

Рисунок – Готовность специалистов решать проблемы детей и подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации

Профессиональная готовность специалиста социальной сферы к решению трудной жизненной ситуации детей и подростков, по мнению опрошенных, определяется в первую очередь: владением специалистом знаниями, умениями и навыками необходимыми для решения проблемы определенного ребенка (46,7 % опрошенных); личностными качествами специалиста (8,9 %); уровнем его профессионального мастерства (20 %); психологической устойчивостью специалиста (24,4 %).

Заключение. Таким образом, профессиональная готовность является результатом подготовки, качеством личности и выступает регулятором успешности профессиональной деятельности. Именно по этой причине, содержание и структура готовности специалиста к деятельности, в частности с детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации, определяются требованиями деятельности к психическим процессам, состояниям, опыту, свойствам личности специалиста и ее установкам, мотивам, а также определенным набором знаний, умений и навыков. Исследование показало, что педагоги социальные в большей мере готовы решать учебно-познавательные проблемы детей, находящихся в трудной жизненной ситуации затем эмоционально-личностные, поведенческие, и закономерно в меньшей степени соматические. Оценка готовности специалистов зависит от возраста и опыта работы специалистов с указанной категорией несовершеннолетних.

Список использованных источников:

1. Гудков, Е.А. Формирование готовности будущего учителя технологии и предпринимательства к инновационной деятельности: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Е.А. Гудков. – Оренбург, 2000. – 194 с.
2. Лунегова, Е.К. Психологическая готовность специалиста социальной сферы к профессиональной деятельности / Е.К. Лунегова, Г.Б. Хасанова // Интеграция образования и науки на основе научно-образовательного центра в 2 ч.: сб. материалов конференции. – Чебоксары-Ульяновск, 2005. – Ч. 1. С. 317 – 320.
3. Пантюк, И.В. Профессиональные компетенции специалиста по социальной работе: учебное пособие / Под ред. И.В. Пантюк. – Мн., 2011. – 304 с.

УДК 159.944:364(476.5)

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ СОТРУДНИКОВ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Т.С. Шарко, Т.В. Савицкая
Витебск, ВГУ имени П.М. Машерова

Проблема профессионального выгорания занимает умы зарубежных и отечественных психологов уже более 40 лет. «Выгоревший» сотрудник не может быть продуктивным и эффективным в своей профессиональной деятельности, что наносит огромный экономический ущерб и отрицательно сказывается на имидже организации. Сотрудник сталкивается с осознанием того, что труд не только обеспечивает его материальное благополучие, но и подрывает здоровье [4, с.41]. Руководству необходимо учитывать неблагоприятные внешние и внутренние факторы, влияющие на эффективность профессиональной деятельности, способствующие снижению уровня профессионального выгорания сотрудников, обеспечивающие продуктивную работу организации и

благополучие персонала. Цель исследования: определить уровень профессионального выгорания сотрудников социальной сферы.

Материал и методы. Материалом исследования послужили публикации, посвященные проблеме профессионального выгорания. Использована психодиагностическая методика В.В. Бойко, направленная на выявление уровня выгорания, диагностику индивидуально-психологических, социально-психологических и организационных факторов выгорания.

Результаты и их обсуждение. Термин «burnout» («эмоциональное выгорание») был предложен американским психиатром Х. Фрейденбергом в 1974 году. Согласно Х. Фрейденбергеру, эмоциональное выгорание является результатом истощения энергии у профессионалов в сфере социальной помощи, когда они чувствуют себя перегруженными проблемами других людей. В настоящее время существует более 100 дефиниций понятия «выгорание». Как синонимы используются понятия «выгорание», «эмоциональное выгорание», «профессиональное выгорание» [5, с.27].

Например, К. Маслач определяет понятие «выгорание» как «синдром физического и эмоционального истощения, включающий развитие отрицательной самооценки, отрицательного отношения к работе и утрату понимания и сочувствия по отношению к клиентам» [3, с.33].

По мнению В.В. Бойко, синдром «эмоционального выгорания» представляет собой выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия [2, с. 10–15]. Достоинством данного определения является то, что автор не только описывает последствия синдрома, но и указывает на его причинную обусловленность.

Рассматривая механизм психологической защиты, В.В. Бойко выделяет комплекс симптомов, характеризующих уровень профессионального выгорания.

Для исследования уровня профессионального выгорания базой исследования было выбрано ГУ «ТЦСОН Первомайского района г.Витебска». В исследовании приняли участие 50 специалистов по социальной работе. Среди сотрудников была апробирована методика диагностики уровня профессионального выгорания В.В. Бойко.

В.В. Бойко классифицирует синдром эмоционального выгорания по стадиям, для каждой из которых характерны те или иные симптомы. По мнению ученого, симптомы синдрома выгорания строго индивидуальны для каждого специалиста. Развитие синдрома зависит от комбинации профессиональных, организационных и личностных факторов стресса.

В зависимости от составляющих компонентов выгорания будет различаться динамика развития синдрома. Данная методика позволяет проанализировать отдельно взятые симптомы и доминирующие симптомы выгорания. По количественным показателям можно будет судить о сформированности фаз, т.е. какая фаза сформировалась в большей или меньшей степени.

Деятельность сотрудников Центра связана с тесным общением с клиентами. Необходимо обрабатывать огромное количество информации, быстро принимать решения. Все это происходит в остром дефиците времени и ресурсов как организационных, так и личностных:

- отсутствует четкая организация труда;
- невозможность планировать свою работу;
- конфликты с коллегами и руководством;
- наличие конкуренции, когда необходимо слаженное взаимодействие для положительного результата;
- неблагоприятная психологическая атмосфера внутри коллектива;
- недостаток поддержки со стороны коллег и руководства;

- психологически трудный контингент клиентов;
- отсутствие должного уважения к профессии социального работника в обществе и низкий уровень заработных плат (что обесценивает в глазах специалиста его профессиональную деятельность и затраченные усилия).

Это далеко не полный спектр факторов, обуславливающих профессиональное выгорание. По мере развития синдрома выгорания появляется чувство усталости, постепенно сменяющееся разочарованием и снижением интереса к своей работе.

Исходя из полученных результатов, мы видим, что фаза «напряжения» сформировалась у 56% респондентов, что объясняет высокий процент редукции профессиональных обязанностей (табл. 1).

Таблица 1 – Фазы стресса

Фаза стресса	Не сформировалась	В стадии формирования	Сформировавшаяся
«НАПРЯЖЕНИЕ»	20%	24%	56%
«РЕЗИСТЕНЦИЯ»	4%	42%	54%
«ИСТОЩЕНИЕ»	20%	16%	64%

Фаза «резистенции» сформировалась у 54% опрошенных, что свидетельствует о сложившемся механизме психологической защиты специалиста социальной сферы. Фаза «истощения» сформировалась у 64 % сотрудников, что говорит о трудностях в коммуникативной сфере, а также о психосоматических нарушениях.

Анализируя фазу «напряжение», следует отметить, что симптом «переживание психотравмирующих обстоятельств» сложился у 50% респондентов (табл. 2). Напряжение имеет динамический характер, что обуславливает высокий процент складывающегося симптома – 26%.

Симптом «неудовлетворенности собой» составил 38% – это достаточно большой показатель того, что специалист не удовлетворен результатами своей деятельности, считает напрасными усилия, которые были затрачены на решение рабочих проблем, в целом не доволен своей профессией.

Симптом «загнанность в клетку» сложился у 40% сотрудников – это прямое следствие высоких показателей выше проанализированных симптомов. Специалиста посещает чувство безысходности, он переживает ощущение «загнанности в клетку», интеллектуально-эмоционального затора, тупика [1, с.93].

Симптом «тревоги и депрессии» является крайней точкой в формировании тревожной напряженности и составляет 48%.

В фазе «резистенции» доминирующими симптомами являются «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» – 70% и «редукция профессиональных обязанностей» – 56%. Профессионал упрощает обязанности, которые требуют эмоциональных затрат, пытается облегчить и сократить их.

Доминирующими симптомами в фазе «истощения» являются: «деперсонализация» – 68%, которая проявляется в утрате интереса к клиенту, возникновением антигуманистического настроения в отношении к объектам профессиональной деятельности, и «эмоциональная отстраненность» – 60%, что обуславливается почти полным исключением эмоций из профессиональной деятельности, автоматическим отношением к работе, проявлением безразличия.

Таблица 2 – Компоненты стресса

Фаза стресса	Симптом	Не сло- жившийся	Склады- вающийся	Сложив- шийся
«напряжение»	переживание психотравмирую- щих обстоятельств	24%	26%	50%
	неудовлетворенность собой	40%	22%	38%
	«загнанность в клетку»	22%	38%	40%
	тревога и депрессия	26%	26%	48%
«резистенция»	неадекватное эмоциональное реа- гирование	12%	18%	70%
	эмоционально-нравственная дез- ориентация	40%	22%	38%
	расширение сферы экономики эмоций	40%	26%	34%
	редукция профессиональных обя- занностей	8%	36%	56%
«истощение»	эмоциональный дефицит	36%	26%	38%
	эмоциональная отстраненность	22%	18%	60%
	личностная отстраненность (де- персонализация)	22%	10%	68%
	психосоматические и психовеге- тативные нарушения	26%	20%	54%

Симптом «психосоматические и психовегетативные нарушения» сложился у 54% персонала; складывается – у 20% сотрудников. Данный симптом проявляется на уровне физического и психического самочувствия, говорит о том, что защитные механизмы не срабатывают, появляются расстройства, которые, как правило, сложно диагностируются. Специалист чувствует себя опустошенным и уставшим даже после выходных. Появляются чувство страха, депрессия, головные боли, скачки артериального давления, обостряются хронические заболевания. Как следствие – отсутствие специалиста на рабочем месте из-за болезни, что накладывает дополнительную нагрузку на коллег.

Заключение. Таким образом, анализ проблемы профессионального выгорания специалистов социальной сферы позволил определить его доминирующие симптомы (переживание психотравмирующих обстоятельств, неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, деперсонализация), которые требуют коррекционной работы. Вычленены складывающиеся симптомы («загнанность в клетку», «редукция профессиональных обязанностей», «эмоциональный дефицит» и др.), к которым необходимо применять профилактические меры. Выделение физических, поведенческих и психологических симптомов необходимо для привлечения специалистов узкого профиля для эффективной и комплексной работы по профилактике и коррекции синдрома. Работа по профилактике и коррекции должна быть направлена не только на личностные, поведенческие и физические особенности специалистов социальной сферы, но и на снижение рабочего напряжения. Также необходимо применять меры по улучшению психологического климата внутри организации; проводить мероприятия, позволяющие сформировать навыки управления стрессом, управления конфликтом.

Разработка и внедрение комплекса программ по профилактике и коррекции профессионального выгорания позволит снизить уровень выгорания специалистов и повысить эффективность профессиональной деятельности на местах и организации в целом.

Список использованных источников:

1. Бойко, В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других / В.В. Бойко. – М. : Филинь, 1996. – 470 с.
2. Бойко, В.В. Эмоциональное выгорание / В.В. Бойко // Маэстро. – 2014. – №1 (53). – С.10 – 15.
3. Водопьянова, Н.Е. Синдром “психического выгорания” в коммуникативных профессиях. Психология здоровья / Е.Н. Водопьянова. – СПб. : ПИТЕР, 2008. – 258 с.
4. Водопьянова, Н.Е. «Психическое выгорание» и качество жизни. Психологические проблемы самореализации личности / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – СПб. : ПИТЕР, 2002. – 197 с.
5. Водопьянова, Н.Е. Стратегии и модели преодолевающего поведения. Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – СПб. : ПИТЕР, 2001. – 243 с.

УДК 159.942:78

ПРОЯВЛЕНИЕ БУЛЛИНГА В СРЕДЕ ПОДРОСТКОВ: ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ

А.И. Шатило

Витебск, ВГУ имени П.М. Машерова

Подростковый возраст является периодом, когда высока вероятность появления буллинга, и когда последствия буллинга могут носить крайне негативный характер.

Первое упоминание о школьной травле появилось довольно давно, еще в 1905 г. К. Дьюкс опубликовал свою работу. Но первые знания о буллинге были систематизированы в 90-е годы XX века такими учеными как: Д. Лэйна, Е. Мунте, Д. Олвеус, А. Пикас, Е. Роланд.

Буллинг – (от английского *bully* - хулиган, драчун, задира, грубиян, насильник) – притеснение, травля, дискриминация.

В более широком смысле – это особый вид насилия, когда один человек (или группа) физически нападает, или угрожает другому, более слабому физически и морально человеку (или группе лиц). От случайной драки буллинг отличается систематичностью и регулярностью повторов [6].

Основными факторами возникновения буллинга в среде подростков являются следующие:

1. Индивидуальные (агрессия, виктимность, комфортность подростков).
2. Групповые (антисоциальная групповая деятельность, несформированное ценностное ориентационное единство группы, отсутствие самоопределения личности в группе у ее участников, неблагоприятный социально-психологический климат группы).

По данным Дэна Олвеуса примерно 16 % девочек и 17,5% мальчиков во всех развитых странах мира 2-3 раза в месяц становятся жертвами буллинга в той или иной форме. В некоторых случаях это происходит эпизодически, то есть от случая к случаю, но иногда систематически ребенка унижают и задирают его же одноклассники. Также 7% девочек и 12 % мальчиков сами являются инициаторами травли – буллерами. Данные почти подходят ко всем странам мира [6].