на процес або результат. Потрібно більше зосереджувати зусилля на учасників, які хочуть досягти певного результату.

Розминка «Ніхто не знає»

Ціль: зняття напруги, підвищення уваги учасників до того, що відбувається на тренінгове заняття. Час: 5 хвилин

Інструкція: Встаньте у коло. У мене в руках – м'яч. Ми кидатимемо його від одного учасника до іншого. Той, хто отримує м'яч у руки, має

закінчити пропозицію «Ніхто не знає, що я...» відповідною інформацією про себе.

Вправа «Лікар та пацієнт»

Мета: навчитися уважно слухати іншого та навчитися описувати власне захворювання. **Час:** 20 хвилин (10 хвилин на виконання завдання та 10 хвилин на обговорення).

Інструкція: Розділіться на пари. Вирішіть, хто спочатку гратиме роль лікаря, а хто – пацієнта. Завдання для лікаря – протягом п'яти хвилин розпитати про захворювання. Завдання для пацієнта – як можна більше розповісти про своє захворювання (Де болить? Як болить? Що відчуваєте?)

Змінитися ролями. Нехай той, хто грав роль лікаря, зіграє роль пацієнта і навпаки. Запитання для обговорення: чи легко було виконати завдання? Що допомагало, а що заважало говорити про захворювання? Що допомагало, а що заважало розпитувати про захворювання? Які виникали почуття під час виконання вправи?

Вправа «Консиліум лікарів»

Мета: навчитися дистанціюватись від хвороби. **Час:** 20 хвилин (до 1 хвилини на кожного учасника на виконання завдання та до 1 хвилини на одного учасника на обговорення).

Інструкція: Сядьте у коло. Уявіть, що Ви є лікарями на медичному консиліумі. По черзі протягом хвилини розкажіть своїм колегам про захворювання свого пацієнта, починаючи зі слів «У моїй практиці був пацієнт із наступним захворюванням...».

Завдання для учасників групи – уважно слухати свого колегу, намагаючись зрозуміти стан пацієнта.

Питання для обговорення: чи вдалося іншій людині точно передати картину вашого захворювання? Які почуття виникали, коли Ви слухали розповідь іншої людини про ваше захворювання?

Вправа «Управління диханням»

Мета: зняття стресу та напруги.

Це ефективний засіб впливу на тонус м'язів та емоційні центри мозку. Повільне і глибоке дихання (з участю м'язів живота) знижує збудливість нервових центрів, сприяє м'язовому розслабленню, тобто релаксації. Часте (грудне) дихання, навпаки, забезпечує високий рівень активності організму, підтримує нервово-психічну напруженість.

Нижче представлений один із способів використання дихання для саморегуляції.

Інструкція: сидячи або стоячи, постарайтеся по можливості розслабити м'язи тіла і зосередьте увагу на диханні.

1. На рахунок 1-2-3-4 робіть повільний глибокий вдих (при цьому живіт випинається вперед, а грудна клітка нерухома).
2. На наступні чотири рахунки затримайте подих.
3. Потім зробіть плавний видих на рахунок 1-2-3-4-5-6.
4. Знову затримайте дихання перед наступним вдихом на рахунок 1-2-3-4.

Підведення підсумків.

Мета: систематизація та асиміляція отриманої на занятті інформації.

Час: 10 хвилин.

Інструкція: Згадайте, що сьогодні відбувалося на занятті. Дайте відповіді на такі питання: Що нового, важливого ви дізналися сьогодні? Які висновки зробили собі?

ЗАНЯТТЯ 2

Мета: вивчення ставлення до власного психосоматичного захворювання, переклад сприйняття психосоматичних проблем в іншу форму – метафоричну. З метою розкриття потенційних можливостей спрямованих на одужання.

Вступне слово тренера

– Добрий день усім! Приємно привітати учасників нашої зустрічі.

Очікування учасників

Мета: визначення та усвідомлення учасниками групи власних очікувань від заняття.

Час: до 1 хвилини кожного учасника.

Інструкція: Скажіть по черзі по колу, продовжуючи наступні незакінчені пропозиції: «я прийшов на заняття з ... Я чекаю від сьогоднішнього заняття...»

Вправа «Лимон»

Мета: зняття м'язової напруги, управління станом м'язової напруги та розслаблення

Час: 5 хв.

Інструкція: Тепер сядьте зручно: руки вільно покладіть на коліна (долонями вгору), плечі та голова опущені, очі закриті. Уявіть собі, що у вас у правій руці лежить лимон. Починайте повільно його стискати доти, доки не відчуєте, що вижили весь сік. Розслабтеся. Запам'ятайте свої відчуття. Тепер уявіть, що лимон знаходиться в лівій руці. Повторіть вправу. Знову розслабтеся та запам'ятайте свої відчуття. Насолоджуйтесь станом спокою.

Вправа "Метафора"

Ціль: активізувати образне мислення, вміння нестандартно презентувати себе, встановлювати асоціативні зв'язки. Час: 10 хвилин

Інструкція: Встаньте у коло. Зосередьтеся на своєму внутрішньому стані, своїх відчуттях. У мене в руках – м'яч. Ми кидатимемо його від одного учасника до іншого.

Той, хто отримує м'яч у руки, має назвати своє ім'я та метафору (асоціативний образ) свого самовідчуття. Метафорою може бути будь-який образ живої чи неживої природи: тварин, рослин, предметів, природних явищ, їх властивостей тощо. Наприклад: «Оксана-квітка», «Сергій-ведмідь» .

Вправа «Метафорична назва захворювання»

Мета: перекласти знання про власне захворювання на символічну реальність.

Час: до 2 хвилини на кожного учасника.

Інструкція: Сядьте у коло. Дайте метафоричну назву своєму захворюванню та скажіть іншим обрану метафору.

Інформація для тренера: Коли людина використовує метафору для опису свого внутрішнього досвіду, вона розкриває глибоко особисті та дуже могутні аспекти. Метафора як голограма, кожен фрагмент якої можна використовувати для відтворення цілого, кожен шматочок несе всю інформацію оригіналу. Метафора не лише несе в собі всю інформацію про проблему, але також інформацію про те, як вирішити цю проблему. Якщо прийняти метафору за опис несвідомих процесів, вона може стати «воротами» у світ особистісної зміни.

Вправа «Малюнок метафоричної назви хвороби»

Мета: дистанціюватися від хвороби, подивитися на хворобу, використовуючи механізм проекції.

Час: 35 хвилин (15 хвилин на малювання, до 2 хвилин на кожного учасника на презентацію малюнку).

Інструкція: Візьміть аркуш паперу та кольорові олівці та намалуйте метафору своєї хвороби. Поверніть у спільне коло та по черзі розкажіть про свій малюнок.

Питання для обговорення: Що ви намагалися відобразити на малюнку? Що нового дізналися про свою хворобу?

Підведення підсумків

Мета: систематизація та асиміляція отриманої на занятті інформації.
Час: 10 хвилин.

Інструкція: Згадайте, що сьогодні відбувалося на занятті. Дайте відповіді на такі питання: Що нового, важливого ви дізналися сьогодні? Які висновки зробили собі?

ЗАНЯТТЯ 3

Ціль: знайомство з внутрішньою картиною захворювання через взаємодію з іншими людьми; усвідомлення того, як захворювання допомагає у житті людини.

Вступне слово тренера

– Добрий день усім! Приємно привітати учасників нашої зустрічі.

Очікування учасників

Мета: визначення та усвідомлення учасниками групи власних очікувань від заняття.

Час: до 1 хвилини кожного учасника.

Інструкція: Почергово дайте відповіді на такі питання: що сталося у вашому житті після останнього заняття? Які свої погляди чи переживання за цей час ви переглянули та обдумали? Які побажання ви маєте на це заняття?

Вправа «Муха»

Ціль: зняття напруги з лицьової мускулатури.

Інструкція: «Сядьте зручно: руки вільно покладете на коліна, плечі та голова опущені, очі закриті. Подумайте, що на ваше обличчя намагається сісти муха. Вона сідає то на ніс, то на рот, то на чоло, то на очі. Ваше завдання: не розплющуючи очей, зігнати настирливу комаху, за допомогою лицьових м'язів».

Вправа «Побоювання»

Мета: створення групи довірчої атмосфери.

Час: 20 хвилин

Інструкція: Виберіть собі у партнери того, з ким вам важко чи не дуже хочеться спілкуватися. Розійдіться по кімнаті, щоб пари не заважали іншим. Той, хто зазнає до партнера негативні почуття, має 5 хвилин, щоб з усіх боків вивчити причини своєї недовіри. Він повинен говорити своєму партнеру фрази, які завжди починаються однаково: «Я не довіряю тобі, тому що...» Наприклад: «Я не довіряю тобі, тому що ти набагато більше за мене і виглядаєш сильнішим... Я не довіряю тобі, тому що думаю, що ти перевершуєш мене не тільки фізично...»

Партнер мовчки слухає ці фрази, не ставлячи запитань і ніяк не коментуючи їх, не вступаючи у суперечку. Натомість він намагається розглядати всі ці одкровення (найчастіше неприємні) як перший крок на шляху до зближення.

Після закінчення 5 хвилин і людина, яку було адресовано «звинувачення», отримує можливість дати ними відповідь. Він підтверджує те, що, на його погляд, було зазначено правильно, і обов'язково свідчить, у чому його партнер помиляється. Наприклад: «Так, ти маєш рацію, я справді почувуюся сильним, але я зовсім не дивлюся на тебе згори. Ти тільки що сказав такі речі, які були для мене дуже цікавими». На цей процес також відводиться 5 хвилин. Після цього партнери змінюються ролями.

Вправа «Скульптура захворювання»

Ціль: ознайомлення з внутрішньою картиною захворювання через взаємодію з іншими людьми.

Час: 30 хвилин

Інструкція: По черзі, за допомогою членів групи, зробіть скульптуру метафори свого захворювання, намагаючись показати, як відбувається взаємодія між вами та вашим захворюванням, що воно робить з вами. По-перше оберіть, хто показуватиме вас, потім виберіть хто з членів групи потрібен вам на ролі метафори вашого захворювання. Зробіть скульптури. Подивіться на скульптуру збоку. Спробуйте стати на власне місце у скульптурі. Запам'ятайте, що ви відчуваєте тут. Зніміть ролі з членів групи, які допомагали вам.

Питання для обговорення: Що ви відчували під час взаємодії із захворюванням? Чи сподобалися ці відчуття чи ні? Що нового ви зрозуміли про своє захворювання?

Вправа «Корисність від захворювання»

Мета: усвідомлення того, як захворювання допомагає у житті; знайомство з корисною стороною захворювання, яка пов'язана із соціальними відносинами. Час: до 2 хвилин на кожного учасника.

Інструкція: Візьміть аркуш паперу та ручку. Сядьте у коло. Розділіть лист на дві частини. На одній напишіть, як заважає вам захворювання встановлювати відносини з іншими людьми, на другий - як допомагає вам захворювання, отримувати, те, що ви бажаєте від інших людей.

Запитання для обговорення: Яку користь ви отримуєте від власної хвороби? Що ви отримуєте від навколишніх людей під час хвороби? Як хвороба допомагає вам у житті?

Підведення підсумків

Мета: систематизація та асиміляція отриманої на занятті інформації.
Час: 10 хвилин.

Інструкція: Згадайте, що сьогодні відбувалося на занятті. Дайте відповіді на такі питання: Що нового, важливого ви дізналися сьогодні? Які висновки зробили собі?

Заключне слово тренера: Наше життя цікаве, сповнене багатьох несподіванок, і в ній є те, що люди цінують найбільше, тому що це не можна придбати за жодні гроші – це здоров'я. Проблема людини та її здоров'я – вічна проблема, стрижнем якої є шлях до вільного гармонійного розвитку людини. Здоров'я – поняття багатопланове. Це не лише відсутність хвороб, а й високий рівень благополуччя, не лише матеріального, та духовного, комфортне психологічне самопочуття, добрі соціальні взаємовідносини.

3.2 Аналіз результатів формуючого експерименту

Всю вибірку викладачів (30 осіб) ми розділили на контрольну та експериментальну групи. В обох групах були викладачі, як з низьким так, і з високим рівнями професійного та емоційного стресу та обидві групи мали різноманітні психосоматичні симптоми.

Після корекційної програми, яку ми застосували на експериментальній групі, ми знову повторили діагностику обох груп та проаналізували результати. Далі порівняли данні контрольної та експериментальної груп.

Ми можемо побачити (табл. 3.1) як змінилися середні значення професійного та емоційного стресів у співставленні з емоційними характеристиками особистості.

Таблиця 3.1

Співвідношення середніх значень професійного та емоційного стресів після корекції

Рівні	Емоційний стрес	Професійний стрес	Переважаючі емоційні переживання
Низький	6	42	Комунікативні, альтруїстичні
Середній та високий	11	58	Комунікативні, альтруїстичні, практичні

Для наочності ми порівняли результати співвідношення середніх значень професійного та емоційного стресів контрольної та експериментальної груп (констатуючий та формуючий експеримент).

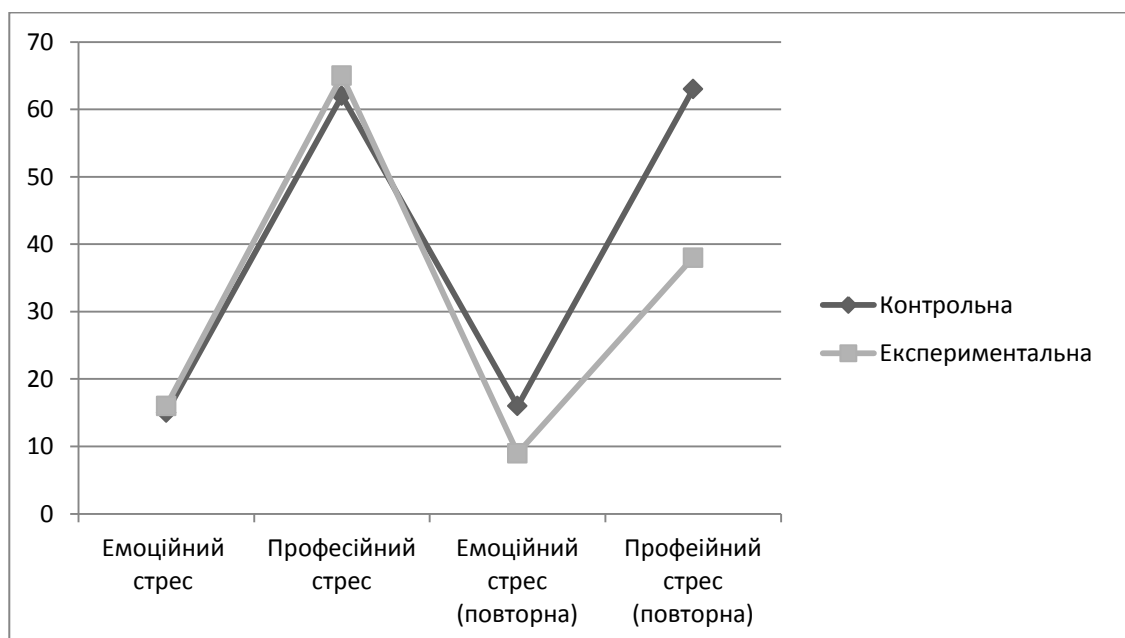


Рис. 3.1 Порівняння співвідношення середніх значень стресу контрольної та експериментальної групи

Ми бачимо, що в експериментальній групі рівень професійного та емоційного стресів після корекційної роботи зменшився, на відміну від контрольної групи. В групі з високим та середнім рівнями професійного стресу, рівень стресу зменшився на 28%, а рівень емоційного на 42%.

Наступним кроком був аналіз формуючого експерименту за опитувальником нервово-психічної напруги (Т. А. Немчіна), результати подали у вигляді таблиці (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Порівняння результатів дослідження нервово-психічної напруги

Ступені вираженості нервово психічної напруги	Контрольна група		Експериментальна група	
	Констатуючий експеримент	Формуючий експеримент	Констатуючий експеримент	Формуючий експеримент
Низький рівень	21%	19%	18%	25%
Помірний рівень	31%	30%	27%	40%
Надмірний рівень	48%	51%	55%	35%

Можна сказати, що в експериментальній групі 40% досліджуваних мають помірний ступінь нервово-психічної напруги, 25% слабкий та 35% надмірний ступінь. Тобто у 25% досліджуваних педагогів у експериментальній групі після корекційної програми значно знизився рівень нервово-психічної напруги. В контрольній групі можемо прослідкувати зворотну тенденцію. Тобто ступінь вираженості нервово-психічної напруги значною мірою не змінився.

Тепер пропонуємо подивитись на зміну в специфіці психосоматичних симптомів та різницю в контрольній та експериментальній групах (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Порівняння специфіки психосоматичних симптомів в контрольній та експериментальній групах

Симптом	Наявність симптому		Наявність симптому	
	Контрольна група		Експериментальна група	
	Первинна діагностика	Вторинна діагностика	Первинна діагностика	Вторинна діагностика
Погане самопочуття	65%	60%	68%	40%
Втрата або набір ваги	32%	28%	40%	33%
Підвищення температури, тиску	15%	15%	18%	10%
Фізичні відчуття, які незрозумілі лікарям	18%	20%	22%	8%
Озноб, здригання, холодний піт	31%	30%	39%	27%
Порушення дихання	42%	39%	39%	38%
Почастішання серцебиття	51%	53%	49%	25%
Порушення травлення	19%	24%	23%	20%
Тривале відчуття кому у горлі	22%	21%	30%	21%
Слабкість, знижена працездатність, головний біль	43%	42%	45%	24%

Прослідкували тенденцію зменшення відсотка різних психосоматичних симптомів при повторному дослідженні в експериментальній групі, особливо за показниками «погане самопочуття» (68%-40%), «почастішання

серцебиття» (49%-25%), слабкість, знижена працездатність, головний біль (45%-24%). В контрольній групі відсоткове значення психосоматичних симптомів змінилось незначно.

3.3 Розробка рекомендацій щодо профілактики психосоматичних розладів

Серед напрямів, рекомендованих для послаблення стресового впливу та управління ним, виділяють:

- методи і технології професійного відбору, ротації кадрів; професійне навчання, розширення поведінкового репертуару, тощо, пов'язане із психологічною експертизою організаційних інновацій та із психологічною допомогою нових технологій;

- вплив на формування самооцінки співробітників, формування впевненості у власних силах, здібностях, ресурсах, готовності до долаття професійно складних ситуацій;

- керування реакціями на стрес-фактори професійної діяльності, уміле оволодіння конструктивними моделями поведінки, навчання технікам психічної саморегуляції, методами психологічного розвантаження, релаксації.

Наразі науковцями розробляються нові моделі профілактичних програм, якими передбачено аудит стресу, профілактика на основі інформації щодо розпізнавання стресу, стрес-менеджмент, консультацій із розвитку навичок спілкування у працівників, попередження порушень здоров'я.

Виділені в нашому дослідженні типи детермінації професійного стресу, особливості зв'язку детермінації прогнозу рівня професійного стресу в різних професійних групах одного типу професії можуть бути основою розробки методичних рекомендацій щодо використання отриманих результатів в психології праці для забезпечення успішності професійної діяльності в системі офісної діяльності.

При професійному відборі враховуються як характеристики професійної діяльності на яку претендує працівник, так і ставлення до професійних ситуацій і характеристики кар'єри та індивідуально-особистісні характеристики працівника, які складають певний тип детермінації професійного стресу. Ці ж характеристики враховуються при організації професійної і психологічної підготовки (проведення семінарів, підбір тренінгів) спеціалістів. Працездатність і професійна успішність забезпечуються, починаючи від професійного відбору і підготовки обов'язковим врахуванням особливостей рівня професійного стресу, типу його детермінації.

Професійний стрес має свої ознаки (емоційні переживання, зміни відчуттів і організмі, зміни в діяльності) і прояви в професійному вигоранні. Попередження закріплення негативних проявів для забезпечення психологічного комфорту і професійного здоров'я вимагає психопрофілактичних рекомендацій, пов'язаних з переважним вибором способів подолання професійного стресу в кожній з професійних груп типу «людина-людина».

Будь-яка робота характеризується як негативними аспектами, так і позитивним потенціалом досягнення успіху, задоволенням, професійною гордістю.

Співробітникам можна рекомендувати (з метою професійного саморозвитку):

- формування нових знань, умінь та навичок;
- чітке визначення нових життєвих і професійних цілей;
- особистісне зростання, підвищення компетентності у спілкуванні та психологічної культури;
- розвиток ініціативності, активності, лідерського потенціалу;
- здоровий спосіб життя, раціональний режим праці і відпочинку;
- саногенне мислення;

- постійна конструктивна переоцінка своїх досягнень, себе;
- завоювання прийомів саморегуляції та самоуправління.

Дотримання цих рекомендацій вимагає певної корпоративної та інноваційної культури, психологічної підтримки в організації. Сучасні стратегії запобігання дистресу й вигорання – це певний комплекс заходів, які включають аудит, психодіагностику, профілактичні заходи та психологічну інтервенцію.

При цьому діагностика направлена на визначення детермінант стресу та стресогенних ситуацій, вимірювання наявного рівня стресу та виявлення особистостей, що переживають дистрес. Варто розробити стратегічну програму скерування стресом та профілактики несприятливого професійного стресу.

Вважається найбільш ефективною профілактична техніка:

- періодична організація тренінгів для персоналу із розпізнавання симптомів дистресу, вигорання та їх подолання;
- розробка психологічної програми підтримки співробітників,
- включаючи постійні консультації із запобігання та лікування, пов'язаного із станом стресу;
- проведення практичних занять із розвитку навичок міжособистісного спілкування та управління конфліктами для співробітників;
- надання можливості гнучкого графіка роботи;
- підвищення привабливості роботи в організації;
- планування професійного та кар'єрного зростання;
- оптимізація системи мотивації й стимулювання персоналу та ін.

Рекомендації, засновані на узагальненні досвіду успішних менеджерів, працівникам з метою попередження професійного дистресу й вигорання:

- прагнути до співпраці з колегами, до взаємодопомоги і згуртованості команди;

- слід знаходити інтерес у будь-якій, навіть «нецікавій» роботі;
- постійно розширювати та укріплювати соціальні зв'язки в різних сферах своєї життєдіяльності;
- відноситися до власних помилок як можливості навчитися чомусь новому, як до ресурсу особового і професійного самовдосконалення.

Робота щодо профілактики та подолання стресів на робочому місці та підтримки психологічного комфорту працівників організацій повинна проводитись на двох рівнях – на рівні особистості та на рівні організації.

Усвідомлення керівниками організацій того факту, що від емоційного благополуччя працівників наряду залежить ефективність діяльності організації, сприятиме гармонійному розвитку як кожного працівника, так і організації в цілому.

Детермінантами психосоматичних аспектів стресу працівників офісу виступають фактори професійних ситуацій та індивідуально-особистісних характеристик професіонала, які співвідносяться з характеристиками професійної діяльності та зі способами подолання професійного стресу.

Висновки до третього розділу

Ми розробили та застосували корекційну програму для зниження рівня професійного та емоційного стресів та корекції психосоматичних симптомів.

Після корекційної роботи ми повторно продіагностували контрольну та експериментальну групи і зробили висновки:

1. В експериментальній групі рівень професійного та емоційного стресів після корекційної роботи зменшився, на відміну від контрольної групи;
2. За результатами опитування нервово-психічної напруги (Т. А. Немчіна, у 25% досліджуваних педагогів у експериментальній групі після корекційної програми значно знизився рівень нервово-психічної

напруги. В контрольній групі маємо зворотну тенденцію. Тобто ступінь вираженості нервово-психічної напруги значною мірою не змінився;

3. З результатів опитування за допомогою авторської анкети «Опитувальник стану здоров'я», прослідкували тенденцію зменшення відсотка різних психосоматичних симптомів при повторному дослідженні в експериментальній групі, особливо за показниками «погане самопочуття» (68%-40%), «почастішання серцебиття» (49%-25%), слабкість, знижена працездатність, головний біль (45%-24%).

Також ми створили та впровадили рекомендації щодо профілактики психосоматичних розладів. Також ми розширили знання спеціалістів про стрес та психосоматичні захворювання, показали прийоми подолання емоційного стресу, допомогли актуалізувати діяльність, спрямовану на покращення здоров'я та розробили рекомендації для профілактики психосоматичних розладів.

ВИСНОВКИ

1. На основі теоретичного аналізу літератури визначено основні напрямки вивчення психосоматики в контексті сучасної психологічної науки.

Сучасна наука розглядає психосоматичні відносини як з боку психосоматичного процесу, певного психічного стану або зміни станів, які викликають фізіологічну реакцію організму, так і з боку соматопсихічного процесу, певного стану організму, що викликає психічну реакцію. Психосоматичні розлади часто є вираженням пригнічених емоцій, конфліктів, особливо гніву, страху та провини. Ризик соматизації зростає у людини, яка відчуває зростання стресу, пов'язаного із зовнішньою ситуацією або внутрішнім конфліктом.

2. Вивчено психологічні особливості професії педагога та причини виникнення професійного захворювання. Робота в закладах освіти викликає емоційну напругу, яка збільшується у міру зростання рівня відповідальності завдань, які вирішуються, виникнення конфліктних ситуацій з керівництвом та учнями або студентами і зниження фізичної активності.

Свій внесок додає ненормований робочий день, велика кількість часу роботи за комп'ютером. Все це створює стан, названий психологами «напруженим рівнем бадьорості». Офісна робота, до якої входить і педагогічна діяльність, може спричинити високий рівень стресу і як наслідок, психосоматичні розлади. Постійна напруга, монотонна робота, можливі образи та інтриги серед колективу, відсутність свіжого повітря і постійна перевірка письмових робіт (особливо вночі) стають причинами розвитку хронічної втоми, стресу і зниження працездатності. Також ми визначили причини розвитку психосоматичних проявів у педагогічних працівників і їх прояви. Визначили, що головною причиною психосоматичних розладів є переважаючий високий рівень стресу та психологічна напруга.

3. Досліджено особливості психосоматичних розладів педагогічних працівників.

Нами був наданий аналіз результатів дослідження викладачів щодо специфіки психосоматичних розладів.

За допомогою авторської анкети «Опитувальник стану здоров'я» визначено співвідношення детермінант, характеристик, проявів професійного стресу та способів його подолання.

Доведено, що при високому рівні стресу домінує стратегія пошуку соціальної підтримки (37%) над стратегією аналізу ситуації, концентрації на завданні (31%), а при низькому і середньому рівнях – навпаки, стратегія аналізу ситуації (39%), тоді як соціальна підтримка (36%). Тому співвідношення рівня професійного стресу, його проявів і способів подолання у різних професійних групах детерміновано специфікою поєднання ситуаційних детермінант-причин та індивідуально-особистісних детермінант-розвитку.

Детермінантами психосоматичних аспектів стресу працівників навчальних закладів є фактори індивідуально-особистісних характеристик професіонала та професійних ситуацій, які співвідносяться із характеристиками професійної діяльності та зі способами усунення стресу.

Згідно з отриманими результатами дослідження, у чоловіків вираженість всіх психосоматичних симптомів менша, ніж у жінок. Найпоширенішими симптомами серед чоловіків в досліджуваній групі є: погане самопочуття (45%), слабкість, знижена працездатність, головний біль (50%). Серед жінок розповсюдженими є такі симптоми: погане самопочуття (81%), почастишання серцебиття (76%), Порушення ритму, частоти та глибини дихання (67%), слабкість, знижена працездатність, головний біль (63%) та втрата або набір ваги (52%).

Результати авторської анкети свідчать, що найрозповсюдженішими ситуаціями виникнення професійного стресу та напруги в професійній діяльності виявились: спілкування з керівництвом (45%), складність професійних завдань (25%), оцінювання діяльності (15%), конфлікти з учнями та батьками (10%), проблеми всередині колективу (5%).

За допомогою методики «Синдром вигорання в системі людина-людина» (Г. С. Нікіфоров) з'ясовано, що за високого рівня професійного стресу спостерігається і вищий гранично-максимальний бал емоційного виснаження (22 бали). Таку тенденцію маємо і при аналізі середніх значень обох груп. Серед важливих показників психічного вигорання переважають показники емоційного виснаження і деперсоналізації. Прояв редукції власних досягнень по суті залишається майже однаковою у груп із різним рівнем професійного стресу. Це також можна сказати і про показник деперсоналізації у груп з різним рівнем професійного стресу.

З результатів методики «Переважаючих емоційних переживань» (Б. Доднов) помітили, що у педагогів комунікативні переживання переважають, причому в групі із високим рівнем професійного стресу вони перебувають на першому місці (40%), ділячи його з гностичними переживаннями (38%). В групі з середнім та низьким рівнем емоційного стресу комунікативні переживання займають друге місце (38%), а гностичні перше (52%).

Незалежно від рівня професійного стресу, відсоток гностичних переживань виявився значним, такі переживання викликані задоволенням від пізнання нового, захопленістю розв'язанням складної проблеми, зосередженістю на ній, задоволенням, радістю, гордістю при вирішенні ситуацій. Наявність стресу у емоційних переживаннях зазначили 55% досліджуваних, тоді як зміни в організмі відчули 28% та зміну у діяльності – 17% респондентів. Слід зазначити, що у всій вибірці в цілому, також у групах з низьким, середнім та високим рівнем професійного стресу, найбільш виражені серед показників стресового стану емоційні переживання. На другому місці виражено показники змін в організмі, на останньому місці – зміни у виконуваній діяльності.

Ми розробили та застосували корекційну програму і побачили, що рівень стресу після корекційної роботи зменшився, на відміну від контрольної групи.

4. Розроблено та апробовано програму корекції психосоматичних розладів педагогів. На основі кількісного та якісного аналізу результатів експериментального дослідження доведено ефективність створеної програми та можливість її застосування.

В експериментальній групі після корекційної програми значно знизився рівень нервово-психічної напруги. За результатами опитувальника нервово-психічної напруги (Т.А. Немчін), у 25% досліджуваних педагогів у експериментальній групі після корекційної програми значно знизився рівень нервово-психічної напруги.

Ми порівняли результати співвідношення середніх значень професійного та емоційного стресів контрольної та експериментальної груп. В групі з високим та середнім рівнями професійного стресу рівень професійного стресу зменшився на 28%, а рівень емоційного на 42%.

В порівнянні результатів авторської анкети прослідкували тенденцію зменшення відсотка різних психосоматичних симптомів в експериментальній групі, особливо за показниками «погане самопочуття» (68%-40%), «почастішання серцебиття» (49%-25%), «слабкість, знижена працездатність, головний біль» (45%-24%). В контрольній групі відсоткове значення психосоматичних симптомів змінилось незначно.

5. Створено методичні рекомендації щодо профілактики станів особистості, що спричиняють психосоматичні прояви у працівників закладів освіти. Запропоновані методичні рекомендації повинні проводитись на двох рівнях – на рівні особистості та на рівні організації. Усвідомлення керівниками організацій того факту, що від емоційного благополуччя працівників наряду залежить ефективність діяльності організації, сприятиме гармонійному розвитку як кожного педагога, так і закладу в цілому.

Виконала бакалаврська робота дозволяє визначити низку актуальних питань. На наш погляд, перспективними можуть бути такі напрями роботи: вивчення вікових особливостей в контексті специфіки психосоматичних

розладів, виявлення характеру впливу стажу роботи педагогічних працівників на їх стан здоров'я та висвітлення ролі симптому в професійній діяльності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. Москва: ЭКСМО-Пресс, 2002. 352 с.
2. Антропов Ю. Ф. Психосоматичні розлади. Київ: Інститут психотерапії і клінічної психології, 2001. 112 с.
3. Астремська І. В. Прикладні методики та основи супервізії в соціальній роботі: навчальний посібник/ І.В.Астремська. Миколаїв: Вид-во ЧНУ ім. Петра Могили, 2017. 396 с.
4. Баженов О. С. Медико-психологічна характеристика різних форм соматоформних розладів. Київ: Наука і освіта, 2016. 57 с.
5. Барко В. І. Психологічна діагностика здібностей особистості до навчання у вузі. Практична психологія та соціальна робота. 1998. №9. С. 27-31.
6. Баскаков В. Свободное тело. Хрестоматия по телесно-ориентированным практикам. Москва: Институт общегуманитарных исследований, 2012. 543 с.
7. Бачериков Н. Е. Эмоциональный стресс в этиологии и патогенезе психических и психосоматических заболеваний. Харків: Основа, 1995. 276 с.
8. Бодров В. А. Психология профессиональной пригодности. Москва: ПЕРСЭ, 2001. 511 с.
9. Бодров В. А. Развитие системного подхода в исследованиях профессиональной деятельности. *Психологический журнал*. 2007. Т. 28. № 3. С. 23-28
10. Бойко В. В. Симптомы эмоционального выгорания как психологической защиты. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. Москва: 1996. 67 с.
11. Бройтигам В. Психосоматическая медицина. Москва: Гэотар Медицина, 1999. 376 с.

12. Воронов М. В. Психосоматика: практичний посібник. Київ: Ніка-Центр, 2011. 254 с.
13. Гиляровский В. А. О взаимоотношении соматического и психического в медицине: стенограмма публичной лекции. Москва: Правда, 1948. 15 с.
14. Гиссен Л. Д. Время стрессов. Обоснование и практические результаты психопрофилактической работы в спортивных командах. Москва: Физкультура и спорт, 1990. 192 с.
15. Горячая Т. С. «Сома і психіка», «душа і тіло» у психологічній науці та у християнському богослов'ї. Наука и освіта. 2010. № 8. С. 10-15.
16. Гринберг Дж. Управление стрессом. Москва : Потапова, 2002. 496 с.
17. Грофф С. Революция сознания : трансатлантический диалог. Москва : Издательство АСТ, 2004. 248 с.
18. Дідковська Л. І. Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії. Львів: Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2010. 264 с.
19. Ерофеев Г. Г. О работоспособности лиц с психологическими стрессовыми реакциями. Актуальные вопросы совершенствования диагностики и лечения пострадавших в районах массовых бедствий. Ленинград, 1991. С. 30-35.
20. Ерранс І. Таємниці рук. Хіромантія, хірологія : мова тіла. Шаманізм. Мудри. Зцілення. Ідентифікація та відбитки пальців. Ритуали. Київ : КМ Publishing, 2011. 192 с.
21. Зимкина А. М. Нейрофизиологические исследования в экспертизе трудоспособности. Ленинград: Медицина, 1978. 280 с.
22. Ильин Е. П. Психофизиология состояний человека. Санкт-Петербург: Питер, 2005. 412 с.
23. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология: учебн. для студ. мед. вуз. и фак-тов клин. психологии. Санкт-Петербург: Питер, 2002. 960 с.
24. Квинн В. Прикладная психология. Санкт-Петербург: Питер, 2000. 560 с.

25. Клиническая психология: учебн. для студ. мед. вузов. Москва: Медпрес-информ, 2005. 416 с.
26. Кочюнас Р. Психологическое консультирование и групповая психотерапия. Москва: Академический Проект, 2005. 464 с.
27. Кустов А. В. Ситуационные факторы психической дезадаптации. Вісник Сумського держ. ун-ту, 1998. № 1. С. 134-137.
28. Лефтеров В. А. Типова програма тренінгу «Комунікація - Стрес – Безпека» (методико-технологічний алгоритм). Донецьк: ДЮІ МВС України, 2004. 48 с.
29. Любан-Плоцца Б. Психосоматический больной на приеме у врача. Санкт-Петербург: НИПИ им. В. М. Бехтерева, 1994. 245 с.
30. Люсин Д. В. Эмоциональный интеллект: проблемы теории и измерения. Москва, 2012. URL: www.hrportal.ru/Lusin/emocionalnyu-intellekt-problemy-teorii-izmereniya
31. Малкина-Пых И. Г. Телесная терапия: справочник практического психолога. Москва: ЭКСМО, 2007. 752 с.
32. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации: Справочник практического психолога. Москва: ЭКСМО, 2005. 959 с.
33. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство. Москва: МЕДпресс-информ, 2002. 592 с.
34. Менегетти А. Психосоматика. Москва: ННБФ «Онтопсихология», 2002. 328 с.
35. Методики исследования и диагностики функционального состояния и работоспособности человека-оператора в экстремальных условиях. Сб.научн.трудов. Москва, 1989, 265с.
36. Методология исследований по инженерной психологии и психологи труда. Ч.1 . Л., 1974. 148с.
37. Мірошніченко Н. В. Соматоформні розлади (клініка, діагностика, патогенетичні механізми, принципи відновлюючої терапії). Харків, 2006. 385 с.

38. Мунипов В. М., Иванова Е. М., Леонова А. Б., Зинченко В. П. Актуальные проблемы психологии труда, инженерной психологии и эргономики. Москва, 1980/ 56с.
39. Наказна І. М. Психосоматика: навч. посіб. Ніжин: вид-во НДУ ім. М. Гоголя, 2010. 132 с.
40. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. Санкт-Петербург: Питер, 2001. 464 с.
41. Овчинников Б. В., Колчев А. И. Профессиональный стресс и здоровье. *Психологія здоров'я*. Санкт-Петербург: Речь, 2006. С. 204-213.
42. Орел В. Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы. *Психологический журнал*. 2001. С. 45-78.
43. Основы загальної і медичної психології: підручник за ред. І. С. Вітенка і О. С. Чабана. Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 344 с.
44. Основы психосоматической медицины: разработки к семинарским занятиям для студентов 6 курса лечебного и спортивного факультетов. СанктПетербург: Изд-во СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, 2008. 56 с.
45. Очерки психологии труда оператора. Москва: Наука, 1974. 308с.
46. Панок В. Г. Основы практичної психології: підруч. вид. 2-ге, стереотип. Київ: Либідь, 2001. 536 с.
47. Петрюк П. Т. Психосоматические расстройства: вопросы дефиниции и классификации. *Вестник Ассоциации психиатров Украины*. 2003. № 3-4. С. 133-140.
48. Полівода А. О. Специфіка психосоматичних розладів педагогічних працівників. Тези доповідей XVI Міжнародної науково-практичної конференції «*Ольвійський форум – 2022: Стратегії країн Причорноморського регіону в геополітичному просторі*» (23-26 червня 2022 р.). Миколаїв: ЧНУ ім. П. Могили, 2022.
49. Полівода А. О. Психосоматичні порушення педагогічних працівників. Тези доповідей XXVI Всеукраїнської науково-практичної конференції

- «МОГИЛЯНСЬКІ ЧИТАННЯ – 2021: Досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні: Глобальний, національний та регіональний аспекти»* (8-12 листопада 2021 р.). Миколаїв: ЧНУ ім. П. Могили, 2021.
50. Права людини і професійні стандарти для юристів в документах міжнародних організацій. Київ: Сфера, 1999. 342 с.
 51. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии: учеб. пособ. Санкт-Петербург: Питер, 2000. 560 с.
 52. Психология и педагогика. Военная психология: учебник для вузов под ред. А. Г. Маклакова. Санкт-Петербург: Питер, 2005. 464 с.
 53. Психология профессионального здоровья под ред. Г. С. Никифорова. Санкт-Петербург : Речь, 2006. 480 с.
 54. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я: навч. посіб. Київ: ІНКОС, 2002. 272 с.
 55. Рогачева Т. В. Представления о психологической устойчивости как предпосылке психологического здоровья: электрон. науч. журн. 2014. № 4(27). Режим доступа: URL: <http://mprj.ru>
 56. Розов В. І. Адаптивні антистресові технології: навч. посіб. Київ: Кондор, 2005. 278 с.
 57. Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия: практ. руководство. Москва: Независимая фирма «Класс», 2007. 592 с.
 58. Селье Г. Стресс без дистресса. Москва: Прогресс, 1982. 124 с.
 59. Сидоров П. И. Психосоматическая медицина: руководство для врачей. Москва: МЕДпресс-информ, 2006. 568 с.
 60. Слюсарев Ю. В. Психологическое сопровождение как фактор активизации самопознания личности: автореф. дис... канд.. психол. н. спец. Санкт-Петербург, 1992. 18 с.
 61. Смулевич А. Б. Психогенные заболевания. Онлайн библиотека. Режим доступа URL: <http://www.koob.ru>
 62. Собчик Л. Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. Санкт-Петербург: Речь, 2003. 624 с.

63. Страшенбаум Г. В. Психосоматика и психотерапия : исцеление души и тела. Москва: Изд-во Института психотерапии, 2005. 496 с.
64. Сухарева Г. Е. Учение о реактивных состояниях в свете данных военнопсихиатрического опыта. Проблемы клиники и терапии психических заболеваний (в свете данных военно-психиатрического опыта). Москва : Медицина, 1949. С. 7-18.
65. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. Санкт-Петербург: Питер, 2001. 272 с.
66. Тарнавский Ю. Б. Под маской телесного недуга (проблемы психосоматики). Москва: Знание, 1990. 63 с.
67. Татенко В. О. Психологія професіонала. Створення системи забезпечення психологічної надійності персоналу. *Організація та проведення психопрофілактичної роботи в органах внутрішніх справ України*. Київ: КІВС, 2003. С. 22-30.
68. Феденко Н. Ф. Морально-психологическое обеспечение боевых действий частей и подразделений. Москва: изд-во ВПА, 1986. 264 с.
69. Філософія: словник: персоналії, категорії, поняття та терміни. Львів : ЛьвДУВС, 2010. 227 с.
70. Франкенхойзер М. Эмоциональный стресс. Москва: Медицина, 1970. 91 с.
71. Фрейд З. По той бік принципу задоволення. Тотем та табу. «Я» та «Воно». Незадоволеність культурою. Харків; Білгород: Клуб Сімейного Дозвілля, 2012. 477 с.
72. Хьелл Л. Теории личности: монография. Санкт-Петербург: Питер, 2000. 608 с.
73. Цицерон. Учение академиков. Москва: Индрик, 2004. 320 с.
74. Юнг К. Психологические типы. Москва: Прогресс-Универс, 1995. 720 с.
75. Юридична психологія: підручник ; за заг. ред. Л. І. Казміренко, Є. М. Моїсєєва. Київ: КНТ, 2007. 360 с.

76. Язвинская Е. С. Методы интегративной телесно-ориентированной психотерапии в работе с фрустрацией и уровнем притязания. *Наука і освіта*. 2007. № 6-7. С. 46-49.
77. Язвинская Е. С. Феномен телесности: теоретические и практические исследования. Сумы: Университетская книга, 2012. 302 с.
78. Якубович Л. Ф. Психиатрическая помощь на Дальнем Востоке в русскояпонскую войну (1904-1905 гг.). *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. Санкт-Петербург, 1907. № 5. С. 856-875.
79. Яцків О. С. Психосоматичні захворювання у працівників міліції: сутність та профілактика: авт. дис... канд.. психол. н.; спец. 19.00.06 – «Юридична психологія». Харків, 2012. 22 с.
80. Ainsworth P. B. Police work / Ainsworth Peter B., Ken Pease. *Psychology in Action*. Great Britain by A. Wheaton & Co. Ltd., Exeter. 1987. 182 p.
81. Boudewyns P. A. Posttraumatic stress disorder: conceptualization and treatment. *Progress in Behavior Modification*. 1996. № 30. P. 165-189.
82. Holmes T.H. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 1967. № 2. p. 213-218.
83. Kobasa S. C. Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness. *J. of Personality and Social Psychology*. 1979. № 37. P. 1-11.
84. Kolb L. C. A neuropsychological hypothesis explaining posttraumatic stress disorders. *Psychiatry*. 1987. Vol. 144, № 8. P. 989-995. Solomon Z. Compensation and psychic trauma: a study of Israeli combat veterans. *Amer. J. Orthopsychiatry*. 1994. Vol. 64, № 1. P. 91-102.