

рии 56,7% и техники 70,0% – мотивированы содержанием профессионального обучения, стремлением достичь в ней определенных позитивных результатов. Они удовлетворены своей избранной профессией. Неоптимальный мотивационный комплекс – гуманитарии 43,3% и техники 30,0% – свидетельствование о безразличном, а вероятно, и негативном отношении к процессу обучения в целом мотивированы получением диплома.

По результатам исследования можно констатировать, что уровень рефлексивности у студентов гуманитарного и технического направлений имеют различия. У студентов гуманитарного направления более развита рефлексия, чем у студентов технического направления. Они более склонны к самоконтролю собственного поведения, рефлексировать по результатам собственной деятельности, организовывать свою будущую деятельность. Но студенты технического направления более удовлетворены своей избранной профессией, чем студенты гуманитарного направления.

Список литературы

1. Голубева Э.А. Дифференциальный подход к способностям и склонностям // Психологический журнал. – 1989. – Т. 10, №5. – С. 13 – 24.
2. Дружинин В.Н. Психология общих способностей. – СПб.: Питер, 1999.
3. Жедунова И.М., Карпов А.В. Рефлексия в структуре общих способностей // Вестник ЯГПУ им. К.Д. Ушинского. Ярославль, 1998. – С. 57-61.

ИССЛЕДОВАНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Винокурова Я.В., Халтанова А.К.

*Северо-Восточный федеральный университет
им. М.К. Аммосова, Якутск,
e-mail: yana-vinokurova-85@mail.ru*

В связи с увеличением числа онкологических больных в нашей стране растет и необходимость оказания им своевременной помощи, в том числе и психологической. Успешность проводимой терапии во многом зависит от психологического настроя пациентов.

Состояние тревожности – это обычная и нормальная реакция на новую или стрессовую ситуацию. Ее испытывал каждый человек в обычной жизни. Многие авторы указывают на то, что тревога в значительной степени определяет особенности психической адаптации человека, что проявляется в особенностях его поведения и психического состояния. Тревога рассматривается как форма адаптации организма в условиях острого или хронического стресса [1; 2; 5]. Психологическое состояние человека, узнавшего о том, что у него онкологическое заболевание, характеризуется особенно высоким уровнем тревожности. В некоторых случаях это состояние может достигать до уровня выраженного невроза.

Зарубежные и отечественные авторы указывают на то, что традиционно выделяется два основных аспекта (элемента тревожности): тревожность как свойство личности и как приспособительная реакция на действие стрессовых факторов [6; 5]. Как черта личности, тревожность характеризует склонность испытывать в большинстве ситуаций опасение, страх [4].

Состояние тревоги может быть очень сильным, нарушая нормальное функционирование организма, подавляя его естественные защитные механизмы. Это создает условия для дальнейшего развития опухолей. В этом случае требуется квалифицированная психологическая помощь и сопровождение. Однако умеренный уровень выраженности компонентов тревожности способствует мобилизации и активизации ресурсов пациента, улучшение его сопротивляемости болезни.

Актуальность исследования тревожности у онкологических больных разных возрастных групп

определяется тем, что с возрастом у людей меняются мотивы поведения, отношение к окружающему миру, другим людям. В связи с этим стратегии психологической помощи для таких пациентов должны быть разными.

В связи с этим, целью нашего исследования явилось изучение тревожности у онкологических больных. Было сформировано три группы обследуемых разных возрастных категорий: до 55 лет, от 55 до 65 лет, старше 65 лет. В исследовании использовались клинико-психологический и экспериментально-психологический методы («Интегративный тест тревожности»).

Интегративный тест тревожности является экспресс-диагностическим медико-психологическим инструментом для выявления уровня выраженности тревоги как ситуативной (реактивной) переменной, и тревожности как личностно-типологической характеристики. Методика разработана в лаборатории клинической психологии Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева.

Субшкала «Эмоциональный Дискомфорт» (ЭД) отражает наличие эмоциональных расстройств, сниженный эмоциональный фон или неудовлетворенность жизненной ситуацией, эмоциональную напряженность, элементы ажитации.

Субшкала «Астенический Компонент Тревожности» (АСТ) отражает наличие усталости, расстройств сна, вялости и пассивности, быстрой утомляемости.

Субшкала «Фобический Компонент Тревожности» (ФОБ) отражает ощущение непонятной угрозы, неуверенности в себе, собственной бесполезности. Испытуемые с пиком по данной шкале не всегда могут сформулировать источник своих тревог и в беседе апеллируют главным образом к феноменологии «хронических» страхов, периодически возрастающих в зависимости от внутреннего состояния или обострения внешней ситуации.

Четвертая вспомогательная шкала – «Тревожная Оценка Перспектив» (ОП) – тесно связана с предыдущей, на здесь отчетливо прослеживается проекция страхов не на текущее положение дел, а в перспективу, общая озабоченность будущим на фоне повышенной эмоциональной чувствительности.

Пятая вспомогательная шкала обозначена как «Социальные Реакции Защиты» (СЗ), что связано с проявлениями тревожности в сфере социальных контактов или с попытками испытуемого рассматривать социальную сферу как основной источник тревожных напряжений и неуверенности в себе [3].

По результатам проведенного исследования выраженность ситуативной тревожности во всех трех возрастных группах значительно превышает уровень личностной тревожности.

Уровень выраженности компонентов ситуативной тревожности различается во всех трех возрастных группах.

В структуре ситуативной тревожности у представителей возрастной группы до 55 лет преобладает «Тревожная оценка перспектив» (5,8 станайнов). Средние значения по другим шкалам в данной возрастной группе распределились следующим образом: «Астенический компонент» – 5,1 станайнов, «Эмоциональный дискомфорт» – 4,8 станайнов, «Фобический компонент» – 4,6 станайнов, «Социальные реакции защиты» – 3,1 станайнов. Скорее всего, наибольшая выраженность шкалы «Тревожная оценка перспектив» это связано с тем, что в данную возрастную группу вошли пациенты «до пенсионного» возраста, которые в данный момент являются трудоспособными, социально активными. То есть, для тех, кто активно работает, наиболее тревожащим фактором, связанным

с болезнью, является их будущее (возможная нетрудоспособность по причине болезни, возможные трудности в воспитании детей и т.п.).

У представителей группы от 55 до 65 лет в структуре ситуативной тревожности преобладает «Социальные реакции защиты» (6,4 станайнов). Средние значения по другим шкалам в данной возрастной группе распределились следующим образом: «Астенический компонент» – 6,2 станайнов, «Тревожная оценка перспектив» – 5,2 станайнов, «Фобический компонент» – 5 станайнов, «Эмоциональный дискомфорт» – 4,5 станайнов. Преобладание в структуре ситуативной тревожности компонента «Социальные реакции защиты» связано с проявлениями тревожности в сфере социальных контактов. Это, вероятно, можно объяснить страхом пациентов стать «обузой» для своих близких и родных в связи с настоящим заболеванием и неуверенностью в себе.

В возрастной группе от 65 и выше среди компонентов тревожности максимальную выраженность занимает «Астенический компонент» (8,5 станайнов). Это, скорее всего, связано с пожилым возрастом пациентов, физической ослабленностью пациентов в силу возрастного фактора. Другие компоненты ситуативной тревожности выражены на уровне ниже среднего.

Таким образом, пациенты, находящиеся на стационарном лечении в связи с тяжелым заболеванием характеризуются высоким уровнем выраженности ситуативной тревожности, что свидетельствует об актуальной стрессовой ситуации, связанной с болезнью у пациентов онкологического диспансера. Они нуждаются в психологической помощи и коррекции эмоционального состояния на протяжении всех этапов терапии с учетом, как возрастных особенностей, так и актуальных эмоциональных состояний.

Список литературы

1. Левитов Н.Д. Психическое состояние беспокойства, тревоги // Вопросы психологии. – 1969. – №1. – С.131 – 138.
2. Мамайчук И.И. Экспертиза личности в судебно-следственной практике. – СПб.: Речь, 2002. – 255 с.
3. Бизюк А. П., Вассерман Л. И., Иовлев Б. В. Применение интегративного теста тревожности. Методические рекомендации. СПб., 1997.
4. Маришук В.Л., Блудов Ю.М., Плахтиенко В.А., Серова Л.К. Методики психодиагностики в спорте. – М.: Просвещение, 1990. – 256 с.
5. Панин Л.Е., Соколов В.П. Психосоматические взаимоотношения при хроническом эмоциональном напряжении. – Новосибирск: Наука, 1981. – 178 с.
6. Spielberger Ch., Sarason J. Stress and anxiety. Washington, D.C., 1975 vol. 1.

СИНДРОМ ВЫГОРАНИЯ У ПСИХОЛОГОВ И СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ

Гоголева М.Н., Федорова С.В.

Северо-Восточный федеральный университет
им. М.К. Аммосова, Якутск, e-mail: Marinagog95@mail.ru

Актуальность обусловлена возрастающими требованиями в работе психологов и социальных работников, так как их деятельность относится к помогающим профессиям. Психологическая и социальная работа требует большой эмоциональной загруженности, коммуникационной работы, использования эмоционально-энергетических и личностных ресурсов. Следовательно, вероятность возникновения выгорания у них повышена.

Целью исследования является изучение особенностей профессионального выгорания у психологов и социальных работников.

Задачи исследования:

1. Выявить уровень профессионального выгорания у психологов и социальных работников;
2. Определение удовлетворенности трудом и его взаимосвязи с профессиональным выгоранием психологов и социальных работников.

Гипотеза:

- социальные работники больше подвержены к профессиональному выгоранию, чем психологи;
- синдром выгорания зависит от отсутствия удовлетворения труда и субъективного благополучия.

Объектами исследования выступили психологи и социальные работники г. Якутска.

При изучении профессионального выгорания использовалась методика диагностики уровня профессионального выгорания Бойко. Полученные результаты.

В фазе напряжения имеются различия: симптом переживания психотравмирующих обстоятельств значительно выше у социальных работников, неудовлетворенность собой и «загнанность в клетку» выше у психологов, а тревога и депрессия в обоих случаях равны.

В фазе резистенции симптомы расширения сферы экономии эмоции и редукция профессиональных обязанностей значительно выше у социальных работников, а у психологов наиболее выражен симптом эмоционально-нравственной дезориентации. Симптом неадекватной эмоциональной избирательной реакции у обоих равны.

В последней фазе истощения симптом эмоционального дефицита выше у социальных работников, чем у психологов, а остальные симптомы равны.

Доминирующей фазой является фаза резистенции, т.к. наиболее сложившиеся симптомы психологов и социальных работников относятся к данной фазе. В данном случае оно выражает стремление к психологическому комфорту и старание снизить давление внешних обстоятельств.

Для выявления различий в профессиональном выгорании между психологами и социальными работниками был использован критерий Манна-Уитни:

Фаза напряжения.

Шкала 1. В переживании психотравмирующих обстоятельств между психологами и социальными работниками различия отсутствуют, т.к. эмпирическое значение ($U_{эмп}=64$) больше критического значения ($p<0,05$; $U_{кр}=51$).

Шкала 2. В неудовлетворенности собой между психологами и социальными работниками различия присутствуют, т.к. эмпирическое значение ($U_{эмп}=45$) меньше критического значения ($p<0,05$; $U_{кр}=51$).

Шкала 3. В «загнанности в клетку» между психологами и социальными работниками различия отсутствуют, т.к. эмпирическое значение ($U_{эмп}=79$) больше критического значения ($p<0,05$; $U_{кр}=51$).

Шкала 4. В тревоге и депрессии между психологами и социальными работниками различия отсутствуют, т.к. эмпирическое значение ($U_{эмп}=68$) больше критического значения ($p<0,05$; $U_{кр}=51$).

Фаза резистенции.

Шкала 1. В неадекватном эмоциональном избирательном реагировании между психологами и социальными работниками различия отсутствуют, т.к. эмпирическое значение ($U_{эмп}=72$) больше критического значения ($p<0,05$; $U_{кр}=51$).

Шкала 2. В эмоционально-нравственной дезориентации между психологами и социальными работниками различия отсутствуют, т.к. эмпирическое значение ($U_{эмп}=71$) больше критического значения ($p<0,05$; $U_{кр}=51$).

Шкала 3. В расширении сферы экономии эмоций между психологами и социальными работниками различия отсутствуют, т.к. эмпирическое значение ($U_{эмп}=65,5$) больше критического значения ($p<0,05$; $U_{кр}=51$).

Шкала 4. В редукции профессиональных обязанностей между психологами и социальными ра-