МИНОБРНАУКИ РОССИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ. В.Г. БЕЛИНСКОГО

Факультет	Кафедра
Педагогики Психологии и Социальных Наук	Общая психология

Отчет по производственной практике
(практике по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности)
на тему:

«Профилактика синдрома хронической усталости у социальных работников»

Выполнила: студентка 4 курса
группы 14НП1
Титкова Е.А.
Проверил: к.п.н, доц.,
зав. каф. «Общая психология»
Константинов В.В.

Пенза, 2018г.

Содержание:

1) Введение…….3
2) Теоретическая часть……..6
3) Практическая часть……....8
4) Заключение……23
5) Дневник рефлексии…….24

Введение

Я, Титкова Евгения, проходила практику в Пензенском Государственном Педагогическом институте им. В.Г.Белинского на базе кафедры «Общая психология» с 29 января по 11 марта 2018 года. В рамках данной практики мною проводилось исследование.

Актуальность исследования: В настоящее время наблюдается рост числа различных психических состояний (раздражительность, апатия, депрессия, тревога, суицидальные намерения) среди населения. А также увеличивается и количество людей, страдающих синдромом хронической усталости, особенно среди людей помогающих профессий. Синдром хронической усталости – это заболевание, характеризующееся постоянным чувством усталости, переутомлением, упадком сил, не проходящим даже после длительного отдыха. Современные учёные считают, что хроническая усталость накапливается у людей, загруженных работой и всевозможными проблемами, не умеющими расслабиться и поделиться проблемой с близким человеком.

Цель исследования – изучение синдрома хронической усталости и личностных характеристик социальных работников, способствующих формированию данного синдрома; профилактика и разработка психологических рекомендаций по его преодолению.

Объект исследования – личностная сфера, синдром хронической усталости у социальных работников

Предмет исследования – профилактика синдрома хронической усталости у социальных работников

Гипотезы исследования:

- для социальных работников с синдромом хронической усталости характерны: усталость, ипохондрия, депрессия, истерия, психастения, чувство беспомощности.

- специально разработанная программа психологических мероприятий

является эффективным средством профилактики синдрома хронической усталости у социальных работников.

Задачи исследования:

- провести теоретический анализ литературы по данной проблеме;

- разработать ход эмпирического исследования;

-выявить психологические характеристики личности социальных работников, ведущих к формированию синдрома хронической усталости;

- разработать практические рекомендации для социальных работников по профилактике и предотвращению синдрома хронической усталости.

- разработать программу по профилактике синдрома хронической усталости у социальных работников.

Методологическая база: в своей работе мы опирались на исследования Р.Конечного, М.Боухала, Э.Боллза, Г.К.Ушакова (основные причины формирования синдрома хронической усталости); Боллза Э. (синдром хронической усталости как форма невроза; состояние пациента; отношение к труду); А.А.Подколзина (многофакторная модель возникновения синдрома хронической усталости); Тюльпина Ю.Г. (основные симптомы хронической усталости); Галагузовой М.А. (обязательные качества и умения социального работника).

Методы исследования: наблюдение, опрос, тестирование, социально-психологический тренинг, методы математической обработки данных (φ* критерий – угловое преобразование Фишера).

Психодиагностические методики: «Самооценка эмоциональных состояний» А. Уэссман и Д. Рикс (сокращённый вариант); Опросник «Мини-мульт»/СМОЛ (сокращенный вариант миннесотского многомерного личностного перечня MMPI); анкета, направленная на установление синдрома хронической усталости, определение его признаков.

Эмпирическая выборка: всего в исследовании приняло участие 40 человек. Выборку составляли 20 социальных работников и 20 специалистов

по работе с пожилыми людьми и детьми из многодетных семей и инвалидами.

Эмпирическая площадка исследования: Центр социальной помощи семьи и детям Ленинского района г.Пензы.

Теоретическая часть

Синдром хронической усталости – это одна из достаточно распространенных патологий настоящего времени, развитие которой связано, прежде всего, с особенностями современной жизни населения крупных городов, типом жизни в развитых странах и неблагоприятной санитарно-экологической обстановкой, а также чрезмерной эмоционально-психической нагрузкой на современного человека. Симптомы хронической усталости: усталость, быстрая утомляемость; низкая сосредоточенность; дневная сонливость; бессонница; красные, сухие глаза; высокая раздражительность; снижение памяти; головная боль; небольшое повышение температуры; депрессия; головокружение; першение в горле; увеличение и болезненность лимфатических узлов; боль в мышцах или суставах. Патогенез синдрома не известен. Отдельные авторы придают значение различным вирусам, неспецифической активации иммунных реакций и психическим факторам.

Проблема профессиональных рисков, негативных факторов в социальной работе, способствующих возникновению синдрома хронической усталости, мало изучена и остается по-прежнему актуальной. Доказанным фактом является то, что постоянные стрессовые ситуации, в которые в процессе сложного взаимодействия с клиентом попадает социальный работник, личная незащищенность, постоянное проникновение в суть социальных проблем клиента и другие морально-психологические факторы оказывают неблагоприятное воздействие на здоровье социального работника. К синдрому хронической усталости могут привести состояния психической напряженности, вызванные трудностями, конфликтами в решении сложных социальных проблем. Неправильный образ жизни, хронические патологии, неблагополучная окружающая среда, психологические расстройства – всё это приводит к усталости социальных работников. Труд социального работника требует больших физиологических и психологических затрат, а следовательно, рано или поздно специалисты начинают испытывать большое

напряжение, а в последствии из-за больших перегрузок эмоциональное, физическое и умственное истощение, ведущее к хронической усталости.

Личностные качества социального работника во многом определяют успешность и эффективность его профессиональной деятельности. Среди значимых качеств выделяются такие, как гуманистическая направленность личности, эмпатийность, терпимость, вежливость, личная и социальная ответственность, обостренное чувство добра и справедливости, порядочность, готовность понять других и прийти к ним на помощь, эмоциональная устойчивость. Социальный работник — это специалист, оказывающий моральную и правовую помощь незащищенным слоям населения (пенсионерам, инвалидам, детям из неблагополучных семей, детям-сиротам, беженцам и др.). Социальный работник выявляет круг лиц, нуждающихся в помощи, осуществляет регулярные выезды на места нахождения подопечных, наблюдает за их жизнью и бытовыми условиями, производит покупку продуктов питания, медикаментов, товаров повседневного спроса, добивается назначения льгот и т.д.

По мнению большинства исследователей, терапия данного заболевания должна быть комплексной и строго индивидуализированной. В комплекс лечения синдрома хронической усталости в обязательном порядке должны включаться: полноценный сон; разгрузочно-диетическая терапия; нормализация режима отдыха и физической нагрузки; общий или сегментарный массаж совместно с гидропроцедурами и ЛФК; витаминотерапия; аутогенная тренировка, групповая психотерапия; иммунокорректоры с выраженным адаптогенным эффектом; вспомогательные средства (дневные транквилизаторы, ноотропные средства и другие симптоматические лечебные воздействия и препараты). Психологи в своей работе при данном заболевании используют следующие техники и методы: релаксационные техники и медитации; телесно-ориентированная терапия; когнитивно-поведенческая терапия; музыкотерапия; холотропное дыхание; ребефинг.

Практическая часть

По результатам испытуемых по методике «Самооценка эмоциональных состояний» А. Уэссман и Д. Рикс, направленной на измерение таких показателей, как «спокойствие – тревожность»; «энергичность – усталость»; «приподнятость – подавленность»; «чувство уверенности в себе – чувство беспомощности» и определение общего эмоционального состояния, можно сделать следующие выводы по каждой диагностической шкале.

1) Рассмотрим полученные результаты социальных работников по шкале «спокойствие – тревожность»:

По данной шкале у 40% социальных работников выявлен высокий показатель, что свидетельствует о преобладании спокойствия, наличии терпеливости, уравновешенности, сдержанности, благоразумности, невозмутимости, терпимости и степенности. У 45% испытуемых диагностированы средние значения, что говорит об отсутствии явного преобладания одного из полюсов «спокойствие-тревожность». Низкий коэффициент определен у 15% респондентов, что указывает на то, что они испытывают напряженность, неуверенность, нерешительность, закомплексованность, нервность, задерганность и пугливость.

По результатам проведенной методики у специалистов можно сделать следующие выводы:

По шкале «спокойствие-тревожность» у 45% исследуемых диагностированы высокие значения, что свидетельствует о преобладании спокойствия, наличии благоразумности, уравновешенности, терпимости, сдержанности. Средний показатель выявлен также у 45% социальных работников, что указывает на отсутствие явного преобладания одного из полюсов «спокойствие-тревожность». Низкий коэффициент определен у 10% испытуемых, что указывает на то, что они испытывают напряженность, закомплексованность, нервность, задерганность, пугливость.

2) Рассмотрим полученные результаты социальных работников по шкале «энергичность – усталость»:

У 30% респондентов по данной шкале – высокий уровень, что говорит о том, что они оценивают себя как личность инициативную, предприимчивую, активную, деятельную, устремленную, расторопную. Средний показатель был выявлен у 20% испытуемых, что указывает на отсутствие явного преобладания одного из полюсов «энергичность – усталость». Низкие значения диагностированы у 50% социальных работников, что свидетельствует об оценивании ими себя как пассивного, апатичного, безынициативного, медлительного, безразличного, вялого и инертного человека.

По результатам проведенной методики у специалистов можно сделать следующие выводы:

По шкале «энергичность – усталость» у 25% испытуемых определен высокий показатель, что указывает на то, что специалисты оценивают себя как личность устремленную, предприимчивую, инициативную, деятельную, активную. У 60% респондентов диагностирован средний коэффициент, что свидетельствует об отсутствии явного преобладания одного из полюсов «энергичность – усталость». Низкие значения выявлены у 15% специалистов, что говорит об их оценке самих себя как людях медлительных, пассивных, вялых, безразличных, безынициативных, инертных и апатичных.

3) Рассмотрим полученные результаты социальных работников по шкале «приподнятость – подавленность»:

По данной шкале у 25% социальных работников диагностирован высокий показатель, что свидетельствует о том, что они оценивают себя как темпераментный, энергичный, вольнолюбивый, раскрепощенный, живой и подвижный человек. Средний коэффициент выявлен у 65% респондентов, что указывает на отсутствие явного преобладания одного из полюсов «приподнятость – подавленность». У остальных 10% испытуемых – низкие значения, что говорит об их оценке самих себя как подавленных,

стеснительных, робких, нерешительных, несмелых, угнетенных и застенчивых людях.

По результатам проведенной методики у специалистов можно сделать следующие выводы:

По шкале «приподнятость – подавленность» у 10% исследуемых определен высокий показатель, что характеризует их как вольнолюбивых, энергичных, темпераментных, раскрепощенных, живых и подвижных людей. У 85% специалистов – средние значения, что указывает на отсутствие явного преобладания одного из полюсов «приподнятость – подавленность». Низкий коэффициент выявлен у 5% респондентов, что говорит об их оценке самих себя как стеснительных, подавленных, робких, нерешительных, угнетенных, несмелых и застенчивых людях.

4) Рассмотрим полученные результаты социальных работников по шкале «уверенность в себе – чувство беспомощности»:

По данной шкале у 25% испытуемых диагностирован высокий показатель, что свидетельствует о том, что они оценивают себя как решительные, работоспособные, упорные, сильные, волевые и самостоятельные люди. Средний коэффициент определен у 50% респондентов, что указывает на отсутствие явного преобладания одного из полюсов «уверенность в себе – чувство беспомощности». У оставшихся 25% - низкие значения, что говорит об их оценке самих себя, как людей слабых, несмелых и слабохарактерных.

По результатам проведенной методики у специалистов можно сделать следующие выводы:

По шкале «уверенность в себе – чувство беспомощности» у 30% исследуемых диагностирован высокий коэффициент, что характеризует их, как людей самостоятельных, упорных, работоспособных, сильных, решительных и волевых людей. У 65% выявлен средний показатель, что говорит об отсутствии явного преобладания одного из полюсов «уверенность в себе – чувство беспомощности». Низкие значения определены у остальных

5%, что указывает на их оценивание самих себя, как слабохарактерных, несмелых и слабых людях.

На основе всех этих 4-ех показателей, мы можем определить общее эмоциональное состояние исследуемых, суммировав полученные баллы по каждой шкале. Полученные результаты изобразим с помощью таблицы в процентном соотношении для социальных работников и специалистов (Таблица 1):

Таблица 1. Процентное соотношение оценки эмоционального состояния социальных работников и специалистов (Методика «Самооценка эмоциональных состояний» А. Уэссман и Д. Рикс)

Оценка эмоционального состояния	Социальные работники	Специалисты
Высокая	30%	40%
Средняя	70%	55%
Низкая	–	5%

По результатам проведенной методики «Самооценка эмоциональных состояний» А. Уэссман и Д. Рикс (таблица 1) можно сделать следующие выводы по оценке эмоционального состояния всех испытуемых.

1) Социальные работники: 30% респондентов высоко оценивают свое эмоциональное состояние, степень эмоционального подъема. У 70% - средняя оценка эмоционального состояния. Низкой оценки не выявлено.

2) Специалисты: 40% испытуемых высоко оценивают свое эмоциональное состояние, степень эмоционального подъема. 55% специалистов средне оценивают свое эмоциональное состояние. Остальные 5% имеют низкую оценку своего эмоционального состояния, степень эмоционального истощения испытуемого.

Полученные результаты всех испытуемых по Опроснику Мини-мульт/СМОЛ (сокращенный вариант миннесотского многомерного личностного перечня MMPI), оценивающему следующие свойства личности: ипохондрию, депрессию, истерию, психопатию, паранойяльность, психастению, шизоидность, гипоманию испытуемых, представлены в таблице 2 и таблице 3.

Результаты социальных работников (Таблица 2):

Таблица 2. Процентное соотношение свойств личности социальных работников по показателям (Опросник Мини-Мульт/СМОЛ)

Свойства личности	Высокий показатель	Средний показатель	Низкий показатель
1. Ипохондрия	20%	25%	55%
2. Депрессия	15%	65%	20%
3. Истерия	5%	70%	25%
4. Психопатия	0%	10%	90%
5. Паранойяльность	0%	70%	30%
6. Психастения	40%	5%	55%
7. Шизоидность	5%	25%	70%
8. Гипомания	0%	25%	75%

Рассмотрим полученные результаты социальных работников:

1) По шкале «Ипохондрия» у 20% испытуемых диагностирован высокий показатель, что свидетельствует о «близости» испытуемых к астено-невротическому типу. Они медлительны, пассивны, принимают все на веру, покорны власти, плохо переносят смену обстановки, медленно приспосабливаются, легко теряют равновесие в социальных конфликтах. Средний коэффициент выявлен у 25% респондентов, что говорит о том, что им в некоторой степени свойственна пассивность, медлительность. Иногда у

них могут возникать небольшие трудности в поддержке равновесия в социальных конфликтах, смене обстановки, приспособлении. У остальных 55% социальных работников определен низкий уровень, что указывает на отсутствие ипохондрии, на то, что им совершенно несвойственна медлительность, пассивность, возникновение трудностей в приспособлении, смене обстановки и социальных конфликтах.

2) По шкале «Депрессия» высокий коэффициент показан у 15% респондентов, что говорит об их робости, застенчивости и чувствительности. Это сенситивные лица, которые склонны к тревогам. В делах они старательны, высокоморальны, добросовестны и обязательны, но самостоятельно принять решение не способны, нет уверенности в себе. Для них характерно при малейших неудачах впадать в отчаяние. У 65% диагностирован средний уровень, что указывает на некую робость в поведении, возможную чувствительность и застенчивость в определенных ситуациях, наличие склонности к тревогам. Бывает, что данные испытуемые при неудачах впадают в отчаяние, не всегда в себе уверенны. Низкий показатель – у оставшихся 20% социальных работников, что позволяет сказать об отсутствии у них неуверенности в себе, склонности к отчаянию и тревогам. Таких респондентов, как правило, сложно назвать сенситивными, застенчивыми и робкими.

3) По шкале «Истерия» у 5% исследуемых диагностированы высокие значения, что свидетельствует об их склонности к неврологическим защитным реакциям конверсионного типа. Они используют симптомы соматического заболевания как средство избегания ответственности. В данном случае, уход в болезнь – это разрешение всех имеющихся проблем. Главной их особенностью является стремление казаться значительнее, больше, чем есть на самом деле. Во что бы то ни стало, они стремятся обратить на себя внимание, жаждут восхищения. Можно сказать, что интересы таких испытуемых неглубоки, а чувства поверхностны. Средний коэффициент выявлен у 70% респондентов, что говорит об их возможности

применения симптомов соматического заболевания как средства ухода от проблем и ответственности. Им присуще стремление обращать на себя внимание, вызывать восхищение у окружающих. У оставшихся 25% социальных работников – низкий уровень, что указывает на отсутствие бегства от проблем и ответственности, путем прикрытия симптомами заболеваний. Для них совершенно несвойственно стремиться казаться больше и значительнее, чем есть на самом деле. Обращать на себя внимание и вызывать восхищение у других людей они не пытаются вовсе.

4) По шкале «Психопатия» высокий показатель ни у кого не был определен, что говорит об отсутствии явно выраженной агрессии, социальной дезадаптации и пренебрежения социальными нормами и ценностями у испытуемых. Средний коэффициент диагностирован у 10% респондентов, что свидетельствует об их склонности к конфликтности и агрессии. Настроение может быть неустойчивое, иногда они бывают возбудимыми, чувствительными и обидчивыми. У остальных 90% – низкий уровень, что указывает на отсутствие агрессии, конфликтности, возбудимости и обидчивости. Настроение у них устойчивое.

5) По шкале «Паранойяльность» высокий показатель ни у одного исследуемого не выявлен. Средний коэффициент определен у 70% испытуемых, что говорит об их склонности к агрессии, злопамятству. Возможно возникновение конфликтов с окружающими из-за навязывания другим собственных взглядов. В некоторых случаях этим исследуемым свойственна переоценка своих достижений. У остальных 30% – низкие значения, что указывает на то, что они не являются злопамятными, односторонними и агрессивными людьми, которые навязывают свое мнение окружающим, тем самым вступая с ними в конфликты. Для них абсолютно нехарактерна склонность к формированию сверхценных идей. Тех людей, кто с ними не согласен, кто думает иначе, они не считают своим врагом или глупым человеком. Переоценка собственных успехов, даже самых незначительных, им тоже несвойственна.

6) По шкале «Психастения» высокий показатель диагностирован у 40% исследуемых, что свидетельствует об их тревожно-мнительном типе характера. Им свойственны постоянные сомнения, боязливость, тревожность и нерешительность. У 5% респондентов выявлен средний уровень, что говорит о склонности к сомнениям, тревоге, некоторым трудностям в принятии решений. Низкие значения показаны у 55% социальных работников, что указывает на отсутствие у них тревожности, боязливости, постоянных сомнений и нерешительности в принятии решений или совершении каких-либо действий.

7) По шкале «Шизоидность» у 5% испытуемых определен высокий коэффициент, что говорит о том, что им свойственен шизоидный тип поведения. Они способны тонко чувствовать и воспринимать абстрактные образы, но повседневные радости и горести не вызывают у них эмоционального отклика. Респондентам характерно сочетание повышенной чувствительности с отчужденностью и эмоциональной холодностью в межличностных отношениях. Средний показатель диагностирован у 25% социальных работников, что свидетельствует о возможности отсутствия у них в некоторых случаях эмоционального отклика на повседневные радости и горести. У остальных 70% – низкий уровень, что указывает на то, что им совершенно не свойственен шизоидный тип поведения. Сочетание повышенной чувствительности с эмоциональной холодностью и отчужденностью в межличностных отношениях для них так же нехарактерно.

8) По шкале «Гипотония» высокий показатель ни у кого не выявлен. У 25% испытуемых диагностирован средний коэффициент, что свидетельствует о том, что они достаточно жизнерадостные, деятельные и энергичные люди. Охотно контактируют с людьми, однако иногда им может не хватать настойчивости и выдержки в какой-либо деятельности. Низкие значения показаны у остальных 75% социальных работников, что указывает на отсутствие постоянно приподнятого настроения. Они не всегда активны и

жизнерадостны. Им несвойственна нехватка выдержки, неустойчивость и поверхностность в интересах.

Результаты специалистов (Таблица 3):

Таблица 3. Процентное соотношение свойств личности специалистов по показателям (Опросник Мини-Мульт/СМОЛ)

Свойства личности	Высокий показатель	Средний показатель	Низкий показатель
1. Ипохондрия	5%	65%	30%
2. Депрессия	5%	65%	30%
3. Истерия	10%	70%	20%
4. Психопатия	0%	50%	50%
5. Паранойяльность	5%	50%	45%
6. Психастения	30%	15%	55%
7. Шизоидность	5%	30%	65%
8. Гипомания	5%	45%	50%

Рассмотрим полученные результаты специалистов:

1) По шкале «Ипохондрия» у 5% испытуемых диагностирован высокий показатель, что свидетельствует о «близости» испытуемых к астено-невротическому типу. Они пассивны, медлительны, покорны власти, принимают все на веру, медленно приспосабливаются, плохо переносят смену обстановки, легко теряют равновесие в социальных конфликтах. Средний коэффициент выявлен у 65% респондентов, что говорит о том, что им в некоторой степени свойственна медлительность, пассивность. Иногда у них могут возникать небольшие трудности в приспособлении, смене обстановки, в поддержке равновесия в социальных конфликтах. У остальных 30% специалистов определен низкий уровень, что указывает на отсутствие ипохондрии, на то, что им совершенно несвойственна пассивность,

медлительность, возникновение трудностей в социальных конфликтах, приспособлении, смене обстановки.

2) По шкале «Депрессия» высокий коэффициент показан у 5% респондентов, что говорит об их чувствительности, робости, застенчивости. Это сенситивные лица, склонные к тревогам. В делах они добросовестны, старательны, высокоморальны и обязательны, но не способны самостоятельно принять решение, нет уверенности в себе, впадают в отчаяние при малейших неудачах. У 65% диагностирован средний уровень, что указывает на некую робость в поведении, возможную застенчивость, чувствительность в различных ситуациях, наличие склонности к тревогам. Данные испытуемые не всегда уверенны в себе, бывает, что при неудачах они впадают в отчаяние. Низкий показатель – у оставшихся 30% специалистов, что дает возможность сказать, об отсутствии неуверенности в себе, склонности к тревогам, отчаянию. Таких респондентов, как правило, сложно назвать сенситивными, робкими и застенчивыми.

3) По шкале «Истерия» у 10% исследуемых диагностированы высокие значения, что свидетельствует об их склонности к неврологическим защитным реакциям конверсионного типа. Они используют симптомы соматического заболевания как средство избегания ответственности. Все проблемы разрешаются уходом в болезнь. Главной их особенностью является стремление казаться больше, значительнее, чем есть на самом деле, стремление обратить на себя внимание, во что бы то ни стало, жаждут восхищения. Можно сказать, что чувства таких испытуемых поверхностны и интересы неглубоки. Средний коэффициент выявлен у 70% респондентов, что говорит об их возможности применения симптомов соматического заболевания как средства ухода от ответственности и проблем. Имеется склонность к стремлению обращать на себя внимание, вызывать восхищение у окружающих. У оставшихся 20% специалистов – низкий уровень, что указывает на отсутствие бегства от проблем и ответственности, путем прикрытия симптомами заболеваний. Для них совершенно несвойственно

стремиться казаться больше и значительнее, чем есть на самом деле. Они не пытаются обращать на себя внимание и вызывать восхищение у других людей.

4) По шкале «Психопатия» высокий показатель ни у кого не был определен. Средний коэффициент диагностирован у 50% респондентов, что свидетельствует об их склонности к агрессии, конфликтности. Настроение может быть неустойчивое, данные испытуемые иногда бывают обидчивы, возбудимы и чувствительны. У остальных 50% – низкий уровень, что указывает на отсутствие агрессии, конфликтности, обидчивости и возбудимости. Настроение у них устойчивое.

5) По шкале «Паранойяльность» у 5% исследуемых выявлен высокий показатель, что свидетельствует о том, что их основной чертой является склонность к формированию сверхценных идей. Они достаточно агрессивные, односторонние и злопамятные. Считают своим врагом или глупым человеком того, кто с ними не согласен, кто думает иначе. Данные респонденты имеют частые конфликты с окружающими, так как активно насаждают другим свои взгляды. Им свойственна переоценка собственных успехов, даже самых незначительных. Средний коэффициент определен у 50% испытуемых, что говорит об их склонности к агрессии, злопамятству. Возможно возникновение конфликтов с окружающими из-за навязывания другим собственных взглядов. В некоторых случаях этим исследуемым свойственна переоценка своих достижений. У остальных 50% – низкие значения, что указывает на то, что они не являются злопамятными, односторонними и агрессивными людьми, которые навязывают свое мнение окружающим, тем самым вступая с ними в конфликты. Склонность к формированию сверхценных идей им абсолютно несвойственна.

6) По шкале «Психастения» высокий показатель диагностирован у 30% исследуемых, что свидетельствует об их тревожно-мнительном типе характера. Им свойственны нерешительность, тревожность, боязливость, постоянные сомнения. У 15% респондентов выявлен средний уровень, что

говорит о склонности к тревоге, сомнениям, некоторым трудностям в принятии решений. Низкие значения показаны у 55% специалистов, что указывает на отсутствие у них тревожности, боязливости, постоянных сомнений и нерешительности в принятии решений или совершении каких-либо действий.

7) По шкале «Шизоидность» у 5% испытуемых определен высокий коэффициент, что говорит о том, что им свойственен шизоидный тип поведения. Они способны тонко чувствовать и воспринимать абстрактные образы, но повседневные радости и горести не вызывают у них эмоционального отклика. В общем и целом данным респондентам характерно сочетание повышенной чувствительности с отчужденностью и эмоциональной холодностью в межличностных отношениях. Средний показатель диагностирован у 30% специалистов, что свидетельствует о возможности отсутствия у них в некоторых случаях эмоционального отклика на повседневные радости и горести. У остальных 65% – низкий уровень, что указывает на то, что им шизоидный тип поведения совершенно не свойственен. Сочетание повышенной чувствительности с эмоциональной холодностью и отчужденностью в межличностных отношениях для них нехарактерно.

8) По шкале «Гипотония» высокий показатель выявлен у 5% респондентов, что говорит о том, что им присуще приподнятое настроение независимо от обстоятельств. Они активны, деятельны, жизнерадостны и энергичны. Любят работу с частыми переменами, охотно взаимодействуют с людьми, устанавливая с ними контакты. Однако интересы их неустойчивы и поверхностны, данным исследуемым не хватает выдержки и настойчивости. У 45% испытуемых диагностирован средний коэффициент, что свидетельствует о том, что они достаточно энергичные, деятельные и жизнерадостные люди. Охотно контактируют с людьми, однако иногда им может не хватать настойчивости и выдержки в какой-либо деятельности. Низкие значения показаны у остальных 50% специалистов, что указывает на

отсутствие постоянно приподнятого настроения. Они не всегда активны и жизнерадостны. Им несвойственна нехватка выдержки, неустойчивость и поверхностность в интересах.

По результатам проведенной анкеты можно подвести следующие итоги:

Среди социальных работников более 60% своя работа нравится; 45% испытуемых работают уже более 10 лет; больше половины испытуемых всё-таки иногда устают, а 35% - особенно часто; усталость от работы в основном связана с большой загруженностью. У большинства социальных работников усталость от работы проявляется тем, что у них появляется депрессия, апатия ко всему, им с каждым разом все труднее выполнять свои задачи, они простужаются, набирается вес. 70% социальных работников собственная заработанная плата устраивает. Чаще всего, у данных испытуемых остаются силы на уход и заботу за семьей, покупку продуктов и приготовление обеда/ужина. Многие социальные работники на чувство сильной усталости, апатии, отвращения к своей работе не обращают внимания, испытывают его время от времени или же ощущали это однажды. Все исследуемые – лица женского пола, а их возраст чаще всего составляет от 55 лет и старше. Практически все они замужем и имеют детей. Постоянная усталость разрушает семейную жизнь социальных работников, и теперь они в довольно затруднительном положении, так как чаще всего: они не чувствуют с членами своей семьи такой близкой связи, какая была раньше; не пользуются у детей/мужа тем уважением, которого заслуживают; их состояние сказывается на бюджете семьи; они уже не играют той ведущей роли в семье, которой гордились раньше. В основном, хроническая усталость изменила образ жизни социальных работников, и теперь они в затруднительном положении, так как: они раньше занимались спортом, а теперь не в состоянии; им пришлось отказаться от своих любимых занятий (нет ни сил, ни желания); не могут часто бывать у своих друзей.

Среди специалистов половине из них своя работа скорее нравится, чем нет. Срок работы у 55% составляет более 10 лет. 60% иногда устают на работе. Усталость больше всего связана с большой загруженностью и выражается она у многих высокой сонливостью в течение дня. Собственная заработанная плата мало кого устраивает. Чаще всего, после работы, у большинства специалистов остаются силы только на покупку продуктов и приготовление обеда/ужина. Около половины испытуемых время от времени чувствуют сильную усталость, апатию и отвращение к своей работе. Все специалисты – лица женского пола. Чаще всего, их возраст составляет от 18-35 и от 36-54 лет. Больше половины – замужем и имеют детей. Постоянная усталость разрушает семейную жизнь специалистов, и теперь они в довольно затруднительном положении, так как они, в основном, уже не чувствуют с членами своей семьи такой близкой связи, какая была раньше. Хроническая усталость изменила их образ жизни, и теперь они в затруднительном положении, так как многим из них пришлось отказаться от своих любимых занятий (нет ни сил, ни желания).

С целью установления достоверности полученных данных, проверки выдвинутой гипотезы, нами был применен метод математической статистики – φ* критерий – угловое преобразование Фишера.

Мы проверили интересующие нас характеристики и получили следующие значимые результаты:

1) По методике «Самооценка эмоциональных состояний» А. Уэссман и Д. Рикс:

- По шкале «Энергичность – усталость» – (φ*эмп. = 2.454 $p \leq 0{,}01$), полученное значение находится в зоне значимости.

- По шкале «Уверенность в себе – чувство беспомощности» – (φ*эмп. = 1.885), полученное значение находится в зоне неопределенности.

Таким образом, на основе данной методики, мы можем выделить у социальных работников с синдромом хронической усталости такие состояния как: усталость, что свидетельствует о том, что испытуемые оценивают себя

как пассивных, апатичных, медлительных, безынициативных, вялых, безразличных и инертных людей; чувство беспомощности, выражающееся в слабости, несмелости и слабохарактерности.

2) По опроснику «Мини-мульт»/СМОЛ:

- По шкале «Ипохондрия» – (φ*эмп. = 2.353 p≤ 0,01), полученное значение находится в зоне значимости.

- По шкале «Депрессия» – (φ*эмп. = 2.618 p≤ 0,01), полученное значение находится в зоне значимости.

- По шкале «Психастения» – (φ*эмп. = 2.618 p≤ 0,01), полученное значение находится в зоне значимости.

Итак, на основе данной методики, мы можем сказать, что для социальных работников с синдромом хронической усталости характерны: пассивность, медленная приспособляемость, покорность, тревожность, боязливость, нерешительность, постоянные сомнения, склонность к тревогам, чувствительность, робость, застенчивость, старательность, добросовестность, обязательность, высокоморальность, отсутствие способности принимать решение самостоятельно, неуверенность в себе.

Заключение

Таким образом, синдром хронической усталости – это заболевание, характеризующееся постоянным чувством усталости, переутомлением, упадком сил, не проходящим даже после длительного отдыха.

Постоянные стрессовые ситуации, в которые в процессе сложного взаимодействия с клиентом попадает социальный работник, личная незащищенность, постоянное проникновение в суть социальных проблем клиента и другие морально-психологические факторы оказывают неблагоприятное воздействие на здоровье социального работника. К синдрому хронической усталости могут привести состояния психической напряженности, вызванные трудностями, конфликтами в решении сложных социальных проблем. Неправильный образ жизни, хронические патологии, неблагополучная окружающая среда, психологические расстройства – всё это приводит к усталости социальных работников.

Терапия данного заболевания должна быть комплексной и строго индивидуализированной.

В ходе исследования практически все поставленные задачи были выполнены. В проведённом нами исследовании гипотеза была частично подтверждена. Для социальных работников с синдромом хронической усталости характерны: усталость, ипохондрия, депрессия, психастения, чувство беспомощности.

Дневник рефлексии

Я, Титкова Евгения Александровна, проводила свое исследование на базе Центра социальной помощи семьи и детям Ленинского района г.Пензы. Цель моего исследования состояла в изучении синдрома хронической усталости и личностных характеристик социальных работников, способствующих формированию данного синдрома; профилактике и разработке психологических рекомендаций по его преодолению.

Я очень долго выбирала тему своего исследования. У меня никак не получалось определиться с ней, так как интересовали сразу несколько тем. Мой выбор остановился на данной теме, потому что эта проблема в настоящее время, на мой взгляд, очень актуальна не только в сфере социальной помощи, но и других помогающих профессий.

В данном исследовании для себя я поставила следующие задачи:

- провести теоретический анализ литературы по данной проблеме;

- разработать ход эмпирического исследования;

-выявить психологические характеристики личности социальных работников, ведущих к формированию синдрома хронической усталости;

- разработать практические рекомендации для социальных работников по профилактике и предотвращению синдрома хронической усталости.

- разработать программу по профилактике синдрома хронической усталости у социальных работников.

Сначала я изучала теорию, смотрела разную литературу по проблеме моего исследования. Я узнала много нового о происхождении синдрома хронической усталости, его симптомах, методах лечения и профилактики. Более подробно познакомилась со спецификой деятельности социальных работников; необходимых личностных качествах данной профессии; факторах, способствующих возникновению синдрома хронической усталости у социальных работников.

Самым волнительным этапом для меня было первое посещение Центра социальной помощи семьи и детям, знакомство с коллективом. Придя туда, я чувствовала волнение, переживала, что социальные работники не захотят, либо не смогут по каким-либо причинам принять участие в этом исследовании. Но познакомившись поближе с сотрудниками, я поняла, что все мои опасения и страхи были напрасны. Меня очень хорошо приняли. Я познакомилась с заведующей отделением, социальными работниками и специалистами. Узнав о цели моего визита, многие сразу заинтересовались и охотно согласились поучаствовать в исследовании.

Трудностей в выборе психодиагностических методик и подсчете полученных результатов у меня не возникло. Однако в описании результатов у меня возникли небольшие трудности, я не могла решить, как лучше и корректнее все сделать. Но труднее всего мне было с подбором метода математической обработки. Перепробовав многие, я нашла самый подходящий.

В ходе моего исследования мне приходилось осваивать следующие умения и навыки:

1)самостоятельно планировать и организовывать ход исследования;

2)выбирать наиболее подходящие и эффективные формы работы с социальными работниками и специалистами;

3)правильно анализировать и оценивать проделанную работу;

4)совершенствовать свои навыки как начинающего, практикующего психолога.

Так же я получила практический опыт в проведении исследовательской работы, подборе необходимых методов и техник по профилактике синдрома хронической усталости, как у социальных работников, так и у специалистов.

На мой взгляд, для наиболее успешного проведения исследования, мне не хватает более углубленных теоретических знаний по данной проблеме, практических умений в работе с коллективом, навыков в организации и проведении социально-психологического тренинга.

Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности дала мне возможность самостоятельно организовать и провести данное исследование, углубиться в изучаемую мною проблему, оценить степень своей компетентности и попробовать себя в роли начинающего психолога.

Я считаю, что данный опыт просто необходим каждому студенту в целях расширения и повышения уже имеющихся навыков и умений для дальнейшей профессиональной деятельности.