Державний вищий навчальний заклад

«Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(назва навчально- наукового

інституту, факультету)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(повна назва кафедри)

ДИПЛОМНА РОБОТА

 на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти

на тему: **Музикотерапія як чинник регуляції професійного стресу працівників соціономічних професій**

                               Виконав: студент \_\_\_курсу, \_\_\_групи

                                спеціальності\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                                                (шифр і назва спеціальності)

                                   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

           (прізвище та ініціали студента)

                              Керівник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                              (науковий ступінь, вчене звання,

прізвище та ініціали)

                               Рецензент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

   (науковий ступінь, вчене звання,

посада прізвище та ініціали)

Івано – Франківськ– 2022 р.

**зміст**

**вступ**……………………………………………………………………………….3

**РОЗДІЛ 1. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ дослідження професійного стресу**………………………………………………………7

1.1. Класичні теорії та сучасні концепції вивчення стресу………………………..7

1.2. Професійний стрес і підходи до його вивчення………………………………16

1.3. Особливості прояву стресу в працівників соціономічних професій………...25

Висновки до 1 розділу……………………………………………………………...34

**РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ впливу музикотерапії як чинника регуляції професійного стресу працівників соціономічних професій**………………………………………………35

2.1 Організація та зміст емпіричного дослідження. Констатувальний етап експерименту……………………………………………………………………….35

2.2. Особливості впливу музикотерапії на компоненти моделі стресу…………47

2.3. Аналіз та інтерпретація результатів експериментального етапу дослідження…………………………………………………………………..……..54

2.4. Методичні рекомендації щодо профілактики професійного стресу працівників соціономічних професій за допомогою музикотерапії………..……61

Висновки до 2 розділу……………………………………………………………...73

**ВИСНОВКИ**………………………………………………………………..……....74

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**……………………………………….76

**ДОДАТКИ**………………………………………………………………………….85

**вступ**

**Актуальність теми дослідження.** Проблема дослідження професійного стресу не є новою для психологічної науки, але при цьому актуальність її не згасає, навіть більше того, зі збільшенням темпу життя, зростаючих вимог до працівника, збільшення обсягів роботи, звітності та інших, сучасна людина все більш схильна до стресових станів, що, у свою чергу, впливає на загальний стан організму, на ефективність роботи, її якість та результат. Безумовно, неможливо уявити життя сучасної людини повністю без стресів та стресових навантажень, але знизити напругу – можна і навіть потрібно. Однією з таких технологій оптимізації виробничого процесу є впровадження корекційних програм з застосуванням методів музикотерапії, спрямованої на зменшення та профілактику наслідків професійного стресу.

Стрес – це феномен, від якого страждають люди різних професій, віку, сформованих цінностей та установок. Внаслідок стресових станів, а тим більше, частих чи тривалих стресів, у людей розвиваються різні психосоматичні аспекти - загальне нездужання організму, проблеми сну, синдром хронічної втоми, почуття самотності, непотрібності, підвищена тривожність, суб'єктивне відчуття неблагополуччя, підвищена агресивність та конфліктність, зловживання психотропними засобами тощо. Безумовно, знаючи про особливості перебігу емоційних процесів, можна, можливо нівелювати деструктивні емоційні реакції та несприятливі наслідки, адже збереження здоров'я працівників, забезпечення безпеки праці – найважливіше завдання.

Для всіх професій є характерним професійний стрес, проте галузь соціономічних професій вважається однією з найбільш стресогенних. Соціномічні професії прийнято позначати як «допомагаючі». Це професії, у яких реалізується взаємодія «людина-людина», а це і є зоною «високого» стресу. Обов’язковою умовою віднесення до цього типу професії є орієнтація діяльності на іншу людину або групу, що оцінюють або є споживачами діяльності професіонала. Зазначається, що якостями, значимими для такого типу професійної діяльності, є: комунікативні та організаторські здібності, швидкість прийняття рішень, емоційна та стресостійкість, емпатія, звичка до рефлексії, спостережливість та уважність. Соціономічні або професії, що допомагають, охоплюють найбільш різноманітні професії та вимоги до них якісно неоднорідні,

Аналіз літератури з теми дослідження. Проблеми стресу у професійній діяльності активно вивчались з кінця ХХ століття психологічною наукою в самих різноманітних аспектах: детермінанти виникнення, стадії розвитку, управління, результати та ін. (В. А. Бодров, М. Борневассер, Н. Є. Водоп’янова, Р. Лазарус, А. Б. Леонова, К. Маслач, Л.А. Кітаєв-Смик, Г.С. Нікіфоров, Г. Сельє, А. Пельцман та ін.). У вітчизняній психологічній науці – це проблеми регуляції стану людини в екстремальних умовах (М. С. Корольчук, Ю. П. Горго, А. Ф. Косенко, В. М. Крайнюк, Е. Л. Носенко, В. О. Моляко, В. І. Осьодло, О. І. Тимченко, С. І. Яковенко та ін.), професійної деформації, емоційного вигорання аспекти професійної кризи, стресу в умовах виробництва (О. І. Богучарова, Н. М. Булатевич, І. В. Бринза, Л. М. Карамушка, В. С. Медведєв, В. Л. Паньковець, О. П. Саннікова та ін.). Наразі у психологічній літературі, загалом, визначено основні підходи до вивчення стресу в умовах професійної діяльності, виділено напрями його дослідження (В. А. Бодров, Т. Кокс, Г. С. Нікіфоров, А. Б. Леонова та ін.).

Проте, серед мало досліджених проблем даної тематики залишаються питання про особливості регуляції стресу у працівників соціономічних професій, що вимагає свого наукового розв’язання. Актуальність та недостатня розробленість даної проблематики зумовили доцільність вибору теми дослідження: «Музикотерапія як чинник регуляції професійного стресу працівників соціономічних професій.

**Об’єкт дослідження** – професійний стрес працівників соціономічних професій.

**Предмет дослідження** – музикотерапія як чинник регуляції професійного стресу.

**Мета наукового дослідження** – дослідити впливу музикотерапії як чинника регуляції та корекції професійного стресу працівників соціономічних професій.

**Завдання дослідження:**

* Охарактеризувати класичні теорії та сучасні концепції вивчення стресу.
* Проаналізувати професійний стрес і підходи до його вивчення.
* Виокремити особливості прояву стресу в працівників соціономічних професій.
* Провести емпіричне дослідження впливу музикотерапії як чинника регуляції професійного стресу працівників соціономічних професій.
* Проаналізувати особливості впливу музикотерапії на компоненти моделі стресу.
* Здійснити ананаліз та інтерпретація результатів експериментального етапу дослідження.
* Запропонувати методичні рекомендації щодо профілактики професійного стресу працівників соціономічних професій за допомогою музикотерапії

**Гіпотеза магістерського дослідження:** ми припускаємо, що проведення комплексної системи заходів із застосуванням музикотерапії щодо зниження та регуляції професійного стресу призведе до зниження показників переживання стресу.

**Методи дослідження**: теоретичні – аналіз наукової літератури з проблеми, аналіз та узагальнення вітчизняного та зарубіжного досвіду, аналогія та узагальнення; емпіричні - спостереження, констатуючий та формуючий етапи експерименту, анкетування. Також при проведенні емпіричного дослідження були використані такі опитувальники:

* Методика «Інвентаризація симптомів стресу»;
* Методика «Шкала організаційного стресу»;
* Методика «Шкала психологічного стресу - PSM-25»;
* Методика «Експрес-діагностика стресогенних факторів в діяльності керівника».

Були використані такі меоди статистичної обробки даних:

* Т-критерій Стьюдента;
* Коефіцієнт кореляції Пірсона.

**Наукова новизна** дослідження полягає в тому, що

* розроблено комплексну систему заходів з використанням музикотерапії для зниження та регуляції стресу працівників соціономічних професій.
* Практично обгрунтовано використання музикотерапії як чинника регуляції професійного стресу.

**Практична значущість дослідження** у тому, що розроблену комплексну систему заходів музикотерапії можна використовувати для будь яких соціономічних професій з метою корекції та регуляції професійного стресу.

**Структура роботи** складається із вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Загальний обсяг дипломної роботи 117 сторінок, з них основного тексту 85 сторінок, 89 джерел.

**РОЗДІЛ 1.**

**НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ дослідження професійного стресу**

**1.1. Класичні теорії та сучасні концепції вивчення стресу**

Однією з найважливіших вимог доктрини розвитку людського капіталу організації до будь-якого роботодавця виступає необхідність постійного обліку ролі людського чинника. Ефект людського фактора завжди проявляється несподівано для роботодавця, зазвичай без яких видимих ​​спонукальних причих. Так, наприклад, співробітник, який багато років не викликав жодних нарікань з боку керівництва, раптом допускає грубе порушення технологічних правил експлуатації обладнання. В результаті, це обладнання виходить з їх ладу. Після розслідування обставин, що передують аварії, з’ясовується, що причиною стала важка хвороба одного з найближчих родичів працівника. Чи ні?.. Насправді причиною могло стати і те, що сталося в колективі конфлікт колег, з приводу несправедливого розподілу обов’язків чи іншого приводу. Це міг бути конфлікт із керівництвом, який позначився б на роботі миттєво чи згодом [24, c. 123].

Можливо, зіграв свою роль синдром накопиченої втоми – завжди відповідальний співробітник раптом «оступився» під натиском втоми і зробив фатальну помилку, яка призвела до збою в роботі. А може, співробітник зіштовхнувся із ситуацією, зумовленою «подвійним капканом» або «подвійним посланням», так званим даблбайндом (англ. double bind) - отримав вказівки, що взаємно суперечать одна одній, що належать до різних логічних рівнів, через що виявився в збентеженні і зробив помилку. Існує безліч різних варіантів розвитку подій. Об’єднати їх може те, що справжньою причиною, що «збію» у діяльності організації та навіть майнових збитків, зстав стресовий стан співробітника, до якого могли призвести різні обставини. Стрес є одним з найбільш вагомих людських факторів, які відіграють значну роль у діяльності будь-якої організації. Він може проявити себе в абсолютно будь-якій галузі та за будь-яким напрямом діяльності підприємства, значно нашкодивши загалом.

Вперше, поняття «стрес» було запроваджено Уолтером Кенноном Бредфортом, американським психофізіологом, доктором медичних наук, який був членом Академії наук СРСР, на початку 1930-х років ХХ століття.

Цей термін означав «нервово-психічну» напругу – реакцію. «боротися чи бігти» (англ. Fight-or fight response), яка, в даний час час, іноді називається стресовою реактивністю. Він же ввів термін «гомеостаз» - здатність системи підтримувати рівноважний стан [42, c. 56].

Найчастіше термін «стрес» пов’язують з ім’ям одного з найбільш відомих фізіологів ХХ століття - Гансом Сельє. Саме він є родоначальником концепції стресу. «Синдром, що викликається різними ушкоджуючими агентами» - так називався його лист, опублікований у 1936р. в англійському журналі Nature. Саме з цього моменту почалося наукове вивчення стресу як загального адаптаційного синдрому, хоча саме поняття «стрес» у цьому листі не згадувалося та з’явилося трохи пізніше, будучи запозиченим з теорії «гомеостазу» Уолтера Кеннона

C. Р. Мартинюк стрес визначає як неприпустиме навантаження на нервову систему людини, спровоковану зовнішніми факторами впливу, що визначає стан психологічного дискомфорту, а при регулярному повторенні, сприяє розвитку найнебезпечніших захворювань. Існує кілька трактувань визначення поняття «стрес». Деякі з них звучать так [50, c. 178]:

* комплекс реакцій організму на різні за своїм характером подразники (Г. Сельє, Ж. Годфруа, О. Н. Полякова);
* вимоги до адаптивних здібностей людини (Д. А. Фонтану, Д. Л. Гібсон, Дж. Грінберг);
* особливий вид емоціогенних ситуацій, у яких можуть виникнути порушення адаптації (П. Фресс);
* процес трансакції між людиною та зовнішнім середовищем (Р. Лазарус, С. Фолкман, К. Купер, Ф. Дейв, М. О’Драйсколл);
* особливий функціональний, психологічний, фізіологічний стан організму (М. Фогієл, Р. С. Нємов, М. Фогієл).
* психічна чи фізична напруга;
* стрес як причина погіршення фізичного та психічного здоров’я (Л. А.

Китаєв-Смик, Ю. І. Александров, А. М. Колман).

У цій роботі ми розглядатимемо стрес за визначенням Ганса Сельє як «універсальну реакцію організму на різні за своїм характером подразники, суть якоих полягає в генералізованій мобілізації внутрішніх ресурсів для подолання виниклих труднощів».

Відповідно до «Психодіагностики стресу» Водоп’янової Н. Є., в даний час існує три групи основних наукових підходів до розуміння стресу і відповідно три напрямки його психодіагностики [17, c. 218].

Перший підхід полягає у визначенні стресу як відповідної реакції на зовнішні подразники, яка проявляється в станах нервово-психічної напруженості, негативних емоційних переживаннях, захисних реакціях, станах дезадаптації та патології. А. Каган та Л. Леві розвинули уявлення Г. Сельє про стрес за допомогою теоретичної моделі, що описує психологічні фактори як посередники фізичних захворювань. Згідно з їхньою моделлю, утворюється певна психобіологічна програма, яка являє собою сплетіння зовнішніх впливів (психосоціальних стимулів) з генетичними факторами та з навколишніми впливами довкілля (реакція). Ця програма обумовлює «схильність до реагування за певним зразком» [70, c. 67].

Завдяки цій моделі стрес перестали розглядати у вигляді одностороннього процесу. Стрес, як процес з нерозривним зворотнім зв’язком між усіма його причинними факторами став оцінюватися з позиції його впливу на продуктивність діяльності. Цей підхід спонукає фокусувати основну увагу на оцінці ступеня психічної напруженості, визначення стресових станів, що перешкоджають або сприяють збереженню продуктивної професійної діяльності, здоров’я як окремих працівників, так і стану здорового соціально-психологічного клімату у колективі, коли йдеться про стрес-менеджмент.

Другий підхід до розуміння стресу описує та трактує його як характеристику довкілля з погляду подразнюючих або руйнівних стимулів (стрес факторів).

Відповідно до визначення О. В. Тімченко, стрес-фактори - це несприятливі обставини, що викликають стресовий стан. Іншими словами, це такий подразник, який сприяє запуску реакції боротьби чи втечі. Він і називається стресовим.

Підхід ґрунтується на тому, що будь-які субмаксимальні вимоги до людини з боку умов чи діяльності є стресогенними [77, c. 167].

Перевернута U-подібна функція – це графічне відображення відносини ефективності діяльності людини до пред’явлених до неї вимог, виглядає так. Подальшим розвитком цього підходу стало вивчення складної сукупності стрес-факторів, що визначають типові стресові ситуації. У цьому аспекті слід виділити ситуації, які є стресогенними для більшості.

Д. Брайт назвав 8 таких варіантів стресогенних ситуацій. До них відносяться ті, що вимагають прискореної обробки інформації, що містять шкідливі стимули навколишнього середовища, усвідомлювану загрозу, порушення фізіологічних функцій (хвороба, безсоння, мінливі стани та ін.), ізоляція, остракізм, груповий тиск та розчарування. На додаток до цього переліку М. Франкенхойзер додав ситуацію відсутності контролю за подіями. Р. Лазарус — стресову ситуацію, коли на загрозу наражаються найважливіші для людини цінності та цілі [11, c. 176].

Таким чином, для того щоб вдаватися до вирішення практичних задач стрес-менеджменту, використовуючи даний підхід, основою якого є стресові стимули, необхідно виявити стрес фактори, як фізичного і соціального простору організації. Також слід визначити стресогенні фактори зовнішнього бізнес-середовища, типові стресогенні ситуації та особливості їх сприйняття працівниками з точки зору стресогенності чи ступеня психологічної загрози.

Можна помітити, що між описаними вище підходами багато загального. Але третій підхід принципово відрізняється від розглянутих підходів. Він заснований на моделі взаємодії людини та середовища, а стрес розглядає як реакцію у відповідь на відсутність «відповідності» між можливостями особистості та вимогами з боку середовища. У даній ситуації стрес розглядається як результат попередніх йому факторів та його наслідків. У рамках цього підходу найбільш відомі трансактна модель Кокса та Макея, а також когнітивна модель психологічного стресу Р. Лазаруса [41, c. 93].

Згідно з моделлю Р. Лазаруса, стрес розглядається як сукупність зовнішніх факторів та внутрішніх проявів, як опосередковане ставлення людини до обставин. Часто людина певним чином сприймає контекст у якому вона перебуває (втім, буває, що й не сприймає, наприклад, коли за кілька днів після вибуху на Чорнобильській АЕС люди вийшли на першотравневу демонстрацію, не усвідомлюючи, що довкола вже все заражено) і піддає суб’єктивну оцінку значимості. Найчастіше ця оцінка носить яскраве емоційне забарвлення. Таким чином, двоє людей, що опинилися в одній і тій же ситуації, реагуватимуть на неї кожен по-своєму. Реакція залежатиме від складу характеру, досвіду людини, її емоційного стану та інших факторів. Хтось не знайде в цій ситуації загрози для себе і перебуватиме в спокої, а хтось відчує тривогу, занепокоєння та страх. Таким чином, стресова ситуація виникає у разі, якщо обставини суб’єктивно сприймаються як загрозливі. При цьому важлива не реальність чи уявність загрози, а наявність її для конкретної людини.

Друга ж найпопулярніша модель – модель стресу Кокса та Макея. Ця модель розглядає стрес як процес-перешкоду, як прояв взаємодії між людиною та навколишнім середовищем. Суть цієї моделі полягає у розгляді стресу як частини складної системи взаємодії двох інших систем – навколишнього середовища та людини. Ця взаємодія має постійний і динамічний характер [41, c. 94].

Стрес є індивідуально сприйманим феноменом, опосередкованим психологічними особливостями особистоті. У порівнянні з іншими підходами, дана модель виявляє зворотний зв’язок між усіма частинами системи. Стрес сприймається як замкнута системи.

Трансактна модель Т. Кокса та Дж. Макея включає 5 стадій:

* Вплив фактичних вимог довкілля на людину.
* Людина дає когнітивну оцінку пред’явлених до неї вимог та свої можливості справлятися з ними. Стрес виникає, якщо порушується рівновага між усвідомлюваними вимогами та усвідомлюваними можливостями. Завдяки когнітивному фактору, або фактору усвідомлення, виникає широкий діапазон індивідуальних особливостей можливого реагування на стрес. Чим більше людина не впевнена у своїх можливостях подолання фактичних вимог, тим швидше настає стресовий стан.
* Психологічні та фізіологічні зміни як реакція у відповідь на подразники - як спроби знизити ступінь стресового характеру пред’явлених людині вимог.
* Четвертий етап характеризується протидією людини стресовій ситуації тими способами, що для неї є доступними. Наслідками протидії можуть бути як когнітивні поведінкові реакції, так і психологічний захист.
* Остання стадія представлена ​​як зворотний зв’язок, який має вплив на всі інші стадії динамічної системи стресу та формування результату кожної їх. Т. Кокс вважав, що ці стадії утворюють систему, що найбільш адекватно описує процес того, як діє стрес [41, c. 104].

Теорія стресу вперше запропонована Г. Сельє в 1936 р., опублікована в 1950 р., а найповніше її уявлення та розвиток знайшло відображення у пізніших роботах автора. Теоретично Г. Сельє стрес розглядає з позиції фізіологічної реакції на фізичні, хімічні та органічні чинники. Основний зміст теорії може бути узагальнено у чотирьох положеннях [42, c. 56].

1. Усі біологічні організми мають вроджені механізми підтримки стану внутрішнього балансу чи рівноваги функціонування своїх систем. Збереження внутрішньої рівноваги забезпечується процесами гомеостазу. Підтримка гомеостазу є життєво необхідним завданням організму.

2. Стресори, тобто сильні зовнішні подразники, порушують внутрішню рівновагу. Організм реагує на будь-який стресор, приємний чи неприємний, неспецифічним фізіологічним збудженням. Ця реакція є захисно-пристосувальною.

3. Розвиток стресу і пристосування до нього проходить кілька стадій. Час перебігу та переходу на кожну стадію залежить від рівня резистентності (опіру, стійкості) організму, інтенсивності та тривалості впливу стресора.

4. Організм має обмежені резерви адаптаційних можливостей щодо запобігання та усунення (зняття) стресу – їх виснаження може призвести до захворювання та смерті.

Узагальнення результатів досліджень дозволило Г. Сельє довести існування трьох стадій процесу, названого ним загальним адаптаційним синдромом. Стадія тривоги виникає за першої появі стресора. Протягом короткого періоду знижується рівень резистентності організму, порушуються деякі соматичні та вегетативні функції. Потім організм мобілізує резерви та включає механізми саморегуляції захисних процесів. Якщо захисні реакції ефективні, тривога вщухає та організм повертається до нормальної активності. Більшість стресів дозволяється на цій стадії. Такі короткострокові стреси можна назвати гострими реакціями стресу [70, c. 66].

Стадія резистентності (опору) настає у разі тривалого впливу стресора та необхідності підтримки захисних реакцій організму. Відбувається збалансоване витрачання адаптаційних резервів і натомість адекватного зовнішнім умовам напруги функціональних систем.

Стадія виснаження відбиває порушення механізмів регуляції захисно-пристосувальних механізмів боротьби організму з надмірно інтенсивним та тривалим впливом стресорів. Адаптаційні резерви суттєво зменшуються. Опірність організму знижується, наслідком чого можуть стати як функціональні порушення, так й морфологічні зміни у організмі.

Г. Сельє запропонував розрізняти «поверхневу» та «глибоку» адаптаційну енергію. Перша доступна «на першу вимогу» і заповнена за рахунок іншої – «глибокої». Остання мобілізується шляхом адаптаційної перебудови гомеостатичних механізмів організму. Її виснаження необоротне, як вважає Г. Сельє, і веде до загибелі чи старіння [70, c. 67].

У сучасній психології виділяються такі психологічні моделі та теорії стресу.

1. Генетично-конституційна теорія, суть якої зводиться до положення, що «здатність організму чинити опір стресу залежить від зумовлених захисних стратегій функціонування незалежно від поточних обставин. Дослідження в даній галузі є спробою встановити зв’язок між генетичним складом (генотипом) і деякими фізичними характеристиками, які можуть знизити загальну індивідуальну здатність чинити опір стресові».

2. Модель схильності (diathesis) до стресу – «заснована на ефектах взаємодії спадкових та зовнішніх факторів середовища. Вона допускає взаємний вплив сприятливих чинників та несподіваних, сильних впливах у розвитку реакцій напруги» [75, c. 76].

3. Психо-динамічна модель, що базується на положеннях теорії З. Фрейда. У своїй теорії він описав два типи зародження та прояви тривоги, занепокоєння:

а) сигналізуюча тривога виникає як реакція передбачення реальної зовнішньої небезпеки;

б) травматична тривога розвивається під впливом несвідомого, внутрішнього джерела.

Найбільш яскравим прикладом причини виникнення цього типу тривоги є стримування сексуальних спонукань та агресивних інстинктів. Для опису результуючих симптомів цього стану З. Фрейд запровадив термін «психопатія повсякденного життя».

4. Модель Н. G. Wolff, згідно з якою автор розглядав стрес як фізіологічну реакцію на соціально-психологічні стимули та встановив залежність цих реакцій від природи аттитюдів (позицій, відносин), мотивів поведінки індивіда, визначеності ситуації та ставлення до неї [62, c. 28].

5. Міждисциплінарна модель стресу. На думку авторів, «стрес виникає під впливом стимулів, які викликають тривогу у більшості індивідів або окремих їх представників, і призводить до ряду фізіологічних, психологічних та поведінкових реакцій, у ряді випадків патологічних, але, можливо, і призводять до вищих рівнів функціонування та нових можливостей регулювання».

6. Теорії конфліктів. Декілька моделей стресу відображають взаємозв’язок поведінки суб’єктів у суспільстві та стану напруги у відносинах, що супроводжують групові процеси. Основні причини напруги пов’язані з необхідністю членів суспільства підкорятися його соціальним нормативам.

7. Модель D. Mechanik. Центральним елементом у цій моделі є поняття та механізми адаптації, яка визначена автором як спосіб, яким індивід бореться із ситуацією, зі своїми почуттями, викликаними цією ситуацією, і яка має два прояви:

1) подолання (coping) – боротьба із ситуацією;

2) захист (defence) – боротьба із почуттями, викликаними ситуацією. Подолання, «оволодіння» ситуацією визначається цілеспрямованою поведінкою та здібностями у прийнятті індивідами адекватних рішень при зустрічі з життєвими завданнями та вимогами [52, c. 165 ].

8. Стрес як поведінкова реакція на соціально-психологічні стимули.

Модель фізіологічного стресу Г. Сельє була модифікована В. P. Dohrenwend, що розглядає стрес «як стан організму, в основі якого лежать як адаптивні, так і не адаптивні реакції». Автор під стресорними розуміє, передусім, «соціальні за своєю природою чинники, – такі, наприклад, як економічні чи сімейні невдачі, тобто об’єктивні події, які порушують (руйнують) чи загрожують підірвати звичайне життя індивіда. Вони не обов’язково негативні та не завжди ведуть до об’єктивної кризи» [70, c. 76 ].

9. Системна модель стресу, що «відбиває розуміння процесів управління (поведінки, адаптації тощо.) лише на рівні системної саморегуляції і здійснюється шляхом зіставлення поточного стану системи з його щодо стабільними нормативними значеннями».

10. Інтегративна модель стресу. «Центральне місце у моделі займає проблема, яка вимагає від людини прийняття рішення. Поняття такої проблеми автори визначають як прояв, вплив на людину стимулів чи умов, що вимагають від неї перевищення чи обмеження нормального рівня діяльності. Виникнення проблеми (труднощів з її вирішенням) супроводжується напругою функцій організму, якщо проблема не вирішується, напруга зберігається або навіть наростає, розвивається стрес».

Отже, на думку авторів, здібності людини у вирішенні виникаючих перед нею проблем залежать від низки факторів: ресурсів людини – її загальних можливостей щодо вирішення різних проблем, особистого енергетичного потенціалу, необхідного для вирішення конкретної проблеми, походження проблеми, ступеня несподіванки її виникнення, наявності та адекватності психологічної та фізіологічної установки на конкретну проблему, типу обраного реагування – захисного чи агресивного. Значення та облік цих факторів визначає вибір стратегії поведінки для запобігання стресу.

**1.2. Професійний стрес і підходи до його вивчення**

Під професійним стресом у психології розуміють складний феномен, що виявляється в психічному та фізичному реагуванні на складні, енерго-витратні ситуації, що виникають у трудовій діяльності людини.

Дослідження показали, що професійний стрес викликається перевантаженнями людини на роботі, ситуаціями, в яких немає чіткого розмежування повноважень та посадових обов’язків, ситуації, в яких колеги по роботі поводяться неадекватно та/або деструктивно, неадекватна оплата праці, одноманітна, монотонна діяльність, а також діяльність, у якій працівник не бачить сенсу та інтересу, відсутність можливості професійного та кар’єрного зростання. Більше того, навіть довга і виснажлива дорога на роботу і назад, здатна спровокувати стан професійного стресу, а також низька завантаженість роботою, внаслідок чого працівник може відчувати відчуття, що він не реалізує свої здібності та вміння повною мірою [72, c. 144 ].

До причин сильних нервових напруг відносять, як правило, умови праці: погане освітлення, недостатня вентиляція приміщень, тіснота, відсутність мінімального особистого простору. До непрямих факторів, що також впливають на виникнення професійного стресу, відносять відсутність інформації та часу. Непрямі фактори безпосередньо не впливають на розвиток стресів, але посилюють його. У теоріях, які розкривають суть професійного стресу, можна виділити безліч різних класифікацій, що мають специфічні особливості. Так, Ю. В. Шаран виділила три види професійного стресу [84, c. 143]:

1) Інформаційний стрес – виникає тоді, коли існує ситуація жорсткого обмеження за часом, працівнику важко вчасно виконати поставлені перед ним завдання, через що він відчуває напругу.

2) Емоційний стрес – виникає у ситуації передбачуваної чи реальної небезпеки.

3) Комунікативний стрес – даний вид пов’язаний із проблемами ділових комунікацій як між членами колективу, так і у зв’язку з особистісними особливостями конкретного співробітника (підвищена тривожність, емоційність, низька самооцінка тощо).

Серед окремих причин виробничих стресів Н. В. Самоукіна виділила такі як: пов’язані з досягненнями, пов’язані з конкуренцією, викликані страхом помилитися, через відмінності в темпераментологічних особливостях співробітників, і т.п.

На думку західних фахівців, можна виділити 6 провідних джерел стресу серед працівників [66, с. 37].

Чинники, через які виникає виробничий стрес, поділяються на об’єктивні – не пов’язані з особистістю працівника та суб’єктивні - безпосередньо залежать від самої особистості і керовані нею.

Серед об’єктивних чинників можна назвати:

* Фактори виробничого середовища (наявність шуму, пилу, робота з хімічними речовинами);
* Екстремальні обставини (аварії, зриви поставок);
* Умови роботи (з одного боку, незручне обладнання або небезпека травматизму, з іншого – форма діяльності (інтенсивна або тривала робота, нічні зміни, інформаційні навантаження, монотонія, незручні пози).

До суб’єктивних факторів відносять внутрішньоособистісні та міжособистісні.

Серед внутрішньо-особистісних виділяють:

* Стан здоров’я (гострі та хронічні захворювання).
* Професійні (низька кваліфікація, невеликий досвід роботи).

Серед міжособистісних виділяють:

* Керівництво (відсутність чітких цілей та критеріїв їх досягнення, надмірний контроль);
* Підлеглі (пасивність або зайва ініціативність, злодійство, некомпетентність);
* Колеги (заздрість, конкуренція, відсутність взаємодопомоги);
* Зовнішні фактори (клієнти, конкуренти, держоргани, кримінал).

Важливо розуміти, що існує ціла низка професійних видів діяльності, в які вже закладені стресогенні фактори, пов’язані з виробничими особливостями. У деяких видах діяльності шкідливі чинники комбіновані.

Вивчаючи проблему професійного стресу неможливо обійти стороною таке явище, яке в психологічній науці має назву синдрому професійного вигорання. Під синдромом професійного вигорання розуміють стан фізичного, емоційного та розумового виснаження, що виявляється у професіях соціальної сфери [47, с. 44]. У зоні первинного ризику знаходяться такі професії, як: педагог, психолог, лікар, соціальний працівник; у зоні вторинного ризику називають професії: біржовий маклер, продавець, працюючий у системі мережевого маркетингу, а також інші професії, пов’язані з тривалими емоційними навантаженнями.

Синдром професійного вигорання є багатокомпонентним, що складається з емоційної виснаженості, деперсоналізації та редукції професійні досягнення. Доведено, що рівень інтенсивності професійного вигорання залежить від життєвих стратегій, використовуваних працівником. Високий рівень вигорання проявляється у людей, які виявляють пасивність у опорі стресовим ситуаціям.

Навпаки, працівники, з активною життєвою позицією щодо стрес-факторів, рідше схильні до професійного вигорання. Одним із провідних фахівців у галузі емоційного (або професійного) вигорання є В. В. Бойко, який під професійним вигоранням розумів «вироблений особистістю механізм психологічного захисту, який здійснюється у формі повного або часткового виключення емоцій (зниження їхньої сили) у відповідь на обрані психотравмуючі впливи» [8, c. 96].

Дослідження феномена емоційного вигорання привело до висновку про те, що він є напрацьованим за певний період життя стереотип емоційної, а найчастіше – професійної поведінки. За своєю суттю «вигорання» є якимось функціональним стереотипом, що дозволяє особистості економити на витраченні своїх енергетичних ресурсів. При цьому часто на тлі дозованого та економного витрачання енергії, виникають дисфункціональні наслідки, внаслідок чого «вигорання» негативно позначається на процесі виконання професійної діяльності спеціаліста у партнерській взаємодії. В результаті чого можна говорити про те, що професійне вигорання призводить до професійної деформації особи. На швидкість перебігу даного процесу та визначення ймовірності виникнення професійної деформації, що впливають індивідуально-особистісні особливості особистості.

Розглянемо чинники, які впливають професійне вигорання. Також як і при стресах, роль відіграють дві групи факторів – зовнішні та внутрішні.

Отже, до зовнішніх факторів професійного вигорання відносять наступні:

1. Хронічна напружена психо-емоційна діяльність. Ця діяльність пов’язана з активними комунікаціями з іншими людьми, спрямована на постійне сприйняття інформації та партнерів. Людині, якій за родом своєї діяльності доводиться постійно працювати з людьми, необхідно постійно посилювати через свої емоції різні сторони комунікативного спілкування: енергійно формулювати та реалізовувати намічені плани та завдання, бути уважним, сприймати те, що є, а не те, що хочеться бачити (чути), швидко запам’ятовувати різну інформацію та активно інтерпретувати інформацію, яка від різних каналів сприйняття – візуального, звукового, а також письмову, доводиться швидко орієнтуватися у запропонованих варіантах та активно приймати рішення [19, c. 16 ].

2. Організація діяльності, що дестабілізує. Цей фактор характеризується нечіткою організацією та плануванням трудової діяльності, недостатньою кількістю обладнання, наявністю неграмотно структурованої та нечіткої інформації, присутність у цій інформації великої кількості дрібних, не важливих факторів, які ведуть увагу від головного – дрібні подробиці, суттєвого сенсу у яких немає. Зустрічаються протиріччя, неадекватно високі норми контингенту, з яким необхідно тісно працювати. При цьому важливим аспектом є те, що дестабілізуюча обстановка посилює негативний ефект багаторазово: адже з одного боку вона має свій негативний вплив на саму особистість, що займається своїми професійними обов’язками у несприятливій обстановці, а людині в рамках своїх професійних обов’язків, необхідно взаємодіяти з іншими людьми; з іншого боку, ця обстановка, виходить, починає впливати на взаємини між професіоналом та клієнтом (або партнером).

3. Підвищена відповідальність за виконувані функції та операції. Люди, які належать до категорії так званих «масових професій», як правило, працюють у режимі зовнішнього та внутрішнього контролю. Насамперед йдеться про такі професії, як медичний працівник, педагог, вихователь, поліцейський, водій, обслуговуючий персонал. Специфіка професійної діяльності перерахованих професій передбачає постійне перебування у стані іншої соби, щодо якої здійснюється професійна діяльність. Необхідно бути уважним – уважно дивитися, уважно слухати, розуміти та відображати почуття (виявляти такі вищі почуття як співчуття, співчуття, співчуття), вміти передбачати слова та дії, розуміти настрій, передбачати вчинки – і це на тлі емоційно-енергетичних обмінів [29, c. 128 ].

Робота з людьми, неухильне дотримання своїх професійних обов’язків, оцінюється з точки зору моральності та юридичної відповідальності. Особиста відповідальність зростає у ситуаціях, коли професіонал відповідає за здоров’я та життя інших людей. Внаслідок чого, нерідко, професіонали можуть дійти до нервової перенапруги (наприклад, дослідження показують, що хірургам доводиться працювати на зношування – необхідно бути гранично-відповідальним за власні рішення та дії, постійно контролювати себе – протягом усього трудового часу; в результаті, лікарі цієї категорії помирають значно частіше, ніж інші лікарі спеціалізацій).

Людині, яка виконує свої професійні обов’язки у сфері міжособистісних відносин, доводиться перебувати під постійним контролем специфічних соціальних інститутів, метою яких є спонукання до відповідального виконання професійних функцій (до таким соціальних інститутутів належать: жорсткі та конкретні рольові приписи, права особи та споживача, закони ринку та конкуренції, ліцензування, безробіття). В. Бойко зауважив: «У міру розвитку у нашому суспільстві цих визнаних інститутів ще більше підвищуватиметься зовнішній та внутрішній контроль над виконуваною діяльністю та загострюватиметься проблема емоційного вигорання» [8, c. 93].

4. Неблагополучна психологічна атмосфера професійної діяльності. Неблагополуччя психологічної атмосфери визначається двома факторами: конфліктними ситуаціями по вертикалі, у контексті «керівник – підлеглий»; конфліктною напругою по горизонталі, у контексті «колега – колега». Емоційно напружена обстановка на робочому місці провокує одних людей даремно емоційно витрачатися, інших людей – шукати механізми збереження своїх психічні ресурси. В результаті, яким би сильним, в емоційному плані, не був би працівник, він, неминуче, поступово, буде неухильно рухатися у бік емоційного вигорання: уникати емоційного витрачання енергії, дистанціюючись від інших людей, уникати зайвої вразливості, берегти власні нерви.

5. Психологічно важкий контингент, з яким має справу професіонал у сфері спілкування. Для різних категорій професій контингент матиме свою специфікацію: так, для медичних працівників це хворі, які перебувають у вкрай тяжкому стані або в передсмертному; для працівників сфери освіти це медпрацівники з різними відхиленнями у розвитку – з проблемами характеру та поведінкової сфери, хворобами нервової системи, проблемами інтелектуального розвитку; у працівників керівних посад це проблемні підлеглі, що мають акцентуації характеру, поведінкові розлади, пов’язані з порушенням роботи нервової системи, невротичними станами, що мають психо-патологічні відхилення, девіантні форми поведінки, безвідповідальність, що мають хімічну залежність (наприклад, схильні до непомірного вживання алкоголю); для працівників сфери послуг це клієнти, що відрізняються деструктивними та невротичними формами поведінки – грубість, скандальність, примхи, істерики, хамство тощо; для працівників правоохоронних органів - це делінквенти, злісні порушники правопорядку. Кожен працівник, працює у системі «людина – людина», перебуває у зоні ризику, тому, що завжди можуть потрапити клієнти або пацієнти, які провокують деструктивні форми поведінки, в результаті виникає постійна потреба у попередженні подібних ситуацій та вдаватися до економії власних емоційних ресурсів [14, c. 16 ].

В результаті шлях до вигорання йде у напрямку до «сплощення» власних емоційних реакцій, відбувається ігнорування емоційної напруги щодо людей, яких можна віднести до таких категорій деструктивних особистостей, як невиховані, розбещені, примхливі, аморальні, агресивні. В результаті спрацьовує механізм психологічного захисту, але не завжди спрацьовування даного механізму може бути конструктивним, адже емоційна відстороненість може бути недоречною – у цьому випадку, важко включитися в потреби та прохання адекватного партнера або клієнта в результаті можуть виникати конфліктні ситуації.

До внутрішніх факторів емоційного вигорання відносять наступні:

1. Схильність до емоційної ригідності. Процес емоційного вигорання швидше проявляється у тих особистостей, хто виявляє менше реактивності та сприйнятливості, в емоційному плані більш стриманий. Люди, які виявляють більш імпульсивності, менш стримані, процес вигорання протікатиме значно повільніше. При підвищеній вразливості та сензитивності повністю блокується механізм психологічного захисту, пов’язаного з вигоранням і розвивається. Цьому є безліч реальних прикладів, коли люди, відпрацювавши повністю весь трудовий стаж до пенсії, не втратили свої емоційні реакції - продовжуючи бути чуйними,емоційно чуйними, з розвиненими емпатичними здібностями, проявляються у готовності співпереживати та/або співчувати [22, c. 9].

2. Інтенсивне сприйняття та переживання обставин професійної діяльності. Ця проблема актуальна для осіб, що відрізняються гіпер-відповідальність за доручені справи, виконувані ролі тощо. Нерідко виникають ситуації, коли, будучи молодим, наївним і недосвідченим фахівцем, особистість сприймає все надто близько до серця викладаючись на роботі з максимальною віддачею. Кожен раз, опинившись у ситуації стресу, така людина глибоко пораниться і довго переживає стресогенну ситуацію. Активне емоційне включення до життя та здоров’я пацієнта (клієнта, підопічного) викликають сильні емоційні хвилювання, на тлі яких особистість сильно переживає інтелектуальні муки і страждає на розлади сну. В результаті всіх тривог, емоційно-енергетичні ресурси особистості починають виснажуватися, виникає потреба у їх збереженні, в результаті особистість починає виробляти механізми психологічного захисту. Нерідко трапляється так, що фахівець змінює місце роботи чи навіть професійну сферу [39, c. 45].

Дослідження показують, що молоді вчителі йдуть із педагогічної сфери діяльності у перші п’ять років трудової діяльності у школі. Типовим варіантом економії емоційних ресурсів для психіки є емоційне вигорання. Ті ж дослідження показують, що вчителі, що залишилися працювати в школі, через 11-16 років набувають енерго-зберігаючі стратегії виконання професійної діяльності. Часто складається так, що у роботі фахівця йде чергування періодів інтенсивного емоційного включення у проблеми клієнтів (пацієнтів, підопічних) та сильних психологічних захистів. Періодично, сприйняття негативних сторін діяльності посилюється і фахівець починає дуже сильно переживати ті стресові ситуації, в які виявився включений, конфлікти, помилки, які були допущені в ході виконання професійних обов’язків. В результаті, людина може то дуже сильно емоційно реагувати на несприятливі робочі моменти, то виявляти апатичність і байдужість [57, c. 96 ].

3. Слабка мотивація емоційної віддачі у професійній діяльності. У цьому факторі можна виділити дві сторони. Перша: фахівець, який працює у сфері відкритих комунікацій визначає для себе важливим прояв емоційної участі та співпереживання по відношенню до суб’єктів своєї професійної діяльності. Такий стан не тільки сприяє процесу емоційного вигорання, а й призводить до його крайніх форм – байдужості, емоційної черствості.

Друга: особистості не властивий прояв співпереживання та співучасті стосовно людей, з якими вона взаємодіє, людина не навчилась заохочувати себе, вважає, що це неважливо. Власна самооцінка підтримується тим, що в матеріальному плані людина досягла певного рівня професійних дій та навичок. Такій людині не властивий альтруїзм, вона не відчуває потреби допомагати іншим людям «просто так». Такі люди легко та швидко вигорають.

Якщо людина є альтруїстом, то для неї вкрай важливим є надання допомоги іншим людям, вираження співчуття та співпереживання. Перебуваючи в позитивному емоційному становищі та ставленні до інших, такий професіонал буде далеким від синдрому емоційного вигорання [69, c. 41 ].

4. Моральні дефекти та дезорієнтація особистості. Щодо моральних вад важливо розуміти наступне: особистість могла мати моральні дефекти до того, як почала працювати за родом своєї професійної діяльності; працювати з іншими людьми; або ж особистість набула проф-деформації в процесі професійної діяльності. Моральні дефекти визначені тим, що у людина відсутня здатність включення у взаємодію з колегами по роботі, моральні аспекти – совість, порядність, чесність, повага, права та кордони іншої людини. Якщо говорити про моральну дезорієнтації, її причини криються в нездатності (або невмінні) відокремлювати добро від зла, благо від шкоди, які завдаються іншою особою. При цьому як при моральних дефектах, так і при моральних дезорієнтація, процес емоційного вигорання посилюється. У результаті, така людина починає виявляти апатію по відношенню до виконуваних професійних обов’язків.

Процес професійного вигорання – це динамічний процес, формується та розвивається він поетапно – згідно з тими ж законами, які були виведені Г. Сельє (нервова напруга → резистенція → виснаження) та описані нами вище. На кожному етапі виникають окремі симптоми, які свідчать про посилення професійного вигорання.

Отже, у роботі, що пов’язана із суб’єктами професійної діяльності, багато що може провокувати відхилення, які згодом виявляються як психосоматичних порушеннях. Можуть виникати ситуації, коли тільки думка про необхідний контакт із суб’єктами професійної взаємодії можуть викликати погіршення настрою, неприємні асоціації, почуття напруги або навіть страху, безсоння, проблеми з боку серця, загострення хронічних хвороб. Психо-соматичні захворювання - це свідчення того, що психологічні захисту недостатньо, а енергія емоцій розподілена між іншими підсистемами людини. Це охоронний спосіб організму від руйнівної сили емоційної енергії.

**1.3. Особливості прояву стресу в працівників соціономічних професій**

Е. Ф. Зеєр наголошував, що для кожної професії властивий свій набір професійних деформацій. А. К. Маркова зазначає, що характер і ступінь виразності професійних деформацій сильно відрізняється від професії до професії. Так, лікарям властивий захисний гумор та низький рівень емпатії, вчителям – авторитарність та категоричність, програмістам - алгоритмізація повсякденної позапрофесійної діяльності, придушення емоцій, абстрагування та усунення від виконуваної практичної діяльності [34].

У типології професій у системі «людина-професійне середовище» при визначенні предмета праці як системи властивостей та відносин, взаємовідносин явищ, речей, процесів, якими оперує людина, працюючий за певним профілем, виробляють наступні типи:

* біономічні (предметом праці виступають живі організми, природа);
* технономічні (предметом праці виступають енергія, технічні системи, матеріали);
* соціономічні (предметом праці виступають колективи та соціальні групи, індивіди);
* сигнономічні (предметом праці виступають знакові системи);
* артономічні (предмет праці – художні образи) [40, c. 48 ].

Соціномічні професії прийнято позначати як «допомагаючі». Це професії, у яких реалізується взаємодія «людина-людина». Обов’язковою умовою віднесення до цього типу професії є орієнтація діяльності на іншу людину або групу, що оцінюють або є споживачами діяльності професіонала. Дана класифікацію було описано Є. А. Клімовим. Зазначається, що якостями, значимими для такого типу професійної діяльності, є: комунікативні та організаторські здібності, швидкість прийняття рішень, емоційна та стресостійкість, емпатія, звичка до рефлексії, спостережливість та уважність.

У соціономічних професіях відсутні єдині жорсткі вимоги до продукту праці та процесу діяльності, хоча в кожній професії існує низка нормативних приписів, які регламентують дії фахівця із взаємодії з клієнтами або професійним оточенням [58, c. 11].

Соціономічні або професії, що допомагають, охоплюють самі різноманітні професії та вимоги до них якісно неоднорідні. Наведемо їх зразковий перелік:

* правовий захист, юриспруденція (нотаріус, адвокат, суддя та ін.);
* сфера освіти, виховання (викладач, тренер, няні та ін.);
* менеджмент (у державних структурах, у бізнес-структури);
* медицина (медична сестра, акушер, лікар та ін.);
* соціальне обслуговування (соціальний працівник);
* побутове обслуговування (продавець, перукар, офіціант та ін.).

Не випадково однією зі значущих, базових характеристик, допомагаючих професій вважають просоціальну активність особистості, спочатку звичайну і повсякденну, що допомагає через комплекс професійних мотивів здійснювати професійну діяльність.

Антропологія дає цікаві дані про особливості соціономічних професій. Так було в дослідженні Т. Б. Щепанської виявлено, що соціономічні професії через особливості постійного взаємодії з клієнтом, припускають існування табу на ідентифікацію. Саме формування професійної сфери починається з її символічного розмежування на об’єкт та суб’єкт. Дистанція від об’єкту - те, з чого починається конструювання статусу професіонала. Цеподіл укорінений у професійних традиціях. У медичних працівників вважається поганою прикметою професійна проекція, табуюється показувати на собі локалізацію болю у пацієнта. У цьому випадку травми та хвороба виступають об’єктом професійних знань, заборона на проекцію є своєрідним захисним механізмом психіки спеціаліста [73, c. 30].

Робота вчителя також передбачає подібне розмежування. Так, у ролі клієнта виступає учень, і навіть його сім’я і навіть держава. Табуна ідентифікацію поширюється і зміну рольових позицій професіонала та клієнта. Своєрідною практикою ініціації у середовищі медиків є робота в анатомічному відділенні з трупом, на якому відбувається відпрацювання професійних навичок хірурга. Символічно це вкотре сприяє встановленню табу на ідентифікацію з клиєнтом. Так, широко відомо, як важко лікувати лікаря, а дистанція з учнямиукорінена в найпрофесійнішій етиці вчителя під поняттям «субординації вчитель-учень».

Складною вважається ситуація, коли медпрацівники вчителів навчаються у школі, де працюють їхні батьки. Відмітимо, що клієнтом (у значенні замовника маніпуляції над об’єктом професійної діяльності) буде не завжди безпосередньо сам об’єкт, у цій ролі може виступати і держава, і сторонні особи, соціальні групи, держава. Це неминуче накладає відбиток на характер діяльності професіонала.

Соціномічні професії та їх особливість набули особливої актуальності у сучасному «сервісному суспільстві», суспільстві послуг сучасних суспільних відносинах актуалізувалася перспектива нових капіталістичних відносин, а знання і наука, що реалізуються в сучасних технологіях, у свою чергу, відіграють підпорядковану роль організації виробничих відносин, заміщаючи людську працю (Р. Р. Коллінз пов’язував із цим процесом майбутню кризу капіталізму). Варто відзначити, що через активне заміщення подібного роду «сервісний» клас збільшується, з цього приводу ще Ф. Бродель попереджав про небезпеку заперечення факту переважання в сучасному суспільстві соціономічних професій, а також все зростаючого попиту на них [31, c. 66 ].

У сучасних умовах розвиток сектора послуг відбувається у всіх напрямках: в галузі комп’ютеризації, консалтингових та інформаційних послуг, науково-дослідних, управлінських, соціально-побутових та інших. Економіка, перетворюючись на «економіку вражень», детермінує запит на високо-кваліфікованих фахівців у галузі туризму, сервісу, косметології, ресторанного бізнесу.

У сьогоднішнього споживача настало пересичення стандартизованою продукцією, і він прагне отримати індивідуалізований товар, створений спеціально для нього, відповідний його настрою та внутрішньому світу. Відбувається відхід від традиційної диспозиції «клієнт-спеціаліст» та «компанія-клієнт», замість цього менеджери компанії набувають ролі «режисерів», а клієнти – «глядачів» та «гостей». Масова персоналізація диктує інші вимоги до спеціалістів, їх комунікативні та особисті якості є основою їхнього професійного успіху, а для економіки в цілому є фактором успішність. Крім того, навіть образ традиційних професій, таких як лікарі, вчителі, юристи, змушені зважати на диктат нових умов, вибудовуючи клієнторієнтовані відносини, головна мета яких, крім надання основної послуги, - створення позитивних вражень у клієнта, щоб він почував себе гостем, «учасником шоу» [3, c. 54 ].

Представникам соціономічних професій завдяки предмету праці (колектив, соціальна група, індивідами) потрібно взаємодіяти, абстрагуючись від повсякденного особистісного досвіду, опосередковуючи свої практики професійною етикою, посадовими інструкціями та приписами, вимогами, які пред’являються колективом. Так, В. Шаувелі та К. Маслач констатували, що синдром «психологічного вигоряння» властивий виключно комунікативним професіям, визначаючи їх як тип «людина-людина», або, користуючись нашою термінологією, соціономічних професій.

О. С. Баженов розмежовував фахівців типу «людина-людина» на нормальний (типовий, звичайний, середній) та ненормальний (нетиповий, незвичайний, видатний) види. Комунікативні практики представників соціономічних професій, їхні стосунки з клієнтом, сприйняття клієнта як об’єкта професійної діяльності детермінує найбільш виражені, типові професійні деформації. Соціальна актуальність вивчення професійних деформацій соціономічних професій обумовлена ​​ризиками клієнтів та соціального оточення, а також необхідністю вироблення комплексу заходів щодо своєчасної діагностики та профілактики даних відхилень [2, c. 114].

Найвищі показники ризик-факторів стресу у всіх представників соціономічних професій пов’язані з суб’єктивною оцінкою професійної ситуації, на другому місці, поряд з умовами організації – особистісні та поведінкові деформації.

Професіоналізація впливає на формування у співробітників професійних стресів. Разом з тим, з адаптацією у співробітників зменшується конфліктне ставлення до об’єкту праці, до колективу та його цінностей. Співробітник адаптується до професійних стресів, проте він усвідомлює недосконалість організації своєї роботи, знаходячи у процесі трудової діяльності все більшу кількість недоліків, все більш напружено відноситься до начальства.

За групами динаміки оцінка відносини з «клієнтом» як стресовим фактору різко відрізняється. Якщо лікарі на пізніших етапах професіоналізації схильні якнайменше бачити причину своїх стресів у недоліках клієнта, то у співробітників кримінально-виконавчої системи, навпаки, зростає невдоволення психологічно складним контингентом. Зауважимо, вони жодна група не виділяє предмет своєї діяльності та її недосконалість як основну причину усвідомлено.

Однак, як показують дані, найбільші стреси та характер вигоряння обумовлений саме характером взаємин із «клієнтами». Звернемо увагу, що ні співробітники державних служб, ні самі лікарі не вважають, що їх фактором стресу є байдуже ставлення до праці. Однак саме подібного роду дистанціювання, витіснення професійного стресу, пов’язаного з об’єктом праці, а також норми корпоративної, що склалися етики та відносини в колективі, у тому числі вертикально інтегровані (відносини до керівництва та кар’єрного зростання) є основними факторами професійної деформації [13, c. 285 ].

Емоційному вигоранню, таким чином, можуть сприяти найрізноманітніші чинники, кумулятивний ефект яких визначає ступінь та глибину професійної деформації. У соціономічних професіях, таким чином, основними факторами, що сприяють емоційному вигорянню, є характер і ступінь залучення взаємодії з клієнтом, стаж роботи, рівень освіти, наявність або відсутність відпочинку, сформованість психологічного бар’єру та сімейне становище.

Характер та ступінь виразності професійних деформацій сильно відрізняється від професії до професії, соціономічні професії поєднує те, що об’єктом їхньої діяльності є інші особи, з якими необхідно підтримувати постійний професійно-опосередкований контакт. Саме тому професіонали змушені орієнтуватися на іншого, та умовами професійної ефективності виступають емпатія, звичка до рефлексії, спостережливість та уважність. Для даних професій найбільш характерна практика символічного відгородження, бар’єру, описаного в антропології навіть через символічну некрофікацію клієнта.

Виявлено специфічні фактори професійних деформацій у медичних працівників - перешкоди працівників приймальних покоїв, недоліки самих пацієнтів, страх за життя пацієнта. Нами виявлено закономірність психологічної заміни медичними працівниками справжньої причини стресу (страху за хворого та страхом відповідальності, а також високою напругою та стомлюваністю.

Самі співробітники соціономічних професій схильні звинувачувати професію за її стресогенність, напругу та одноманітність роботи (лідирують фактори, пов’язані з предметом праці та її особливостями). Вони відзначають монотонність праці, високу напруженість та стресогенність, а також соціальну незахищеність, і навіть низькі можливості кар’єрного зростання [20, c. 125].

Також ступінь професійної деформації залежить від режиму. До загальних факторів професійних деформацій соціономічних професій можна віднести також відсутність жорстких єдиних вимог до продукту праці, і, отже, до діяльності. Це відкриває можливості для особистої варіабельності, та зіткнення зі стресами, які виходять від не ефективності результату та взаємодії з об’єктом. У дослідженні Є. М. Чуєвої було виявлено, що рівень прояву ризик-факторів у всіх представників соціономічних професій пов’язаний з суб’єктивною оцінкою професійної ситуації та умовами організації праці, що викликають особистісні та поведінкові деформації.

Так, у ході професіоналізації у лікарів виникає адаптація до «клієнта», вони схильні менше звинувачувати у професійно обумовлених стресах їх недоліки. Навпаки, працівники пенітенціарних установ мають установку «вини» стосовно «клієнта». Разом з тим, професійні деформації найбільш часто взаємодіючих з ув’язненими співробітників пенітенціарних установ набагато більше виражені, ніж в установах інших режимів. Дана парадоксальна закономірність нагадує нам про те, що не стільки небезпека об’єкта праці, скільки наявність або відсутність дистанції від нього викликає професійну деформацію. Ці установки безпосередньо укорінені в специфіці професійної етики груп, що вивчаються, та їх вплив зростає з професіоналізацією, що означає їхню велику інкорпорованість у ціннісно-мотиваційну сферу професіонала [32, c. 48 ].

Очевидно, що природа виявлених установок одна і вона вкорінена в психологічний механізм: обумовлена ​​специфікою клієнта вибудовування психологічного бар’єру з метою мінімізації професійно-обумовленого стресу. Це ще раз підтверджує дані антропології про неминучість роботи укоріненого у культурі символічного відгородження від «клієнта» з метою запобігання ідентифікації із останнім. Через тісний постійний контакт представників соціономічних професій з «клієнтами», робота даного механізму детермінує одночасно ступінь професіоналізму та глибину професійної деформації працівників.

Ця установка виробляється в ході професіоналізації, та завдяки інституційним правилам та нормам, етичним кодексам підтримується соціальними традиціями професійної групи.

У ході історико-соціологічного аналізу ми дійшли висновку, що проблема професійних деформацій розкривається у класичних соціологічних теоріях (Е. Дюркгейм, Г. Спенсер та ін), роботах П. Сорокіна, Т. Парсонса, Р. Мертона та ін. На даний момент вона актуалізована у роботах сучасних соціологів.

Професійна деформація розуміється нами як інтеріоризація в структуру особистості поведінкових зразків, які потім екстеріоризуються в поведінці (повсякденній та професійній) і викликають негативну реакцію оточуючих. Професійна деформація представляє об’єктивну небезпеку для особистості професіонала та його найближчого оточення [46, c. 44].

Аналіз факторів та природи професійної деформації, показав наступне. Процес професіоналізації, розглянутий не лише як професійне становлення особистості, але і як генезис професійних інститутів є ключовим фактором професійних деформацій. Він є системоутворюючим по відношенню до індивідуальних факторів. Аналіз вторинних даних показав, що у медичних працівників та працівників пенітенціарних установ ступінь та глибина професійної деформації залежить не від віку, а від стажу роботи та ступеня залучення до професійної діяльності.

У свою чергу, професіоналізація передбачає інкорпорування професіоналом професійних цінностей, професійної етики.

Зважаючи на розмиття, трансформацію професійних цінностей, формування «модульних ідентичностей», у тому числі професійний, ціннісно-рольовий конфлікт лише актуалізується. Індивід змушений постійно вбудовуватись у різні професійні спільноти. Тому можна сказати, що деформація професійних цінностей у «чистому» вигляді може бути застосована швидше до працівників так званих «традиційних» професій з постійною зайнятістю – вчителі, лікарі, викладачі та ін.

Особистісні акцентуації як суб’єктивний фактор професійної деформації проявляються у комплексі з впливом соціального оточення, специфікою предмета праці. До акцентовано обумовлених професійних деформацій відносяться соціальне лицемірство, рольовий експансіонізм, надконтроль, поведінковий трансфер, демонстративність, професійний догматизм та професійна агресія, домінантність та консерватизм. Виявлення типу акцентуації дає можливість визначення методики корекції, а також професійної орієнтації. При виборі професії необхідний облік індивідуальних особливостей акцентуйованої особи [63].

Отже, специфікою соціономічних професій (типу людина-людина) є практика дистанціювання від клієнта як об’єкта праці. Професійно обумовлена ​​комунікація передбачає наявність якоїсь професійної «маски», комунікативного бар’єру, що перешкоджає стресових впливів з боку клієнта. Дистанціювання вкорінене в професійній традиції та підтримується професійною спільнотою.

**Висновки до 1 розділу**

Стрес у нашому житті неминучий - він і рушій нашого розвитку і «гальмо» на шляху в досягненні наміченого, переживаючи стресові ситуації, людина по-різному може на них реагувати. Це залежить від безлічі факторів - внутрішніх і зовнішніх - від стану психіки, вольової регуляції людини до соціального оточення, її підтримки і впливу.

Наявність психічних сил до найефективнішого виходу із стресу, не впадати в деструктивні емоції, які посилюють переживання стресу, а знаходити оптимальні точки дотику для конструктивних способів подолання стресових ситуацій.

У наступному розділі описується експериментальне дослідження, в якому, за допомогою організованої психологічної роботи співробітникам стоматологічних поліклінік надавалася псхологічна підтримка та корекція наслідків стресів з допомогою засобів музикотерапії.

**РОЗДІЛ 2.**

**ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ впливу музикотерапії як чинника регуляції професійного стресу працівників соціономічних професій**

**2.1 Організація та зміст емпіричного дослідження. Констатувальний етап експерименту**

Дослідження було організовано та проведено у період із січня по жовтень 2021 року на базі стоматологічних поліклінік (державних та приватних) м. Івано-Франківська. У цьому дослідженні було задіяно 54 особи, які є працівниками медичних установ. Дослідження було організовано у 3 етапи.

На першому етапі було проведено первинну діагностику стресових станів співробітників медичних установ у період початку впровадження програми «Музика проти стресу».

На другому етапі було організовано та проведено комплексну психологічу роботу, спрямована на адаптацію працівників до роботи та зниження емоційної напруги. Заходи які проводились та запроваджувались буде описано у пункті 2.2.

На третьому етапі було проведено повторний діагностичний зріз стресових станів співробітників, основною метою якого була констатація ефективності чи не ефективності виконаної роботи. На першому і третьому етапах використовувалися ті самі методики, що будуть пред’являтись в однаковій послідовності.

Для реалізації поставлених завдань нами були відібрані методики, спрямовані на дослідження стресових станів, у тому числі і реорганізаційний процес. В результаті було використано такі методики:

* Шкала професійного стресу (автор Маклін, адаптація Н. Є. Водоп’янової) [86];
* Інвентаризація симптомів стресу (автор Т. Іванченко) [37];
* Шкала психологічного стресу – PSM-25 (автори Л. Лемур, Р. А. Тесьєр, Л. Фільйон, адаптація Н. Є. Водоп’янової) [85];
* Експрес-діагностика стресогенних факторів у діяльності керівника (автори І. Ладанова, В. Уразаєва) [28].

Дані методики є апробованими та валідними та можуть використовуватись при діагностиці стресових станів.

*Методика «Шкала професійного стресу».* Ця методика була розроблена Макліним, адаптована Н. Є.Водоп’яновою.Метою методики є вимірювання сприйнятливості допрофесійного стресу(ОС). Ця сприйнятливість пов’язана з«недостатнім умінням спілкуватися, приймати цінності інших людей,адекватно оцінювати ситуацію без шкоди для свого здоров’я тапрацездатності, негнучкістю поведінки та пасивністю по відношенню доактивних форм відпочинку та відновлення життєвих сил».

Чим вищий показник професійного стресу, тим сильніша вразливість до переживання робочих стресів, частіше переживання дистресів (Н. Є. Водоп’янова має на увазі такі стрес-синдроми: емоційне вигоряння, синдром хронічної втоми, синдром менеджера).

Високий показник ОС пов’язаний із схильністю людини до типу А (за Фрідманом): поведінкове ядро, якого характеризується «агресивністю, нетерплячістю, надмірною залученістю до роботи, прагненням до досягнення, суперництва, перебільшеним почуттям нестачі часу, квапливою мовою, напруженістю м’язів обличчя та тіла». М. Фрідман та Р. Розенман ввели поняття «тип А» у 60-х роках XX століття, крім описової характеристики даного типу вони встановили, що люди, що належать до типу А «від 4 до 7 разів частіше (ніж особи типу В) хворіють інфарктом міокарда» [43].

М. Фрідман та С. Розенман досліджували причини захворювань, що мають відношення до атеросклерозу коронарних артерій. Метою дослідження вчені визначали таке: «Чи можуть почуття та думки людини впливати на розвиток цієї хвороби, і якщо такий зв’язок існує, то які механізми її розвитку? [43].

В результаті проведеного дослідження, організованого з пацієнами із захворюваннями серця, були виділені загальні характерні для всіх досліджуваних поведінкові ознаки: «люди виявляли таку реакцію на події повсякденного життя: у них спостерігалися сильні тенденції до протиборства та постійна потреба здобувати перемогу, їх легко було вивести з себе, якщо хтось діяв їм наперекір, відчайдушно захищали власну усталену думку, виявляли нетерпіння у дорожніх пробках, чергах, у них відзначалася нав’язливо-примусова потреба швидше завершувати будь-яку справу, швидко їсти та швидко пересуватись, стан бездіяльності для них є нестерпним» . У результаті, Фрідманом і Розенманом була складена класифікація, згідно якої люди з описаними вище поведінковими характеристиками були охарактеризовані як особи з патерном поведінки типу А, люди, які мають протилежні риси – охарактеризовані як тип В. При цьому, в дослідженні також було встановлено третю групу – особи, мають проміжні характеристики типів А та В – це група типу АБ [43 ].

Крім визначення загального індексу професійного стресу, метдика дозволяє віднести досліджуваних до тієї чи іншої групи. Також методика дозволяє досліджувати п’ять показників: когнітивність, широту інтересів, прийняття цінностей інших, гнучкість поведінки, активність та продуктивність діяльності.

Результати обробляються та інтерпретуються наступним чином: до методики додається загальний індекс професійного стресу. Висока кількість балів по цьому показнику свідчить про низьку толерантність до стресу та про низьку стійкість та продуктивність діяльності. Якщо професійний стрес вище 50 балів, це вказує на високу сприйнятливість до професійного стресу, відповідно до теорії Фрідмана і Розенмана, поведінці типу А.

Показник професійного стресу від 40 до 49 балів відповідає середньому показнику толерантності до стресу, поведінка типу АБ. Показник професійного стресу менше ніж 39 балів свідчить про високу толерантність до професійного стресу, поведінка типу Б, так званий «імунний» тип поведінки.

Аналіз п’яти субшкал проводиться за кожною шкалою окремо. Опитувальні бланки та текст методики представлені у Додатку А.

*Методика «Інвентаризація симптомів стресу».* Ця методика була розроблена Т. Іванченко.Метою методики є дослідження стресових ознак таступінь їхнього прояву. Респондентам необхідно відповісти на 20 запитаньта оцінити частоту проявів кожного перерахованого симптому, для особипропонуються такі варіанти відповідей як: ніколи, рідко, часто, завжди.

Обробка та інтерпретація результатів. Здійснюється підрахунок загальної кількості набраних балів, результаті дані розподіляються за чотирма групами:

1) 20-30 балів – психічна адаптованість;

2) 31-45 балів – середній рівень переживання стресу;

3) 46-60 балів – високий рівень переживання стресу;

4) 61-80 балів – вкрай виражений рівень переживання стресу.

Перша група – це особи, які живуть спокійно та розумно, достатньо легко справляються з життєвими проблемами, але нерідко «витають у хмарах».

Друга група – особи, яким властива активна діяльність та напруга; схильні до стресу у всіх його проявах: у позитивному плані – у прагненні досягти результатів, у негативному – переживання проблем та зіткнення з труднощами.

Третя група – честолюбні люди, які прагнуть кар’єрного зростання, залежні від думки оточуючих, що посилює стресогенність. Схильні вступати в суперечки, виявляти гнів через дрібниці, прагнуть отримати від життя все по максимуму. Ці люди – справжні борці за життя та з життям.

Четверта група – люди, які перебувають у стані постійного стресу, який загрожує і здоров’ю, і стосункам із оточуючими.

Опитувальні бланки та текст методики представлені у Додатку Б.

*Методика «Шкала психологічного стресу – PSM-25»* Ця методика була розроблена Л. Лемуром, Р. Тесьєром, Л.Філіоном, адаптована Н. Є. Водоп’яновою [8, с. 41-44].Методика спрямовано на вимірювання феноменологічної структурипереживання стресу.

Метою методики є вимірювання стресових відчуттів у соматичних, поведінкових та емоційних показниках. У традиційних методах дослідження стресових станів основний акцент робиться на непрямих вимірах психологічного стресу через стресори або патологічних проявів тривожності, депресії, фрустрації тощо. Далеко не кожна методика призначена для того, щоб вимірювати стрес у контексті природного стану психічної напруги. Саме це спричинило те, що вченими – Лемуром, Тесьє та Філліоном був розроблений опитувальник, що описує стан людини, яка перебуває в стресі, внаслідок чого відсутня необхідність визначення наступних змінних: стресових патологій» [13, с. 41]. Дана методика вважається універсальною, тому що може застосовуватися для осіб вікового діапазону від 18 до 65 років, що належать до різних професійних груп.

Подана методика широко апробована на великій вибірці (більше 5 000 осіб) у більш ніж семи країнах світу. Дослідження психометричних показників методики показало, що інтегральний показник PSM має позитивні кореляційні зв’язки зі шкалою тривожності (методика Спілберга), індекс депресії.

Респондентам пропонується опитувальник з твердженнями, що характеризують психічні стани. Досліджуваним необхідно оцінити кожне твердження відповідно до того, як часто вони переживають той чи інший стан: ніколи, дуже рідко, дуже рідко, рідко, іноді, часто, дуже часто, постійно (щодня).

Обробка та інтерпретація результатів. Підраховується сума всіх відповідей – інтегральний показник психічної напруженості (ППН). Чим більше ППН, тим вищий рівень психологічного стресу:

* 25-100 балів – стан психологічної адаптованості до робочого навантаження;
* 154-100 балів – середній рівень стресу;
* 155-200 балів – вказує на високий рівень стресу, що є свідченням стану дезадаптації та психічного дискомфорту, необхідність застосування широкого спектру засобів і методів для зменшення нервово-психічної напруги, психологічного розвантаження, зміни стилю мислення та життя.

Опитувальні бланки та текст методики представлені у Додатку Г.

*Методика «Експрес-діагностика стресогенних факторів у діяльності керівника».* Ця методика була розроблена І. Ладановим, В. Уразаєвою [8, с.68-70].

Метою методики є: «на прикладі стресогенних факторів визначити, наскільки людина адаптована до певної обстановки та як виявляються її здатності діяти у певній ситуації» [41, с. 237]. Респондентам пропонується список із 12 тверджень, до кожного з яких необхідно вибрати варіант відповіді: ніколи, рідко, іноді, часто, завжди.

Сфери робочих стресів:

* Конфліктність комунікацій.
* Стреси робочих перевантажень.
* Інформаційний стрес.
* Стреси «вертикальних» комунікацій.

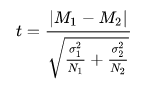
Обробка та інтерпретація результатів:

* 3-6 балів – низький рівень реакції на стрес;
* 7-11 балів – середній рівень реакції на стрес;
* 12-15 балів – у першій сфері – підвищена конфліктність ділового спілкування (висока стресогенність організаційних комунікацій); в другий сфері - наявність психологічних навантажень у керівника; в третій сфері – низька компетентність керівництва, неконструктивна організація роботи; у четвертій – психологічна напруженість з вищим керівництвом.

Опитувальні бланки та текст методики представлені у Додатку Г.

*Методи математичної обробки даних дослідження.* Перевірку гіпотез було здійснено за допомогою методівматематичної обробки даних – Т-критерію Стьюдента та коефіцієнтакореляції Пірсона.

*Т-критерій Стьюдента.* Розраховується за такою формулою:



де М1 - середня арифметична першої порівнюваної групи, М2 - середня арифметична другої порівнюваної групи, σ1 - середня помилка першої середньої арифметичної, σ2 - середня помилка другої середньої арифметичної.

Отримане значення t-критерію Стьюдента інтерпретується через знаходження числа ступенів свободи f за такою формулою:

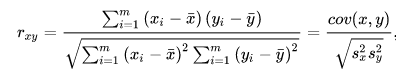
f = (n1 + n2) - 2

Далі визначаються критичні значення t-критерію Стьюдента для необхідного рівня значущості (наприклад, p=0,05) та при даному числі ступенів свободи f за таблицями. Якщо розраховане значення t-критерію Стьюдента дорівнює або більше критичного, знайденого за таблицею, робляться висновки щодо статистичної значущості відмінностей між порівнюваними величинами. Якщо значення розрахованого t-критерію Стьюдента менше табличного, можемо говорити про те, що відмінності порівнюваних величин статистично не значущі.

*Коефіцієнт кореляції Пірсона:*

Даний метод дозволяє визначити наявність чи відсутність лінійноuj зв’язку між двома кількісними показниками, а також оцінити їх тісноту та статистичну значимість. Інакше кажучи, цей метод дозволяє визначити, яка сила кореляційного зв’язку між двома показниками, виміряними у кількісній шкалі.

Розрахунок коефіцієнта кореляції Пірсона здійснюється за наступною формулою:



Де х, у – вибіркові середні xm ym, s2x, s2y – вибірковідисперсії.

Далі, за таблицями перевіряється наявність чи відсутність зв’язків між досліджуваними параметрами.

На першому етапі був зроблений первинний зріз, спочатку впровадження програми «Музика проти стресу». Для діагностики використовувалися відібрані методики. В результаті обробки отриманих даних були складені таблиці результатів дослідження, які, згодом, були піддані математичній обробці – виявлення статистичної достовірності отриманих даних та можливості перевірки гіпотез.

Отримані дані представлені у зведеній таблиці (Додаток Д). Результати, отримані за методикою «Шкала професійного стресу», представлені на рис. 2.1, що демонструє отримані результати загально-групового показника професійного стресуна першому етапі:

Отриманий результат дослідження професійного стресу показує, що у середньому, у групі відзначається низька стресостійкість, люди напружені, їм важко перебудуватися на нову систему роботи, проявляється ригідність та зниження адаптивних здібностей. Середній показник дозволяє побачити усереднену картину групи, але з урахуванням того, що в групах планувалося проведення психологічної роботи, необхідно було виявити індивідуальні результати з цього показнику, розуміти, скільки респондентів належить до тієї чи іншої групі (йдеться про типи – А, АВ і У).

На рисунку 2.1 представлені індивідуальні результати, отримані при дослідженні професійного стресу.

Таблиця 2.1 - Індивідуальні результати розподілу професійного стресу на першому етапі

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Кількість | Групи досліджуваних | | |
| Група А | Група В | Група АВ |
| 19 | 8 | 27 |

Рисунок 2.1 - Індивідуальні результати розподілу професійного стресу першому етапі

Графік на рис. 2.1 показує, що половина всіх досліджуваних відповідають типу АВ (таких – 27 осіб, 50% від загальної кількості), тобто ситуація переходу на нову програму роботи для них стресогенної, але вони вчаться адаптуватися і справлятися зі стресом, мабуть, зі змінним успіхом. 19 досліджуваних (35,2% від загального числа) відповідають типу А - це критичний показник, тому, що для цих людей, а це одна третина всіх досліджуваних, робоча діяльність для них є серйозним стресом, з яким їм важко впоратися самостійно та терміново потрібна допомога та психологічна підтримка. Тільки 8 осіб (14,8%) відповідають типу В – це стійкі до стресів. люди, які вміють самостійно справлятися з труднощами та які самостійно можуть знаходити оптимальні собі способи адаптації. Включення таких людей до загальної психологічної роботи з супроводу персоналу при адаптації та корекції професійного стресу дозволило б представникам типів А та АВ знайти додатковий ресурс та підтримку у вигляді реальних людей, колег, у яких можна вчитися ефективним технологіям та способам подолання стресу.

Далі методика передбачає вивчення окремих шкал професійного стресу. Вивчення показників професійного стресу, розподілених за шкалам показало, що у загальній картині у досліджуваних всі шкали перебувають у сфері середніх значень. Тим не менш, якщо порівнювати шкали між собою, то видно, що найвищий показник встановлено за шкалою «Гнучкість поведінки» – при виникненні проблем починається активний пошук виходу із ситуації, переживання негативних почуттів в ситуаціях невдач; найнижчий показник за шкалою «широта інтересів». Результати, отримані за методикою «Інвентаризація симптомів стресу» представлені в додатку Д.

Результати дослідження психологічного стресу, отримані в групі досліджуваних свідчать про те, що в цілому картина представлено добре: загально груповий показник знаходиться в області значень, що відповідає середньому рівню переживання стресу. Враховуючи той факт, що усереднені показники ускладнюють розуміння індивідуальних особливостей переживання стресу, був побудований графік на рис. 2.2., що демонструє індивідуальні показники переживання стресу.

Таблиця 2.2 - Індивідуальні показники переживання стресу

|  |  |
| --- | --- |
| Рівні | Показники переживання стресу |
| Низький рівень | 5 осіб |
| Середній рівень | 35 осіб |
| Високий рівень | 14 осіб |

Рисунок 2.2 – Індивідуальні показники переживання стресу

Рисунок 2.2 демонструє індивідуальні показники переживання стресу. Дослідження індивідуальних показників переживання стресу показало, що 64,8% досліджуваних (35 людина) середній рівень переживання стресу – співробітники поліклінік зайняті активною діяльністю, пов’язаною з напругою, внаслідок чого перебувають під постійним впливом стресових ситуацій різних за походженням: завантаженість на роботі, пацієнти з різними запитами та установками, вимоги начальства та ін., в результаті на заняття собою часу практично не залишається, що призводить до перевтом і напруги. 25,9% досліджуваних (14 осіб) перебувають у зоні ризику – рівень стресу, що переживається, знаходиться в області високого рівня стресу, щ*о* переживається.

Індивідуальні результати дослідження переживання стресу на першому етапі: тільки у 9,3% випробуваних (5 осіб) стан психологічної адаптації нормальний, це дуже мало. Основна частина групи – у зоні ризику, відповідно до необхідності проведення додаткових підтримуючих психологічних заходів, очевидно.

Результати, отримані за методикою «Шкала психологічного стресу – PSM-25». Показник переживання психологічного стресу, згідно з методикою «Шкала психологічного стресу», свідчить про те, що загалом в групі випробуваних середній стан психологічної адаптації. Для отримання більш детальної картини був побудований рисунок 2.3., на якому представлені індивідуальні результати стресових відчуттів.

Таблиця 2.3 - Індивідуальні показники переживання стресу за методикою «Шкала психологічного стресу – PSM-25»

|  |  |
| --- | --- |
| Рівні | Показники переживання стресу |
| Низький рівень | 47 осіб |
| Середній рівень | 7 осіб |
| Високий рівень | 0 осіб |

Рисунок 2.3 - Індивідуальні показники переживання стресу за методикою «Шкала психологічного стресу – PSM-25»

На рисунку видно, що загалом картина виглядає оптимістично: ні в одного з досліджуваних осіб не спостерігається високого рівня стресу, який даною методикою визначається як дезадаптація, що супроводжується тяжкими емоційними порушеннями, коли потрібно робити кардинальні заходи, аж до зміни роботи чи професії. В основної частини респондентів (87% – 47 осіб) спостерігається стан психологічної адаптації до робочих навантажень, у 7 осіб (13%) виявлено середній рівень стресу.

Результати, отримані за методикою «Експрес-діагностика стресогенних факторів у діяльності керівника» представляють результати з чотирьох сфер робочих стресів (Додаток Д).

Показники робочих стресів розподілилися таким чином, що інформаційний стрес знаходиться в області низького рівня (6,00 балів) – це означає, що досліджувані не відчувають напруги щодо отримання інформації, доступу до неї, з боку керівництва, по всій видимості, інформація надходить у строки, вона є зрозумілою, не викликає зайвих питань. На середньому рівні виявилися показники по таких сферам робочих стресів як:

1) Стреси робочих навантажень (7,50 балів) – коли дуже багато роботи, з якою фахівцю або важко впоратися, або не укладається в часі, у таких ситуаціях людям не вистачає часу на особисте життя, навіть вдома думають про роботу та виконання необхідних зобов’язань.

2) Конфліктність комунікацій (7,41 балів) – напружена взаємодія з колегами та керівником, труднощі встановлення комунікаційних зв’язків.

3) Стреси «вертикальних» комунікацій (7,06 балів) – проблеми у комунікаціях керівник-підлеглий: коли підлеглий не знає, як його оцінює керівник і через це виникає напруга, реакція керівника непередбачувана, що є стресогеном, відмінності у поглядах та поглядах з керівництвом, що також посилює конфліктну напруга та стресові ситуації.

**2.2. Особливості впливу музикотерапії на компоненти моделі стресу**

Як психологічні умови для ефективної корекції емоційного вигоряння у медпрацівниківми пропонуємо музикотерапію - метод, що використовує музику як засіб корекції стресових станів [6; 12].

Мета нашої роботи полягала в теоретичному обґрунтуванні, розроблення та апробації програми з корекції стресових станів за допомогою музикотерапії у медпрацівників, а також оцінки її ефективності.

Аналіз психолого-педагогічної, музико-терапевтичної літератури з проблеми дослідження дозволив визначити феномен стресу та емоційного вигоряння як вироблений особистістю механізм психологічного захисту, що полягає у повному або частковому виключенні емоцій у відповідь на будь-які психотравмуючі дії; фізичне, емоційне чи мотиваційне виснаження, що характеризується порушенням продуктивності в роботі, втомою, безсонням [3].

У процесі вивчення літератури були визначені механізми впливу музики на людину. Музичний ритмічний подразник здатний відновити стійкість домінантного збудження у певній сукупності нервових центрів [12].

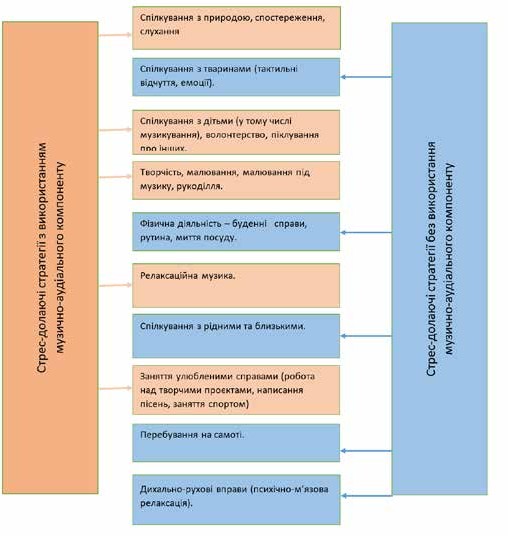
Музика здатна до моделювання емоцій, до зміни психо0фізіологічного стану людини [8]. Катарсична дія музики пояснюється актуалізацією витіснених несвідомих афектів, інтенсивних і болючих, які «відгукуються», минаючи контроль свідомості. У той час як фізіологічні реакції у різних людей на музику є подібними, емоційна реакція суто індивідуальна [5]. Були класифіковані розрізнені узагальнення музикантів-практиків та конкретизовано вплив авторського стилю на психологічні механізми особистості.

Сучасні дослідження показали, що можливості музикотерапії досить широкі і можуть включати в себе різноманітні програми: для зняття стресу у дорослих та медпрацівників; для підвищення резервних можливостей організму людини, а також у процесі розвитку навичок самовираження та саморегуляції, допомоги у процесі комунікації. Музикотерапія знаходиться в стадії пошуку нових способів лікування та корекції самооцінки, стимуляції особистісного зростання, рішення комунікативних проблем і проблем професійного розвитку з допомогою музики.

Нами було запропоновано, на основі запропонованих О. А. Бліновою характеристик музичного матеріалу та музико-тераптичних прийомів нами був підібраний ряд музичних творів для експериментальної програми, продумані форми роботи, розроблена та проведена авторська музико-терапевтична програма з корекції емоційного вигоряння у медпрацівників.

Оскільки, робота проводиться з дорослими людьми, то ми старались сформувати всі вправи та заняття так, щоб кожен учасник дослідження за допомогою музико-терапії міг вибрати свою «персональну» стратегію боротьби з стресом за допомогою музики. Питання стрес-переборюваних стратегій, за визначенням науковців, торкається теми провадження суб’єктної активності особистості в реалізації здатності до подолання складних життєвих ситуацій.

Шляхом бесіди медпрацівникам запропоновано визначити власні стратегії подолання стресу та сформувати груповий список найбільш популярних копінг-стратегій в умовах стресу на роботі. Унаслідок укладено перелік стрес-переборюваних стратегій, притаманних для членів досліджуваної групи, який подано на рисунку 2.4

Рисунок 2.4 - Особистісні стрес-переборювані стратегії

Подані стратегії медиків (спілкування з природою, спостереження, слухання; спілкування з тваринами (тактильні відчуття, емоції); спілкування з дітьми (зокрема й музикування), волонтерство; творчість, малювання, малювання під музику, рукоділля; фізична діяльність – буденні справи, рутина, миття посуду; релаксаційна музика; спілкування з рідними та близькими; заняття улюбленими справами (робота над творчими проєктами, написання пісень, заняття спортом); перебування на самоті; дихально-рухові вправи (психічно-м’язова релаксація)) описують процеси ситуаційного опрацювання проблем, пов’язаних із подоланням надзвичайно стресової ситуації на роботі.

Після обговорення і визначення списку стратегій медикам запропоновано обміркувати кожну стратегію в контексті доцільності використання аудіальних або музично-рухових компонентів. Зокрема, медики обговорювали, як часто кожен із них використовує чи хотів би використовувати для підтримки оптимального рівня активності, відновлення ресурсів життєздатності, підтримки емоційної рівноваги та продуктивності такі музичні засоби, як імагінаційні техніки з використанням музики, терапевтичне написання пісень, активне й колективне музикування, сумісну імпровізацію, прослуховування музики, інтеграційні техніки музикотерапії.

Вищезгадані засоби, що іноді визначають як техніки, найбільш уживані в сучасній науковій літературі та широко використовувані в практиці музичних терапевтів, психологів та педагогів. З’ясовано, що здебільшого медрацівники або свідомо, або інтуїтивно долучають музичні елементи до особистісних стрес-переборюваних стратегій. Результати обговорення подано в таблиці, де у відсотках указано, скільки респондентів визначають ту чи ту музичну техніку сприятливою задля втілення певної стрес-переборюваної стратегії

Таблиця 2.4 - Визначення оптимальних музичних технік для втілення особистісних стрес-переборюваних стратегій

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **імагінаційні техніки**  **з використанням музики** | **терапевтичне написання пісень** | **активне музикування** | **колективне музикування** | **сумісна імпровізація** | **прослуховування музики** | **інтеграційні техніки, зокрема з використанням орф-підходу.** |
| Спілкування з природою, спостере- ження, слухання | 50% | 62,5% | 12,5% | 0 | 25% | 50% | 37,5% |
| Спілкування з тваринами (тактильні відчуття, емоції) | 12,5% | 25% | 25% | 0 | 25% | 25% | 25% |
| Спілкування з дітьми (зокрема й му- зикування), волонтерство, піклування про інших | 50% | 25% | 62,5% | 75% | 75% | 50% | 50% |
| Творчість, малювання, малювання під музику, рукоділля | 50% | 37,5% | 25% | 0 | 50% | 62,5% | 87,5% |
| Фізична діяльність, буденні справи, рутина, миття посуду | 0 | 0 | 0 | 25% | 25% | 75% | 37,5% |
| Релаксаційна музика | 37,5% | 25% | 25% | 12,5% | 50% | 75% | 37,5% |
| Спілкування з рідними та близькими | 25% | 37,5% | 25% | 87,5% | 62,5% | 37,5% | 12,5% |
| Заняття улюбленими справами (пра- цювати над проєктами, писати пісні, займатися спортом) | 37,5% | 37,5% | 25% | 0 | 25% | 62,5% | 25% |
| Перебування на самоті | 25% | 62,5% | 37,5% | 0 | 25% | 25% | 25% |
| Дихання з рухами (психічно-м’язова релаксація) | 37,5% | 0 | 0 | 0 | 37,5% | 50% | 50% |

Аналіз даних таблиці засвідчує, що, на думку респондентів, усі без винятку стратегії можуть залучати музичний компонент. Увагу привертає досить висока частота таких технік, як колективне музикування (87,5%) та сумісна імпровізація (62,5%) у випадку втілення стратегії «Спілкування з рідними та близькими», що безперечно сприятиме розширенню соціальних і комунікативних навичок.

Застосування інтеграційної техніки музикотерапії, зокрема з використанням орф-підходу (87,5%), у випадку втілення особистісної стратегії «Творчість, малювання, малювання під музику, рукоділля» сприятиме підвищенню рівня соціальної активності, поліпшенню перцептивних та інтерактивних навичок.

Достатньо високою є частота обрання техніки сумісної імпровізації (75%) та колективного музикування (75%) щодо стратегії «Спілкування з дітьми (зокрема музикування), волонтерство, піклування про інших». Загалом використання імпровізації в роботі дає змогу знизити рівень емоційного напруження та сприяє активації механізмів соціально-психологічної адаптації завдяки розвитку невербальних навичок самовираження, що відображають процеси комунікації людських взаємостосунків. Крім того, процес сумісної імпровізації та колективного музикування у формі виконання простих завдань приносить задоволення та відчуття успіху, що поліпшує навички вольової саморегуляції та розвиток емоційного інтелекту.

Також досить високим є відсоток респондентів, що обирають прослуховування музики (75%) задля реалізації стратегій «Фізична діяльність, буденні справи, рутина, миття посуду», що виправдано з огляду на її вплив на рівень активності.

Привертає увагу вибір такої музичної техніки, як написання пісень (62,5%), під час реалізації стратегій «Спілкування з природою, спостереження, слухання» та «Перебування на самоті», а також вико- ристання техніки активного музикування (62,5%) у «Спілкування з дітьми (зокрема музикування), во- лонтерство, піклування про інших», що відображає свідоме бажання підтримати певний рівень не лише психоемоційної, а й когнітивної активності.

Вибір імагінаційних технік із використанням музики (50%) та техніки прослуховування музики (50%) для реалізації стратегії «Спілкування з природою, спостереження, слухання», «Спілкування з дітьми (зокрема музикування), волонтерство, піклування про інших» спрямоване на зменшення психоемоційного напруження та підвищення рівня самоусвідомлення.

Загалом, використання цих технік як засобів для релаксації сприятиме акумуляції психофізіологічних ресурсів. Зокрема, використання техніки сумісної імпровізації (50%) задля втілення стрес-переборюваних стратегій «Творчість, малювання, малювання під музику, рукоділля» та «Релаксаційна музика» відображає бажання медиків зберегти оптимальний рівень комунікації та задовольнити потребу в соціальній підтримці. В умовах надзвичайно стресової ситуації така соціальна підтримка має бути не інструментальною, а смисловою, адже має за мету посилити внутрішні ресурси особистості [1]. Тож, у цьому контексті використання техніки сумісної імпровізації сприятиме соціально-психологічній адаптації.

Вибір певних музичних засобів для втілення особистісних стрес-переборюваних стратегій медиків указує на їхнє усвідомлене чи інтуїтивне бажання звернутися до творчості, зокрема музики, як ресурсного засобу, що допомагає віднайти вирішення складної ситуації. На основіцих даних ми розробили програму заходів для медиків, яка представлена у Додатку Є.

Процес музичної інтервенції відбувався протягом трьох сесій тривалістю по півтори години кожна. Медики працювали з музичними техніками, опрацьовуючи власний стресовий досвід. До опрацювання цього досвіду медиків спонукало групове обговорення своїх переживань і проблем, пов’язаних із війною. Музичні інтервенції передбачали можливість використовувати вищезазначені техніки (імагінаційні техніки з використанням музики, терапевтичне написання пісень, активне й колективне музикування, сумісна імпровізація, прослуховування музики та інтеграційних технік музикотерапії, зокрема з використанням орф-підходу), з якими медики працювали протягом усього курсу (Додаток Є).

Рефлексія після завершення музичної інтервенції засвідчила, що медики розглядають свідомий вибір певних музичних засобів (імагінаційні техніки з використанням музики, терапевтичне написання пісень, активне й колективне музикування, сумісна імпровізація, прослуховування музики, інтеграційні техніки музикотерапії, зокрема з використанням орф-підходу) для втілення стрес-переборюваних стратегій як один з усвідомлених способів стабілізації, релаксації, створення умовно безпечного простору для розуміння ситуації та власного стану, підвищення рівня самоусвідомлення, опанування власних стресових реакцій і планування подальших дій. Вони також сприяють активації психоемоційних ресурсів для ліпшого ухвалення рішень. Загалом, ці музичні засоби можуть бути досить ефективними для активації стрес-переборюваних стратегій під час війни, адже водночас надають можливості для вивільнення важ- ких переживань, поліпшення мотиваційної структури та залучення соціальної підтримки.

**2.3. Аналіз та інтерпретація результатів експериментального етапу дослідження**

Далі, за допомогою коефіцієнта кореляції, було виявлено взаємозв’язок між досліджуваними показниками, встановлення взаємозв’язків дозволить виявити фактори, через які можна впливати на етапі психологічної роботи із співробітниками; виявивши ядро – можна впливати тільки на цей фактор, як наслідок, почнуть змінюватися взаємопов’язані з ним фактори, таким чином ефективність роботи підвищиться.

Практично всі показники тісно взаємопов’язані один з одним. На першому етапі було встановлено кореляційне ядро ​​– показник психологічного стресу (методика «PSM-25») – від нього утворено п’ять зв’язків із такими показниками як: «Когнітивність»; «Активність та продуктивність»; «Широта інтересів», від якої, у свою чергу, утворені зв’язки із показниками «Конфліктність комунікацій» та «Стреси вертикальних комунікацій»«; «Прийняття цінностей інших», від якого утворено зв’язок із показником «Інформаційний стрес»; показниками стресу за методикою «Інвентаризація симптомів стресу», від якого утворено два зв’язки – «Гнучкість поведінки» та «Стреси робочих перевантажень». З отриманих результатів можна дійти невтішного висновку у тому, що індивідуальний стресовий стан первинно по відношенню до стресів на роботі, відповідно, треба здійснювати роботу щодо підвищення особистісної стресостійкості насамперед (у формі профілактичних бесід, забезпечення працівників необхідною літературою та ін.). На основі отриманих результатів з урахуванням встановлених зв’язків була організована робота з персоналом поліклінік для зниження стресової напруги та підвищення стресостійкості.

З метою надання соціально-психологічної підтримки співробітникам поліклінік нами було організовано та проведено робота з застосуванням музико-терапії описана у пункті 2.2.

Робота здійснювалася як індивідуально, а також груповим способом.

Після проведених заходів, тривалість яких була 3 місяця, було проведено повторне тестування за комплексом методик. Результати до проведення та після проведення музико-терапевтичних заходів представлені в додатку Д.

Результати проведеної повторної діагностики подаємо нижче. Для підтвердження або спростування статистично достовірних результатів використовувався Т-критерій Стьюдента.

Результати, отримані за методикою «Шкала професійного стресу» представлені на у додатку Д, що демонструє динаміку отриманих результатів загально-групового показника професійного стресу:

Досліджуючи результати загальногрупового стресу, можна говорити про те, що у показниках групи відбулося зниження напруги, показник свідчить про те, що попри суб’єктивне відчуття переживання стресу, є розуміння, як з ним справлятися і як від нього конструктивно захищатись. Розрахунок Т-критерію Стьюдента підтвердив статистично достовірні різницю між показниками групи на 1 і 3 етапах роботи на рівні значимості 0,01; результати розрахунків представлені у таблиці 2.5

Таблиця 2.5 - Розрахунок Т-критерия Стьюдента по професійному стесу

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1 етап | 3 етап | Т-кр. | |
| Середнє значення | 9,40 | 9,41 | 2,79469 | p<0,01 |
| СКО | 6,87 | 7,06 |
| Кількість | 54 | 54 |

Оскільки на першому діагностичному етапі ми вивчали індивідуальні результати досліджуваних, вважали за доцільне зробити це і на третьому етапі, для того, щоб розуміти специфіку змін, що відбулися у кожного учасника цього експерименту. Індивідуальні результати показують, що у різних досліджуваних зміни нерівномірні, що цілком логічно – усі люди відрізняються своїми специфічними особливостями, цінностями, установками, комусь легше змінюватись, комусь складніше. Тим не менш, найсильніші позитивні зміни можна відзначити у 13 осіб (24,1% від загального числа): досліджуві 05, 08, 18, 19, 23, 27, 29,39, 48, 50, 52, 53, 54. Були також і ті, у кого не виявилося ні позитивної, ні негативної динаміки 17 осіб (31,5%): досліджуві 02, 12, 16, 17, 21, 22, 25, 26, 30, 32, 33, 35, 38, 40, 42, 46, 49.

Далі, вивчимо динаміку окремих шкал професійного стресу: загальна картина динаміки шкал професійного стресу така, що за кожною зі шкал відбулася зміна показників убік зменшення напруги. Найсильніші зміни можна відзначити за шкалами «Когнітивність» та «Прийняття цінностей інших», за шкалою «Гнучкість поведінки» змін практично не сталося, за нею як були найвищі показники, так і залишились. У таблиці 2.4 представлені розрахунки Т-критерію Стьюдента:

Таблица 2.6 - Розрахунок Т-критерію Стьюдента за показниками організаційного стресу

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Шкали професійного стресу | | | | | |
|  | Когнітивність | Широта інтересів | Прийняття цінностей інших | Гручкість поведінки | Активність і продуктивність |
| 1 етап (Констатувальний) | | | | | |
| Середнє значення | 9,36 | 9,44 | 8,92 | 11,60 | 10,06 |
| СКО | 7,01 | 7,21 | 7,25 | 6,91 | 7,31 |
| Кількість | 54 | 54 | 54 | 54 | 54 |
| 3 етап (Контрольний) | | | | | |
| Середнє значення | 10,39 | 10,52 | 10,09 | 12,50 | 11,26 |
| СКО | 9,55 | 9,66 | 9,77 | 9,32 | 9,53 |
| Кількість | 54 | 54 | 54 | 54 | 54 |
| Т-критерій | **3,237** | 1,09315 | **2,4501** | 0,78449 | **2,12424** |
| p<0,01 | p>0,05 | p<0,05 | p<0,05 | p<0,05 |

Дослідження статистично достовірних відмінностей, що відбулися в групі після застосування заходів музико-терапії показало, що встановлені статистично значущі відмінності за трьома сферами: «Когнітивність» (р< 0,01), «Прийняття цінностей інших» (р < 0,05) та «Активність тапродуктивність» (р <0,05). Залишилися практично незмінними «Широта інтересів» та «Гнучкість поведінки», при тому, що за шкалою «Гнучкість поведінки» найвищі бали, що може свідчити, про те, що людям важко перебудовувати своє ставлення до інших людей, обставин, навіть розуміючи багато і усвідомлюючи, що багато деструктивного, позбавлятися цього складно. Багато, що вказує на те, що медпрацівники розуміють неспроможність багатьох некоректних висловлювань, дій, проте, у групових зустрічах намагалися ігнорувати це спостереження – легше діяти за звичкою, стереотипно, ніж застосовувати та відпрацьовувати на практиці нові навички чи знання. Тим не менш, у загальній картині можна сказати, що позитивний результат від музико-терапевтичної роботи очевидний.

Результати, отримані за методикою «Інвентаризація симптомів стресу» показують, що показники психологічного стресу знизилися, але залишилися в межах того ж рівня – середнього рівня переживання стресу. У таблиці 2.7. представлені розрахунки Т-критерію Стьюдента:

Таблиця 2.7 - Розрахунок Т-критерію Стьюдента з психологічного стресу

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1 етап | 3 етап | Т-кр. | |
| Середнє значення | 42,59 | 37,89 | 3,352371 | p<0,01 |
| СКО | 7,67 | 6,89 |
| Кількість | 54 | 54 |

Завдяки розрахунку Т-критерію Стьюдента, можна стверджувати, що відбулися достовірно значущі зміни всередині групи за показником психологічного стресу лише на рівні p<0,01. Можна припустити, що тенденція до зниження стресової напруги продовжиться і працівники вироблять оптимальні стратегії управління своїм станом, адаптуються до умов роботи, спрямованих на покращення та оптимізацію їх ресурсів та на благо пацієнтів.

Можна спостерігати різну динаміку в індивідуальних процесах, пов’язаних із переживанням стресу і це зрозуміло – у кожної людини свої особливості, свій психотип, своє, сформоване роками, ставлення до роботи, умов, обставин, себе. Хтось швидше змінюється, комусь – складно, а хтось не хоче (у цьому також можуть бути свої «вигоди» - бути нещасним, або злитися на всіх). Тим не менш, можна відзначити, що яскраво-виражена позитивна динаміка виявилася у 18 осіб (33,33%), це досліджуві: 04, 05, 07, 08, 09, 18, 25, 26, 32, 33, 37, 43, 44, 45, 46, 47, 51, 54. Жодних явних змін не було виявлено у 21 людини (38,9%), це досліджуві: 02, 03, 06, 11, 13, 14, 16, 20, 21, 24, 27, 28, 29, 30, 34, 36, 39, 40, 50, 52, 53. Тим не менш, якщо на першому етапі у 25,9% (14 осіб) було зафіксовано високий рівень переживання стресу, на третьому етапі таких уже залишилося 14,8% (8 осіб).

Результати, отримані за методикою «Шкала психологічного стресу - PSM-25». Спочатку, за даною методикою, результати групи перебували в галузі значень, що відповідають стану психологічної адаптації до робочих навантажень, але через те, що при повторній діагностиці використовуються ті самі методики, цю методику ми провели знову. У результаті було виявлено, що і за даною методикою встановлено зниження балів, достовірність якого підтверджується статистично на рівні p<0,05 (таблиця 2.8.):

Таблиця 2.8 - Розрахунок Т-критерію Стьюдента за стресовими відчуттями

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1 етап | 3 етап | Т-кр. | |
| Середнє значення | 75,24 | 64,74 | 2,21326 | p<0,05 |
| СКО | 24,50 | 24,8 |
| Кількість | 54 | 54 |

Індивідуальні результати, отримані за методикою «Шкала психологічного стресу - PSM-25 показують, у кого із респондентів відзначається динаміка, а у когось – ні. Незважаючи на те, що ми не очікували значної зміни результатів щодо даної методику, виходячи з того, що спочатку за нею були отримані непогані результати, то були приємно здивовані, що саме за цією методикою позитивні зміни виявились у найбільшої кількості людей – у 63% (34 особи), це досліджувані: 01, 03, 04, 07, 09, 11, 12, 14, 16, 17, 21, 22, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 37, 39, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 50, 54. Тільки у 5 осіб (9,3%) не виявилося жодних змін, це досліджуві: 18, 23, 34, 51, 52. Масовий позитивний результат за даною методикою можна пояснити тим, що коли людина точно розуміє, на що їй орієнтуватися, має практичні навички та досвід, їй легше на це спертися і рухатися вперед.

Результати, отримані за методикою «Експрес-діагностика стресогенних факторів у діяльності керівника» представляють динаміку результатів за чотирма сферами робочих стресів.

На першому етапі нами було встановлено, що сфери робочих стресів знаходяться не на критичних рівнях - крім інформаційного, який відповідав низькому рівню, показники відповідали середньому рівню, після проведених психологічних заходів було виявлено, що у досліджуваних відбулося зниження за всіма чотирма сферам, найбільш значні зміни були встановлені за сферою «Конфліктність комунікацій». У таблиці 2.9 представлені розрахунки Т- критерію Стьюдента за даною методикою:

Таблиця 2.9 - Розрахунок Т-критерію Стьюдента за показниками робочих стресів

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Шкали професійного стресу | | | | |
|  | Конфлікт комунікацій | Стреси робочих перенавантажень | Інформаційний стрес | Стреси «вертикальних комунікацій» |
| 1 етап (Констатувальний) | | | | |
| Середнє значення | 7.41 | 7,50 | 6,0 | 7,06 |
| СКО | 2,67 | 2,55 | 2,15 | 2,64 |
| Кількість | 54 | 54 | 54 | 54 |
| 3 етап (Контрольний) | | | | |
| Середнє значення | 5,76 | 6,67 | 4,94 | 6,24 |
| СКО | 1,83 | 2,18 | 1,91 | 2,24 |
| Кількість | 54 | 54 | 54 | 54 |
| Т-критерій | **3,73628** | 1,82689 | **2,70183** | 1,73025 |
| p<0,001 | p>0,05 | p<0,01 | p<0,05 |

Дослідження статистично достовірних відмінностей у показниках групи на першому та третьому етапах показало, що достовірно значущі зміни відбулися за двома сферами робочих стресів: «Конфліктність комунікацій» (на рівні р< 0,001) та «Інформаційний стрес» (на рівні р<0,01).

Підсумовуючи за всіма методиками, можна говорити про те, що наша гіпотеза, в якій ми припускаємо, що проведення комплексної системи заходів за допомогою музико-терапевтичних заходів щодо нормалізації та зменшення стресу стоматологічних поліклінік призведе до зниження показників переживання стресу – підтвердилася результатами цього дослідження.

Якщо повернутись до показників індивідуальних результатів, то можна відзначити, що у різних співробітників динаміка за різними методиками – різна і це зрозуміло, адже кожна методика спрямована на дослідження різних стресів, що виникають у різних ситуаціях. При цьому можна відзначити, що немає жодної людини, у якої взагалі не було жодних позитивних змін (тобто у респондентів могло бути не встановлено жодних змін за однією методикою, але були позитивні зміни – за іншою). У чотирьох людей виявлено яскраво виражену позитивну динаміка за всіма методиками, це досліджуві 05, 08, 18, 54 – це особи, готові до змін у своєму житті, не хочуть переживати серйозні потрясіння, бажають позитивних змін у своєму житті, в тому числі і в професійному. Індивідуальна робота з цими людьми показала їх цілеспрямованість та активність.

**2.4. Методичні рекомендації щодо профілактики професійного стресу працівників соціономічних професій за допомогою музикотерапії**

З моменту появи перших відомих нам цивілізацій музика відігравала важливу роль як у «раціональній» медицині, так і в містичних і релігійних ритуалах лікування. У Стародавньому Єгипті лікарі широко використовували на практиці «гіпнотерапії». Музика вважалася ефективним засобом лікування психічних розладів. Давньо-єгипетські музиканти-цілителі користувалися привілейованим становищем поряд із лікарями, жерцями. У Старому Завіті ми можемо знайти свідчення того, що цар Саул, ймовірно що страждав на епілепсію, з полегшенням почув, як Давид грає на арфі. У Стародавній Греції існували спеціальні святині та храми, де також служили музиканти, які лікували психічні розлади з допомогою музичних гімнів.

Аристотель відзначав виховний та очищаючий ефект музики. Піфагор радив своїм учням займатися музикою як розумовою гімнастикою, яка зміцнює душу та запобігає її руйнуванню. Сучасник Цицерона, Асклепіад рекомендував використовувати легку фригійську музику для полегшення депресивних страждань пацієнтів та протяжну музику для профілактики маніакальних станів.

Американські індіанці використовували звуки барабанів у лікувальних ритуалах. Ранньо-християнський філософ Боецій вважав, що в музиці, як у дзеркалі, відбивається космічна гармонія. Музика, яку можна почути, здатна справляти благотворний або згубний вплив на фізичне та психічне здоров’я людини, залежно від ступеня відповідності «інструментальної музики» вищої гармонії світоустрою [48, c. 76 ].

У Середньовіччі релігійні хорали вважалися дієвим засобом при респіраторних захворюваннях У XVII ст. Кірхер припустив, що риси характеру кожної людини пов’язані з відповідними музичними перевагами: депресивний хворий швидше відгукнеться на меланхолійну музику, тоді як на пацієнта-холерика сильніший вплив надасть весела танцювальна музика. Таким чином, для лікування потрібно обирати стиль музики, що найбільш підходить для кожного окремого пацієнта.

На Русі популярним «музико-терапевтичним» засобом була дзвонотерапія. Видатний збирач фольклору А. Афанасьєв пише: «У народі вважають, що найкращим засобом від головного болю та болю в руках є дзвін. Дуже корисно від цих недуг власноруч дзвонити в дзвони, особливо Святого тижня». Інтерес до дзвонотерапії існує і зараз, але точних експериментальних даних про вплив дзвону на імунну систему і психіку людини поки що не опубліковано .

1787 року американський «Columbian Magazine» опублікував анонімну статтю під заголовком «Музика у її фізичному аспекті». Базуючись на ідеях Декарта, автор статті стверджував, зокрема, що психічний стан людини безпосередньо пов’язаний з її фізичним здоров’ям. Таким чином, вплив музики на людські емоції робить її ефективним терапевтичним інструментом. Той самий автор стверджує, що музичну терапію не може проводити будь-яка людина, цим має займатися лише навчений фахівець. Ці принципи музичної терапії залишаються актуальними й донині.

Приблизно в цей час з’явилася публікація під вигадливою назвою «Чудове зцілення від гарячки за допомогою музики: перевірений факт» (“Remerkable Cure of Fever by Music: an Attested Fact”; 1796, “New York Weekly Magazine”). Вчитель музики, француз, пролежавши у тяжкій гарячці два тижня, зажадав, щоб у його присутності грала музика. Під час цього концерту симптоми хвороби зникли, але вони негайно відновилися, як лише музика припинилася. Вирішили виконувати музику постійно в години неспання хворого, і за два тижні пацієнт був уже повністю здоровий [56, c. 12].

Едвін Атлі, студент Університету Пенсільванії (США), захистив у 1804 року дисертацію під назвою «Вступне ессе про вплив музики на лікування хвороб». Метою дисертації було: «розглянути вплив, який надається на психіку особливою організацією звуків, званою музикою, яка, як ми сподіваємося показати, дуже впливає на психіку і, відповідно, на організм». У дисертації проаналізовано здатність музики пробуджувати та підтримувати різні емоційні стани, описано позитивний вплив музики на протягом різних психічних та фізичні захворювання. На закінчення Атлі наводить три випадки з власної практики, коли за допомогою музики йому вдалося вилікувати пацієнтів, причому в одному випадку він порадив пацієнтові відновити регулярну гру на флейті, незважаючи на хворобу.

Семюель Метьюз, студент того ж Університету, 1806 року написав дисертацію під назвою «Про використання музики для лікування та полегшення хвороб». Крім іншого, для лікування депресії він рекомендував використовувати музику, відповідну настрою та емоційному стану пацієнта («ізометричний принцип» в сучасній музичній терапії), він вважав, що з обережністю можна поступово змінювати тональність музики – від тієї, яка здається доречною у стані депресії, до більш життєрадісної.

Вище згадані дисертації були дуже схожі одна на одну і по оформлення, і за змістом, і обидві рясніли посиланнями на професора Пенсільванського університету лікаря-психіатра Бенджаміна Раша, який був затятим прихильником використання музики для лікування психічних захворювань.

У 1840-1841 роках у «Музичному Журналі» («Musical Magazine», США) з’явилося цілих три Анонімні статті, під назвою «Цілюща сила музики». У 1894 році побачила світ стаття лікаря Джеймса Уіттейкера «Музика як ліки». Посилаючись на численні європейські та американські джерела, Уіттейкер дійшов висновку, що музика є найбільш ефективною для лікування легких форм психічних розладів, тоді як у разі фізіологічних розладів та тяжких психічних розладів її вплив не призводить до бажаного довгострокового результату.

1878 року в щомісячному журналі про медицину штату Вірджинія була опубліковано статтю Лендона Б. Едвардса під назвою «Музика як ліки для розуму». У статті описується серія експериментів, проведених у Нью-Йоркському «жовтому будинку» для бідних. До складу комісії увійшли відомий піаніст Джон Нельсон Паттінсон, голова благодійної організації міста Нью-Йорка Вільям Бреннан, кілька лікарів та представників влади міста Нью-Йорка. В експерименті взяло участь велика кількість професійних музикантів. Метою експерименту був опис реакцій психічно хворих пацієнтів на живу (вокальну та інструментальну) музику. Після того, як музика була виконана для великої групи пацієнтів одночасно було проведено ще дев’ять індивідуальних сеансів. Під час виконання музики лікарі вимірювали фізіологічні параметри та записували свої спостереження за пацієнтами. Це був перший офіційний експеримент в історії, в якому передбачалося використовувати музику на лікування психічно хворих [16, c. 13].

У XX столітті музична терапія набула ще більшого поширення. У цей час зростає кількість досліджень ефективності музики в медицині, популярна преса публікує статті про вплив музики на пацієнтів. Ініціативні групи музикантів та індивідуальних ентузіастів практикували у лікарнях, лікарі спостерігали за їх роботою та описували випадки успішної терапії.

Після Першої та Другої світових воєн багато професійних та самодіяльних музикантів стали відвідувати лікарні, щоб полегшити страждання ветеранів своєю грою та співом. Не тільки емоційний, а й фізичний стан пацієнтів, ймовірно, покращувався завдяки цьому, і незабаром лікарі та медсестри все частіше приходять до начальників лікарень із проханням зарахувати музикантів до штату. Стало очевидно, що для ефективної роботи цим музикантам потрібна спеціальна освіта.

У США Іва Весселіус почала публікувати журнал «Музика та здоров’я» (три номери вийшли 1913 року). У своїй книзі «Музика та медицина» вона пише про давні витоки лікування музикою та про сучасні дослідження. Вона ж відкрила перші курси з «музикотерапії», бо вважала, що музикантам необхідно освоїти терапевтичні навички, перш ніж працювати з пацієнтами [26, c. 112].

Англійка Маргарет Андертон займалася музичною терапією з канадськими солдатами, які отримали фізичні та психічні травми під час Першої світової війни. У 1919 році в Колумбійському університеті Нью-Йорку вона викладала музичну терапію, на заняттях з якої готували музикантів до терапевтичної роботи у лікарнях. Метою даного курсу було «ознайомлення студентів із психо-фізіологічними ефектами музики та навчання практичним навичкам лікувальної роботи під медичним спостереженням».

Іза Мод Ілсен, музикант та медсестра, викладала музикотерапію разом із Маргарет Андерсон. У 1926 році вона заснувала Національну Асоціацію Музики у Лікарнях. Вона використовувала музику для полегшення фізичного болю пацієнтів, у тому числі під час та після хірургічних операцій.

Інша послідовниця Іви Весселіус, Харрієт Ейр Сеймур опублікувала в 1920 році керівництво для музичних початківців терапевтів під назвою «Як музика може допомогти вам». Вона досліджувала ефективність різних видів музики в лікуванні фізичних та психічних захворювань та здійснювала музичні програми у кількох лікарнях та в’язницях Нью-Йорка. 1941 року вона заснувала Національну Організацію Музичній Терапії, а 1944 року опублікувала перший методичний курс з музичної терапії, за яким протягом чотирьох років (1941 - 1944) навчалося близько 500 студентів.

1944 року в Мічиганському Університеті був набраний перший курс студентів – музичних терапевтів. Приблизно в той же час відкрився набір на факультети музичної терапії у Канзаському Університеті, Музичному Коледжі Чикаго, Коледжі Альверно та інших вишів. Декан музичного відділення Канзаського Університету, «батько музичного терапії» E. Тайєр Гастон заснував першу клінічну інтернатуру та першу магістратуру з музичної терапії [38, c. 43 ].

Музична терапія – це професійне використання музики та її елементів у медичних, освітніх та повсякденних умовах для впливу на окремих людей, групи, сім’ї чи спільноти, які прагнуть підвищити якість свого життя та покращити своє фізичне, суспільне, комунікативне, емоційне, розумове та душевне здоров’я та благополуччя. Науково-дослідна робота, освіта та клінічне стажування музичних терапевтів ґрунтуються на професійних стандартах, зумовлених культурним, суспільним та політичним контекстом.

В даний час підтверджено позитивний вплив класичної музики та колискових на розвиток та здоров’я дорослих. Музична терапія-це психотерапевтичний метод корекції емоційних станів.

Музикотерапія успішно впорається з подоланням поведінкових проблем, емоційної тривожності, а також допоможе пережити вікові кризи, пов’язані із розвитком людини. Напрям музичної терапії включає кілька видів роботи з людиною, який схильний до терапевтичного впливу.

Пасивна музикотерапія, коли об’єкт діяльності виступає як слухач. Для прослуховування пропонуються музичні твори, які близькі до психічного стану людини. Цей метод спрямований на формування позитивного емоційного стану людини та вихід з проблемної ситуації за допомогою музики.

Метод пасивної музичної терапії може бути використаний декількома способами: музична картина та музичне моделювання. У першому випадку дитина слухає музичну композицію, що фокусується на музичній картині, яка обумовлена ​​музичними звуками, що благотворно впливає на його емоційний, психічний стан. У разі музичного моделювання, композиція складається із різних музичних фрагментів [51].

Перший фрагмент відповідає психічному стану людини, тобто другий музичний твір має бути протилежним попередньому та нейтралізувати його. Третій фрагмент містить динамічну музику, яка може покращити емоційний стан людини. І насамкінець, музика звучить для розслаблення.

Активна музикотерапія поділяється на кілька варіантів:

* Вокалотерапія – підвищення позитивного емоційного стану за допомогою співу;
* Інструментальна музикотерапія - формування позитивного емоційного стану за допомогою гри музичних інструментах.
* Також, виділяють кінезітерапію, що включає в себе психогімнастику, ритмопластику, корекційну ритміку, сюжетно-ігрову кінезітерапію. Кінезітерапія вчить виражати емоції за допомогою рухів тіла [54, c. 143 ].

Особливого значення в сучасній музичній терапії набуває інтеграція музики із виразними можливостями інших мистецтв. Найбільш поширеними з комплексних методів музичної терапії є: малювання музики; музично-рухові ігри; пантоміма; пластична драматизація на музику; музична кольоротерапія. Такі складні форми творчості залучають до творчого процесу всі органи та системи сприйняття людини. Музично-терапевтичні вправи для зниження фізичної та емоційної напруги у дорослих зазвичай містять два основних компоненти, а саме: сприйняття музики у русі; спокій та вирівнювання дихання. Відомо, що за м’язової ригідності, проблеми з координацією рухів у дорослих часто виявляються емоційні проблеми, зокрема складні переживання та відтворення емоцій, нездатність реалізувати власні емоції та почуття, і навіть сприймати почуття інших людей. Але здатність вільно і пластично рухатися, відчувати та грати музику тілом, безпосередньо пов’язана з емоційною розкутістю. Тому для того, щоб гармонізувати емоційну сферу дорослих, краще запропонувати їм активну форму музичного сприйняття під час музикотерапії.

Вибираючи музичний сюжет для вправи, слід мати на увазі, що заспокійливий, розслаблюючий ефект властивий звукам флейти, скрипки, фортепіано, за умови, що твір звучатиме в тихій (помірній) динаміці та повільному (помірному) темпі [74].

Музично-терапевтичне заняття зазвичай складається з наступних фаз:

* встановлення контакту з особою, визначення її емоційного стану;
* підбір музики для корекції та гармонізації емоційного стану людини;
* зниження емоційної напруги, використання динамічної музики, яка стимулює інтенсивні емоції та дає дитині можливість «перезавантажити» емоційне навантаження;
* розслаблення та заряд позитивних емоцій, використання спокійної музики, яка знімає стрес та створює атмосферу задоволення.

Механізми сприйняття музики забезпечуються обома півкулями, кожне з яких регулює різні функції та області життєдіяльності людини. А цілісне враження від музики забезпечується інтеграцією когнітивних та емоційних процесів, що протікають в обох півкулях. Отже, сприйняття музики викликає посилення міжцентральної та міжпівкульної взаємодії, тобто, інтеграцію обох півкуль мозку. Причому сприйняття музики може відбуватися на свідомому та на підсвідомому рівні, оскільки аналіз частотно-часових співвідношень акустичних сигналів здійснюється за обох форм сприйняття.

Отже, під впливом пролонгованого сенсорного припливу у вигляді фрагментів спеціально підібраної музики покращуються психофізіологічні характеристики мозку, а значить – підвищується здатність мозку до навчання [78, c. 57].

На сьогоднішній день існують різні напрямки та школи музичної терапії, в яких трохи по-різному розставлені акценти та є нюанси у підходах до роботи. У напрямі музичної терапії фахівці часто використовують класичні та інструментальні твори. Хоча можна використовувати класику світового року. Є також композиції спеціально створені для музичної терапії. Клієнти можуть слухати музику, проживаючи певні почуття, стани.

Музика діє як каталізатор висловлення пригнічених почуттів. Жива гра терапевтом на інструментах найчастіше використовують у групах. Крім того, існує зовсім інший спосіб роботи в музичній терапії, коли клієнт грає на інструментах. Це можуть бути зовсім різні інструменти, як класичні, і нетрадиційні. До них відносяться, наприклад, тибетські чаші, барабани, бубни, дзвіночки, ксилофони, трикутники, дзвіночки, металофони, тріскачки, ложки, джингл – стики та багато інших інструментів. Перевага цих інструментів у тому, що людина може трохи навчитися грати на них за кілька хвилин. В цьому випадку, людина може показати свій поточний емоційний стан через гру, програти якусь ситуацію, виконати музику на певну тему.

Це може бути музика горя, образи, гніву, порожнечі, музика нового життя, нового «я». Музична терапія може застосовуватися як у групі, так і індивідуально.

У роботах Г. Ю. Маляренка, М. В. Хватової показано, що регулярне сприйняття дорослими спеціально підібраної музики, покращує короткочасну пам’ять, а також підвищує показники вербального та невербального інтелекту.

Внаслідок музичного впливу підвищується чутливість не тільки слухових, а й зорових аналізаторів, загалом оптимізуються функції мозку, покращується регуляція довільних рухів, прискорюється обробка інформації, підвищується розумова працездатність [82].

Використання музично-психологічних технологій у контексті професійної ситуації дозволяє використовувати звукову стимуляцію в групових формах, не перериває робочий процес та вимагає мінімальних додаткових організаційних витрат. Використання музично-психологічних технологій арт-терапії в трудовій діяльності сприяє вирішенню ще одного важливого завдання. Тісна взаємодія науки та мистецтва дозволяє дорослим розвивати спроможність цілісного бачення світу. Поєднання музичного мистецтва з основами науки гармонізує абстрактне та логічне мислення із образним. Це особливо важливо на початковому етапі трудової діяльності, коли молодий спеціаліст лише входить до професійної діяльності.

Альфред Томатіс запропонував метод «слухове навчання» («слухова терапія»). Його мета – перевиховати людину у процесі слухання, що покращує здатність до вивчення та освоєння мов, до спілкування, підвищує креативність та позитивно впливає на соціальну поведінку особистості. Він стверджує, що високочастотні звуки збуджують мозок, тоді як низько-частотні, навпаки, сприяють витоку енергії. З цієї причини він називає високочастотні звуки «зарядними звуками» і вважає, що низько-частотні звуки втомлюють нас. Якщо ці звуки продовжують надходити і п ротягом тривалого часу вони негативно впливають на весь організм. А. Томатіс зазначає, що коли наш мозок «добре заряджений», ми можемо досягти більшої концентрації та концентрації, запам’ятовування, вчитися та працювати протягом тривалих періодів часу майже без стресу. Метою слухової терапії А. Томатіса є поліпшення здатності мозку сприймати та обробляти різну інформацію за допомогою музики.

Вібрація звуків створює енергетичні поля, що виробляють резонанс і рух у навколишньому просторі. Робота Лінді Роджерс, музиканта та соціолога з Нью-Йорка, показала, що вібрація, що генерується музикою, може благотворно впливати на пацієнта та негативно, якщо неправильно підібрано. Вивчивши, наприклад, здатність сприймати музику у пацієнтів під наркозом під час операції, вона дійшла висновку, що людина ніколи не перестає чути. Музичні ритми впливають на ритми нервової системи, які регулюють великий біологічний пейзаж усередині нашого тіла [80, c. 144 ].

Дослідник раку в Сурреї, Англія, А. Кейпел зробив відкриття, яке дозволить людям змінювати свій стан у моменти болю. Спрямовуючи низько-частотні електричні імпульси в мозок людини, Кейпел виявив, що різні частоти та профілі нейронних пучків впливають на вироблення різних нейротрансмітерів – хімічних посланців у вашому мозку.

Наприклад, сигнал із частотою 10 Гц збільшив виробництво серотоніну – хімічної речовини, яка викликає розслаблення та пом’якшує біль. «Кожен мозковий центр генерує імпульси певної частоти, засновані на секреторних функціях його головних нервів, - каже вчений. -

Іншими словами, внутрішня система зв’язку в мозку - його мова - заснована на частотної модуляції». Якщо частота впливу на конкретний мозковий центр збігається з частотою, що генерується ділянкою, то можна швидко та різко збільшити вироблення необхідних нервових передавачів, які можуть допомогти зняти біль. Таким чином, були виявлені частоти, стимулюючі вироблення основних хімічних сполук, що використовуються нашим мозком. Музичні звуки, які резонують на тих самих частотах, але на кілька октав вище, стимулюючи генерацію хімічних месенджерів, можуть проводити можливості особистості, її стан, поведінку.

На міжнародному конгресі, організованому Професійною психо-терапевтичною лігою, вперше була представлена ​​модальність музичної психотерапії (яка зараз є напрямком арт- терапії). В даний час потреба населення в музично-психологічній допомозі постійно зростає. Пов’язано це з ускладненням умов соціального життя та розростанням у ньому кількості стресових ситуацій.

В даний час спостерігається значна втрата емоційного контакту сучасних матерів зі своїми дітьми. Через порушений емоційний зв’язку дитина, у відповідь на прохання матері, все частіше каже слово «ні», відчужуючись від неї. Застосування музичної терапії допомагає відновити необхідний контакт, роблячи матір та дитину спокійнішими, задоволеними, гармонійними та щасливими [35, c. 135].

Музична терапія може включати такі напрямки, як:

* клінічна музикотерапія, коли робота терапевта відбувається з будь-якими психосоматичними порушеннями, синдромами, патологічними станами людини;
* оздоровча музикотерапія, коли відбувається активізація резервних сил людини, зняття перенапруги та втоми, підвищення комунікативних здібностей, соціальна адаптація тощо;
* експериментальна музикотерапія, де вивчається вплив музики всіх живих істот, на клітини людини тощо.

Музичні психотехнології в Україні останнім часом набувають особливу популярність. При структуруванні різних цілей музичного впливу окреслюються широкі перспективи її застосування у сферах охорони здоров’я, освіти, бізнесу, кіно, реклами, мерчандайзингу та інших сферах діяльності людини. Поряд із досягненнями сучасної психологічної науки та арт-терапії використовуються можливості моделювання психо-фізичного та психо-емоційного стану музичними засобами, що мають потенціал обходити захисні механізми кіркових структур мозку, не вимагаючи свідомості. В зв’язку з цим музикосугестія визнається високо-ефективним, широко варіативним і універсальним засобом.

Можна підсумувати, що музична терапія як технологія арт-терапевтичного напряму застосовується фахівцями досить широкого кола спеціальностей: медиками, соціальними працівниками, психологами, психотерапевтами, освітянами. Практика роботи з музикою існує як у багатьох зарубіжних країнах, і в Україні, причому виділяються різні школи та дослідники. Музичну терапію розглядають як медичний засіб впливу на стан людини, саме як на біологічний організм, і як соціальний конструкт, якиого торкаються почуття та переживання людини, і як реабілітаційну технологію для позбавлення індивіда від стресу, травматичних станів тощо.

**Висновки до 2 розділу**

Проведене експериментальне дослідження показало, що в структурі роботи медпрацівників стоматологічних поліклінік проведення психологічної роботи, спрямованої на підтримку співробітників, оптимізацію стресових станів з допомогою музикотерапї, дало позитивні результати. Було проведено діагностику на початковому етапі та після завершення проведеного циклу занять з корекції професійного стресу за допомогою музики.

Отримані результати показали, що за допомогою психологічної роботи з застосуванням методів музикотерапії у співробітників знизилася психо-емоційна напруга, переживання різних видів стресу. Отримані результати було підтверджено статистично.

Таким чином, гіпотеза про те, що проведення комплексної системи заходів щодо регуляції професійного стресу працівників соціономічних професій за допомогою музикотерапії призвело до зниження показників переживання стресу – підтвердилася результатами цього дослідження.

**ВИСНОВКИ**

Ця експериментальна робота була спрямована на вивчення ефективності застосування музикотерапії у вигляді групових занять та індивідуальних розмов у період переживання співробітниками медустанов стресових ситуацій.

Психологічна робота, в таких ситуаціях повинна йти в різних напрямках, щоб допомогти співробітникам пережити фрустрацію. Основним напрямом психологічної роботи для працівників у період переживання стресу, формі тренінгових занять. Також були організовані індивідуальні зустрічі, на яких опрацьовувалися ситуації, які учасникам було важко озвучувати серед співробітників, давалася психологічна конструктивна навичка управління негативними емоційними станами.

У рамках цієї роботи нами було визначено поняття стресу, психологічного стресу, стресостійкості, професійного вигоряння, що є наслідком переживання стресу. Охарактеризовано теорію вивчення стресу – від фізіологічних механізмів протікання стресу, до способів управління стресом та дослідження параметрів стресостійкості.

Ключовою ланкою даної роботи є організація експериментального дослідження, в рамках якого було організовано систему заходів з музикотерапії як практики психологічної роботи, спрямованої на зниження переживання стресу у медиків під час стресових ситуацій на робочому місці.

В рамках даного експерименту було організовано групу досліджуваних – 54 людини. Експеримент здійснювався у три етапи: на першому етапі робився замір стресових станів співробітників за допомогою чотирьох методик: «Шкала організаційного стресу», «Інвентаризація симптомів стресу», «Шкала психологічного стресу – PSM-25» та «Експрес-діагностика стресогенних факторів у діяльності керівника».

На другому етапі була організована робота з групового та індивідуального корегування стресових станів з допомогою музико-терапії.

При організації роботи враховувалися результати, отримані на констатуючому етапі, зокрема, виявлені за допомогою кореляції Пірсона, взаємозв’язки між досліджуваними параметрами.

На третьому етапі було проведено повторну діагностику застосуванням тих самих методик, що використовувалися першому етапі.

В результаті проведеної дослідницької роботи ми дійшли до висновку про ефективність проведеної серед працівників медзакладів корекції стресових станів за допомогою музико-терапії – результати дослідження, підтверджені статистичними методами обробки даних, показали, що психологічна робота зі співробітниками медзакладів призвела до зниження стресового стану, що, безумовно, є позитивним фактором не тільки в контексті кожної окремо взятої особи, а й у більш масштабному плані – зниження дистресового навантаження збільшує ефективність діяльності співробітників, знижується психо-емоційна напруга, зменшується кількість деструктивних конфліктів – вони або припиняються, або переходять у стан готовності вести конструктивний діалог, збільшується загальна культура міжособистісної взаємодії, знижується негативне конкурентне навантаження.

Отже, музикотерапія, як коригуючий засіб після впливу стресу, також ефективно використовується. Правильно підібрана музика може змінювати стан тривоги, занепокоєння, хвилювання, нервозності на стан спокою та зосередженості, вона може впливати на активізацію пізнавальних процесів, таких як пам’ять, увага, мислення, уява. Методики музикотерапії можна використовувати для поступового виходу з кризового стану та для того, щоб швидше виплеснути негативні емоції, наприклад, агресію. Виходячи з цього, музикотерапія може стати впливовим методом у процесі подолання професійного стресу у працівників соціономічних професій одночасно з класичними методами вирішення цієї проблеми. Відтак, аналіз наукової літератури та практики дозволив нам висвітлити методи та обґрунтувати необхідність їхнього використання щодо подолання професійного стресу працівників соціономічних професій.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Антропов Ю. Ф. Психосоматичні розлади. Київ. : Інститут психотерапії і клінічної психології. URL : http://www/psyinst.ru/library.php?part=article&id=1125
2. Баженов О. С. Медико-психологічна характеристика різних форм соматоформних розладів (психодіагностичні особливості, пато-психологічні механізми формування, принципи психотерапевтичної корекції). Харків, 2006. 172 с.
3. Барабанова М. В. Вивчення психологічного змісту синдрому»емоційного вигорання». Вісник МГУ. сер. 14, Психологія. 2010. №1. с. 54-58.
4. Барко В. І. Психологічна діагностика здібностей особистості до навчання у вузі. Практична психологія та соціальна робота. 2008. №9. С. 27- 31.
5. Батищева Г. О. Музикотерапія як метод психокорекції. Профілактика і терапія засобами мистецтва: Наук.-метод. посіб. Під заг. ред.О. І. Піліпенка. К.: А. Л. Д., 2016. С. 31-44.
6. Бернацька О. Професійне вигорання психологів. Психолог. 2018. № 38. С. 22-25.
7. Божок, Н. Стрес та альтернативні стратегії його послаблення. Психолог. Шкільний світ. 2011. № 1(433). С. 3–6.
8. Бойко В. В. Синдром емоційного вигорання в професійному спілкуванні. - СПб., Добродійко, 2009. 176 с.
9. Брайн Люк Сіворд. Життя у гармонії. Стрес як стимул до духовного зростання. Х.: Видавнича група «Весь», 2010. 310 с.
10. Брайт Д., Бодров В. А. Психологічний стрес: розвиток та подолання. Х: ПЕР СЕ. 2016. 228 с.
11. Брайт Д., Джонс Ф. Стрес. Теорії, дослідження, міфи. Х.: Прайм-ЄВРОЗНАК, 2013. 352 с.
12. Булатевич Н. М. Синдром емоційного вигорання: рольіндивідуальних та організаційних чинників. Вісник Київськогонаціонального університету імені Т. Шеченка. Серія Соціологія. Психологія. Педагогіка. 2015. Вип. 22-23. С. 47-50.
13. Варіна Г. Б. Розвиток саногенного потенціалу особистості, як чинникапрофесійної стійкоситі майбутнього психолога: стресостійкість та тайм-менеджмент. Інноваційні технології розвитку психологічних ресурсів особистості. Херсон: Вид-во ФОП Вишемирський В.С., 2020. С. 285–298.
14. Василенко Ю. О. Сучасні методи запобігання і подолання наслідків стресу. Актуальні проблеми психології : зб. наук. Праць.НАНП України, Ін-тпсихології ім. Г. С. Костюка; за ред. С. Д. Максименка. Київ, 2012. Т. 5, вип. 12. С.16–22.
15. Власенко А. А. Когнитивний стиль особистості як характеристика когнітивноїкомпоненти ії стресостійкості. Актуальні проблеми психології стрес-менеджменту: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (26–27 квіт. 2019 р.). Черкаси: ЧНУім. Б. Хмельницького, 2019. С. 17-19.
16. Волженцева І. В. Оптимізація психічних станів медиків у навчальній діяльності засобами музичного впливу: автореф. канд. психол. наук: 19.00.07. АПН України. Центр. Ін-т післядиплом. пед. освіти. К., 2016. 20 с.
17. Водопьянова Н. Е. Синдром «выгорания» в профессиях системы»человек–человек». Практикум по психологиименеджмента и профессиональной деятельности. Х.: Пресса, 2011. 282 с.
18. Галецька І., Сосновський Т. Психологія здоров’я: теорія і практика. Л.: Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2016. 338 с.
19. Гельбак А. М. Музикотерапія як фактор психокорегування. Простір арт-терапії. УМО, 2017, ВГО «Арт-терапевтична асоціація». К. : Золоті ворота, 2017. Вип. 2 (22). С. 16-26.
20. Гендерні особливості стресостійкості особістості. материали Всеукр. (с междунар. участием) науч. практ. конф. (5-6 октяб. 2017 г., г. Херсон). Херсон : ИД «Гельветика», 2017. С. 125–126.
21. Гінгіна О. Д. Профілактика та подолання синдрому «професійноговигорання». Семінар-тренінг для педагогічних працівників ЗОШ І-ІІІступеня с. Новий Двір, 2012 30 с.
22. Григоренко В. Л. Соціально-педагогічні засоби запобігання професійномувигорянню лікарів. Соціальна педагогіка: теорія та практика. 2013. № 4. С. 9–13
23. Гриньова М. Г. Прояви синдрому «професійного вигорання» у медичних працівників різних спеціальностей: дипломна робота; ХНПУ ім. Г. С. Сковороди, заоч. ф-т., каф. практ. психол. Харків, 2014. 68 с.
24. Гриньова В. І. Музикотерапія як складова здоров’язбережувальної технології виховання студентської молоді. Полтавський національний педагогічний університет імені В. Г. Короленка: Витоки педагогічної майстерності. 2015. Випуск 16. С. 123-126
25. Грінберг Дж. Управління стресом.Х, 2012. 496 с.
26. Дідковська Л. І. Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії. Львів: Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2010. 264 с.
27. Драганчук В. М. Музика як фактор психокоригування: історичні,теоретичні і практичні аспект. К., 2013.168 с.
28. Експрес-діагностика стресогенних факторів у діяльності керівника. URL: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:SGnttCl\_nBAJ:https://stud.com.ua/124962/psihologiya/ekspres\_diagnostika\_stresogennih\_faktoriv\_diyalnosti\_kerivnika&cd=1&hl=uk&ct=clnk&gl=ua
29. Емоційне вигорання. К. : Главник, 2007. С. 128.
30. Ерранс І. Таємниці рук. Хіромантія, хірологія: мова тіла. Шаманізм. Мудри. Зцілення. Ідентифікація та відбитки пальців. Ритуали. Київ : KM Publishing, 2011. 192 с.
31. Єгорова Є. Феномен емоційного вигорання та його прояви впрофесійній діяльності педагогічних працівників закладів профтехосвіти. Педагогіка і психологія. Вісник АПН. 2010. № 4. С. 66-73.
32. Єргієва, Л. Стрес: причині й ознаки. Психологічні техніки подолання стресовогостану. Психолог. 2017. № 6. С. 48–50.
33. Завацька Н. Є. Організаційно-управлінські стреси: соціальнопсихологічний аспект. Луганськ : Ноулідж, 2014. 227 с.
34. Завісько Н. Перспективи розвитку музичної терапії в Україні. URL: http://www.nbuv.gov.ua/portal/soc\_gum/Spkho/2009\_5/PDF%5CHO-5\_2009\_p-043-048\_Zavisjko.pdf.
35. Зайчикова Т. В. Профілактика та подолання стресів як умова підтримки психоло-гічного здоров’я працівників організацій. Вісник НТУУ «КПІ». Філософія. Психологія. Педагогіка: збірник наукових праць. 2008. № 3(24). С.135–137
36. Заюков І. Вплив професійного стресу на умови праці та здоров'я зайнятогонаселення України. Україна: аспекти праці. 2018. № 3. С. 44–51
37. Інвентаризація симптомів стресу. URL : <https://sites.google.com/site/test300m/iss>
38. Іщенко О. А. Дослідження психологічних особливостей професійного стресу фахівців соціономічного профілю : кваліфікаційна робота магістра: 053 Психологія; Хмельниц. нац. ун-т. Хмельницький, 2021. 62 с.
39. Карівець І. Допомога від стресу. Шкільна бібліотека. 2012. № 5. С. 45–50.
40. Коваленко А. А. Особливості управління стресом. Актуальніпроблеми психології стрес-менеджменту: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (26–27квіт. 2019 р.). Черкаси : ЧНУ ім. Б. Хмельницького, 2019. С. 48–50.
41. Кокс Т. Стресс. М., 1981. 216 с.
42. Колмогорцева, І. С. Особливості професійного стресу у працівників сфериобслуговування : магістерська робота; ХНПУ ім. Г. С. Сковороди, ф-т психол. та соціол. Харків, 2014. 77 с.
43. Концепція типів поведінки Фрідмана та Розенмана. URL : <https://psyisland.wordpress.com/2013/01/23/16->
44. Конфліктологія: Навч. посіб. За заг. ред. В.М. Петюха, Л.В. Торгової. К.:КНЕУ, 2013. 315 с.
45. Корольчук М. С. Соціально–психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах: навчальний посібник для медиків вищих навальних закладів. Київ: Ніка-Центр, 2016. 580 с.
46. Котвiцька А. А. Синдром «професійного вигорання» у працівниківфармацевтичної галузі. Соціальна фармація :стан, проблеми та перспективи : матеріали ІІ Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф., м. Харків, 27–30 квіт. 2015 р. Харків, 2015. С. 44–52
47. Котвiцька А. А. Синдром «професійного вигорання» у працівниківфармацевтичної галузі. Соціальна фармація :стан, проблеми та перспективи : матеріали ІІ Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф., м.Харків, 27–30 квіт. 2015 р. Харків, 2015. С. 44–52
48. Лефтеров В.О., Тімченко О.В. Психологічні детермінанти загибелі та пораненьпрацівників органів внутрішніх справ: Монографія. Донецьк: ДІВС МВС України, 2012. 324 с.
49. Малашевська І. А. Музична терапія як засіб гармонізації особистості. Простір арт-терапії: горизонти стосунків: Матеріали VIIМіжнародної міждисциплінарної науково-практичної конференції. К., 2010.255 с.
50. Мартинюк, С. Р. Аналіз зумовленості стресостійкості її первиннимихарактеристиками. Актуальні проблеми психології : зб. наук. Праць. АПН України, Ін-т психології ім. Г.С. Костюка ; за ред. С. Д. Максименка. Київ : Логос, 2007. Т. 7, вип. 10. С. 178–183
51. Матвієнко О. Культура здоров’я та синдром психо-емоційного «вигорання»: стратегія і тактика подолання. URL : http://www.personal.in.ua/
52. Михайличенко О. В. Основи загальної та музичної педагогіки: теорія та історія. Суми: Наука, 2014. 210 с.
53. Мірошниченко Н. В. Соматоформні розлади (клініка, діагностика, патогенетичні механізми, принципи відновлюючої терапії). Харків, 2016. 385 с.
54. Музична терапія : теорія та історія : навч. посіб. для студ. напряму “Муз. мист.”Вікторія Драганчук. Луцьк : Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2010. 225 с.
55. Наказна І. М. Психосоматика. Ніжин : вид-во НДУ ім. М. Гоголя, 2010. 132 с.
56. Овчарук О. В. Розвиток музично-педагогічної думки в Україні на початку ХХ століття (1905-1925 рр.): автореф. дис. на здобуттянаук. ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.02. К., 2011. 20 с.
57. Олійник О. О. Психологічний аналіз понять емоційної, психологічної тастресостійкості. Вісник Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна. Харків, 2014. № 617, С. 96–100.
58. Осадча Л. А. Проблема стресу у професійній діяльності менеджерів. Актуальні проблеми сучасної науки: міжнар. наук. журн. Київ; Буковель, 2016. Т. 2 . С. 11–14.
59. Осьодло В. І. Особистісні чинники подолання стресових ситуацій в особливих умовах. Проблеми екстремальної та кризової психології. 2013. Вип. 14(1). С. 242–252.
60. Панок В. Г. Основи практичної психології. Київ: Либідь, 2001. 536 с.
61. Пономарьова І. В. Особливості стійкості до стресу у медичних працівників: дипломна робота; ХНПУ ім. Г. С. Сковороди; ф-т заоч. навч., каф.практ. психології. Харків, 2010. 60 с.
62. Права людини і професійні стандарти для юристів в документах міжнародних організацій. Київ: Сфера, 2009. 342 с.
63. Порхуновій С. Стреси на роботі. URL : http://megasite.in.ua/55688-stresi-na-roboti.html
64. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров’я. Київ: ІНКОС, 2012. 272 с.
65. Психологія управління. К.: Центр учбової літератури, 2011. 664 с.
66. Психосоціальний стрес: прояви та техніки його подолання : рек.бібліограф. покажч. Харків. нац. пед. ун-т імені Г. С. Сковороди, наук.б-ка ; уклад. Т. І. Неудачина ; відп. ред. О. Г. Коробкіна. Харків :ХНПУ, 2020. 49 с.
67. Рогачова Т.В., Залевський Г.В., Левицька Т.Е. Психологія екстремальних ситуацій і станів. Т.: Видавницький дом ТГУ. 2015. 276 с.
68. Розов В. І. Адаптивні антистресові технології. Київ: Кондор, 2015. 278 с.
69. Розов, В. І. Психологічна діагностика адаптивних здібностей до стресу. Практична психологія та соціальна робота. 2016. № 11. С. 41–48.
70. Сельє Г. Стрес без дистресу. М.: Прогрес, 1992. 165 с.
71. Синдром «професійного вигорання» та професійна кар’єра працівників освітніх організацій. За ред. С. Д. Максименка, Л. М. Карамушки, Т. В. Зайчикової. К.: Міленіум, 2014.264 с.
72. Склень О. І. Психологічні особливості поведінкових стратегій подолання стресу в професійній діяльності працівників пожежно-рятувальних підрозділів МНС України : дис. канд. психол. наук : 19.00.09. Харків, 2008. 198 с.
73. Соціально-психологічні детермінанти синдрому „Професійного вигорання” у різних сферахдіяльності. Соціально-педагогічні аспекти збереження та зміцнення здоров’я дітей тамолоді в Україні : матеріали Всеукр. студент. наук.-практ. конф. (12–13 квіт. 2007 р.). Мелітополь, 2007. С. 30−37.
74. Стрес на робочому місці: коли бити на сполох. URL: <https://www.obozrevatel.com/blogs/26891-stres-na-robochomu-mistsi-koli-biti-na-spoloh.htm>.
75. Технології роботи організаційних психологів : навч. посібник для медиків вищ. навч. закл. та слухачів ін-тів післядипломної освіти. К. : Фірма «Інкос», 2015. 366 с.
76. Тімченко О. В. Ефективні поведінкові стратегії в боротьбі з організаційним стресом. Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Ін-тпсихології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2001. Т.ІІІ, ч. 5. С. 130–134
77. Тімченко О. В. Синдром пост-травматичних стресових порушень: концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування : монографія. Харків : Вид-во Ун-ту внутр. справ, 2000. 268 с.
78. Черноус Т. Ю., Каламаж В. О. Музично-рухові засоби розвитку самоусвідомлення психо-емоційних станів медиків початкових класів. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Психологія. 2022. № 14. С. 57–64.
79. Черноус Т. Ю., Каламаж В. О. Тілесно-руховий чинник музичного впливу на рефлексивний компонент емоційного інтелекту (на прикладі медиків початкових класів). Вісник Львівського університету. Серія «Психологічні науки». 2022. Вип. 12. С. 130–138.
80. Філенко І. О. Особливості становлення стилів долання стресу та процесівсаморегуляції в юнацькому віці. Вісник Харківського національного педагогічного університету ім. Г. С. Сковороди. Психологія. Харків : ХНПУ, 2008. Вип. 26. С. 144–161
81. Черпіта М. М. Стресостійкість. Наукові записки Вінницького національного аграрного університету. 2013. Вип. 2. С.202–208.
82. Чим може бути корисним стрес?. URL: http://novarobota.ua/ru/poleznaja\_informacija/rabotodatelyu/stressmenedzhment/chim\_mozhe\_buti\_korisnim\_stres.htm
83. Шабутін С. Зцілення музикою / Сергій Шабутін, Стефан Хміль, Ірина Шабутіна. − Афіни; Тернопіль: Підручники і посібники, 2006. − 191 с.
84. Шаран Ю. В. Психо-фізіологічні детермінанти стресостійкості особистості. Актуальні проблеми психології. Експериментальна психологія: зб. наук.праць НАПН України, Ін-т психології ім. Г. С. Костюка. Київ: ДП «Інф.-аналіт. агенство», 2017. Т. V, вип. 7. С. 143–148.
85. Шкала психологічного стресу – PSM-25. URL: https://stud.com.ua/124953/psihologiya/shkala\_psihologichnogo\_stresu
86. Шкала професійного стресу. URL: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:zD6IULub_-oJ:https://stud.com.ua/17590/psihologiya/shkala_profesiynogo_stresu&cd=1&hl=uk&ct=clnk&gl=ua>
87. Шкала стресових професій. URL: http://laktiale.com.ua/ua/stress/stress-statyi/uchenye-sostavili-shkalu-stressovyh-professiy-440.html
88. Яценко Т.С. Психологічні основи групової психокорекції: навч.посібник. К.: Либідь, 2016. 264 с.
89. Abouserie R. Stress, coping strategies, and job satisfaction in university academic staff. Educational Psychology. 1996. № 16. P. 49–56.

Додаток А

**Методика «Шкала організаційного стресу»**

Дана шкала вимірює толерантність (стрессоусгойчівость) до організаційного стресу, яка зв’язується з умінням спілкуватися, адекватно оцінювати ситуацію, без шкоди для свого здоров’я і працездатності активно і цікаво відпочивати, швидко відновлюючи свої сили.

Таблиця *-* Шкала організаційного стресу Макліна

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | питання | вірно  (Завжди) | швидше  вірно | щось  середнє | швидше  невірно | Невірно (ніколи) |
| 1 | При виникненні проблем я починаю активно діяти |  |  |  |  |  |

1*Baron RA* Behavior in organizations. Boston, 1983.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **питання** | **вірно**  **(Усе**  **гда)** | **швидше**  **вірно** | **щось**  **середнє** | **швидше**  **невер**  **але** | **Невірно (ніколи)** |
| 2 | Після закінчення робочого дня я продовжую думати про незавершені або майбутніх робочих справах |  |  |  |  |  |
| 3 | Я працюю з цікавими і гідними людьми, поважаю їхні почуття і думки |  |  |  |  |  |
| 4 | Я усвідомлюю і розумію свої власні слабкості і сильні якості |  |  |  |  |  |
| 5 | Існує досить багато людей, яких я можу назвати хорошими друзями |  |  |  |  |  |
| 6 | Я отримую задоволення, використовуючи свої знання і навички на роботі і в житті |  |  |  |  |  |
| 7 | На роботі мені часто нецікаво |  |  |  |  |  |
| 8 | Мені цікаво зустрічатися, розмовляти і працювати з людьми різних світоглядів, що відрізняються від моїх поглядів |  |  |  |  |  |
| 9 | Часто в моїй роботі я беруся за більшу, ніж можу встигнути зробити в реальному часі |  |  |  |  |  |
| 10 | У вихідні дин я активно відпочиваю |  |  |  |  |  |
| 11 | Я можу працювати продуктивно тільки з тими, хто близький мені по духу (культурі, інтересам, менталітету), або з тими, хто схожий на мене |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **питання** | **вірно**  **(Усе**  **гда)** | **швидше**  **вірно** | **щось**  **середнє** | **швидше**  **невер**  **але** | **Невірно (ніколи)** |
| **12** | Я працюю насамперед для того, щоб заробити собі па життя, а нс тому, що я отримую задоволення від своєї роботи |  |  |  |  |  |
| **13** | У моїй роботі я завжди дію раціонально, чітко визначаю пріоритети (першорядні завдання) |  |  |  |  |  |
| **14** | На роботі я часто вступаю в суперечку з людьми, які мають іншу думку, ніж я |  |  |  |  |  |
| **15** | Я стурбований з приводу своєї роботи |  |  |  |  |  |
| **16** | Крім роботи я встигаю зайнятися багатьма іншими цікавими для мене справами в різних областях (розваги, хобі, творчість ...) |  |  |  |  |  |
| **17** | Я засмучуюсь, коли справа нс виходить так, як я хочу |  |  |  |  |  |
| **18** | Часто я нс знаю, як настояти на своєму в спірних питаннях |  |  |  |  |  |
| **19** | Я легко (без особливої напруги) знаходжу вихід з проблемних (професійно важких) ситуацій, що заважають мені досягти важливої мети |  |  |  |  |  |
| **20** | Я часто нс погоджуюся з моїм начальником або колегами |  |  |  |  |  |

Кількість балів підраховується відповідно до ключа.

**Ключ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| питання | вірно  (Завжди) | швидше  вірно | щось  середнє | швидше  невірно | невірно  (Ніколи) |
| 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 18 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 19 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

Чим менше сумарний показник організаційного стресу, тим вище толерантність, а чим він більший, тим більше схильність до переживання дистресу і різним стрес-синдромам, наприклад до ризику професійного вигорання і коронарних захворювань (Suchko, 1998; Vodopyanova, 2002).

Також чим більше сумарний показник організаційного стресу, тим більше і схильність до ризику коронарних захворювань, найвищий же ризик при поводженні типу *А.*

Сумарний показник організаційного стресу і ризик серцево-судинних захворювань:

* більше 50 балів - поведінка типу *А;*
* 49-40 балів - поведінка типу *АВ;*
* менше 39 балів - поведінка типу *В.*

Здатність самопізнання (когнітивної): питання 4, 9, 13, 18.

Широта інтересів: питання 2, 5, 7, 16.

Ухвалення цінностей інших: питання 3, 8, 14, 20.

Гнучкість поведінки: питання 1, 11, 17, 19.

Активність і продуктивність: питання 6, 10, 12, 15.

Додаток Б

**Методика «Інвентаризація симптомів стресу»**

**Вступні зауваження**

Методика дозволяє розвинути спостережливість до стресових ознаками, здійснити самооцінку частоти їх прояву і ступінь схильності негативних наслідків стресу.

**Опитувальник «Інвентаризація симптомів стресу»**

*Інструкція:* прочитайте питання і оціните, як часто проявляються перелічені нижче симптоми.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  **п / п** | **питання** | **ніколи** | **рідко** | **часто** | **завжди** |
| 1 | Чи легко ви роздратовані через дрібниці? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Нервуєте ви, якщо доводиться чогось чекати? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Червонієте ви, коли відчуваєте незручність? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Чи можете ви в роздратуванні образити кого-небудь? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | Критика виводить вас із себе? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | Якщо вас штовхнуть в громадському транспорті, постараєтеся ви відповісти кривдникові тим же або скажете що-небудь образливе; при управлінні автомобілем чи часто тиснете на клаксон? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | Ви постійно чимось займаєтеся, все ваше час заповнене діяльністю? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | Останнім часом ви спізнюєтеся або приходьте завчасно? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | Чи часто ви перебиває інших, доповнюєте висловлювання? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | Чи страждаєте ви відсутністю апетиту? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | Чи часто ви відчуваєте безпричинне занепокоєння? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | Крутиться у вас голова вранці? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Чи відчуваєте ви постійну втому? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | Навіть після тривалого сну ви відчуваєте себе розбитим? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | У вас виникають проблеми із серцевою діяльністю? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | Чи страждаєте ви від болю в області спини і шиї? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17 | Чи часто ви барабанів пальцями по столу, а сидячи - похитує ногою? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | Чи мрієте ви про визнання, чи хочете, щоб вас хвалили за те, що ви робите? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | Чи вважаєте ви себе краще за інших, але, як правило, ніхто цього не помічає? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | Ви не можете сконцентруватися на необхідній справі? | 1 | 2 | 3 | 4 |

**Обробка і інтерпретація результатів.**Підраховується загальна кількість набраних балів.

*До 30 балів.*Ви живете спокійно і розумно, справляєтеся з проблемами, які підносить життя. Ви не страждаєте ні помилковою скромністю, ні зайвим честолюбством. Однак радимо вам перевірити свої відповіді разом з добре знають вас людиною: люди, які мають таку суму балів, часто бачать себе в рожевому світлі.

31-45 *балів.*Для вашого життя характерні активна діяльність і напруга. Ви схильні до стресу як в позитивному сенсі слова (прагнете досягти чого-небудь), так і в негативному (вистачає проблем і турбот). По всій видимості, ви і надалі будете жити так само, постарайтеся тільки виділити трохи часу для себе.

45 *-60 балів.*Ваше життя - безперервна боротьба. Ви честолюбні і мрієте про кар’єру. Ви досить залежні від чужих оцінок, що постійно тримає вас в стані стресу. Подібний спосіб життя, може бути, приведе вас до успіху на особистому фронті або в професійному відношенні, але навряд чи це принесе вам радість. Все витече, як вода крізь пальці. Уникайте непотрібних суперечок, придушуйте гнів, викликаний дрібницями, не намагайтеся завжди домогтися максимуму, час від часу відмовляйтеся від того чи іншого плану.

*Більше 60 балів.*Ви живете, як шофер, який тисне одночасно і на газ, і на гальмо. Поміняйте життєвий уклад. Випробовуваний вами стрес загрожує і вашому здоров’ю, і вашому майбутньому. Якщо зміна способу життя представляється вам неможливою, постарайтеся хоча б відреагувати на рекомендацію.

Додаток В

**Методика «Шкала психологічного стресу – PSM-25»**

**Вступні зауваження**

Шкала PSM-25 Лемура-Тесье-Філліон (Lemyr-Tessier-Fillion) призначена для вимірювання феноменологічної структури переживань стресу [14]. Мета - вимір стресових відчуттів в соматичних, поведінкових і емоційних показниках. Методика була спочатку розроблена у Франції, потім переведена і валидизировать в Англії, Іспанії та Японії. Переклад і адаптація російського варіанту методики виконані Н. Е. Водоп’янової.

При розробці методики автори прагнули усунути наявні недоліки традиційних методів вивчення стресових станів, спрямованих в основному на непрямі вимірювання психологічного стресу через стресори або патологічні прояви тривожності, депресії, фрустрації та ін. Лише деякі методики призначені для того, щоб вимірювати стрес як природний стан психічної напруженості . З метою усунення цих методологічних невідповідностей Лемур-Тесье-Філліон розробили опитувальник, який описує стан людини, що переживає стрес, внаслідок чого відпала необхідність у визначенні таких змінних, як стресори або патології. Питання сформульовані для нормальної популяції у віці від 18 до 65 років стосовно для різних професійних груп. Все це дозволяє вважати методику універсальної для застосування до різних вікових і професійних вибірках в нормальної популяції.

Методика апробована авторами на вибірці більш ніж на 5 тис. Чоловік в Канаді, Англії, США, Пуерто-Ріко, Колумбії, Аргентині, Японії. Також цю методику застосовували Клемент і Янг в Університеті Оттави, Ларсі в Університеті та в госпіталі Монреаля, а також Тесье і його колеги в госпіталях св. Франциска Ассизького і св. Жюстіни в Монреалі. У Росії методика апробувалася Н. Е. Водоп’янової на вибірці вчителів, медиків та комерційного персоналу в кількості 500 осіб.

Численні дослідження показали, що PSM володіє достатніми психометрическими властивостями. Були виявлені кореляції інтегрального показника PSM зі шкалою тривожності Спіл- Бергера (r = 0,73), з індексом депресії [Beck Depression Inventory] (r = 0,75). Величини цих кореляцій пояснюються генералізованим переживанням емоційного дистресу або депресії. При цьому дослідження дивергентной валідності показують, що PSM концептуально відрізняється від методик дослідження тривожності і депресії.

**Опитувальник PSM**

*Інструкція:* пропонується ряд тверджень, що характеризують психічний стан. Оцініть, будь ласка, ваш стан за останній тиждень за допомогою 8-бальної шкали. Для цього на бланку опитувальника поруч з кожним твердженням обведіть число від 1 до 8, яке найбільш точно визначає ваші переживання. Тут немає неправильних або помилкових відповідей. Відповідайте якомога щире. Для виконання тесту буде потрібно приблизно п’ять хвилин.

Цифри від 1 до 8 означають частоту переживань:

1 - «ніколи»; 2 - «вкрай рідко»; 3 - «дуже рідко»; 4 - «рідко»; 5 - «іноді»; 6 - «часто»; 7 - «дуже часто»; 8 - «постійно (щодня)».

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Стан напруженості і крайньої схвильованості (напруженості) | 12345678 |
| 2 | Відчуття клубка в горлі і / або сухості в роті | 12345678 |
| 3 | Я перевантажений (а) роботою. Мені зовсім не вистачає часу | 12345678 |
| 4 | Я поспіхом проковтую їжу або забуваю поїсти | 12345678 |
| 5 | Після роботи я не можу відключитися від думок про незавершені справи, проблеми, плани; я «застряють» на переживаннях робочих ситуацій і невирішених питань, обмірковую свої ідеї знову і знову | 12345678 |
| 6 | Я відчуваю себе самотнім (ой) і незрозумілим (ой) | 12345678 |
| 7 | Я страждаю від фізичного нездужання; у мене запаморочення, головний біль, напруженість і дискомфорт в області шийного відділу, болі в спині, спазми в шлунку | 12345678 |
| 8 | Я поглинений (а) похмурими думками, змучений (а) тривожними станами | 12345678 |
| 9 | Мене раптово кидає то в жар, то в холод | 12345678 |
| 10 | Я забуваю про зустрічі або справах, які повинен зробити або вирішити | 12345678 |
| 11 | У мене часто псується настрій; я легко можу заплакати від образи або проявити агресію, лють | 12345678 |
| 12 | Я відчуваю себе втомленим людиною | 12345678 |
| 13 | У важких ситуаціях я міцно стискаю зуби (чи стискаю кулаки) | 12345678 |
| 14 | Я спокійний (на) і безтурботний (на) \* | 12345678 |
| 15 | Мені важко дихати і / або у мене раптово перехоплює подих | 12345678 |
| 16 | Я маю проблеми з травленням і з кишечником (болі, кольки, розлади або запори) | 12345678 |
| 17 | Я схвильований (а), стурбований (а), збуджений (а) | 12345678 |
| 18 | Я легко лякаюся; шум або шерех змушують мене здригатися | 12345678 |
| 19 | Мені необхідно більш ніж півгодини для того, щоб заснути | 12345678 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 20 | Я збитий (а) з пантелику; мої думки сплутані; мені не вистачає зосередженості і я не можу сконцентрувати увагу | 12345678 |
| 21 | У мене втомлений вигляд; мішки або круги під очима | 12345678 |
| 22 | Я відчуваю тяжкість на своїх плечах | 12345678 |
| 23 | Я стривожений (а), мені необхідно постійно рухатися; я не можу стояти або симедпрацівники на одному місці | 12345678 |
| 24 | Мені важко контролювати свої вчинки, емоції, настрій або жести | 12345678 |
| 25 | Я відчуваю напруженість \* | 12345678 |

**Обробка і інтерпретація результатів.**Підраховується сума всіх відповідей - інтегральний показник психічної напруженості (ППН). Питання 14 оцінюється в зворотному порядку. Чим більше ППН, тим вище рівень психологічного стресу.

*ППН більше 155 балів* - високий рівень стресу, свідчить про стан дезадаптації і психічного дискомфорту, необхідності застосування широкого спектра засобів і методів для зниження нервово-психічної напруженості, психологічного розвантаження, зміни стилю мислення і життя.

*ППН в інтервалі 154-100 балів* - середній рівень стресу.

Низький рівень стресу, *ППН менше 100 балів*, свідчить про стан психологічної адаптоване до робочих навантажень.

Додаток Г

**Методика «Експрес-діагностика стресогенних факторів діяльності керівника»**

**Вступні зауваження**

Дана методика може бути використана для виявлення робочих стрес-факторів або для аутодіагностікі ступеня ризику розвитку психологічного стресу у менеджерів середньої ланки. З її допомогою можна швидко визначити, в яких видах управлінської діяльності є найбільша напруженість ( «проблемність») і в якому напрямку необхідно розвивати менеджерські вміння.

**Опитувальник***Інструкція:* на кожне питання можливий один з п’яти запропонованих відповідей: «ніколи» - 1 бал; «Рідко» - 2 бали; «Іноді» - 3 бали; «Часто» - 4 бали; «Завжди» - 5 балів. Прочитайте уважно кожне з наведених нижче пропозицій і проти кожного питання поставте відповідний відповідь. Потім підсумуйте результат відповідей.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Працюючі з вами люди не знають, чого можна від вас очікувати |  |
| 2 | Ви переконані, що робите зовсім не те, що потрібно |  |
| 3 | Ви відчуваєте, що не в змозі виконувати суперечливі вимоги вищестоящих керівників |  |
| 4 | Ви відчуваєте сильне навантаження |  |
| 5 | Вам не вистачає часу, щоб якісно зробити роботу |  |
| 6 | Ви відчуваєте, що робота чинить тиск на особисте життя (заважає особистому житті) |  |
| 7 | Часто ви не знаєте, що вам належить робити |  |
| 8 | Ви відчуваєте, що тільки влада допоможе вам виконати роботу |  |
| 9 | Ви відчуваєте, що не можете впоратися з необхідною інформацією |  |
| 10 | Ви не знаєте, яку оцінку дає вам начальник |  |
| 11 | Ви не в змозі передбачити реакцію вищого начальника |  |
| 12 | Ваші погляди і погляди начальника повністю протилежні |  |

Сфери робочих стресів:

Конфліктність комунікацій - питання 1-3.

Стреси робочих перевантажень - питання 4 -6. Інформаційний стрес - питання 7-9.

Стреси «вертикальних» комунікацій - питання 10-12.

**«Ключ»**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ питання** | **бал** | **№ питання** | **бал** | **№ питання** | **бал** | **№ питання** | **бал** |
| 1 |  | 4 |  | 7 |  | 10 |  |
| 2 |  | 5 |  | 8 |  | 11 |  |
| 3 |  | 6 |  | 9 |  | 12 |  |
|  | Z **=** |  | I = |  | I = |  | I = |

**Обробка і інтерпретація результатів**

1. Підсумувати бали, проставлені за відповіді на питання з 1-го по 3-й включно. Результат *вище 12 балів* свідчить про підвищеної конфліктності ділового спілкування - високої стрессогенности організаційних комунікацій. Стрес-менеджмент повинен бути спрямований на виявлення «слабких ланок» комунікацій в організації, навчання ефективному діловому спілкуванню управлінського персоналу, розвитку організаційної культури.

2. Підсумувати бали, проставлені за відповіді на питання з 4-го по 6-й включно. Результат *вище 12 балів* свідчить про наявність психологічних перевантажень у керівника. Рекомендується навчання тайм-менеджменту, оптимізації робочих навантажень і технологій психічної саморегуляції.

3. Підсумувати бали, проставлені за відповіді на питання з 7-го по 9-й включно. Результат *вище 12 балів* свідчить про те, що причиною робочих стресів є низька компетентність, неконструктивна організація роботи. Терміново потрібен підвищення професійної кваліфікації та компетенції. Наявні управлінські проблеми можуть бути частково вирішені за допомогою згуртованої команди або раціональних інноваційних перетворень.

4. Підсумувати бали, проставлені за відповіді на питання з 10-го по 12-й включно. Результат *вище 12 балів* свідчить про психологічної напруженості у відносинах з вищим керівництвом. З метою зниження стрессогенности в корпоративних відносинах вимагає від нас посиленої психодіагностика вертикальних комунікацій, стилів управління і підпорядкування, поведінкових моделей і спеціалізовані психологічні тренінги, спрямовані на розвиток організаційної культури і комунікацій.

Додаток Д

**Зведена таблиця результатів дослідження**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Професійний  стрес | Методика ШОС | | | | | Експрес-діагностика стресогенних факторів діяльності керівника | | | | ІСС | PSM-25 |
| Досліджувані | Когнітивність | Широта інтересів | Прийняття цінностей інших | Гручкість поведінки | Активність і продуктивність | Конфлікт комунікацій | Стреси робочих перенавантажень | Інформаційний стрес | Стреси «вертикальних комунікацій» |
| **1 етап – Констатувальний** | | | | | | | | | | | | |
| Анонім 1 | 45 | 10 | 9 | 9 | 11 | 6 | 4 | 3 | 4 | 7 | 42 | 70 |
| Анонім 2 | 48 | 9 | 8 | 11 | 10 | 10 | 12 | 12 | 9 | 11 | 47 | 60 |
| Анонім 3 | 48 | 9 | 8 | 9 | 12 | 10 | 8 | 6 | 6 | 12 | 43 | 89 |
| Анонім 4 | 59 | 12 | 11 | 7 | 16 | 13 | 6 | 8 | 5 | 8 | 58 | 76 |
| Анонім 5 | 66 | 14 | 16 | 10 | 10 | 16 | 12 | 14 | 8 | 12 | 60 | 98 |
| Анонім 6 | 66 | 16 | 11 | 16 | 10 | 13 | 4 | 8 | 9 | 6 | 42 | 84 |
| Анонім 7 | 60 | 12 | 14 | 12 | 12 | 10 | 11 | 9 | 4 | 4 | 55 | 79 |
| Анонім 8 | 71 | 16 | 10 | 16 | 13 | 16 | 7 | 5 | 8 | 13 | 42 | 84 |
| Анонім 9 | 44 | 6 | 9 | 8 | 12 | 9 | 4 | 9 | 3 | 8 | 42 | 54 |
| Анонім 10 | 39 | 8 | 8 | 7 | 9 | 7 | 6 | 8 | 4 | 4 | 38 | 41 |
| Анонім 11 | 48 | 12 | 8 | 6 | 10 | 12 | 6 | 7 | 9 | 3 | 42 | 120 |
| Анонім 12 | 49 | 9 | 9 | 9 | 12 | 10 | 9 | 11 | 6 | 5 | 58 | 66 |
| Анонім 13 | 38 | 7 | 8 | 7 | 11 | 5 | 6 | 7 | 5 | 5 | 46 | 95 |
| Анонім 14 | 45 | 8 | 9 | 6 | 13 | 9 | 5 | 5 | 3 | 9 | 38 | 72 |
| Анонім 15 | 34 | 8 | 6 | 4 | 7 | 9 | 5 | 5 | 7 | 4 | 29 | 47 |
| Анонім 16 | 39 | 9 | 7 | 7 | 10 | 6 | 6 | 10 | 3 | 5 | 40 | 55 |
| Анонім 17 | 37 | 9 | 7 | 5 | 11 | 5 | 5 | 6 | 4 | 4 | 37 | 89 |
| Анонім 18 | 65 | 16 | 8 | 13 | 12 | 16 | 8 | 6 | 8 | 4 | 42 | 81 |
| Анонім 19 | 62 | 18 | 11 | 10 | 12 | 11 | 8 | 4 | 6 | 4 | 39 | 95 |
| Анонім 20 | 47 | 10 | 8 | 9 | 9 | 11 | 4 | 7 | 4 | 6 | 43 | 100 |
| Анонім 21 | 60 | 10 | 14 | 11 | 12 | 13 | 6 | 6 | 6 | 8 | 44 | 140 |
| Анонім 22 | 45 | 11 | 11 | 6 | 10 | 7 | 11 | 12 | 8 | 8 | 51 | 81 |
| Анонім 23 | 62 | 15 | 10 | 9 | 18 | 10 | 12 | 5 | 8 | 7 | 52 | 93 |
| Анонім 24 | 59 | 13 | 11 | 14 | 11 | 10 | 4 | 4 | 9 | 5 | 46 | 132 |
| Анонім 25 | 38 | 7 | 10 | 6 | 9 | 6 | 4 | 5 | 7 | 4 | 40 | 49 |
| Анонім 26 | 48 | 9 | 8 | 8 | 13 | 10 | 6 | 5 | 3 | 5 | 44 | 67 |
| Анонім 27 | 70 | 18 | 10 | 16 | 13 | 13 | 6 | 9 | 6 | 8 | 44 | 111 |
| Анонім 28 | 39 | 9 | 7 | 5 | 10 | 8 | 9 | 6 | 6 | 8 | 36 | 53 |
| Анонім 29 | 65 | 14 | 11 | 12 | 14 | 14 | 9 | 10 | 8 | 8 | 33 | 90 |
| Анонім 30 | 48 | 8 | 8 | 8 | 14 | 10 | 9 | 6 | 6 | 8 | 35 | 59 |
| Анонім 31 | 45 | 9 | 8 | 7 | 9 | 12 | 4 | 5 | 6 | 4 | 30 | 39 |
| Анонім 32 | 47 | 8 | 10 | 8 | 11 | 10 | 11 | 7 | 7 | 8 | 41 | 66 |
| Анонім 33 | 49 | 8 | 11 | 9 | 11 | 10 | 8 | 7 | 8 | 7 | 45 | 80 |
| Анонім 34 | 45 | 10 | 5 | 8 | 11 | 11 | 5 | 5 | 5 | 5 | 36 | 64 |
| Анонім 35 | 45 | 8 | 10 | 9 | 10 | 8 | 12 | 7 | 6 | 7 | 40 | 59 |
| Анонім 36 | 48 | 9 | 9 | 10 | 11 | 9 | 9 | 6 | 5 | 8 | 37 | 52 |
| Анонім 37 | 45 | 9 | 5 | 10 | 12 | 9 | 8 | 9 | 9 | 6 | 47 | 36 |
| Анонім 38 | 47 | 8 | 12 | 8 | 10 | 9 | 10 | 5 | 3 | 5 | 40 | 49 |
| Анонім 39 | 60 | 12 | 11 | 15 | 9 | 13 | 5 | 12 | 3 | 12 | 30 | 81 |
| Анонім 40 | 49 | 10 | 13 | 7 | 9 | 10 | 6 | 9 | 3 | 9 | 28 | 37 |
| Анонім 41 | 46 | 10 | 9 | 7 | 10 | 10 | 5 | 5 | 3 | 9 | 30 | 49 |
| Анонім 42 | 47 | 10 | 6 | 7 | 13 | 11 | 5 | 11 | 9 | 4 | 39 | 66 |
| Анонім 43 | 45 | 8 | 7 | 10 | 10 | 10 | 9 | 6 | 5 | 4 | 44 | 71 |
| Анонім 44 | 49 | 9 | 10 | 10 | 12 | 8 | 12 | 8 | 4 | 7 | 42 | 64 |
| Анонім 45 | 49 | 10 | 9 | 9 | 11 | 10 | 5 | 7 | 9 | 12 | 40 | 50 |
| Анонім 46 | 36 | 7 | 6 | 4 | 12 | 7 | 5 | 9 | 4 | 6 | 45 | 56 |
| Анонім 47 | 48 | 7 | 8 | 9 | 13 | 11 | 10 | 8 | 3 | 5 | 52 | 77 |
| Анонім 48 | 64 | 9 | 14 | 17 | 12 | 12 | 10 | 7 | 11 | 10 | 40 | 54 |
| Анонім 49 | 46 | 11 | 6 | 8 | 11 | 10 | 5 | 6 | 6 | 8 | 38 | 84 |
| Анонім 50 | 67 | 12 | 14 | 12 | 13 | 16 | 12 | 9 | 5 | 6 | 37 | 88 |
| Анонім 51 | 68 | 11 | 14 | 14 | 15 | 14 | 8 | 11 | 7 | 11 | 59 | 107 |
| Анонім 52 | 71 | 14 | 13 | 16 | 12 | 16 | 5 | 8 | 5 | 6 | 52 | 102 |
| Анонім 53 | 64 | 9 | 11 | 18 | 13 | 13 | 8 | 14 | 8 | 7 | 55 | 130 |
| Анонім 54 | 67 | 15 | 14 | 14 | 12 | 12 | 11 | 6 | 8 | 12 | 45 | 66 |
| ср.зн. | 51,69 | 10,46 | 9,63 | 9,67 | 11,44 | 10,48 | 7,41 | 7,50 | 6,00 | 7,06 | 42,59 | 75,24 |
| СКО | 10,41 | 2,93 | 2,59 | 3,48 | 1,91 | 2,81 | 2,67 | 2,55 | 2,15 | 2,64 | 7,67 | 24,50 |
| Кількість | 54,00 | 54,00 | 54,00 | 54,00 | 54,00 | 54,00 | 54,00 | 54,00 | 54,00 | 54,00 | 54,00 | 54,00 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Професійний  стрес | Методика ШОС | | | | | | Експрес-діагностика стресогенних факторів діяльності керівника | | | | ІСС | PSM-25 |
| Досліджувані | Когнітивність | Широта інтересів | Прийняття цінностей інших | Гручкість поведінки | | Активність і продуктивність | Конфлікт комунікацій | Стреси робочих перенавантажень | Інформаційний стрес | Стреси «вертикальних комунікацій» |
| 2 етап – Контрольний | | | | | | | | | | | | | |
| Анонім 01 | 42 | 9 | 9 | 7 | 11 | 6 | | 4 | 3 | 4 | 7 | 40 | 61 |
| Анонім 02 | 47 | 8 | 8 | 11 | 10 | 10 | | 5 | 10 | 5 | 11 | 46 | 64 |
| Анонім 03 | 44 | 6 | 8 | 9 | 12 | 9 | | 8 | 6 | 5 | 11 | 43 | 61 |
| Анонім 04 | 56 | 9 | 11 | 7 | 16 | 13 | | 6 | 8 | 3 | 6 | 47 | 64 |
| Анонім 05 | 56 | 14 | 13 | 10 | 10 | 9 | | 8 | 11 | 5 | 10 | 40 | 86 |
| Анонім 06 | 59 | 13 | 11 | 12 | 10 | 13 | | 4 | 8 | 9 | 3 | 42 | 79 |
| Анонім 07 | 53 | 7 | 14 | 12 | 12 | 8 | | 7 | 9 | 4 | 4 | 42 | 61 |
| Анонім 08 | 57 | 13 | 10 | 10 | 13 | 11 | | 7 | 5 | 8 | 10 | 31 | 62 |
| Анонім 09 | 41 | 5 | 9 | 7 | 12 | 8 | | 4 | 4 | 3 | 8 | 34 | 34 |
| Анонім 10 | 33 | 6 | 8 | 5 | 9 | 5 | | 5 | 7 | 4 | 4 | 36 | 39 |
| Анонім 11 | 46 | 12 | 8 | 4 | 10 | 12 | | 3 | 7 | 3 | 3 | 42 | 106 |
| Анонім 12 | 49 | 9 | 9 | 9 | 12 | 10 | | 5 | 7 | 4 | 5 | 53 | 56 |
| Анонім 13 | 36 | 7 | 6 | 7 | 11 | 5 | | 6 | 7 | 3 | 5 | 45 | 90 |
| Анонім 14 | 41 | 7 | 9 | 5 | 13 | 7 | | 4 | 5 | 3 | 5 | 38 | 55 |
| Анонім 15 | 28 | 8 | 5 | 4 | 7 | 4 | | 5 | 5 | 3 | 3 | 24 | 45 |
| Анонім 16 | 39 | 9 | 7 | 7 | 10 | 6 | | 6 | 7 | 3 | 5 | 40 | 48 |
| Анонім 17 | 37 | 9 | 7 | 5 | 11 | 5 | | 3 | 4 | 3 | 3 | 31 | 63 |
| Анонім 18 | 53 | 10 | 8 | 13 | 12 | 10 | | 4 | 6 | 6 | 4 | 33 | 80 |
| Анонім 19 | 51 | 11 | 11 | 10 | 10 | 9 | | 3 | 4 | 6 | 4 | 34 | 90 |
| Анонім 20 | 40 | 8 | 8 | 7 | 9 | 8 | | 4 | 7 | 4 | 6 | 43 | 97 |
| Анонім 21 | 60 | 10 | 14 | 11 | 12 | 13 | | 6 | 6 | 6 | 8 | 45 | 122 |
| Анонім 22 | 45 | 11 | 11 | 6 | 10 | 7 | | 7 | 10 | 7 | 8 | 46 | 71 |
| Анонім 23 | 52 | 10 | 10 | 9 | 13 | 10 | | 7 | 5 | 8 | 7 | 47 | 93 |
| Анонім 24 | 50 | 12 | 11 | 6 | 11 | 10 | | 4 | 4 | 9 | 4 | 46 | 117 |
| Анонім 25 | 38 | 7 | 10 | 6 | 9 | 6 | | 4 | 6 | 4 | 4 | 31 | 42 |
| Анонім 26 | 48 | 9 | 8 | 8 | 13 | 10 | | 3 | 3 | 3 | 5 | 32 | 56 |
| Анонім 27 | 56 | 11 | 10 | 10 | 13 | 12 | | 6 | 9 | 6 | 6 | 44 | 108 |
| Анонім 28 | 37 | 9 | 6 | 5 | 9 | 8 | | 7 | 6 | 4 | 7 | 36 | 41 |
| Анонім 29 | 51 | 11 | 10 | 9 | 12 | 9 | | 9 | 10 | 6 | 8 | 33 | 81 |
| Анонім 30 | 48 | 8 | 8 | 8 | 14 | 10 | | 9 | 6 | 6 | 8 | 35 | 49 |
| Анонім 31 | 43 | 8 | 8 | 7 | 8 | 12 | | 4 | 5 | 4 | 4 | 28 | 26 |
| Анонім 32 | 47 | 8 | 10 | 8 | 11 | 10 | | 8 | 7 | 7 | 8 | 33 | 52 |
| Анонім 33 | 49 | 8 | 11 | 9 | 11 | 10 | | 8 | 7 | 7 | 7 | 35 | 57 |
| Анонім 34 | 43 | 8 | 5 | 8 | 11 | 11 | | 5 | 5 | 5 | 5 | 36 | 63 |
| Анонім 35 | 44 | 8 | 9 | 9 | 10 | 8 | | 9 | 7 | 6 | 7 | 34 | 51 |
| Анонім 36 | 44 | 7 | 9 | 8 | 11 | 9 | | 9 | 6 | 5 | 8 | 37 | 47 |
| Анонім 37 | 43 | 8 | 5 | 9 | 12 | 9 | | 8 | 4 | 4 | 6 | 39 | 28 |
| Анонім 38 | 47 | 8 | 12 | 8 | 10 | 9 | | 7 | 5 | 3 | 5 | 35 | 47 |
| Анонім 39 | 50 | 9 | 11 | 8 | 9 | 13 | | 5 | 8 | 3 | 8 | 30 | 53 |
| Анонім 40 | 49 | 10 | 13 | 7 | 9 | 10 | | 6 | 6 | 3 | 6 | 28 | 34 |
| Анонім 41 | 43 | 9 | 9 | 7 | 8 | 10 | | 5 | 5 | 3 | 4 | 27 | 36 |
| Анонім 42 | 47 | 10 | 6 | 7 | 13 | 11 | | 5 | 5 | 5 | 4 | 32 | 56 |
| Анонім 43 | 41 | 8 | 7 | 6 | 10 | 10 | | 4 | 6 | 5 | 4 | 34 | 56 |
| Анонім 44 | 45 | 5 | 10 | 10 | 12 | 8 | | 9 | 8 | 4 | 7 | 34 | 51 |
| Анонім 45 | 45 | 10 | 7 | 9 | 11 | 8 | | 5 | 7 | 5 | 9 | 29 | 47 |
| Анонім 46 | 35 | 6 | 6 | 4 | 12 | 7 | | 3 | 7 | 3 | 5 | 37 | 48 |
| Анонім 47 | 46 | 7 | 8 | 7 | 13 | 11 | | 6 | 8 | 3 | 5 | 45 | 68 |
| Анонім 48 | 53 | 6 | 14 | 9 | 12 | 12 | | 5 | 7 | 11 | 10 | 34 | 34 |
| Анонім 49 | 45 | 8 | 6 | 10 | 11 | 10 | | 4 | 4 | 3 | 4 | 34 | 55 |
| Анонім 50 | 50 | 11 | 7 | 7 | 13 | 12 | | 5 | 9 | 5 | 6 | 37 | 72 |
| Анонім 51 | 64 | 11 | 11 | 13 | 15 | 14 | | 8 | 11 | 7 | 11 | 45 | 107 |
| Анонім 52 | 59 | 11 | 12 | 14 | 12 | 10 | | 5 | 8 | 5 | 6 | 52 | 102 |
| Анонім 53 | 54 | 7 | 9 | 12 | 13 | 13 | | 8 | 14 | 8 | 7 | 55 | 126 |
| Анонім 54 | 51 | 11 | 10 | 11 | 10 | 9 | | 7 | 6 | 6 | 9 | 37 | 59 |
| ср.зн. | 46,85 | 8,89 | 9,11 | 8,26 | 11,17 | 9,43 | | 5,76 | 6,67 | 4,94 | 6,24 | 37,89 | 64,74 |
| СКО | 7,29 | 2,04 | 2,33 | 2,39 | 1,77 | 2,34 | | 1,83 | 2,18 | 1,91 | 2,24 | 6,89 | 24,80 |
| Кількість | 54 | 54 | 54 | 54 | 54 | 54 | | 54 | 54 | 54 | 54 | 54 | 54 |
| Т-критерій | 2,795 | 3,237 | 1,09315 | 2,4501 | 0,78449 | 2,12424 | | 3,73628 | 1,82689 | 2,70183 | 1,73025 | 3,352371 | 2,213264 |
| Крит.значення: | p<0,05 | p<0,01 | p<0,001 |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  | 1,982 | 2,621 | 3,381 |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1 етап | 3 етап | Т-кр. | |
| Середнє значення | 75,24 | 64,74 | 2,21326 | p<0,05 |
| СКО | 24,50 | 24,80 |
| Кількість | 54 | 54 |

Додаток Е

**Розрахунок коефіцієнта кореляції Пірсона**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Професійний  стрес | Методика ШОС | | | | | Експрес-діагностика стресогенних факторів діяльності керівника | | | | ІСС | | PSM-25 |
| Когнітивність | Широта інтересів | Прийняття цінностей інших | Гручкість поведінки | Активність і продуктивність | Конфлікт комунікацій | Стреси робочих перенавантажень | Інформаційний стрес | Стреси «вертикальних комунікацій» |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | | 12 |
| 1 | 1,000 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 2 | 0,789\*\* | 1,000 |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 3 | 0,702\*\* | 0,388\*\* | 1,000 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 4 | 0,854\*\* | 0,561\* | 0,536\*\* | 1,000 |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 5 | 0,487\*\* | 0,293\* | 0,182 | 0,272\* | 1,000 |  |  |  |  |  | |  |  |
| 6 | 0,846\*\* | 0,628\*\* | 0,486\*\* | 0,660\*\* | 0,315\* | 1,000 |  |  |  |  | |  |  |
| 7 | 0,255 | 0,069 | 0,373\*\* | 0,171 | 0,263 | 0,137 | 1,000 |  |  |  | |  |  |
| 8 | 0,223 | 0,011 | 0,251 | 0,247 | 0,050 | 0,243 | 0,285\* | 1,000 |  |  | |  |  |
| 9 | 0,358\*\* | 0,339\* | 0,132 | 0,361\*\* | 0,120 | 0,323\* | 0,214 | 0,145 | 1,000 |  | |  |  |
| 10 | 0,372\*\* | 0,167 | 0,384\*\* | 0,345\* | 0,171 | 0,307\* | 0,221 | 0,240 | 0,183 | 1,000 | |  |  |
| 11 | 0,357\*\* | 0,149 | 0,332\* | 0,280\* | 0,466\*\* | 0,199 | 0,337\* | 0,417\*\* | 0,209 | 0,067 | | 1,000 |  |
| 12 | 0,550\*\* | 0,467\*\* | 0,355\*\* | 0,462\*\* | 0,325\* | 0,429\*\* | -0,015 | 0,148 | 0,229 | 0,031 | | 0,443 | 1,000 |

**Додаток Є**

**Програма для корекції стресу «Музика проти стресу»**

|  |
| --- |
| Тема бесіди-заняття |
|
| 1.Вступна бесіда про музику |
| 2. Краса музики |
| 3. Слухання музики |
| 4. Музика і природа |
| 5. Мелодія |
| 6.Музично-рухові ігри та вправи |
| 7. Гра на музичних інструментах |
| 8. Настрій музики |
| 9. Характер музики |
| 10. Співи (вокалотерапія) |

**ЗМІСТ ПРОГРАМИ**

**Занятя 1 Вступ.** Ознайомлення з планом роботи, організаційні питання.

**Заняття 2. Краса музики**

Музикотерапія має безпосередній вплив на емоційний, етичний та естетичний розвиток людини і глибоко діє на її внутрішній стан. Розслабити та позитивно стимулювати різні психофізичні процеси в організмі людини. В цьому напрямку дуже корисна образна музика, яка збагачує своїм змістом і пробуджує емоційну сферу медпрацівників.

*Практична частина.* Прослуховування веселої ритмічної музики, що викликає у медпрацівників різну реакцію, відповідно до їх психо-емоційного стану; прослуховування загадково-спокійного репертуару , що врівноважує і заспокоює людину.

Спрямованість корекційно- розвивальної роботи: рецептивне сприймання музики. Вплив класичної музики на емоційний стан медпрацівників:

* зменшення відчуття тривоги і невпевненості — Шопен «Мазурка, «Прелюдії», Штраус «Вальси», Рубінштейн «Мелодії».
* зменшення дратівливості, розчарування, підвищення відчуття приналежності до прекрасного світу природи —  Бах «Контата 2», Бетховен «Місячна соната», »Симфонія ля-мінор».
* для загального заспокоєння, задоволення — Бетховен «Симфонія 6», частина 2, Брамс «Колисанка», Шуберт «Аве Марія», Шопен «Ноктюрн сіль-мінор», Дебюссі «Місячне сяйво».
* зменшення головного болю, пов’язаного з емоційною напругою — Моцарт «Дон Жуан», Аркуш «Угорська рапсодія» 1, Хачатурян «Сюїта Маскарад».
* для піднімання загального життєвого тонусу, поліпшення самопочуття, активності, настрою — Чайковський «Шоста симфонія», 3 частина, Бетховен «Увертюра Едмонд», Шопен «Прелюдія 1, опус 28», Аркуш «Угорська рапсодія».

**Заняття 3. Слухання музики**

Формувати і розвивати сприймання музичного ритму, вміння передавати його за допомогою будь-яких фізичних рухів. Свідоме й чуттєве спри­ймання музичного ритму, що відбувається в русі як в одному з найхарактерніших спон­танних життєвих виявів у медпрацівників, а також вироблення здатності психічно й соматично підкорятися ритму музики та зливатися з ним і гармонійно поєднувати ритм рухів свого тіла з ритмом музики. Навчання вмінню аналізувати та коротко характеризувати музичний твір: назвати твір та його автора, характер, темп, форму та динаміку. Прививати естетисне сприймання музики та українського фольклору.

*Практична частина.* Стимуляція позитивного настрою: у цій роботі застосовуються такі вправи **-**під звуки музики медпрацівники із заплющеними очима погойдуються у ритм музики.

Орієнтовні музичні твори:

* В. Адамець. «Зірочне» (з дитячих танцю­вальних пісень «Золоті ворота»).
* Р.Адисалл. Варшавський концерт.
* П.Чайковський. Танець маленьких лебе­дів (балет «Лебедине озеро»).
* А.Дворжак. «Слов’янський танець № 1, до-мажор», «Слов’янський танець № 2, ля-мінор», «Слов’янський танець №6, ре-мажор», «Слов’янський танець № 15, до-мажор».
* Е.Гріг. Пісня Сольвейг із сюїти «Пер Гюнт».
* Ф.Шопен. Етюд мі мажор.
* М.Равель. Болеро.
* М.Римський-Корсаков. Пісня індійського гостя з опери «Садко».
* Б.Сметана. Нашим дівам (полька).
* А.Вівальді. Симфонія сі мінор.

**Заняття 4. Музика і природа**

Зняття внутрішнього кон­флікту, проблем, сприяння стабілізації осо­бистості. Використовується для розслаблен­ня й стимуляції особистості, яка в процесі сприймання музики стає активним учасни­ком образної дії, збагачуючи її своїм внутріш­нім світом переживань. Такі заняття спрямо­вані на спонукання активного сприймання своєї особистості. У їх процесі закладається основа чуттєвих та уявних асоціацій.

*Практична частина.* Основний критерій добору музичних творів — пом’якшувальний і гармонійний вплив. Найсприятливішими є твори періоду музичного бароко та класицизму. Із сучасних авторів — ліричні твори, задушевні та сумні мелодії та плавні твори з м’яким ритмічним малюнком, негучним звучанням. Темп музи­ки — плавний, повільний, заспокійливий.

Орієнтовні музичні твори.

* С.Бах. Концерт для клавесина з орке­стром ре-мінор, 2 ч. Концерт для двох скри­пок ре-мінор, 2 ч.
* А.Вівальді. Пори року. Частини «Літо», «Зима». Концерт фа-мажор.
* В. А.Моцарт. Дивертисмент № 7, 2 ч.
* А.Дворжак. Симфонія № 3, соль-мажор, 2 ч.
* П. Чайковський «Пори року».

**Заняття 5. Мелодія**

Правильне дихання має вирішальне зна­чення для тренування вольових якостей, загальної релаксації. Розслаблювальні музич­ні стимули приносять полегшення, відчуття гармонії, врівноваженості; характер людини стає м’якшим і пластичнішим.

*Практична частина.*Перелік дихальних вправ:

* сидячи, робити вдихи та видихи в рит­мі музичного супроводу. Фаза видиху:
* вимовляння звука «А» (виражаючи почуття полегшення);
* вимовляння звука «О» (виражаючи почуття подиву);
* вимовляння звука «У» (виражаючи почуття подиву);
* вимовляння звука «І» (виражаючи почуття радості);
* вимовляння звука «Е» (виражаючи внут­рішню рівновагу).
* стоячи у вільних позах, робити вдих і видих із руховим вивільненням.
* стоячи у вільній позі, слід тренувати вдих і видих з одночасним розслабленням.

**Заняття 6. Музично-рухові ігри та вправи**

Створення умов для комунікації та взаємодії, корекції комунікативної сфери, розвитку тонкої та грубої моторики у медпрацівників, координації рухів. Для виконання цього виду діяльності важливим чинником є врахування особливостей медпрацівників з тяжкими порушеннями рухової сфери і використання ігор та рухових вправ для рук, голови та інших частин тіла (відповідно до можливостей людини). Добір музики здійснюється відповідно до уподобань медпрацівників: ритмічно-виразний характер, динамічний і жвавий темп, приваблива мелодія та гармонія.

Драматизація є синтезом музики, рухів, драматичного та мовленнєвого вираження. Використовуються пісні, сюжет яких можна зобразити в рухових елементах. Наприклад, твір, що оспівує море або озеро, його широ­ту, глибину, колір, бурхливість або навпа­ки — спокій, а також твори з переліку орієн­товних музичних творів для рухового розсла­блення і злиття з ритмом музики.

*Практична частина.* Стимуляція емоційно-образних уявлень. Для стимуляції музично-рухових ігор і вправ необхідні ритмічно виразні, динаміч­ні та жваві за темпом, із привабливою мело­дійною та гармонійною лінією: класичні, фольклорні, популярні танці, тобто оркес­трові мелодії в хорошому стереофонічному виконанні. Як звукові сигнали можна вико­ристовувати барабани, тарілки, гонг, три­кутник, рожок.

Орієнтовні музичні твори, що застосовуються в процесі проведення музично-рухових ігор і вправ:

* П.Чайковський. Дитячі танцювальні піс­ні. Марш дерев’яних солдатиків. Марш із балету «Лускунчик».
* М.Глінка. Увертюра до опери «Руслан і Людмила».
* А.Хачатурян. Танок із шаблями з балету «Гаяне». Танець з музичної сюїти «Мас­карад».
* Ф.Шопен. Вальс сі-бемоль-мажор. Революційний етюддо-дієз-мінор.
* Ф.Ліст. Угорська рапсодія.
* М.Мусоргський. Картинки з виставки. Гра медпрацівників.
* В. Новак. “Розбійницька сонатина”, С.Прокоф’єв. Марш зі збірника «Дитяча музика».
* Р. Шуман. Лісові сцени «Одинокі кві­ти», «Мисливська». Марш з «Альбому для молоді».
* Б.Сметана. Нашим дівам (полька).
* Й.Штраус. «На прекрасному голубому Дунаї». Піцикато. Марш Радецького.

**Заняття 7. Гра на музичних інструментах**

Цей метод музикотерапії бажано використовувати в роботі, бо він допомагає долати соматичні, фізичні та психічні слабкості, вади діяльності, нейтралізує негативний процес ізольованості, створює почуття впевненості в собі, звільняє від гнітючих емоцій. Методика передбачає ознайомлення з інструментами, зосередженість на тривалості звучання, силі, тембрі, частоті звуку. Здійснюються навчання правильних прийомів гри, словесного вираження почуттів, настрою, бажань, ритмічного «витягування» звуку, власне ритмічної гри.

*Практична частина.* Інструментальна музика застосовується в музикотерапії за моделлю К. Орфа двома способами: 1) спосіб «тілесної гри» (хлопання, плескання, цокання, тупотіння); 2) спосіб найпростішої інструментальної імпровізації. Використовувати спосіб «тілесної гри» треба в безпосередньому відображенні ритма музики, супроводу мелодії, правильному диханню. Це допомагає підготувати медпрацівників до інструментальної імпровізації. Ми рекомендуємо використовувати дитячі шумові та музичні інструменти, які доступні дітям в дошкільних навчальних установах: брязкальця, маракаси, сопілка, тріола, металофон, бубон, маленькі дзвіночки різного звучання, ложки, металофон, ксилофон, тарілки, трикутник, шарманка, ріжок, маленькі дитячі шкіряні барабанчики тощо.

Успіх залежить від здатності розкріпачення кожної людини. Для цього важливо ознайомити медпрацівників з технікою гри на інструменті. Починати можна з дзвінкого інструмента, слухаючи його звучання. У медпрацівників має сформуватися слухове та акустичне уявлення про звучання кожного інструменту. При цьому актуально застосовувати форму діалогів між різними інструментами. Кожна імпровізація реалізує певну ідею і групова імпровізація – це найскладніший вид гри, який потребує певної підготовки. Ознайомлення медпрацівників з назвами інструментів проводиться у формі ритмічної декламації, використовуючи гру на самому інструменті. Музичний керівник добирає музичний супровід у відповідності до ритма слова. Прості засоби музичної виразності полегшують завдання оздоровлення людини та її комунікативності в суспільстві.

**Заняття 8. Настрій музики**

Навчити медпрацівників пасивно сприймати музичну інформацію, відпочивати під неї, розслаблятися. У цьому напрямку важливим є: музичний матеріал, приміщення, освітлення та якість звучання музики.

Слід підготувати й налаштувати медпрацівників на відпочинок і спокій. Функція музики в процесі релаксації полягає в заспокійливому та гармонізуючому впливі на людину, що не концентрує увагу ні на формі чи змісті музики, а просто заспокоює та врівноважує її. Проводиться в звукоізольованому приміщенні та приглушеному світлі. Медпрацівники знаходяться в зручних для позах, можна прилягти і закрити очі. Релаксація проводиться не більше 15-30 хвилин в залежності від стану здоров’я та настрою людини.

*Практична частина.* Цей метод має три складові: психологічну, музичну та біозвукову, які комбінуються у різних варіаціях. Психологічний вплив здійсню­ється через яскраву та образну уяву формул самонавіювання, спрямованих на розслаблен­ня м’язів тіла. Унаслідок цього розширюються периферійні судини, тепло надходить до них і перерозподіляється вміст крові. Усе це забезпечує нормальне функціонування мозку, заспокоєння, що переходить у дрімотний, сноподібний стан, з’являється відчуття відпочинку. Для заспокоєння та відновлення використовують музичні програми і звуки живої та неживої природи. Відбирають реально скомпоновані фрагменти записів голосів пташок, тварин, які викликають сприятливі асоціативні спогади, образи природи. На релаксацію ефективно діють ранкові хори пташок у лісі, шум лісу чи моря. Це заспокоює та відновлює працездатність.

Для цієї методики підходить класична музика і музика епохи бароко і класицизму: твори А. Вівальді, Й. С. Баха. Кофейна кантата, В. А. Моцарта, Брамса «Колискова», К. Дебюссі «Море» і «Місячне світло», Л. Бетховен, уветюра «Егмонт», Ж. Бізе, Сюїта з опери «Кармен», Ф. Шопен «Прелюдії», Й. Штраус «Вальси» та ін.

**Заняття 9. Характер музики**

Функція музики полягає в емоційній підтримці будь-якої ігрової діяльності людини. Вона служить у даному випадку потребам її драматичного самовираження, допомагає діяти, створює емоційний фон для творчості, гармонічно впливає на активізацію її діяльності та впевненості у власних силах.

*Практична частина.* Ця форма музикотерапії навчає самостій­ності, незалежності від оточення, адекватної поведінки в пристосуванні до цього оточення. Музика створює відповідний фон і гармоній­ний вплив, що пробуджує активність, упевне­ність у собі, сприяє розслабленню та психіч­ній урівноваженості, а також гармонізації, стабілізації, позитивній самореалізації. Гра сприяє виражен­ню внутрішнього стану людини та характеру її взаємин із батьками, рідними, друзями та соціальним оточенням. У процесі гри від­криваються глибинні (часто приховані) почут­тя. За характером гри можна визначити харак­тер впливу соціального оточення на людину, вихід агресії, афектів, почуття неповноцін­ності. Під час гри нейтралі­зуються внутрішні конфлікти, вона стає катарсисом на ґрунті емоцій.

**Заняття 10. Співи**

Позитивно впливати на дихання, серцеву діяльність, травлення та коригувати мовленнєву діяльність, розвивати емоційну сферу медпрацівників, знімати або зменшувати контроль людини за своїм мовленням і залучати її в процес співу, наслідуючи інших.

Обов’язковими є:

1) встановлення емоційного контакту з дитиною у колі друзів, батьків (прослуховування класичної, дитячої популярної музики з мультфільмів та фольклорної музики);

2) комплекс спеціальних вправ при застосуванні прийому замкнутого кінематичного ланцюга в поєднанні з дихальними вправами у колі медпрацівників (дихання, розспівування, наспівування);

3) виконання вокального твору індивідуально чи групою в теплій, дружній атмосфері;

4) релаксація та відпочинок під приємну музику.

У практиці корекційно-педагогічної роботи групова вокалотерапія є важливим методом активної музикотерапії. Перевага цього засобу в тому, що на відміну від розмови, долучаються всі бажаючі відповідно до своїх можливостей. Репертуар добирається відповідно до вікових та індивідуальних особливостей кожної людини. Бажано, щоб це були оптимістичні, радісні, мелодійні пісні нашого краю (фольклор, духовні пісні тощо). Для того, щоб подолати бар’єр замкнутості й бути в центрі уваги, відповідно до власного бажання, кожного разу заспівувати може інша людина.

**Підсумок**

Підведення підсумків.