

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

**Київський національний торговельно-економічний університет**

**Кафедра психології**

**ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА (ПРОЕКТ)**

на тему:

Соціально-психологічні чинники психологічного та фізичного здоров'я  
працівників соціального захисту

Студента 2м курсу, 2 групи,  
спеціальності  
053 «Психологія»  
спеціалізації «Психологія»

Ярмак Анастасії  
Ярославівни

Науковий керівник  
доктор психол. наук,  
професор

Корольчук Микола  
Степанович

Гарант освітньої програми  
доктор психол. наук,  
професор

Корольчук Валентина  
Миколаївна

Київ 2021

## План

Вступ.....	3
Розділ 1. Теоретико – методологічний аналіз дослідження щодо визначення соціально-психологічних чинників психологічного та фізичного здоров'я працівників соціального захисту.....	6
Висновки до першого розділу.....	13
Розділ 2. Психодіагностичний інструментарій. Розробка концептуальної моделі та характеристика контингенту обстежуваних.....	15
Висновки до другого розділу.....	24
Розділ 3. Аналіз результатів емпіричного дослідження проявів соціально-психологічних чинників психічного та фізичного здоров'я працівників соціального захисту.....	25
3.1 Аналіз результатів анкетування.....	25
3.2 Аналіз результатів опитування за Методикою Айзенка.....	28
3.3. Мотиваційна методика.....	31
Висновки до третього розділу.....	36
Розділ 4. Розробка програми діагностики соціально-психологічних чинників психічного та фізичного здоров'я працівників соціального захисту.....	38
Висновки.....	49
Список використаних джерел.....	52

## Вступ

**Актуальність дослідження.** Робота працівника соціального захисту є одною з важливих складових устрою держави, проте сам працівник сфери часто страждає через проблеми з психологічним та фізичним здоров'ям та не отримує жодної професійної допомоги у цих питаннях. Актуальним є аналіз чинників, що викликають ці проблеми, адже ця тематика спонукає високий інтерес у останні роки серед західних дослідників та профспілок соціальних працівників. Невелика кількість робіт на дану тему на вітчизняних теренах дає простір для освітлення проблематики та можливість привернути до неї увагу, а також дослідити іноземний досвід у контексті соціальної праці.

У цій сфері існує ряд малодосліджених етичних, правових та соціальних проблем, таких як небезпечність умов праці соціального працівника, відсутність можливості самозахисту, високий рівень психічних розладів та його чинники у даному полі діяльності. Розглянемо кожен тематичний блок детальніше.

**Ступінь вивченості проблеми.** Увагу до даної проблематики активно почали звертати лише у останні десять років. В основному, більша частина досліджень фінансується власне організаціями та спілками соціальних працівників у таких країнах як Франція, Великобританія та Сполучені Штати Америки. Все ж, можна виділити ряд дослідників, що опосередковано або прямо звертаються до даної проблематики: Карл Юнг, Елісон Барр та Сара Віктор приділили увагу проблематиці «поранених цілителів», що у певній ступені застосовна до сфери працівників соціального захисту; також загальну інформацію про професійне життя та соціальне здоров'я можна взяти у таких авторів як Ярлова Л. В., Коцан І. Я., Ложкін Г.В., Мушкевич М. І., Блейхер В.М, Бурлачук Л.Ф, Крольчук М. С. [20, 9, 2, 4, 5, 6, 10, 11, 12, 13, 22, 38]

**Об'єктом** дослідження виступає фізичне та психологічне здоров'я працівника соціального захисту.

**Предметом** дослідження є соціально-психологічні чинники психологічного та фізичного здоров'я працівника соціального захисту.

**Метою** дипломної роботи є аналіз чинників впливу на здоров'я соціального працівника, окреслення основних проблем та тенденцій, розробка програми діагностики вищевказаних чинників з точки зору психології.

Відповідно до поставленої мети, сформовані такі завдання дипломної роботи:

- Проаналізувати статистичні дані щодо чинників психологічного та фізичного здоров'я працівника соціального захисту
- Дослідження проявів даних чинників
- Характеристика контингенту обстежуваних
- Розробка програми діагностики соціально-психологічних чинників психічного та фізичного здоров'я працівників соціального захисту

Були використані такі **методи дослідження**:

- Аналіз
- Порівняння
- Структурно-функціональний метод
- Сходження від абстрактного до конкретного

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає в наступному:

- Визначено основні статистичні тенденції сфери соціального захисту з дослідженням зарубіжного та вітчизняного досвіду.
- Складено програму діагностики чинників впливу на здоров'я працівників соціального захисту з урахуванням особливостей сфери та з розрахунком як на групове обстеження, так і індивідуальне.

**Практичне значення отриманих результатів** полягає у тому, що складена

програма підходить для практичного застосування при діагностиці чинників психічного та фізичного здоров'я працівників соціального захисту.

**Апробація роботи** проходила за матеріалами роботи опублікованої статті «Теоретико – методологічний аналіз дослідження щодо визначення соціально-психологічних чинників психологічного та фізичного здоров'я працівників соціального захисту» у «Науковому збірнику магістерських робіт» 2021.

**Структура випускної кваліфікаційної роботи.** Робота складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаних джерел (40 найменувань). Основний зміст роботи викладено на 50 сторінок комп'ютерного тексту. Робота містить 3 діаграми та 2 таблиці.

## **Розділ 1. Теоретико – методологічний аналіз дослідження щодо визначення соціально-психологічних чинників психологічного та фізичного здоров'я працівників соціального захисту.**

Поняття «соціальний захист» є широким та має ряд пунктів. Наприклад, соціальний захист включає у себе як виплати безробітним, так і боротьбу з насиллям у сім'ї та реабілітацію військовослужбовців та їх адаптацію назад у суспільство. Отже, не можна визначити працівника соціального захисту як монолітну професію – скоріше, це ряд професій в одній сфері діяльності. [4, 39]

Програми соціального захисту спрямовані на покращення життя людей у скрутному становищі, проте часто здоров'я самого працівника цієї сфери залишається непоміченим або ігнорованим. На тему цієї проблематики існує ряд досліджень, що виявили невтішну статистику занедбаності психологічного та фізичного здоров'я працівника соціального захисту.

Американський журнал «Social Work» у 2015 році провів опитування, у якому прийняло участь 6.122 ліцензованих працівників соціального захисту. Майже 30 відсотків опитуваних страждають через депресію, проте також частими скаргами були такі проблеми як синдром гіперактивності та дефіциту уваги, розлади харчової поведінки, тривожність та посттравматичний синдром. Чимало респондентів заявляли про невдоволеність власним життям, особливо професійною сферою, у котрій вони відчувають себе нереалізованими. [35, 125-129]

Проте подальше дослідження виявило неочікуваний зв'язок причини й наслідку цих проблем. Високий рівень психологічних проблем у цій сфері зумовлений не лише факторами стресу та небезпечності такої праці, а й високим відсотком людей, що вибирають працю у соціальному захисті саме

через власні життєві труднощі. З 51 відсотка опитуваних, що скаржилися на психологічні проблеми, 40 відсотків заявляли про них ще до початку своєї кар'єри. Ще 10 відсотків мали труднощі з залежністю від алкоголю або наркотиків, проте цей відсоток падає до 7.7 після потрапляння у сферу соціального захисту. [35, 125-129]

Така статистика вказує на те, що у поле соціального захисту часто йдуть люди, що самі потребували цього захисту у певні періоди свого життя. Можна провести аналогію з популярним терміном «wounded healer», або ж «поранений цілитель». Саме поняття було уведено Карлом Юнгом та означає психолога, що бореться з власними психологічними проблемами. Психологи є важливою складовою установ соціального захисту у багатьох країнах – наприклад, у програмах реабілітації військовослужбовців, злочинців, жертв домашнього насильства необхідна не лише фінансова допомога, а й психологічна. Саме тому важливо розглядати проблему «поранених цілителей» у контексті здоров'я працівника соціального захисту.

Так, у 2021 році Сара Віктор провела опитування випускників психологічних факультетів у Сполучених Штатах Америки та у Канаді. Було виявлено, що 82 відсотки респондентів мали проблеми з психологічним здоров'ям у той чи інший момент свого життя, а 50 відсотків надали документи про офіційний діагноз. Найчастіше опитувані скаржилися на депресію та тривожність – про це розповіли 50 відсотків випускників, ще 40 відсотків страждають від суїцидальних думок. [38, 12-23]

Варто зазначити, що для багатьох психологів одним з вирішальних поштовхів до вибору професії були саме власні труднощі. Виникає питання: який вплив на ефективність та продуктивність роботи психолога можуть мати його власні психологічні проблеми? У роботі «Wounded Healers: A Theoretical Framework» автори Зерубевал Н. та Райт М. розглядають саме цю тематику. Автори розділяють «поранених цілителей» на дві принципово різні категорії. У першій категорії знаходяться психологи, чії ментальні проблеми не шкодять

їх роботі: такі працівники виявляються більш співчутливими, терплячими та розуміючими. Їх власний травматичний досвід не переноситься на клієнта, а лише слугує тлом, що посилює емпатію психолога. Такі психологи схильні до довготривалої праці з постраждалими, вони готові прикладати зусилля тривалий час, навіть якщо позитивні зміни у поведінці та стані клієнта не спостерігаються. Автори зазначають, що для того, щоб психолог зміг перейти у цю категорію, він має провести роботу над власними психологічними складнощами. [35, 482-491]

Якщо ж залишити психологічні проблеми невирішеними, то психолог потрапляє у другу категорію. Такий працівник переносить власний досвід на клієнта, постійно переживає власні травми під час сеансу, може порушувати особисті границі з постраждалим. Такий психолог не є ефективним, він швидко втрачає мотивацію, може злитися чи образитися на клієнта, може спробувати з ним зблизитися тощо. Автори вказують на те, що часто працівники поля психології не шукають вирішення власних проблем через стигматизацію у цій сфері. На психолога покладається очікування: він має бути завжди стабільним, спокійним і врівноваженим, проте ці очікування неможливо виправдати. [35, 482-491]

Ще одним фактором впливу на здоров'я працівника соціального захисту є ряд ризиків, пов'язаних з даною сферою праці. Соціальні працівники трудяться на позиції «помічника», а люди, з котрими вони працюють, часто знаходяться у найскрутнішому в їх житті положенні. Це можуть бути люди з інвалідністю, з залежністю, з психічними розладами, безпритульні або люди за границею бідності. Усі ці чинники можуть становити серйозну загрозу фізичному здоров'ю працівника соціального захисту. До того ж, для ефективної допомоги людям у такому становищі, часто працівнику доводиться навідуватися у домівки клієнтів. Це дає простір для ряду ризиків.

По-перше, це біологічна загроза: оселі людей з низькою соціальною відповідальністю, інвалідністю, ментальними проблемами чи низьким



доходом часто занедбані. Як зазначає Т. Калантьянкос у своїй статті, це призводить до високого шансу контакту з пліснявою, людськими відходами або паразитами. [37, 3-5]

Також вказується на небезпеку, що можуть становити психічно нездорові люди: наркоманія, алкоголізм, шизофренія та ряд інших розладів можуть викликати приступи агресії, а це несе пряму загрозу життю працівника соціального захисту. До того ж, у оселях клієнтів можуть знаходитися небезпечні тварини, а жодних курсів самооборони працівники не проходять. [37, 3-5]

У дослідженні, представленому Сієнною Ніколь Лінч, опитувалися соціальні працівники з ряду питань, пов'язаних з безпекою на роботу. 36 відсотків з опитуваних зізналися, що вони були жертвами нападу саме через свою професію, ще 27 відсотків – через машину з позначками, що вказують на приналежність до цієї сфери праці, 60 відсотків опитуваних заявили, що за ними хоча б раз гнався пес клієнта, 78 відсотків розповіли, що бачили наркотичні речовини в оселях клієнтів. 45 відсотків опитуваних бачили у домі клієнта небезпечну зброю, 64 відсотків терпіли вербальні знущання. Соціальні працівники дуже часто стикаються з заразними хворобами: 79 відсотків, а також з паразитами: 82 відсотки. Найбільше скарг було на такі біологічні небезпеки як: комахи-шкідники та людські та тваринні виділення – 97 відсотків. [9, 128-135]

Сієнна Ніколь Лінч у своїй роботі «An Exploration Of Social Worker Risk In The Field When Working With Vulnerable Adults And Their Desire For Safety Training» вказує на те, що працівники сфери соціального захисту можуть стати мішенню для злочину з мотиву ненависті. Соціальних працівників у неблагополучних районах часто розглядають скоріше як зло, ніж як благо. Причиною тому може слугувати страх втратити дитину через неналежний догляд, постійний контроль працівниками соціального захисту сімей з

історією домашнього насильства та протидія соціальним нерівностям. [9, 128-135]

Отже, можна зробити висновок, що працівник соціального захисту сам є незахищеним. Він не має спецодягу, що захистить його від захворювань і паразитів, йому не виділяють засобів самозахисту, він не має навичок самооборони. До того ж, у сфері більша частина працівників – жінки, що також збільшує ризики насилля зі сторони клієнтів.

Важливим чинником, що впливає як на фізичне, так і на психологічне та соціальне здоров'я працівника соціального захисту є стрес, що є невід'ємною частиною роботи з людьми. Найвищі показники стресу виявляються саме у сфері «людина-людина», проте це не єдиний фактор професійного стресу працівника соціального захисту. Також вказується на невідповідність витрачених зусиль та заробітку, відсутність кар'єрного зростання, понаднормові години, невизначеність обов'язків, а також тривожність через наслідки роботи. Останнє особливо актуальне для працівників сфери соціального захисту: зазначається, що соціальні робітники часто відчувають провину за свої дії чи бездіяльність, переживають за дітей, котрих залишили у небезпечних сімейних обставинах, часто думають про долю інвалідів чи старих людей, за якими слідкують у ході роботи. [9, 128-135]

У посібнику «Психологія здоров'я людини» увага приділяється усвідомленню себе та власного «Я» у світі. Ця тема тісно пов'язана з пірамідою Маслоу, що вказує на потреби, котрі необхідно задовольняти людини заради свого власного «Я». Працівник соціального захисту часто нехтує навіть базовими потребами – такими як їжа чи повноцінний сон. Невдоволення фізіологічних потреб уже є достатнім приводом для розвитку стресу та проблем зі здоров'ям, проте специфіка цього поля діяльності також ігнорує потребу у безпеці. Вищезазначені чинники постійно уводять працівника у стан страху за власне життя, таким чином другий щабель піраміди Маслоу також не задовольняється. Відсутність виконаних ступенів

піраміди призводить до відсутності мотивації та професійного вигорання, тому можна побачити взаємозв'язок між кількістю працівників соціального захисту, що заявили про професійну нереалізованість та причинами даного явища. [9, 105-110]

Усі ці чинники призводять до аномально високих показників професійного стресу. До того ж, працівники соціального захисту скаржаться на невідповідність отриманої зарплатні та об'єму виконаної роботи. Враховуючи не лише кількість вкладеного труда, а й специфічні обов'язки працівника сфери, фінансове забезпечення не відбувається на потрібному рівні. Робітник соціального захисту знаходиться у постійному стані витрати ресурсів, що й спричиняє стрес. Саме ресурси необхідні людині для подолання життєвих труднощів, про що говорить С. Хоббфол. Працівник соціального захисту залишається майже без них – він не має фінансових ресурсів, відповідно і майнових ресурсів, страждає його соціальне життя, що також є джерелом ресурсів, та навіть психологічний стан (мрії, амбіції та бажання) не може задовольнити ці потреби. Детальніше про даний аспект йтиметься у наступних розділах.

Є й праці, що підтверджують високу кількість працівників соціального захисту, що не почувають себе у безпеці. Дослідження, проведене NASW у 2004 році, у якому прийняло участь 10 000 соціальних працівників, виявило, що 44 відсотки опитуваних стикалися з загрозою особистій безпеці під час виконання своїх прямих обов'язків. Крім того, 30 відсотків респондентів заявили, що до випадків, коли їм загрожувала небезпека, начальство не віднеслося серйозно та інциденти були ігноровані. У дослідженні двома роками пізніше NASW зробило вибірку з 1000 респондентів. Було виявлено, що 78 відсотків опитуваних вважають насилля проти соціальних працівників серйозною проблемою, 52 відсотки бояться за власну безпеку, а 57 відсотків хоч раз за свою кар'єру зазнавали фізичного насильства під час виконання своєї роботи. [32, 45-49]

Соціальне здоров'я робітника даної сфери також страждає. Автори Коцан, Ложкіна та Мушкевич надають ознаки соціального нездоров'я особистості і чимало з цих ознак вписуються у вищеописаний портрет робітника: шкідливі звички, втрата віри у себе, відсутність відповідальності за себе (що може компенсуватися відповідальністю за інших), пасивність, неадекватне сприйняття самого себе. До того ж, саме соціум формує у людини уявлення про благо, зло, моральність та аморальність, а працівник соціального захисту постійно бачить асоціальну, антисоціальну та девіантну поведінку. Все це викликає ще більший стрес, що веде до професійного вигорання. [9, 110-113]

До того ж, професія працівника соціального захисту має ряд етичних приписань. Наприклад, в Україні, до переліку правил етичного кодексу працівника соціального захисту входять такі пункти: толерантність, повага до гідності клієнта, пріоритетність інтересів клієнта, довіра та взаємодія з клієнтом, конфіденційність та доступність послуг. Можна побачити, що такий етичний кодекс ставить соціального працівника у безвихідне положення. Як було виявлено вище, робітники цієї сфери часто потерпають від словесних знущань, неповаги, ненависті та навіть фізичного насильства. При цьому, такому робітнику необхідно все одно ставити інтереси клієнта на перше місце та поважати його. Отже, соціальний працівник не має змоги постояти за себе навіть вербально. До того ж, чимало пунктів цього кодексу видається непросто виконувати: конфіденційність неможлива через часті прояви фізичного насильства, неогляду за дітьми, вживання та продажі наркотиків, зберігання зброї тощо. Довіра та взаємодія у кращих інтересах клієнта також часто під питанням, адже не кожен клієнт розуміє, що для нього краще, і може намагатися зашкодити працівнику у виконанні своїх обов'язків. Пріоритетність інтересів клієнта можлива лише за умов безпеки самого працівника, що, як було виявлено, нерідко порушується.

## Висновки до першого розділу

Було виявлено, що у сфері соціального захисту існує ряд проблем, що пов'язані як з внутрішніми, так і з зовнішніми аспектами даного поля діяльності. До внутрішніх аспектів можна віднести такі фактори як відсутність безпеки під час виконання робочих обов'язків (виявлено, що велика кількість працівників при відвідуванні осель клієнтів можуть потрапити у ситуації біологічної та фізичної загрози, а також в умови антисанітарії), приниження та неповага від клієнтів, відсутність кар'єрних перспектив та можливостей для розвитку, професійне вигорання, викликане стресом та низька заробітна плата робітників. Причинами таких проблем є погане фінансування сфери, відсутність ініціатив від керівництва та недостатня кількість якісних досліджень цієї проблематики, проте першоджерела зовнішніх чинників впливу на сферу є куди більш обширними.

Виявлено, що, за різними даними, від 30 до 50 відсотків працівників сфери страждають на ті чи інші психічні розлади – найпоширенішою є депресія, проте також часто зустрічається тривожність, посттравматичний синдром та розлади харчової поведінки. Згідно з опитувань, більша частина респондентів мала ці проблеми ще до початку своєї кар'єри у соціальному захисті. Саме власний пережитий травматичний досвід для багатьох працівників соціального захисту і став причиною вибору даної професії. Це вказує на те, що сфера заповнена особами, котрі не отримали необхідної їм психологічної допомоги у той чи інший період свого життя.

Такі працівники можуть використовувати свої психологічні переживання як у позитивному ключі – проявляючи співчуття до клієнтів та намагаючись їх зрозуміти, так і у деструктивній для себе та для клієнтів манері – намагаючись перенести власні почуття на інших людей. Тому для даної сфери необхідно є діагностика робітників та подальша професійна робота над можливими травмами.

Соціальний робітник знаходиться у невідповідному для себе положенні з усіх сторін – він має виконувати важку суспільно важливу роботу, проте не має жодних інструментів, аби підтримувати своє власне здоров'я у гідному становищі. Такий робітник може бути ефективним лише недовгий проміжок часу. Саме тому важливо реформувати та покращувати сферу соціального захисту – лише комплексний підхід до всієї області може вирішити проблему глобально. Проте на даний момент працівники соціального захисту мають шукати власні шляхи вирішення своїх професійних труднощів. У цьому їм можуть допомогти спеціалісти поля психології.

## **Розділ 2. Психодіагностичний інструментарій. Розробка концептуальної моделі та характеристика контингенту обстежуваних.**

У минулому розділі було надано статистичну інформацію щодо стану психологічного та фізичного здоров'я працівників соціального захисту. Було виявлено, що велика кількість опитуваних страждають через широкий перелік різноманітних психологічних проблем, а також чимало з респондентів були жертвами фізичного насилля у свою сторону через виконання робочих обов'язків. Проте, ще одним із висновків можна назвати й кореляцію між заздалегідь отриманими психологічними травмами та бажанням працювати саме у даній сфері.

Варто зазначити, що сфера соціального захисту не є монолітом, тому слід враховувати певні особливості такі як: район, у якому працює досліджувана група, специфіку робочих обов'язків групи, вік, стать та стаж роботи контингенту. Можна прослідкувати універсальні тенденції у контингенті обстежуваних – більшість працівників соціального захисту є жінками, близько половини страждає через різного роду психологічні захворювання, травми, домінуюча кількість бояться за власну безпеку тощо. Проте такі дані корисні скоріш з точки зору загальної статистики та формування очікувань, аніж з точки зору роботи психолога. Саме тому важливо охарактеризувати конкретну групу обстежуваних.

Одне з основних питань психології здоров'я - визначення критеріїв оцінки та самооцінки фізичного, психічного і соціального здоров'я. Відповідно до принципу ієрархічності людина являє собою складну живу систему, життєдіяльність якої забезпечується взаємопов'язаними рівнями функціонування. Можна виділити три рівні розгляду здоров'я людини - біологічний, психологічний і соціальний, кожен з яких має свою специфіку [16]

У рамках групової роботи з метою характеристики контингенту існує ряд тестів та опитувальників, що можуть допомогти у оцінці загального стану психологічного, соціального та фізичного здоров'я респондентів. Для деяких з тестів (наприклад, для оцінки фізичного стану) необхідне специфічне обладнання, а деякі не потребують нічого, окрім заздалегідь підготовлених бланків відповідей. Розглянемо останні.

У праці «Практикум по психології здоров'я» пропонується анкетування В. П. Войтенко спрямоване на самооцінку стану здоров'я. Анкета складається з 28 питань, 27 з котрих мають варіанти відповідей «так-ні», а останнє питання «Як ви оцінюєте стан вашого здоров'я?» має варіанти «хороший-поганий». Підраховується результат дуже просто – за кожен відповідь, що трактується як визнання поганого самопочуття додається один бал. Таким чином формується шкала від 0 до 28, у якій 0 виступає як самооцінка здоров'я як ідеального, а 28 – як максимально поганого. [16, 83-84]

Також можна використати методика С. Степанова, що, можна сказати, є комплексом анкет з самооцінки здоров'я. Методика включає у себе самооцінку фізичного, психічного та соціального здоров'я опитуваного. Обстежуваному пропонується ряд показників фізичного здоров'я, які він має оцінити стосовно самого себе. Тест має широкий спектр результатів – наприклад, менше 20 балів по усім показникам означають критичний стан здоров'я, а більше 100 – майже ідеальний. У опитуванні, направленому на оцінку психічного здоров'я, обстежуваному надають можливість визначити такі показники як спокійність, душевна гармонія, врівноваженість. Це опитування має меншу кількість оцінюваних показників – якщо респондент набрав до 17 балів включно, то він оцінює себе як врівноважену, спокійну людину, а якщо більше 36 – то респондент бачить себе нервовою людиною, що не може знайти спокій та душевну гармонію. Тестування на самооцінку соціального здоров'я має ще менше питань та оцінює лише конфліктність людини – до 10 балів означає, що опитуваний бачить у собі любителя палких



дискусій, а якщо набралось від 22 балів – обстежуваний вважає себе тактовною людиною, не схильною до конфліктів. [16, 85-86]

Проте на самі лише методики самооцінки опиратися не можна, адже такі тестування не завжди показують точний результат – лише бачення клієнтом самого себе. Звісно, подібні тестування допоможуть скласти певну частину уявлень про контингент обстежуваних, проте також психолог має виявляти та оцінювати психічні стани. Важливо виявити саме домінуючі стани опитуваного або опитуваних на основі їх суб'єктивної оцінки подій їх життя та відношення до них

Домінуючий стан – такий, що займає більшу частину часу. Такі стани характерні не стільки від конкретного моменту, що залежить від особливостей певної ситуації, скільки від загального стану якості життя. Такі стани обумовлені психологічними та соціальними факторами. Зрозуміло, при такому ракурсі розгляду в структурі психічного стану необхідно виділяти не тільки «домінуючу», а й «ситуативну» складову. На тлі домінуючих станів формуються і ситуативні стани. [16, 92-93]

Для виявлення домінуючого стану настрою використовується методика ДС-8 (методика виявлення домінуючого стану). Такий опитувальник призначений для діагностики стійких станів та має два варіанти – ДС-8 та ДС-6, перший є повною версією з 57 пунктами та 8 шкалами, а другий має 42 пункти та 6 шкал.

Основні шкали є такими: активно-пасивне відношення до життєвої ситуації – високі бали говорять про активність та оптимізм у вирішенні життєвих ситуацій, а низькі – про песимізм та пасивність; бадьорість-зневіра - високі бали говорять про позитивний емоційний стан, домінуюче гарний настрій, а низькі – про негативний, песимістичний настрій, схильність до швидкого розчарування; шкала тонус високий низький – високі бали інтерпретуються як висока мотивація, відчуття зібраності, запас сил,

активність у виконанні робочих завдань, низькі бали розглядаються як низька мотивація, швидке закінчення запасу сил, втома.

Далі йдуть такі шкали як розкнутість-напруженість та спокій-тривога, що показують відношення опитуваного до стресових ситуацій, ступінь його впевненості у власних силах, емоційна скутість та розкнутість. Шкала стійкість-нестійкість емоційного плану покажуть реакцію на емоційні збудники. Шкала задоволеність-незадоволеність життям у цілому показує погляд на життя обстежуваного його очима.

Контрольною шкалою виступає шкала «позитивний-негативний образ самого себе». Одними з причин завищених оцінок може бути бажання обстежуваного дати «правильний», «хороший» результат та отримати соціально прийнятну характеристику. Це фактор соціальної бажаності – схильність опитуваних давати на питання соціально схвальні відповіді аби проявити себе як соціально бажаного та більш соціально привабливого. На основі останньої шкали можна робити й інші висновки. Критичність самооцінки тісно пов'язана з прийняттям особистістю самого себе. Чим повніше та більше це прийняття, тим позитивніше образ себе. Прийняття себе має істотний вплив на настрій і психічний стан індивіда: чим більше він себе приймає, тим більш позитивний та сприятливий домінуючий стан.

Також не буде зайвим провести опитування на тему почуттів, що виникли у обстежуваних в останні тижні та подій, що могли послугувати причиною таких почуттів. Таке опитування дає простір для подальшої роботи у вигляді виявлення причин емоційного дискомфорту та їх аналізу.

Для вияву основних причин емоційного дискомфорту пропонується використати анкету «Причини емоційного дискомфорту» (далі ПЕД). Така методика показує найзначніші чинники дискомфорту. Обстежувані мають ряд подій, ситуацій та станів що мають тенденцію викликати тривогу та

дискомфорт. Пропонується оцінити кожен пункт по шкалі від 1 до 7 по ступені дискомфорту, який він викликає.

Обробка результатів опитування та інтерпретація отриманих даних повинні включати якісний і кількісний аналіз. Необхідно провести порівняльний аналіз, що виявить домінуючу причину дискомфорту. Варто приділити увагу ряду факторів, таким як характер домінуючих причин дискомфорту, кількість цих причин, особистісним особливостям, що могли вплинути на результати.

Враховуючи уже описану тенденцію працівників соціального захисту нехтувати своїм здоров'ям, не зайвим буде оцінити не лише їх фізичний та психологічний стан, а й відношення до власного здоров'я. Формування ставлення до здоров'я - процес досить складний, суперечливий і динамічний, який обумовлений двома групами факторів: зовнішніми та внутрішніми. [16, 103-106]

Уже сформоване відношення до здоров'я не є незмінним, воно постійно трансформується під впливом життєвих ситуацій. Саме тому важливим є дослідження відношення соціальних працівників до власного здоров'я – необхідно зрозуміти причину частого нехтування потребами організму робітниками цієї сфери, що може критися і у полі діяльності, що наражає на небезпеку та наче заохочує до переробіток, так і у внутрішніх причинах, адже велика кількість обстежуваних мали проблеми з ментальним здоров'ям ще задовго до вибору кар'єрного шляху.

Можна запропонувати анкетування «Відношення до здоров'я», що складається 10 питань та 4 шкал – когнітивної, емоційної, поведінкової та ціннісно-мотиваційна. Опитуваний має оцінити ствердження за шкалою від 1 до 7, де 1 – абсолютна незгода, а 7 – абсолютна згода. Аналіз такого опитування має проводитися індивідуально для кожного твердження, кожної шкали та блока питань. [16, 107-108]

З огляду на специфіку роботи працівника соціального захисту, слід очікувати високі показники стресу. Тому важливим є проведення опитувань, тестів та анкетувань націлених на виявлення та характеристику стресу у обстежуваних. С. Гобфолл вважає, що психологічний стрес з'являється у відповідь на порушення балансу втрат та надбань персональних ресурсів. Можна виділити такі причини стресу як фактична втрата ресурсів, загроза їх втрати та невідповідність зусиль, затрачених на надбання ресурсів, результату праці. Самі по собі ресурси і є тим допоміжним фактором, що необхідний особистості для адаптації та подолання стресу. Це поняття є широким і включає у себе як матеріальний вимір (машини, домівки, одяг, гроші), так і нематеріальний (бажання та прагнення). У це поняття входять і зовнішні фактори – соціальний статус, друзі, сім'я; внутрішні фактори – самооцінка, життєві цінності, віра; особливості темпераменту – вольові та емоційні характеристики, що допомагають долати стрес; психологічний та фізичний стан. [25, 456-457]

Усі ці ресурси особистість намагається зберегти, вони вбачаються як цінні і тому використовуються максимально обачливо. Ресурси можуть інвестуватися, проте основною ціллю є повернення та примноження витраченого. Втрата ресурсу веде до втрати суб'єктивного почуття благополуччя, що впливатиме на психологічний та фізичний стан здоров'я. Для оцінки рівня стресу у досліджуваного контингенту пропонується Опитувальник втрат та надбань. Він складається з двох частин, перша концентрується на втратах, а друга – на надбаннях.

У «Практикумі з психології здоров'я» під редакцією професора Г. С. Нікіфорова, надаються результати дослідження з вибіркою більше 100 осіб. «Виявлено, що величини «втрат» і «надбань» відрізняються не тільки за абсолютними значеннями, але також і по їх співвідношенню з показниками якості життя і так званого психічного «вигорання». Так, сума «втрат» негативно пов'язана з задоволеністю якістю життя, позитивно корелює з

фрустрацією, стажем, віком і з показниками психічного «вигорання» - емоційним виснаженням і деперсоналізацією. Сума «надбання» ресурсів має позитивні кореляції з індексом якості життя і негативні - з показниками «вигорання». Це означає, що «надбання» ресурсів по своєму позитивному впливу не дорівнює відсутності «втрат». Перший аспект, очевидно, в більшій мірі, ніж другий, надає мотивуючий вплив на процес накопичення ресурсів і на задоволеність життям.» [16, 125-127]

Професійний стрес є особливо значущим критерієм характеристики загального стану психічного та фізичного здоров'я соціального працівника, адже, за статистичними даними наданими у минулому розділі, велика кількість робітників сфери відчувають емоційне вигорання, професійну та життєву нереалізованість, відсутність перспектив та інші наслідки стресу пов'язаного з даним полем діяльності.

Також корисними інструментами для характеристики контингенту обстежуваних можуть бути анкетування та опитувальники спрямовані на виявлення домінуючих типів темпераменту працівників сфери. Розглянемо такий знаменитий опитувальник як типологія Майер-Бріггс. Цей тест не втрачає своєї популярності останні 70 років та надає новий погляд на ідеї Карла Юнга.

Типологія Майер-Бріггс (МВТІ) має за основу роботи Карла Юнга та була створена у 1940 роках. Особливо корисним для теми дослідження є те, що даний тест, на відміну від більшості інших, не лише враховує особливості психології жінок, а й був в основному спрямований саме на них. У сфері соціального захисту домінуючою статтю є жінки, тому таке тестування є більш ніж доцільним. Опитувальник є доволі об'ємним, тому існують і скорочені варіанти для експрес-тестування, наприклад, опитувальник Д. Крейсі.

Опитувальник Майер-Бріггс має чотири основні шкали: EI – екстраверсія-інтроверсія, SN – сенсорика-інтуїція, TF – логіка-почуття

(буквально перекладається як думати-почувати), JP – рішення-сприйняття (буквально судити-сприймати). Остання шкала є доволі спірною, адже не має точного та однозначного її перекладу, проте можна описати цю шкалу як стиль життя, раціональність-іраціональність, або планування-імпульсивність.

Результатом тесту можуть бути 16 варіацій або типів особистості, що названі відповідно до домінуючих «літер» чи характеристик опитуваного. Повний варіант тесту нараховує 167 запитань, існують скорочені версії на 144 та 94 питання, проте найбільш підходящою для експрес-тестувань є саме варіант Крейсі, що має лише 70 питань. Саме Крейсі надає типам особистості знамениті назви – такі як Активіст, Вчений а т. д.

Варто згадати й парадокс надійності, котрий можна помітити при статистичних дослідженнях вірності тестування. Наприклад, за даними трьох різних досліджень від 39 до 76 відсотків опитуваних помічали, що у проміжок часу менше ніж п'ять тижнів результати тестування змінювалися декілька разів. [33, 48-52]

Останнє дослідження проводилося у 2020 році, а перше – у 2004, тому дані мають широкий розрізнення. У журналі Fortune Magazine (15 травня 2013 р.) у статті під назвою «Чи не були ми всі обдурені тестом Майер-Бріггс?» говорилося: «Цікавий - і дещо тривожний - факт щодо MBTI полягає в тому, що, незважаючи на свою популярність, він більше трьох десятиліть піддається постійній критиці з боку професійних психологів. Одна проблема полягає в тому, що він відображає те, що статистики називають низькою "надійністю повторного тестування". Тож якщо ви повторно пройдете тест лише через п'ятитижневу перерву, ймовірність того, що ви потрапите в іншу категорію особистості, становить приблизно 50%. Друга критика полягає в тому, що MBTI помилково припускає, що особистість потрапляє у взаємовиключні категорії. ... Наслідком цього є те, що оцінки двох людей, позначених як "інтроверти" та "екстраверти", можуть бути майже однаковими, але їх

розділяють на різні категорії, оскільки вони потрапляють по обидва боки уявної лінії поділу» [30, 55-56]

Також різняться й дані щодо надійності кожної з варіацій тесту – найновіша варіація, що отримала назву Форма М має показники надійності вище 80 відсотків. Тому критична статистика може бути спростована рядом факторів. Критика щодо MBTI здебільшого зводиться до питань щодо достовірності його проходження, а не до питань щодо обґрунтованості корисності MBTI та доцільності його використання. Як і всі тестування, MBTI дає оцінки, які залежать від характеристик вибірки та умов тестування. Високий рівень змін типів особистості у короткі проміжки часу може бути викликаний такими факторами як нечесність відповідей опитуваного, бажання отримати певний тип, популярне зараз онлайн-тестування на сайтах, що не мають кваліфікованих спеціалістів, неправильне трактування питань, процес зміни особистості та цінностей під час певних життєвих подій тощо.

Підтвердженням надійності тесту може слугувати статистика 70-х років. Дослідження студентів університетів у США, проведене в 1973 році, показало, що тип INFP був найпоширенішим типом серед студентів, які вивчають образотворче мистецтво та предмети мистецької освіти, причому 36% студентів образотворчого мистецтва та 26% студентів художньої освіти є INFP. [38. 56-57] Дослідження 1973 року щодо типів особистості вчителів у Сполучених Штатах виявило, що інтуїтивно-сприйнятливі типи (ENFP, INFP, ENTP, INTP) були домінуюче представлені викладачами таких предметів, як англійська мова, суспільствознавство та мистецтво, на відміну від природознавства та математики, де було представлено більше чутливих (S) та судячих (рішучих) (J) типів. [22, 35-46] В анкетуванні 27 787 старшокласників було виявлено, що серед них студенти INFP демонструють значну перевагу над іншими у сфері мистецтва, англійської мови та музики.

Таким чином, можна сказати, що тестування Майер-Бріггс повинно виконуватися з чіткими поясненнями, має бути проведена аналітична робота

щодо кращого типу опитувальника, оптимальним буде скоротити кількість опитуваних за один раз та спонукати респондентів до будь-яких запитань щодо інтерпретації тесту. Тестування підходить для характеристики контингенту обстежуваних, проте має використовуватися з обережністю. Ще одним знаменитим опитувальником з типології темпераментів є Особистісний Опитувальник Айзенка. Докладніше про нього йтиметься у наступному розділі.

### **Висновки до другого розділу.**

Виявлено ряд методик, тестів та анкет, що можуть бути використані у характеристиці конкретного контингенту обстежуваних. Пропонується оцінити стан фізичного та психічного здоров'я на основі різноманітних методик самооцінки – таких як В. Войтенко та С. Степанова. Варто зазначити, що методики самооцінки не є абсолютно достовірними, тому пропонується комбінувати їх з об'єктивними методиками оцінки стану здоров'я. Також важливим елементом є оцінка домінуючого стану обстежуваних за допомогою методики ДС-8 або ж ДС-6. Одним з основних чинників, що впливають на здоров'я працівника особистості є стрес, тому пропонується «Опитувальник втрат та надбань» для оцінки стресу у обстежуваного контингенту. Пропонується використання Особистісного Опитувальника Айзенка у зв'язку з тестуванням за Майер-Бріггс для більш точної характеристики опитуваних. Тестування рекомендовано провести декілька раз з часовим проміжком між опитуваннями у період від 2 до 5 тижнів.



### **Розділ 3. Аналіз результатів емпіричного дослідження проявів соціально-психологічних чинників психічного та фізичного здоров'я працівників соціального захисту.**

#### **3.1 Аналіз результатів анкетування**

Анкетування у процесі роботи психолога є часто використовуваним та популярним методом, котрий має ряд переваг та недоліків. З важливих переваг анкетування, що є актуальними для теми дослідження психічного та фізичного здоров'я працівника соціального захисту, можна назвати практичність такого методу. Анкетування дозволяє проводити опитування як групові, так і індивідуальні та навіть масові. До того ж, саме такий метод дослідження дає швидкий результат, що легко аналізувати, а також надає опитуваним анонімність.

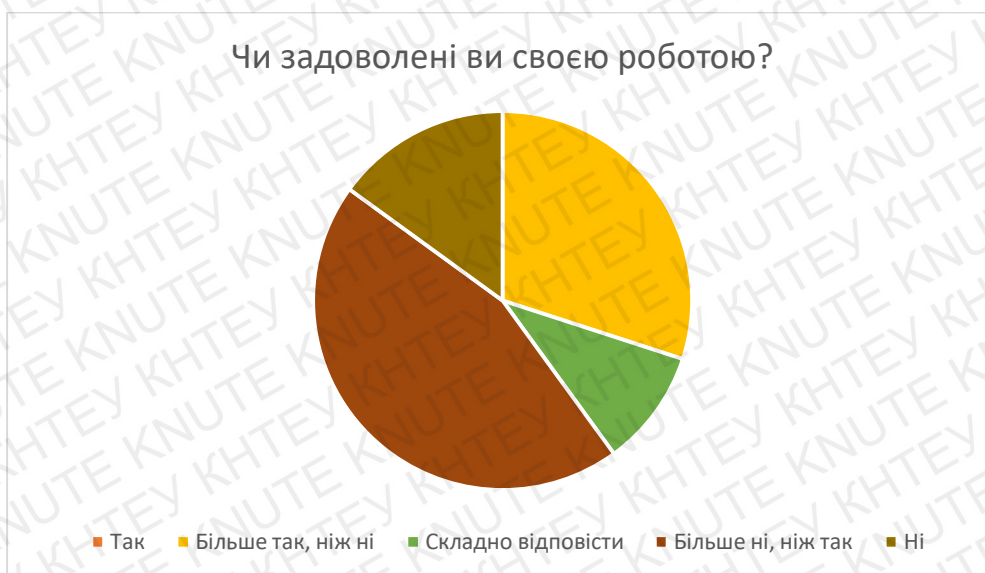
Проте помітними також є і мінуси анкетування як методу. Наприклад, нечесні відповіді можуть частково зменшитися від анонімності опитуваних, проте все одно залишатимуться погрішністю, яку слід враховувати. До того ж, цю погрішність важко прорахувати, що призводить до проблеми неточності результатів дослідження. До цього додається й ігнорування та пропуск певних питань учасниками опитування, неправильна інтерпретація поставленого запитання, бажання респондентів вплинути на результат дослідження. Все це приводить до складнощів у аналізі отриманої інформації.

У ході нашого дослідження було проведено анкетування працівників сфери соціального захисту з вибіркою 20 осіб. Опитування було спрямовано на виявлення основних рис контингенту та їх відношення до їх роботи. У результаті анкетування було визначено, що домінуючою статтю є жінки – вони складають 80 відсотків респондентів, в той час як чоловіки – лише 20.

Було виявлено, що серед опитуваних більшу частину складають люди віком від 42 до 47 (60 відсотків), проте не виявлено жодного респондента віком

менше ніж 36 років. У 70 відсотків опитуваних робочий стаж був більше 10 років, у 25 відсотків – від 5 до 10 років. Була помічена кореляція між стажем роботи та задоволеністю професією – з 30 відсотків опитуваних, що дали позитивну відповідь на запитання щодо вдоволеності вибраною сферою діяльності 25 відсотків – це ті, що мають стаж менше 10 років, а ще 1 відсоток – ті, що мають стаж менше 5 років.

На діаграмі нижче можна побачити, що у контингенту панує скоріше невдоволення власною професією – жоден з респондентів не відповів абсолютно позитивно на поставлене запитання, а більша кількість (45 відсотків) – скоріше незадоволені своєю роботою.



Діаг. 1.

У наступному запитанні даного анкетування стає зрозумілою одна з причин невдоволеності – 100 відсотків опитуваних не влаштовує заробітна плата. На це запитання 50 відсотків відповіли категорично «не влаштовує», а ще 50 вказали, що скоріше не влаштовує, ніж влаштовує. Фінансова сторона вибраної професії є фактором професійного стресу, що веде до вигорання, зниження мотивації та бажання покинути сферу.

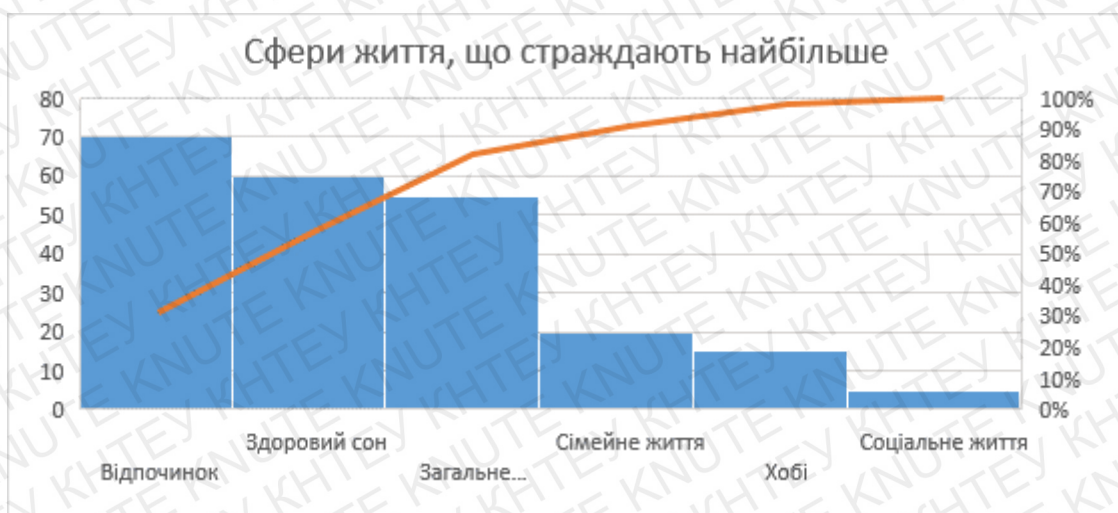
Саме професійне вигорання було предметом наступного питання. Його результати можна побачити на діаграмі 2.



Діаг.2

Як видно з діаграми, професійне вигорання є гострою проблемою для працівників сфери соціального захисту. Про вигорання на момент опитування повідомило 75 відсотків респондентів, ще 20 відсотків стикалися з ним у певний проміжок часу у минулому. Більшість з тих, хто скаржиться на вигорання у даний момент є працівниками зі стажем більше 10 років. Ця проблема викликана не лише невдоволеністю зарплатнею, а й рядом інших причин – таких як відсутність перспектив у кар’єрі, відсутність простору для саморозвитку, депресія та стрес.

Респондентам було запропоновано відмітити ті сфери їх життя, що, на їхній погляд, страждають найбільше.



Задля більш точної оцінки впливу роботи на психічний та фізичний стан опитуваних їм було запропоновано також відмітити ті аспекти роботи, що їм подобаються та не подобаються. Бажання допомагати людям є домінуючою причиною вибору даної професії – 95 відсотків респондентів вказали цей пункт як позитивний аспект роботи, також 75 відсотків вказали на дружню атмосферу в колективі і 70 – на суспільну важливість роботи. Можна сказати, що основною причиною залишатися у даній сфері для респондентів є саме соціальний аспект їх професії, що вказує на високий рівень емпатії серед опитуваних.

Проте, було виявлено чимало мінусів даного поля діяльності – більшість не задоволена своєю заробітною платою (85 відсотків), 75 відсотків опитуваних вважають, що їм не вистачає перспектив та простору для самореалізації у професії. Ще 65 відсотків поскаржилися на грубість та неповагу від клієнтів, а 25 відсотків заявили про небезпечні умови праці.

Було вирішено опитати респондентів детальніше щодо можливих інцидентів. Було виявлено, що 75 відсотків стикалися з антисанітарією та біологічними загрозами у ході своєї роботи, 30 відсотків відчували себе у фізичній небезпеці, та 100 відсотків у той чи інший час були жертвами принижень, неповаги та грубощів під час виконання робочих обов'язків.

Зважаючи на попередній аналіз статистичних даних ряду організацій, було вирішено опитати контингент з приводу психічних захворювань або станів. У результаті було виявлено, що 45 відсотків вважають себе абсолютно здоровими та ніколи не мали психічних проблем, 40 відсотків вважають, що мали (або мають) депресію, 30 відсотків скаржаться на тривожність та 25 вважають, що у них хронічний стрес.

### **3.2 Аналіз результатів опитування за Методикою Айзенка**

Було проведено опитування за методикою Айзенка. У опитувальнику представлені 48 питань, призначених для діагностики екстраверсії,

інтроверсії та нейротизму, а ще 9 питань націлені на оцінку правдивості респондента, його схильності виставити себе у кращому або гіршому світлі. Автор припускає наяву трьох базових вимірів особистості – нейротизм, шкала екста-інтровертоверсії та психотизм. [5, 8]

Айзенк описує чотири типи темпераменту, кожен з котрих є пересіченням двох шкал – екстраверсії та інтроверсії, а також емоційної стабільності та лабільності. Сангвінік описується як екстраверсія та емоційна стійкість, холерик – емоційна лабільність та екстраверсія, флегматик – емоційна стійкість та інтроверсія, а меланхолик – лабільність та інтроверсія.

Згідно з проведеними дослідженнями, у групі відмічається високий рівень нейротизму та схильність до інтроверсії з рядом виключень. Розрахунок відбувався згідно з таблицею відповідності (див. таблиця 1). За кожну відповідь бал начисляється у одну з категорій відповідно до номеру запитання – екстраверсію, нейротизм або у шкалу брехні. Аналіз отриманих даних відбувається за кожною шкалою окремо:

#### 1. Екстраверсія:

- Більше 19 балів – виражена екстраверсія
- Більше 15 балів – екстраверсія
- Більше 12 балів – схильність до екстраверсії
- 12 є середнім значенням
- Менше 12 балів – схильність до інтроверсії
- Менше 9 балів – інтроверсія
- Менше 5 балів – виражена інтроверсія

#### 2. Нейротизм:

- Більше 19 балів – дуже високий рівень нейротизму
- Більше 13 балів – високий рівень нейротизму
- Від 9 до 13 – середній рівень нейротизму
- Нижче 9 – низький рівень нейротизму

#### 3. Шкала Брехні

- 5 та більше балів – результати вважаються недостовірними
- 4 та менше – показники норми

	Екстраверсія	Нейротизм	Шкала Брехні
Так	№ 1, 3, 8, 10, 13, 17, 22, 25, 27, 39, 44, 46, 49, 53,	№ 2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 19, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 35, 38, 40, 43, 45, 47, 50, 52, 55, 57.	№ 6, 24, 36;
Ні	№ 5, 15, 20, 29, 32, 34, 37, 41, 51		12, 18, 30, 42, 48, 54.

Табл. 1

Було виявлено, що за показниками брехні кожен з учасників показав результати у 4 бали та менше, тому для нашої вибірки будемо вважати тест достовірним. Показники нейротизму у групи виявилися доволі високими – вони варіювалися від 13 до 17 з середнім значенням у 15 балів, також високими були показники інтроверсії – з рядом виключень, більшість проявили себе як інтроверти або ж схильні до інтроверсії особи з середнім значенням у 9 балів.

Стоїть питання надійності та валідності такого тестування. Кількість осіб, обстежених в ході розробки ЕРІ, перевищує 30 тис. Вивчалися відповіді осіб, що були визначені компетентними експертами як екстраверти або інтроверти, нейротики або емоційно врівноважені.. В ході розробки ЕРІ було встановлено, що екстраверсія є фактором вищого порядку і, отже, в питаннях повинні бути в більш-менш рівній частці представлені фактори нижчого порядку. Перш за все мова йде про таких, виділених Г. Айзенком компонентах екстраверсії, як "імпульсивність" і "товариськість". [5, 10]

Згідно зі словником-довідником з психодіагностики Бурлачука, коефіцієнти надійності ЕРІ для фактору екстра - інтроверсії складають а 0,82-0,85, для фактору нейротизму - 0,81 - 0,84, що є доволі високим результатом.

У зарубіжних дослідженнях повідомляється про досить високу валідність ЕРІ, хоча іноді ці дані оскаржуються. Існують варіанти опитувальника для дітей та підлітків, що показують схожі результати. [5, 10]

### **3.3 Мотиваційна методика**

Мотивація обстежуваного в першу чергу має відбуватися у сторону психологічної роботи. Клієнт повинен вбачити користь та сенс у сеансах психотерапії та не просто бажати вирішення проблем, а активно докладати до цього зусиль. Другим питанням мотивації працівника соціального захисту є професійний аспект. У такому випадку робота проводиться не стільки з підлеглими, скільки з керівництвом закладів, агенств тощо.

Зупинимося спершу на мотивації до змін. Для початку, слід зрозуміти як проявляється мотивація обстежуваного. Кенфер Ф.Х. надає такі прояви мотивованості у клієнта психолога: клієнт пропонує власні ініціативи в напрямку зміни; клієнт приймає (щонайменше, в межах визначених кордонів) нове, незвичайне, невідоме; клієнт погоджується прийняти на себе певні труднощі і зусилля заради бажаних змін. Проте також є й ряд проявів немотивованості клієнта: клієнт намагається все обмежити розмовами; клієнт за свої труднощі перекладає вину на інших; клієнт висловлює сумніви, як, наприклад: «Я не думаю, що це мені допоможе»; «Це для мене важкувато»; «Для цього у мене не вистачає часу»; «Змінити це - не так уже й важливо зараз»; клієнт намагається змінити тему. [28, 212]

У такому разі психолог може використовувати різного роду методики. Наприклад, доведення до абсурду – найбільш ригідні ідеї клієнта психолог логічним чином зводить до повного абсурду, таким чином, клієнту нічого не залишається, як помітити безумність такого мислення. Також цікавими психологічними трюками є рефреймінг чи ребрендинг – пошук нового сенсу та назви для негативного для клієнта явища. Наприклад, у разі роботи з працівником соціального захисту, частою скаргою буде власне складне життя

до вибору професії. Можна ребрендити ці негативні спогади як не просто біди та нещастя, а як елементи становлення клієнта як співчутливої та емпатичної особистості, для котрої сенсом життя є допомога бездоленним. Звісно, такий прийом прийнятний лише для мотивування обстежуваного та використовується тільки на початку роботи з ним. Справжня праця психолога починається після.

У якості значних мотиваційних перешкод можуть виступати страх перед змінами, старі звички, вигода від проблематичної поведінки, відсутність інформації та бажання протистояти психологу. Страх перед змінами часто виходить із високих очікувань, що клієнт покладає на себе та на людей навкруги, тому важливим є зменшення напруження, пов'язаного зі страхом не виправдати ці очікування. Можна запропонувати скласти план малих та незначних змін, що можна виконати у найближчий час – клієнтові буде простіше адаптуватися до нових елементів реальності, поступово реформуючи проблематичні установки та поведінку. Такий спосіб не лише зменшить страх перед змінами, а й підвищить віру у себе та власні сили, що приведе до мотивації клієнта.

Для найбільш слабкомотивованих клієнтів можна використати ще більш поступовий варіант – спочатку маленькі зміни повинні проявлятися у «безпечному» середовищі на сеансі у психолога, наприклад, у вигляді рольових ігор, а потім можна давати невеликі «домашні завдання» для виходу клієнта у умови реальності. Також чудовим мотиваційним методом може бути спонукання клієнта до нового досвіду, що зовсім не пов'язаний з важкими для змін проблематичними аспектами його особистості. Наприклад, можна запропонувати йому незвичне хобі, специфічний вид відпочинку тощо. Таким чином психолог показує клієнту те, що зміни можливі, проте на більш безпечному у емоційному плані рівні.

Перед спробами мотивації клієнта, важливим є вивчення та аналіз його попередніх негативних спроб змін, що викликали пов'язаний з ними страх.



Потрібно уникати уже допущених раніше помилок, адже, замість мотивації, буде отриманий зворотній ефект. Індикатором прогресу мотивації для психолога може слугувати зміна інтерпретації минулих невдач: «Я на це не був здатен» у «Я приклав недостатньо зусиль» - таким чином клієнт поступово йде до висновку «Я зможу».

Особливою проблемою є так звана вивчена некомпетентність. Клієнт часто має досвід того, що безпорадність та залежність приводять до позитивних наслідків – відповідальність за особу беруть інші люди (батьки, брати, сестри тощо), тому клієнт не бере на себе жодних ризиків і точно ніколи не помиляється. Такий клієнт може намагатися і відповідальність за власні зміни перекласти на психотерапевта. Важливо спонукати таку особу отримувати досвід ініціативності, спершу з малих кроків і до більшого – необхідно розвинути віру у власну компетентність. [25, 220]

Існують також такі методики як «Нога в двері» та «Швейцарський сир», що можуть допомогти психологу спонукати клієнта до змін. Перший спосіб працює за рахунок простого психологічного феномену – людина погодиться зробити більше, якщо до цього вона погодилася зробити менше. Сам феномен був підтверджений у ході експерименту – домогосподаркам телефонували з проханням відповісти на кілька питань, пов'язаних з їх улюбленими засобами для миття. Через певний час тим же жінкам телефонували ті ж самі люди та прохали про більші послуги. Також уже іншим домогосподаркам телефонували без попередніх «малих прохань» та просили про «велику послугу». Експеримент показав, що 50 відсотків жінок погоджувалися надати «велику послугу» після «малої» і лише 25 відсотків погоджувалися на «велику послугу» без попередньої «малої». Тому психолог може використати цей феномен на свою користь – починаючи з малих змін, переходити до все більших.

Метод «Швейцарський сир» підходить для немотивованих клієнтів, що особливо схильні до прокрастинації. Метод полягає у хаотичному тайм-

менеджменті – замість ґрунтового підходу до вирішення основних фундаментальних задач відбувається незібране та хаотичне, точкове виконання певних елементів цих задач. Це порівнюється з «дірками» у сирі – кожна така «дірка» це окрема уже виконана підзадача, кожна така підзадача має займати 15-20 хвилин та до неї уже не повертаються. Відсутність плану знімає відчуття напруги від близького дедлайну, що знижує страх та тривожність, викликану змінами. Хаотичність такого способу імпонує клієнтам, схильним до прокрастинації, адже вони можуть самі обирати послідовність задач. [19, 46]

Також є загальні рекомендації щодо мотивації клієнта. Слід нагадувати клієнтові про переваги, котрі він отримує від виконання тої чи іншої діяльності. Наприклад, можна запропонувати клієнтові скласти список переваг, що він матиме від, допустимо, відмови від сигарет: це буде і економія фінансів, і покращення здоров'я, і більш приємний зовнішній вигляд. Або ж, якщо клієнт має неприємну задачу, котру хотілось би відкласти, то варто нагадати про переваги її скорішого закінчення – більший вільний час, чиста совість, свобода для інших справ.

Також варто постійно нагадувати клієнтові, що від нього не очікується виключно позитивних результатів. Розмова має йти більше про виконання хоч чогось, аніж про виконання чогось виключно позитивного. Клієнт повинен розуміти, що психолог не буде його засуджувати за помилки. Також слід дати зрозуміти обстежуваному, що він нікому нічого не повинен – якщо він щось робить, то на це є виважена причина, що має корені у його власних бажаннях. Якщо він отримує освіту, то не тому, що повинен, а тому що бажає отримати саме цю професію, якщо він не порушує правила у поїзді на автомобілі – то це не через примус, а тому, що він не хоче отримати штраф чи зашкодити чийомусь здоров'ю, а якщо він ходить до психолога – то це він бажає змін, а не психолог змушує його мінятися.

Проте якщо брати суцільно сферу соціального захисту, то робота психолога не буде обмежена лише працівниками. Велика кількість стресу для робітників становить не їх особисте життя, а професійна атмосфера. Працівник у стані стресу не є мотивованим, він мало зацікавлений у своїй роботі. У таких умовах перед керівниками організацій постає завдання активізувати роботу хоча б по збереженню психічного здоров'я персоналу, розглядаючи її як основу зміцнення морально-психологічного клімату в організації. Професійне довголіття співробітників, пов'язане з фізичним і психічним здоров'ям і прямим чином впливає на успішність організації. [16, 198]

Слід приділити увагу навчанню керівництва – начальство повинно вміти зберігати позитивні тенденції. Керівник має в першу чергу вибудувати відносини довіри та контакту, бути делікатним та обачливим. Специфіка роботи передбачає спілкування робітників з великою кількістю людей, що можуть бути неввічливими, не поважати працівника, вербально принижувати тощо. Тому хоча б у власне самому колективі має бути атмосфера спокою.

Можна вказати головні принципи, на яких заснована діяльність керівника організації по збереженню психічного здоров'я співробітників. По-перше, це раціональний режим праці персоналу. - правильний розподіл сил під час виконання як фізичної, так і розумової роботи. Рівномірна, ритмічна робота є більш продуктивною і корисною для здоров'я працюючих, ніж постійні перепади між «застоєм» та періодами напруженої, авральною роботи. Крім того, цікава і улюблена робота виконується легко, без напруги, не викликає втоми. Другим принципом є організація робочого місця кожного співробітника з урахуванням ергономічних вимог (раціональне розташування обладнання, інструментів, робочих матеріалів, достатнє освітлення та ін.).[16]

По-третє, організація відпочинку має контрастувати з робочою діяльністю. Наприклад, для офісних працівників потрібен активний відпочинок, а для робітників у фізичній сфері необхідним є спокій. Для

працівників соціального захисту можна запропонувати змішаний відпочинок – не зайвим буде організувати тихий куточок, у котрому можна заспокоїтися після напруженого дня з клієнтами, проте також необхідна альтернативна зона зі свіжим повітрям.

Враховуючи виявлену у минулих розділах схильність працівників соціального захисту до шкідливих звичок, керівництво має заохочувати здоровий образ життя. Не зайвим буде зробити однією з ключових концепцій цієї професії саме приділення уваги позитивному образу працівника, що не має зайвих звичок та прагне до професійного та життєвого довголіття.

Працівники соціального захисту частіше за представників інших професій скаржаться на почуття нереалізованості та відсутності професійних перспектив. Тому для психічного здоров'я робітників необхідно давати їм простір для розвитку. Керівництво може організовувати тренінги, семінари та курси для бажаючих покращити власні вміння.

Усі ці методи допоможуть мотивувати працівника, адже вони знижують природній для цього виду діяльності професійний стрес. Статистика, наведена у першому розділі, показує, що велика кількість працівників соціального захисту не задоволені своїм керівництвом – частіше за вони скаржаться на байдуже ставлення до загроз фізичному та психологічному здоров'ю підлеглих. Тому для психолога, що комплексно підходить до проблеми, важливо працювати не лише з робітниками, а й з керівництвом.

### **Висновки до третього розділу.**

Було проведено опитування з вибіркою у 20 осіб з метою оцінити основні тенденції у обстежуваній групі. Було проведено дослідження статистичних даних цього опитування, з чого можна винести ряд основних професійних проблем робітників сфери соціального захисту:

1. Невдоволеність роботою
2. Низька зарплатня (або ж та, що не відповідає витраченим зусиллям)

3. Більшість працівників страждають або страждали через професійне вигорання
4. Сфера не пропонує перспектив для кар'єрного зростання та саморозвитку
5. Робітники страждають від вербального знуцання при спілкуванні з клієнтами
6. Під час виконання робочих обов'язків працівник наражається на ризик потрапити у фізичну або біологічну небезпеку
7. У сфері велика кількість людей страждають через депресію та тривожність, а також скаржаться на стрес

Було проведено тестування за допомогою Особистісного Опитувальника Айзенка. Було виявлено, що більша частина респондентів мають високий рівень нейротизму та схильні до інтроверсії. За Шкалою Брехні опитування проявило себе як достовірне, адже жоден респондент не набрав більше 4 балів. Проведено аналіз обширних статистичних даних з широкою вибіркою щодо достовірності опитувальника Айзенка та виявлено, що дослідження схилиються до валідності даного методу.

## **Розділ 4. Розробка програми діагностики соціально-психологічних чинників психічного та фізичного здоров'я працівників соціального захисту.**

У даному дослідженні було виявлено, що чинники впливу на психологічне та фізичне здоров'я працівників соціального захисту відрізняються для кожної країни, міста та району роботи. Через це неможливо прийти до універсальних висновків, що охарактеризували б проблематику для усього контингенту соціальних працівників країни. Саме тому доцільним є проведення діагностики у більш вузьких групах – найкраще для цього підходить окремий відділ, що працює у межах одного району. Важливим відділенням по району є з причини соціальних відмінностей тих чи інших частин міста – центр та околиця відрізняються не лише розташуванням, а й особливостями контингенту, специфікою осель, розвитком інфраструктури, кількістю населення тощо. Про дослідження установ соціального захисту цілого міста не може йти мови саме з цих причин.

Складемо програму діагностики чинників впливу на психологічне та фізичне здоров'я працівників соціального захисту. Варто врахувати такі фактори, в першу чергу, психологічний стрес, особливо той, що пов'язаний з професійною сферою, а також оцінити фізичний стан колективу та основні скарги. Також бажано звернути увагу на робочі місця обстежуваних – недостатнє освітлення, старе обладнання, незручні та неортопедичні стільці, духота або ж холод, відсутність систем кліматичного контролю – все це так звані «червоні прапорці», котрі вказують психологові на причини поганого самопочуття обстежуваних ще до початку діагностики. Непоганим методом було б спостереження – якщо прибути на місце за годину до початку запланованої роботи, то можна відмітити ще ряд особливостей, наприклад, атмосферу в колективі.

Для діагностики соціально-психологічних чинників психічного та фізичного здоров'я працівника соціального захисту спершу слід визначити власне стан здоров'я обстежуваних. Для цього можна запропонувати ряд опитувальників, що базуються як на суто суб'єктивних оцінках респондентів, так і на об'єктивних фактах. Розглянемо детальніше використання спеціального обладнання для точної оцінки фізичного стану обстежуваних.

Спеціалісту для більшості тестів буде необхідно мати секундомір, тонометр, ростомір та ваги. Доцільною буде використання формули вирахування рівня фізичного стану. Необхідно виміряти частоту пульсу, масу тіла, зріст та рівень артеріального тиску. Пульс вимірюється у спокійному стані протягом 10 секунд, після йде перерахунок протягом 1 хвилини. Сама формула має такий вигляд:  $(700 - 3 * ЧСС - 2,5 * АТср - 2,7 * В + 0,28 * Вг) : (350 - 2,6 * В + 0,21 * зр)$ . У такій формулі ЧСС – частота серцевих скорочень, АТср – середній артеріальний тиск, В – вік, Вг – вага, зр – зріст. Отриманий результат слід порівняти з таблицею відповідності:

Рівень фізичного стану	Чоловіки	Жінки
Низький	0,225-0,375	0,157-0,260
Нижче середнього	0,376-0,525	0,261-0,365
Середній	0,526-0,675	0,366-0,475
Вище середнього	0,676-0,825	0,476-0,575
Високий	0,826 та вище	0,576 та вище

Така оцінка є найбільш точною, проте займає багато часу та потребує велику кількість обладнання. Якщо потрібна більш швидка методика оцінки або ж та, що не вимагає наявності інвентаря, то можна запропонувати Гарвардський степ-тест, для проходження котрого необхідним буде лише секундомір та сходи. Замість сходів можна використовувати інші предмети – стійкі стільці, табурети тощо, адже необхідна лише одна сходинка.

На таку сходинку обстежуваний піднімається на рахунок раз-два і так само на раз-два рахунки (спиною вперед) спускається. Таким чином, повний цикл сходження складається з 4 кроків. Темп сходження задається або метрономом, або ритмічним світловим сигналом, або командами самого дослідника. За методикою Гарвардського степ-тесту темп сходження дорівнює 30 циклам / хв. Висота сходинки для чоловіків - 50 см, для жінок - 43 см. Для найбільш точного виміру доцільним є використання спеціальних степ-девайсів з визначеною висотою. [16, 23]

Тестування припиняється за двох умов – або обстежуваний збивається з ритму і тоді через 15 секунд його спроба припиняється, або є обстежуваний виражає явні ознаки втоми – блідоту, збите дихання, спіткання. Після цього людина має відпочити рівно одну хвилину, а перші 30 секунд другої хвилини відбувається підрахунок серцевих скорочень. Тоді необхідно вирахувати індекс Гарвардського степ-тесту (ІГСТ) за формулою:  $ІГСТ = t * 100 / n * 5.5$ , де  $t$  – час активності обстежуваного, а  $n$  – кількість серцевих скорочень у перші 30 секунд другої хвилини відпочинку. Фізична працездатність оцінюється як слабка, якщо ІГСТ менше 55; нижче середньої, якщо показники 55-64; середня - 65-79; хороша - 80-89; відмінна - 90 і більше. [16, 24]

Таке тестування не потребує додаткового інвентарю та є швидшим за перший запропонований варіант. Все ж, варто згадати 6-моментну функціональну пробу. Цей метод можна назвати найшвидшим серед тих, що використовуються для об'єктивної оцінки фізичного стану, до того ж, він потребує лише наявності секундоміру. Ця проба виконується, в такий спосіб:



спершу підраховується частота серцевих скорочень в стані спокою (в положенні лежачи) за хвилину. Потім випробуваний встає, і у нього підраховують частоту серцевих скорочень за другу хвилину перебування у вертикальному положенні. Різниця між цими величинами в стані стоячи і лежачи множать на 10. Випробуваний робить 20 глибоких присідань протягом. Підраховується пульс за першу хвилину відновлення, потім за другу хвилину і за третю хвилину. Підсумкова оцінка виходить завдяки додавання результатів всіх шести описаних вище значень. При сумі, що дорівнює 500 і більше, рівень фізичної працездатності оцінюється як низький; при 450-500 - нижче середнього; при 400-450 - середній; при 350-400 - вище середнього; при сумі, меншій 350 - високий. [16, 27]

Варто зазначити, що при проведенні кожного з вищеописаних тестів необхідно спершу організувати місце проведення тесту та сформувати атмосферу довіри та відсутності осуду. Найкращим варіантом є окрема кімната (можливо, офіс), у котрій обстежуваний не буде відчувати сорому, страху невдачі, осуду колег. Звісно, час проведення дослідження у такому темпі збільшується у рази, проте це допоможе сформувати відносини довіри з обстежуваним контингентом та збільшить вірогідність успішної діагностики.

Звісно, у ідеальній програмі оцінки фізичного стану обстежуваних необхідно використати хоча б один з вище запропонованих методів, адже результати анкетувань відповідають лише суб'єктивному баченню опитуваними власного здоров'я, що може не відповідати правді. Кожен з цих методів має свої недоліки та переваги, проте має розглядатися використання кожного з них, адже, на відміну від анкетувань, тести на фізичну працездатність залежать від великого списку факторів, на які не впливає психолог. Тому спеціаліст має володіти усіма трьома методиками, навіть якщо не використає жодної. З даних причин, методики самооцінки фізичного здоров'я також мають бути присутні у програмі діагностики чинників фізичного та психологічного здоров'я працівників соціального захисту.

У попередніх розділах розглядався ряд анкетувань, опитувальників та тестів. Спершу розглянемо найбільш оптимальний варіант для програми на дану тематику. Анкетування В.П. Войтенко можна назвати експрес-опитуванням, адже воно складається з 28 питань, що є невеликою кількістю, до того ж, тестування має однозначне спрямування, на відміну, наприклад, він описаної у минулих розділах методики Степанова, що досліджує і фізичне, і психічне та соціальне здоров'я опитуваних. Саме тому пропонується використання анкетування за Войтенко, особливо за умов проведення одного з тестів об'єктивної оцінки фізичного стану особистостей. Якщо ж жоден з вищеописаних методів оцінки фізичного стану не може бути застосований, доцільним буде провести, окрім анкетування Войтенко, ще й тестування за методикою Степанова, а також перетестування з використанням обидвох опитувальників протягом кількох днів. Таким чином, можна зменшити ризик неширих відповідей та відповідей на фоні емоцій, тому вийде сформулювати більш надійний результат.

Після об'єктивної оцінки та суб'єктивної оцінки фізичного стану опитуваних, слід ретельно проаналізувати результати – особливу увагу потрібно приділити саме питанням з анкетувань та опитувальників. Обстежувані, що показали гарні результати на фізичних тестах, можуть мати проблеми, що не буде видно у фактичних висновках тестів. Наприклад, особа може мати прекрасний показник за індексом Гарвардського степ-тесту, проте при цьому вона страждатиме на головні болі, безсоння, поганий зір тощо. Також важливим є врахування проблем, що можуть мати безпосередній зв'язок з робочими обов'язками, атмосферою у колективі, керівництвом. До того ж, формуючи загальну характеристику контингенту, необхідно визначити середній вік обстежуваних, домінуючу стать та стаж роботи.

Наступними кроками діагностики чинників фізичного та психологічного здоров'я працівників соціального захисту будуть ряд загальновизнаних опитувальників. Перш за все, рекомендовано використання Особистісного

Опитувальника Айзенка. Його можна назвати базовим інструментом психолога, проте не є основним - цей метод необхідно комбінувати із рядом інших тестувань, адже жодне анкетування чи тест не може дати стовідсоткову характеристику опитуваного. Опитувальник Айзенка спрямований на виявлення основних тенденцій колективу, домінуючого темпераменту. У попередніх розділах докладно описувався метод, а також була згадана критика у його сторону.

Після методики Айзенка доцільним є використання опитувальника Майер-Бріггс. Цей тест у великій мірі досліджує східні з опитувальником Айзенка критерії інтроверсії та екстраверсії, проте, на відміну від першого, має шістнадцять категорій, а не чотири. При проходженні тесту бажано використовувати найбільш широкий з сучасних варіацій опитування, а також слід уникати назви типів темпераменту за Крейсі. Саме Крейсі вигадав такі назви як «Активіст» чи «Борець», з котрими себе легко асоціювати, від чого збільшується кількість нещирих відповідей у спробі скласти певне враження або отримати бажаний результат. Варто зазначити, що обидва тести (І Айзенка, і Майер-Бріггс) підвергаються критиці від сучасних західних психологів, проте вони все ще не мають достойних альтернатив та, попри критику, проявляють себе як надійні і перевірені часом опитування.

Особливу увагу під час діагностики чинників впливу на психологічне та фізичне здоров'я працівників соціального захисту слід приділити проявам стресу. Пропонується опитувальник втрат та надбань за концепцією С. Хоббфола. Дана методика концентрується на понятті «ресурсу», що в цьому випадку є будь-чим, що допоможе особі адаптуватися або боротися зі стресом – це можуть бути гроші і машини, можуть бути друзі та сім'я, може бути усе разом. Саме оцінка цього ресурсу пропонується у даному опитувальнику. Втрати та надбання порівнюються для отримання картини психологічного стресу обстежуваного.

Обстежуваним видається опитувальник, у котрому необхідно оцінити власні переживання щодо тих чи інших пунктів за такою шкалою: 1 - немає відчуття переживання; 2 - переживання в малому ступені; 3 - переживання середнього ступеня; 4 - переживання в значній мірі; 5 - переживання в дуже великій мірі. Після проходження тестування відбувається обробка, підрахунок та інтерпретація результатів за допомогою індексу «ресурсів» у відсотках за такою формулою:  $IP = X2 - X1 * 100$ , де  $X1$  – сума балів «втрат»,  $X2$  - сума балів «надбань» ресурсів.

Чим більше IP, тим вище адаптивні можливості і толерантність особистості по відношенню до стресу. Значення IP порівнюють з таблицею відповідності, де менше 35 відсотків – низький результат, 36-45 відсотків – середній результат, а більше 45 відсотків – високий.

Не зайвим буде виявити середні показники «ресурсності» у відділі, а також звернути увагу на незвичайні результати, ті, що значною мірою вибиваються з загальної картини (власне, це стосується кожного опитування).

Виявивши рівень «ресурсів» групи, необхідно знайти чинники, що викликають найбільший стрес та емоційний дискомфорт опитуваних. Пропонується опитувальник «Причини емоційного дискомфорту» або ж «ПЕД». Респонденту дають прочитати інструкцію і потім оцінити ступінь занепокоєння, що він відчуває при кожній переліченій ситуації. Для оцінки застосовується шкала з семи значень, де 1 – жодного занепокоєння, а 7 – дуже сильне занепокоєння. У опитувальнику представлені різного роду ситуації, події та проблеми – від нестачі відпочинку та незадоволеністю роботою, до сексуальних проблем та фінансових труднощів. Обробка результатів опитування та інтерпретація отриманих даних повинні включати якісний і кількісний аналіз. Спочатку необхідно, зіставляючи силу окремих причин занепокоєння, провести їх порівняльний аналіз, що дозволить виявити домінуючі по силі причини занепокоєння. Можна також зіставити бал тієї чи

іншої причини занепокоєння з середньою величиною, отриманою нами при апробації даної анкети.

Опитувальник чудово підходить саме для даної теми дослідження, адже допоможе виявити домінуючі причини стресу працівників соціального захисту, що спрямує психолога до вибору подальших тестувань. Проте, є ще декілька методів, що можуть допомогти охарактеризувати чинники впливу на здоров'я працівників. Наприклад, якщо дозволяє час, можна провести широке опитування задля діагностики домінуючого стану окремих особистостей та колективу у цілому.

Таке опитування визначить стан, що займає більшу частину часу у респондентів. Для нього використовується методика ДС-8, що має також скорочений варіант ДС-6. Пропонується проводити повне опитування, що має 8 шкал оцінки та 57 питань. Контрольною шкалою вважається шкала ПО - позитивний-негативний образ себе. Ця шкала говорить про розуміння себе, проте також може інтерпретуватися як прояви показної соціальної бажаності, що по своїй суті є шкалою щирості-нещирості, або ж «шкалою брехні» Айзенка. Проте інтерпретація за шкалою По говорить не тільки про поняття щирості-нещирості. Критичність самооцінювання тісно пов'язана з самоприйняттям особистістю. Чим воно повніше, тим позитивніше образ себе, тим менше людина бачить в собі недоліків. Обробка результатів дослідження полягає в підсумовуванні написаних обстежуваним балів за всіма пунктами, що входять у відповідну шкалу. Для кожної шкали існує своя таблиця відповідності.

Отже, можна сформулювати таку програму діагностики чинників психологічного та фізичного здоров'я працівників соціального захисту:

1. Методика оцінки фізичної працездатності/Гарвардський степ-тест/Шестимоментна функціональна проба (за вибором – бажано використати хоча б одну методику)

2. Анкетування В. П. Войтенко на самооцінку фізичного здоров'я.
3. Методика С. Степанова на самооцінку фізичного здоров'я (за вибором можливо використання тієї ж методики для самооцінки психічного та соціального здоров'я).
4. Особистісний опитувальник Айзенка.
5. Опитувальник Майєр-Бріггс (рекомендовано останні дві методики поєднувати).
6. Опитувальник втрат та надбань за концепцією ресурсів С. Хоббфола.
7. Опитувальник «Причини емоційного дискомфорту» (ПЕД).
8. Діагностика домінуючого стану (ДС-8, ДС-6).

У складеній програмі діагностики враховувалися особливості та специфіка роботи працівника соціального захисту, проте також психолог що користується даною програмою, повинен вміти аналізувати кожне значення та визначати, чи відноситься цей результат саме до сфери праці опитуваних, чи залежить від інших факторів. Допомогти у цьому можуть як професійний досвід, так і проаналізовані у даній роботі дані, що вказують на цікаві статистичні дослідження соціальних працівників. Наприклад, враховуючи високий рівень депресій у даному контингенті, психолог без знання цих даних скоріш за все зробить невірне припущення стосовно чинників таких цифр. Проте, будучи проінформованим, такий спеціаліст знатиме, що такі рівні саме цього психологічного стану пояснюються схильністю психічно травмованих людей шукати своє місце саме у сфері допомоги іншим.

Можна з впевненістю заявити, що дана програма підходить для визначення чинників психологічного та фізичного здоров'я працівників соціального захисту, проте вона не може бути не доповненою додатковим статистичним аналізом, адже чимало факторів впливу на здоров'я робітників знаходяться саме поза межами їх праці, більш того, вони знаходяться до

початку професійного шляху і є у великій мірі причинами вибору саме цієї кар'єри. Саме тому, говорячи про проблеми працівників соціального захисту, ми говоримо не про дорослих спеціалістів, а про ширшу проблему – недоліки, недостачі та прогалини системи соціальної допомоги у всіх сферах життя дітей, підлітків, інвалідів, старих і психічно хворих.

### **Висновки до четвертого розділу.**

Було складено програму діагностики чинників психологічного та фізичного здоров'я працівників соціального захисту, до якої увійшли різноманітні методики, анкетування та опитувальники. Діагностика опирається як на самооцінку обстежуваних, так і на більш об'єктивні методики оцінки для більш точного результату. Програма включає у себе оцінювання фізичного стану контингенту за допомогою методик самооцінки за В. Войтенко та С. Степановим, а також ряд різнопланових методик точного оцінювання - Методику оцінки фізичної працездатності, Гарвардський степ-тест та Шестимоментну функціональну пробу. У такому підході присутній широкий спектр способів визначення фізичного стану обстежуваних осіб, адже ці способи можуть варіюватися відповідно до можливостей, обладнання та часу, що наявні у спеціаліста.

Складена програма діагностики також оцінює загальний психічний стан контингенту, використовуючи такі методики як Особистісний опитувальник Айзенка, Опитувальник Майер-Бріггс та Діагностика домінуючого стану (ДС-8, ДС-6). Такі тестування спрямовані на виявлення загальних тенденцій у колективі та використовуються для відстеження прогресу, адже дані методики найкраще підходять для швидкого та якісного перетестування.

Для більш поглибленого аналізу та пошуку причин тих чи інших станів у групі рекомендується використання Опитувальника «ПЕД» та опитувальника втрат та надбань ресурсів. Перша методика спрямована на пошук причин емоційного дискомфорту, що допоможе виявити, чи є робоча

атмосфера джерелом стресу та у якій мірі, а також проявить основні особистісні проблеми кожного з опитуваних. Друга методика виявляє рівень стресу та наявність ресурсів для адаптації до нього у учасників дослідження. Обидві методики аналізуються та використовуються взаємозалежно.

Складена програма підходить як для діагностики великих груп, так і малих та для індивідуальної роботи. Вона націлена на контингент працівників соціального захисту та створена з урахуванням основних виявлених у дослідженні тенденцій сфери.



## Висновки

У даному дослідженні було проаналізовано статистичні дані ряду країн за різні роки. Нажаль, можна з впевненістю сказати, що служби соціального захисту у великій мірі побудовані на самопожертві психологічно травмованих людей, що намагаються допомогти комусь, адже вони самі потребували колись даної допомоги. Згідно з опитувань, ці працівники часто знаходяться у різного роду небезпеці, від фізично агресивних клієнтів, до біологічних загроз у вигляді паразитів чи плісняви. Більша частина робітників сфери соціального захисту скаржаться на відсутність інструментів самооборони та виявляють бажання отримати хоча б теоретичні знання щодо самозахисту у небезпечних ситуаціях. Не покращує цю ситуацію і той факт, що у даному полі діяльності домінують жінки.

У ході роботи було виявлено, що існує пряма кореляція між професією робітника соціального захисту та психічними порушеннями, в особливості такими як депресія та тривожність. Ці стани проявлялися у обстежуваних задовго до вибору даної кар'єри та були наслідком психологічних травм, отриманих у той чи інший період життя. Саме труднощі, з якими зіштовхнулися ці люди і привели їх до сфери соціального захисту – працівники соціального захисту керуються емпатією та співчутливістю до особистостей у скрутних становищах через призму власних переживань. Є підстави вважати, що робота працівників соціального захисту негативно впливає на уже існуючі психологічні проблеми особи, приводячи до катастрофічного занепаду таких сфер як фізичне та соціальне здоров'я, самооцінка, сімейні відносини та інших.

Соціальний робітник страждає від ряду зовнішніх факторів. У ході дослідження було виявлено, що більша частина опитуваних були жертвами вербальних принижень, ще третина потерпіла фізичний напад від агресивної тварини клієнта, чимало бачили наркотичні речовини та зброю у оселі клієнтів тощо. Отже, цю роботу можна заслужено вважати небезпечною та повною

ризиків. Проте, на відміну від, наприклад, поліцейських чи пожежників, ця професія як така не розглядається. Працівник соціального захисту не отримує не лише поваги до власної гідності, а й на додачу має катастрофічного масштабу професійний стрес, пов'язаний з невідповідністю зарплатні та витрачених зусиль, відсутністю професійного росту, понаднормових годин та психологічно тяжких випробувань та виборів під час допомоги бездомним.

Була складена програма діагностики чинників психологічного та фізичного здоров'я працівників соціального захисту. Програма розрахована на виявлення домінуючих тенденцій у тому чи іншому колективі та передбачає працю з окремими відділами або групами робітників, пов'язаних між собою конкретними робочими обов'язками та районами праці.

У ході діагностики пропонується встановити фізичний стан обстежуваних за допомогою ряду методик об'єктивної оцінки та самооцінки. Також рекомендується виявити домінуючий у колективі стан, особливості темпераменту опитуваних та причини і прояви стресу.

Така діагностика дозволить виявити фактори впливу на здоров'я опитуваних осіб, проте, враховуючи кількість психологічних та фізіологічних труднощів, пов'язаних з даною професією, для вирішення даних проблем пропонується виключно індивідуальна терапія.

Слід зазначити, що у ході дослідження було виведено, що етична, соціальна та правова проблематика сфери соціального захисту настільки широка, що для її універсального вирішення можливий лише комплексний підхід, що передбачає реформу усього інституту як такого. Велика кількість фізичних та біологічних небезпек, широкі обов'язки та вузькі можливості втручання, низька зарплатня, стигматизація, професійний стрес – усе це неможливо вирішити психологу навіть за кілька років сеансів з подібним клієнтом. Найкраще, що психолог може зробити у такому випадку – порадити знайти іншу роботу.

Нажаль, дане дослідження показало кількість емоційної, фізичної та психологічної експлуатації, через котру потерпають тисячі робітників соціального захисту по всьому світу. Ця проблема проявила себе як міжнародна, проте саме у останні роки збільшилася увага до даної теми, з'явилася велика кількість професійних спілок, опитувань та досліджень, що освічують проблематику.

На останок, можна все ж зробити позитивний висновок: при правильній діагностиці основних чинників впливу на фізичне та психологічне здоров'я робітників, керівництво тих чи інших колективів може покращити стан хоча б у кількох відділах. Для цього буде достатньо правильно проаналізувати результати опитувань, проведених психологом, та виявити аспекти, на які можливо вплинути – наприклад, можна покращити освітлення чи встановити зону відпочинку для робітників.

Отже, основними чинниками впливу на здоров'я працівників соціального захисту є фізичні та біологічні небезпеки, велика кількість психічних порушень серед робітників та професійний стрес, проте прояви та причини цих чинників слід шукати у особливому порядку під час роботи з окремими колективами.

## Список використаних джерел

1. Анастаси А. Психологическое тестирование. – Кн. 1, 2. – М.: Педагогика, 1982.
2. Блейхер В.М., Крук І.В., Боков С.М. Клінічна патопсихологія: Керівництво для лікарів та клінічних психологів / Москва-Вороніж: Московський психолого-соціальний інститут. - 511с., 2002
3. Бодалева А.А., Столина В.В. "Общая психодиагностика" – М.: Изд-во МГУ, 1987. –303 с.
4. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика. – СПб.: Питер, 2003. – 352 с.
5. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. – СПб.: Питер, 2002.– 528 с.
6. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. СПб.: Питер. 1999. 528 с. — 2-е издание, переработанное и дополненное.
7. Вища освіта: європейській вимір та українські перспективи. – К.: Парлам. видавництво, 2009.– 632 с.
8. Елисеєв О.П. Практикум по психологии личности. – СПб.: Питер, 2000. – 509 с.
9. Коцан Ігор Ярославович, Ложкін Георгій Володимирович, Мушкевич Мирослава Іванівна «Психологія здоров'я людини. Навчальний посібник». Луцьк - 2011
10. Корольчук М.С. Психофізіологія діяльності: Підручник для студентів вищ. навч. закладів / Корольчук М.С. – К.: Ельга; Ніка-Центр, 2010. – 400 с.
11. Корольчук М.С. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах / М.С. Корольчук, В.М. Крайнюк – К.: Ніка-Центр, 2009. – 580 с.

12. Корольчук М.С., Корольчук В.М., Миронець С.М., Тімченко О.В., Осьодло В.І., Ржевський Г.М., Максименко К.С. Психологія праці в звичайних та екстремальних умовах / Навчальний посібник для студентів ВНЗ. – К. : Київ.нац.торг.ун-т, 2014. – 523 с.
13. Корольчук М.С., Крайнюк В.М. Теорія і практика професійного психологічного відбору: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. – К.: Ніка-Центр, 2010. – 536 с.
14. Моргун В.Ф. Основи психологічної діагностики. – К.: Слово, 2009. – 464 с.
15. Паливода А.М / “Конституція України: чинне законодавство зі змінами та доповненнями станом на 20 травня”- 2013 р. – 2013. – 64 с.
16. Под редакцией профессора Никифорова Г. С. “Практикум по психологии здоровья”//Москва/ Санкт-Петербург/ Нижний Новгород /Воронеж Ростов-на-Дону / Екатеринбург/ Самара/Новосибирск/ Киев / Харьков / Минск - 2005 г
17. Райгородский Д.Я. /”Практическая психодиагностика”– Самара: Издательский Дом«БАХРАХ-М», 2005. – 672 с.
18. Римские Р.Р. и С.А./”Альманах психологических тестов” – М.: КСП, 1996.
19. Фридман Д. Л. и Фрейзер С. С. Уступчивость без давления: метод «нога-в-дверях»
20. Ярова Л. В. Континентальна модель соціального захисту як ефективна система завоювань громадянського суспільства / Л. В. Ярова // Актуальні проблеми політики : зб. наук. пр. / редкол. : С. В. Ківалов (голов. ред.), Л. І. Кормич (заст. голов. ред.), Ю. П. Аленін [та ін.] ; МОНмолодьспорт України ; НУ ОЮА. – Одеса : Фенікс, 2012. – Вип.. 45. – С. 157-164.

21. Шмелева А.Г. / "Основы психодиагностики" – Москва, Ростов-на-Дону: «Феникс», 1996. – 544 с.
22. Barr, A. / "An Investigation into the extent to which Psychological Wounds inspire Counsellors and Psychotherapists to become Wounded Healers, the significance of these Wounds on their Career Choice, the causes of these Wounds and the overall significance of Demographic Factors". The Green Rooms. Retrieved 15 January 2014.
23. Earl P. Smith / "Selected Characteristics of Teachers and Their Preferences for Behaviorally Stated Objectives" - Studies in Art Education. National Art Education Association. 14 – 1973
24. Eysenck, H. J. / "Dimensions of Personality." - New York: John Wiley and Sons, Inc.- 1947
25. Fewell CH, King BL, Weinstein DL. «Alcohol and other drug abuse among social work colleagues and their families: Impact on practice». «Social Work». 1993;38:565–570. Flannery, R. B., Jr., & Harvey, M. R. / "Psychological trauma and learned helplessness: Seligman's paradigm reconsidered." - Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 28(2) -1991
26. Grant, Adam. / "Goodbye to MBTI, the Fad That Won't Die". - Psychology Today. - 4 November 2020.
27. Hobfoll St. E. / "Stress, culture, and community." - N.Y. and London - 1998
28. Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. / "Self-management methods." - 1991
29. Krosnick, J.A. & Berent, M.K. / "Comparisons of party identification and policy preferences: The impact of survey question format" - American Journal of Political Science, 27(3)- 1993
30. Krznaric, Roman / "Have we all been duped by the Myers-Briggs test?" - Fortune Magazine.- May 15, 2013

31. Lambert Schuwirth, Peter Cantillon / "What the educators are saying" - BMJ- 2004 May 22
32. NASW/ "Guidelines for Social Worker Safety in the Workplace"- Washington DC: National Association of Social Workers. -2013.
33. Pittenger, David J. / "Measuring the MBTI ... And Coming Up Short" -Journal of Career Planning and Employment. 54 -November 1993
34. Schwarz, N. / "Self-reports: How the questions shape the answers"- American Psychologist- 1999
35. Shulamith Lala Ashenberg Straussner, Evan Senreich, Jeffrey T. Steen / «Wounded Healers: A Multistate Study of Licensed Social Workers' Behavioral Health Problems»- «Social Work» Volume 63, Issue 2,- April 2018, Pages 125–133
36. Sienna Nicole Lynch / "An exploration of social worker risk in the field when working with vulnerable adults and their desire for safety training a Project Presented to the Faculty of California State University, San Bernardino In Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Master of Social Work"- June 2017
37. Tim Kalantjankos/ "BS Sociology"- University of Nebraska at Omaha AS Physical Therapy, Clarkson College -August 2019
38. Victor et al. / "Only human: Mental health difficulties among clinical, counseling, and school psychology faculty and trainees"- Retrieved 19 July 2021.
39. William Blakely Stephens/ "Relationship between Selected Personality Characteristics of Senior Art Students and Their Area of Art Study"- Studies in Art Education. National Art Education Association. 14 (14) -1973
40. Zerubavel N, Wright MO. / «The dilemma of the wounded healer.» - «Psychotherapy». -2012;49:482–491.