

УДК 616.89-008.48:001.8

Калайтан Н. Л., аспірантка кафедри психології Національного аерокосмічного університету ім. М.Є. Жуковського «ХАІ»

ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ЛІКАРІВ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ З РІЗНИМ РІВНЕМ СИНДРОМУ ВИГОРЯННЯ

Стаття присвячена вивченню особливостей емоційної сфери лікарів швидкої медичної допомоги. Представлена факторна структура особливостей емоційної сфери у лікарів швидкої медичної допомоги з різним рівнем вигорання.

Ключові слова: синдром вигорання, стресові чинники, алекситимія.

Статья посвящена изучению особенностей эмоциональной сферы врачей скорой медицинской помощи. Представлена факторная структура особенностей эмоциональной сферы у врачей скорой медицинской помощи с разным уровнем выгорания.

Ключевые слова: синдром выгорания, стрессовые факторы, алекситимия.

Постановка проблеми. Вивченню проблеми синдрому вигорання присвячене значне число робіт у закордонній [4] і вітчизняній літературі [1; 2; 5; 6; 8]. Відзначається, що синдром вигорання як стан фізичного, емоційного й розумового виснаження, має різноманітну феноменологію: погіршення психічного й фізичного здоров'я [5], порушення системи міжособистісних відносин [3], розвиток негативних установок стосовно колег і пацієнтів [6], формування різного роду хімічних залежностей [3; 8] і професійна дезадаптація фахівців [2; 5]. Феномен професійного вигорання розглянутий у медичних працівників різної спеціалізації [2; 6; 8], але особливо актуальним є дослідження синдрому вигорання в лікарів швидкої й невідкладної медичної допомоги (далі – ШМД), умови діяльності яких характеризуються підвищеною стресогенністю у зв'язку з необхідністю надання екстреної допомоги в умовах дефіциту часу й інформації, медикаментозного й апаратного оснащення, а також високої відповідальності за її ефективність і своєчасність [3], що є важливим чинником зниження професійної ефективності й здоров'я лікарів ШМД [3; 7]. Однак дослідження синдрому вигорання та факторів його формування у фахівців даної категорії систематично не проводилося.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. На сьогоднішній день наука все частіше звертається до проблеми впливу професійної діяльності на особистість фахівця з метою більш детального вивчення різноманітних аспектів особистісної деформації. Зокрема, висвічується проблема професійного стресу як багатовимірного феномену, що виражається у фізіологічних і психологічних реакціях на складну робочу ситуацію [1; 2; 8]. Зокрема, це стосується професій системи «людина — людина», особливо медичних працівників, специфіка яких полягає у великій кількості емоційно насичених міжособистісних контактів. Найбільш частою формою прояву професійного стресу є синдром емоційного (або психічного) вигорання [2; 5].

Дані вітчизняної й закордонної літератури висвітлюють особливості прояву даного синдрому в різних категорій фахівців у сфері медичної практики (Т. В. Форманюк, 1994, Н. В. Гришина, 1997; В. Е. Орел, 1999; Д. Брук, Т. Лъето, К. Б. Мак-Хью, 2000; Е. С. Старченкова, Н.Є. Водоп'янова, 2002; Юр'єва Л. Н., 2004; Большакова Т. В., 2004 і ін.) [1; 2; 4; 5; 8]. Б. С. Федаком були виділені феноменологічні варіанти синдрому вигорання в співробітників ШМД: астено-іпохондричний, астено-субдепресивний, соматовегетативний, астено-обсесивний і істероморфний [7]. Однак залишаються маловивченими особливості емоційно-особистісної сфери лікарів ШМД, що зумовлюють розвиток синдрому вигорання, його структурні особливості, а також специфіка копінг-стратегій і механізмів психологічного захисту даної категорії фахівців.

Мета дослідження: виявити особливості емоційної сфери лікарів ШМД з різним рівнем синдрому вигорання.

Методи дослідження:

1. Maslach Burnout Inventory (MBI) К. Маслач і С. Джексон у модифікації Н.Є. Водоп'янової;
2. Методика діагностики рівня емоційного вигорання В. В. Бойко;
3. Опитувальник, спрямований на виявлення психічного вигорання О. О. Рукавишникова;
4. Торонтська Алекситимічна Шкала (ТАШ), адаптована в інституті ім. В. М. Бехтерева;
5. Шкала диференційних емоцій К. Ізарда.

У дослідженні взяли участь 145 лікарів (у віці 27-65 років) підстанцій Харківської міської клінічної лікарні швидкої й невідкладної медичної допомоги ім. проф. О. І. Мещанінова.

Виклад основного матеріалу. Результати дослідження, отримані за допомогою опитувальника для виявлення вигорання MBI К. Маслач і С. Джексон, свідчать про наявність синдрому вигорання в 26 лікарів ($17,93 \pm 3,19$ % від загальної чисельності), при цьому до групи ризику були віднесені 30 лікарів ШМД ($20,69 \pm 3,36$ % від загальної чисельності).

На підставі дослідження за допомогою методики діагностики рівня емоційного вигорання В. В. Бойко лікарі з ознаками синдрому вигорання були розділені на три групи залежно від рівня виразності синдрому:

Першу групу (І ступінь виразності, фаза «напруги» за В. В. Бойко) склали 12 лікарів ($8,28 \pm 2,29$ % від загальної чисельності) з невираженою, здебільшого компенсованою картиною синдрому вигорання.

У другу групу (ІІ ступінь, фаза «резистенції» за В. В. Бойко) було включено 35 лікарів ($24,14 \pm 3,55$ %) із частково компенсованою картиною синдрому вигорання.

Третю групу склали 7 лікарів ($4,76 \pm 1,76$ %) з вираженими й практично декомпенсованими симптомами синдрому вигорання (ІІІ ступінь, фаза «виснаження» за В. В. Бойко).

Контрольну групу склали 50 лікарів ШМД без ознак синдрому вигоряння.

Поділ на зазначені групи дозволить диференціювати особливості емоційного реагування в лікарів ШМД із різним рівнем вигоряння.

Одним із факторів розвитку синдрому вигоряння ряд авторів розглядають алекситимію — сукупність ознак, що характеризують психічний склад індивіда, для якого характерні ускладнення або нездатність точно описати власні емоційні переживання й зрозуміти почуття іншої людини, труднощі визначення відмінностей між почуттями й тілесними відчуттями, фіксація на зовнішніх подіях на шкоду внутрішнім переживанням, бідність фантазії й уяви, що є фактором ризику розвитку психосоматичних і невротичних розладів. Розрізняють первинну (конституціональну) алекситимію як дефект розвитку головного мозку, а також вторинну — як результат важкої психологічної травми, тривоги й депресії.

За результатами дослідження за допомогою ТАШ, алекситимічний склад особистості був виявлений в 14 лікарів ШМД із ознаками синдрому вигоряння ($26,92 \pm 6,15$ %); до групи ризику було віднесено 22 лікаря ($42,31 \pm 6,85$ %). Тоді як поширеність алекситимії серед лікарів без ознак вигоряння становила $9,62 \pm 4,09$ % (5 людей), група ризику — 14 лікарів ($26,92 \pm 6,15$ %). Таким чином, алекситимічний склад особистості був більш характерний для лікарів з ознаками синдрому вигоряння ($\varphi = 2,34$, $p < 0,01$), що можна розглядати як один з факторів формування синдрому вигоряння в лікарів ШМД. Емоційна ригідність, характерна для алекситимічного типу особистості, суттєво ускладнює процес адаптації до стресових факторів діяльності співробітників ШМД. Вчасно не виражена емоційна реакція обтяжує стан психоемоційної напруги внаслідок необхідності роботи в умовах хронічного стресу й сприяє поступовому формуванню синдрому вигоряння.

При цьому в групі лікарів з I рівнем синдрому вигоряння алекситимія була виявлена в 16 % обстежених (25 % — група ризику). У групі з II рівнем вигоряння в 20 % лікарів діагностувалася наявність алекситимії; 51 % був віднесений до групи ризику. Для лікарів з III ступенем розвитку вигоряння алекситимія була характерна в 80 % випадків. Таким чином, алекситимічні риси особистості, що представляють собою спосіб відходу від емоційних переживань, захисну реакцію на стресові фактори, більш виражені в лікарів з II і III рівнем синдрому вигоряння. Наявність алекситимії може обтяжувати протікання синдрому вигоряння, сприяти поступовому повному виснаженню психічних ресурсів і формуванню практично декомпенсованих симптомів вигоряння.

З метою розуміння особливостей емоційної сфери в лікарів ШМД із різним рівнем вигоряння був проведений факторний аналіз (метод головних компонентів, варимакс із нормалізацією Кайзера) у кожній з виділених груп.

Факторна структура особливостей емоційної сфери в лікарів з I рівнем вигоряння включала наступні фактори.

Перший фактор — «Прояв синдрому вигоряння залежно від статі лікарів» містить у собі наступні параметри: рівень вигоряння (0,891), «тривога й депресія» (0,886), «неадекватне вибіркоче емоційне реагування» (0,677), стать респондента (-0,770), деперсоналізація (-0,585), відраза (-0,521), презирство (-0,917). У лікарів чоловічої статі наростання стану тривоги й напруги, розчарування займаною посадою й вибраною професією супроводжувалося неадекватним обмеженням діапазону й інтенсивності включення емоцій у професійне спілкування, що інтерпретується пацієнтами як неповага до їхньої особистості, тобто переходить у площину моральних оцінок. Для лікарів ШМД жіночої статі було характерне переживання емоцій відрази й презирства, що обумовлюють деперсоналізацію як симптом вигоряння: знецінювання, почуття власної переваги й прагнення уникнути або скоротити взаємодію з потенційно неприємними суб'єктами діяльності (наприклад, з певною категорією пацієнтів) приводить до встановлення знеособлених і формальних контактів, формуванню негативного й цинічного відношення до пацієнтів.

Другий фактор — «Особливості прояву синдрому вигоряння залежно від наявності алекситимії» включав гнів (0,974), горе (0,641), редукцію професійних обов'язків (0,536), алекситимію (-0,860), емоційно-моральну дезорієнтацію (-0,664), особистісну відстороненість (-0,614). Для лікарів без ознак алекситимії була характерна тенденція до відходу від таких негативних емоційних переживань, як горе й гнів, шляхом редукції й скорочення професійних обов'язків, що вимагають емоційних витрат. Лікарі з наявністю алекситимічних рис особистості були схильні до скорочення кількості контактів, негативізму, нетерпимості й дратівливості в процесі взаємодії з пацієнтами, виконанню своїх професійних обов'язків залежно від суб'єктивної переваги й настрою.

Фактор «Негативний фон настрою» складався з наступних елементів: провина (0,927), страх (0,815), горе (0,689), редукція особистих досягнень (0,588), психоемоційне виснаження (-0,927). Необхідність роботи в умовах постійного стресу й високої відповідальності за якість і своєчасність медичної допомоги супроводжується страхом здійснення професійної помилки, дратівливості й вибухами гніву внаслідок постійної психоемоційної напруги, переживанням провини, зниженням почуття власної компетенції як фахівця, відчуттям безперспективності свого професійного майбутнього, що дозволяє уникнути повного вичерпання фізичних, емоційних і енергетичних ресурсів.

Фактор «Переживання психотравмуючих факторів діяльності» відображає особливості емоційного реагування на стресові фактори діяльності (подив (0,858), відраза (0,718), незадоволеність собою (0,776), емоційне виснаження (0,653)): внаслідок нездатності вплинути на психотравмуючі обставини діяльності, формується невдоволення займаною посадою, собою як професіоналом, що супроводжується психоемоційною напругою, переживанням відрази,

а також емоцією подиву, функція якої полягає в підготовці до взаємодії зі стресовими факторами діяльності.

П'ятий фактор — «Особливості прояву синдрому вигорання залежно від стажу роботи» (переживання психотравмуючих обставин (0,846), загнанність у клітку (0,660), деперсоналізація (0,640), стаж роботи (-0,681)) — відбиває наступну тенденцію: з підвищенням стажу роботи в рамках служби ШМД накопичується психоемоційна напруга й роздратування, з'являється відчуття безвихідності, «загнаності в клітку», формується негативне, цинічне відношення до пацієнтів, з якими встановлюються знеособлена й формальна взаємодія.

Шостий фактор — «Сенситивність до оцінок навколишніх» — включає наступні параметри: емоційна відстороненість (0,903), сором (0,629), редукція особистих досягнень (0,581), радість (-0,924). Зниження почуття власної професійної компетентності, безперспективності свого професійного майбутнього, зневагою професійними обов'язками, що супроводжується переживанням емоції сорому, пов'язаної з негативним самосприйняттям у професійному плані, підвищеної сенситивністю до думок і оцінок навколишніх щодо себе, внаслідок чого формується механізм психологічного захисту у формі виключення емоцій зі сфери професійного спілкування, формальної й знеособленої взаємодії з пацієнтами. Це блокує переживання позитивних емоцій, зокрема задоволення й радості.

У факторній структурі особливостей емоційної сфери в лікарів з II рівнем вигорання були представлені наступні фактори.

Перший фактор — «Зниження професійної мотивації» («загнаність у клітку» (0,853), зниження професійної мотивації (0,818), особистісна відстороненість (0,635)), — що полягає в незадоволеності собою й займаною посадою, почутті низької професійної ефективності, зниженні потреби в досягненнях, що супроводжується почуттям безвихідності й неможливості вплинути на психотравмуючі обставини діяльності, приводить до формування деперсоналізації — втрати інтересу й негативного відношення до пацієнтів, які сприймаються як неживі об'єкти для маніпуляцій.

Фактор «Підвищена тривожність» включав емоції провини (0,828), сорому (0,786) і симптом «тривога й депресія» (0,723), що свідчить про схильність лікарів II рівня вигорання до переживання таких емоцій, як сором і провини, наслідком яких є підвищений стан напруги й тривоги, зниження почуття власної професійної компетентності, низька самооцінка й розчарування в професії.

Фактор «Тріада ворожості» поєднував такі емоції, як гнів (0,671), відраза (0,921) і презирство (0,639), які в комплексі можуть ініціювати прояв роздратування, агресивних і ворожих реакцій у ситуаціях професійного спілкування. Даний афективний паттерн може бути спрямований як на суб'єктів професійної діяльності, так і на самого себе.

Фактор «емоційної холодності й вибіркової» поєднував симптоми вигорання «емоційний дефіцит» (0,701) і «неадекватне вибіркоче емоційне реагування» (0,685). Для лікарів з II рівнем вигорання були характерні неадекватне обмеження діапазону й інтенсивності включення емоцій у професійнім спілкуванні, відчуття втрати здатності емоційно співпереживати пацієнтам, дратівливість та перевага негативних емоцій.

Останній фактор — «Соматизація синдрому вигорання» (психосоматичні й психовегетативні порушення (0,688), психічне виснаження (0,619), переживання психотравмуючих обставин (0,601)) — відображав тенденцію лікарів уже з II рівнем вигорання до прояву психосоматичної симптоматики у зв'язку з переживанням психотравмуючих факторів діяльності, що проявляється в постійній психоемоційній напрузі, фізичному і емоційному стомленні, тривожності, агресивності, підвищеній дратівливості та чутливості до оцінок навколишніх. Таким чином, у зв'язку з недостатньою роботою механізмів психологічного захисту відбувається досить швидкий перехід синдрому вигорання на соматичний рівень.

Факторна структура особливостей емоційної сфери в лікарів з III рівнем вигорання включала наступні чотири фактори.

Фактор «Особливості емоційного реагування залежно від статі лікарів» (психосоматичні й психовегетативні порушення (0,913), розширення сфери економії емоцій (0,762), емоційне виснаження (0,741), деперсоналізація (0,685), сором (-0,979), гнів (-0,512), стать (-0,692)) відображає особливості протікання синдрому вигорання й емоційних реакцій у лікарів, залежно від статі. Для чоловіків були характерні негативне, цинічне відношення до суб'єктів діяльності, встановлення знеособлених і формальних контактів, поширення обмеження інтенсивності й діапазону емоцій поза професійною сферою, що супроводжувалося скаргами психосоматичного й іпохондричного генезу. У жінок переважали такі емоції, як сором і гнів. При цьому дану залежність можна пояснити подвійно: сором може виникати унаслідок нестриманого або агресивного поведіння з пацієнтами або через підвищену чутливість до оцінок навколишніх та схильність до переживання сорому, що може обумовлювати аутоагресію чи агресивні реакції за зовнішньо-звинувачувальним типом, як форму самозахисту цілісності свого «Я».

Другий фактор — «Алекситимічні риси особистості» — включав наступні елементи: психоемоційне виснаження (0,979), презирство (0,979), редукцію професійних обов'язків (0,895), стать (0,682), «загнаність у клітку» (0,564), алекситимію (-0,979), редукцію особистих досягнень (-0,685), деперсоналізацію (-0,669), страх (-0,597) і симптом «тривоги й депресії» (-0,597). Алекситимія була більш характерна для лікарів чоловічої статі й супроводжувалася зниженням почуття власної професійної компетентності, незадоволеністю собою як фахівцем, зневагою службовими обов'язками, розчаруванням у вибраній професії, підвищеною тривожністю, негативним, цинічним

відношенням до пацієнтів, тенденцією до встановлення знеособлених і формальних контактів. У жінок практично були відсутні ознаки алекситимії й були характерні наступні симптоми: відчуття психоемоційної перенапруги й вичерпання емоційних і фізичних ресурсів, хронічне стомлення, почуття безвихідності, збідніння репертуару професійних дій, зневага й прагнення скоротити час взаємодії з пацієнтами, що може стати причиною професійних помилок, розбіжності діагнозів і неадекватно наданої екстреної допомоги.

Фактор «Особливості прояву синдрому вигоряння залежно від стажу роботи» включав наступні елементи: переживання психотравмуючих обставин діяльності (0,963), подив (0,963), емоційний дефіцит (0,963), редукцію особистих досягнень (0,665), стаж роботи (0,602), радість (0,602), страх (0,556), емоційно-моральну дезорієнтацію (-0,919), емоційне виснаження (-0,671), незадоволеність собою (-0,592), емоційну відстороненість (-0,521). Для лікарів зі стажем роботи понад 15 років були характерні відчуття хронічної психоемоційної перенапруги, дратівливості, зв'язаних зі стресовими умовами діяльності, внаслідок чого формується відчуття вичерпаності емоційних ресурсів, нездатності емоційно співчувати пацієнтам, що супроводжувалося зниженням почуття власної професійної компетентності, відчуттям безперспективності свого професійного майбутнього, зневагою до професійних обов'язків. При цьому характерними емоціями були подив, радість і страх, які можуть знаходити своє відображення в наступному афективному паттерні: готовність до діяльності в стресових умовах діяльності, вироблена у зв'язку із тривалим досвідом роботи в рамках служби ШМД і стан напруги й тривоги перед майбутніми робочими ситуаціями супроводжується переживанням радості у випадку надання адекватної й своєчасної медичної допомоги хворому або потерпілому. Для лікарів зі стажем роботи 10-15 років були характерні відчуття емоційної перенапруги й спустошення, емоційно-моральна дезорієнтація, що проявляється у виконанні своїх обов'язків залежно від настрою й суб'єктивної переваги, практично повне виключення емоцій із професійної сфери, розчарування в собі як професіоналові і в займаній посаді.

Останній фактор – біполярний і включав наступні елементи: провину (0,907), незадоволеність собою (0,680), гнів (0,618), неадекватне вибіркове емоційне реагування (0,602), страх (0,572), емоційну відстороненість (0,551), інтерес (-0,907), радість (-0,638), «тривогу й депресію» (-0,799). Незадоволеність собою як професіоналом, неадекватне обмеження діапазону й інтенсивності включення емоцій у професійне спілкування, виконання обов'язків залежно від настрою й поступове повне виключення емоцій із професійної сфери супроводжувалося переживанням таких емоцій, як провина, гнів і страх. Зазначену тріаду емоцій можна пояснити в такий спосіб: прояв дратівливості й нетерпимості в ситуаціях взаємодії з пацієнтами буде викликати почуття провини й тривоги за виявлену агресивність, з іншої сторони вина може бути зв'язана зі зниженням почуття власної професійної компетентності, у резуль-

таті чого проявляється аутоагресія або дратівливість і вибухи гніву при взаємодії із суб'єктами діяльності. Переживання страху й тривоги також може бути обумовлене високою відповідальністю за наслідки наданої допомоги й можливі адміністративні стягнення, пов'язані із професійними помилками. На протилежному полюсі фактора перебували наступні емоційні реакції: переживання емоцій радості й інтересу, що виконують мотивуючу до діяльності функцію і супроводжуються психоемоційною напругою, переживанням підвищеної тривоги, розчаруванням у собі й обраній професії. Таким чином, адаптація до стресових факторів діяльності відбувалася шляхом формування синдрому вигорання як механізму психологічного захисту.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Ознаки синдрому вигорання спостерігалися у 37 % лікарів ШМД.

Алекситимічний склад особистості був більш характерний для лікарів з ознаками синдрому вигорання, що можна розглядати як один з факторів формування синдрому вигорання в лікарів ШМД.

Для лікарів ШМД з I рівнем синдрому вигорання були характерні відчуття постійної психоемоційної напруги, страх здійснення професійної помилки, переживання провини, підвищена сенситивність до оцінок навколишніх щодо себе, почуття низької професійної ефективності, зниження потреби в досягненнях, тенденція до встановлення знеособлених і формальних взаємодій з пацієнтами.

У лікарів з II рівнем вигорання переважали такі особливості емоційного реагування, як неадекватне обмеження діапазону й інтенсивності включення емоцій, прояв роздратування, агресивних і ворожих реакцій у ситуаціях професійного спілкування, низька самооцінка власних професійних якостей, відчуття безперспективності свого професійного майбутнього, формування ознак психосоматичних порушень.

У лікарів з III рівнем вигорання спостерігалися відчуття вичерпаності емоційних ресурсів, нездатності емоційно співчувати пацієнтам, збідніння репертуару професійних дій та нехтування службовими обов'язками, поширення обмеження інтенсивності й діапазону емоцій поза професійною сферою, що супроводжувалося скаргами психосоматичного й іпохондричного генезу.

Перспективою подальших досліджень є вивчення особистісних особливостей, що призводять до розвитку професійного вигорання, а також особливостей копінг-стратегій і механізмів психологічного захисту в лікарів ШМД із метою подальшої розробки системи профілактичних і психокорекційних заходів щодо попередження й усунення вже сформованих симптомів розладу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Большакова Т. В. Личностные детерминанты и организационные факторы возникновения психического выгорания у медицинских работников:

автореф. дис. канд. психол. наук: спец. 19.00.03 / Т. В. Большакова. – Ярославль, 2004. – 27 с.

2. Водопьянова Н. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.

3. Загуровский В. М. Дезадаптационные нарушения вследствие стрессорных факторов в работе членов бригад скорой медицинской помощи / В. М. Загуровский // Медицина неотложных состояний. – 2005. – № 1. – С. 65.

4. Орел В. Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования / В. Е. Орел // Психологический журнал. – 2001. – Т.22, № 1. – С. 90–101.

5. Орел В. Е., Рукавишников А. А. Феномен «выгорания» как проявление воздействия профессиональной деятельности на личность // Психология субъекта профессиональной деятельности: [сборник научных трудов] / В. Е. Орел, А. А. Рукавишников. – М–Ярославль, 2001. – С. 72–81.

6. Абрамова Г. С., Юдчиц Ю. А. Синдром эмоционального выгорания у медработников // Психология в медицине: [учебное пособие] / Г. С. Абрамова, Ю. А. Юдчиц. – М., 1998. – С. 231–244.

7. Федак Б. С. Феноменология синдрома выгорания у медицинского персонала скорой помощи / Б. Ф. Федак // Медицинская психология. – 2009. – Т.4, № 1(13). – С. 19–21.

8. Юрьева Л. Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: Формирование, профилактика, коррекция / Л. Н. Юрьева. – К.: Сфера, 2004. – 271 с.

УДК:159.9

Кокун О. М., д. психол. н., професор, завідувач лабораторії вікової психофізіології Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України

ЗМІСТ ТА СТРУКТУРА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ ФАХІВЦЯ ДО ЕКСТРЕМАЛЬНИХ ВИДІВ ДІЯЛЬНОСТІ

У статті викладені вміст і структура психологічної готовності фахівця до екстремальних видів діяльності. Визначено, що структура подібної готовності складається з таких її видів як тривала і короткочасна готовність. Для кожного з видів готовності визначені відповідні складові, компоненти і показники готовності.

Ключові слова: екстремальні види діяльності, психологічна готовність, структура готовності.

В статье изложены содержание и структура психологической готовности специалиста к экстремальным видам деятельности. Определено, что структура подобной готовности состоит из таких ее видов как длительная и кратковременная готовность. Для каждого из видов готовности определены соответствующие составляющие, компоненты и показатели готовности.

Ключевые слова: экстремальные виды деятельности, психологическая готовность, структура готовности.