

2. Хьюз Э. Социальная роль разделения труда // Социологические исследования. 2009. № 8 С. 48.

3. Шкаратан О.И., Г.А.Ястребов Социально-профессиональная структура населения России. Теоретические предпосылки, методы и некоторые результаты повторных опросов 1994, 2002, 2006 гг // Мир России. 2007. № 3 С. 28.

Щербинина Е.В.,
г. Уфа

ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ СОТРУДНИКОВ СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ

Профессиональная деятельность в жизни человека занимает значительное место, оказывая влияние на развитие личности, на образ жизни и поведение человека. При этом ее влияние может носить не только позитивный, но и порой негативный и даже разрушительный характер по отношению к личности специалиста. Это относится и к сотрудникам социальных служб, которые по роду своей деятельности вовлечены в длительное напряженное общение с другими людьми - людьми, имеющими социальные проблемы, людьми с особыми нуждами. Такого рода общение может способствовать развитию синдрома выгорания.

К. Маслач, одна из ведущих специалистов по изучению синдрома эмоционального выгорания, рассматривает его как «ответную реакцию на длительные профессиональные стрессы межличностных коммуникаций, включающую три компонента: эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию персональных достижений» [1, с. 30]. Иными словами, основными признаками синдрома выгорания являются ощущение эмоционального перенапряжения, внутренней опустошенности, наличие негативных чувств по отношению к клиентам и негативная самооценка. С учетом специфики социальной работы как профессиональной деятельности при возникновении подобного рода симптомов встает вопрос о профессиональной пригодности сотрудника к работе с людьми, попавшими в трудную жизненную ситуацию. Именно поэтому для сохранения

профессионального долголетия сотрудников социальных служб приоритетное значение приобретает проблема профилактики синдрома выгорания.

Под руководством автора Якуповой Г. было проведено пробное дипломное исследование сотрудников комплексных центров социального обслуживания г.Уфы (80 чел.) по методике К.Маслач и составленной анкеты.

Исходя из полученных данных проблема "эмоционального выгорания" в профессиональной деятельности социальных работников актуальна, т.к. у 81 % опрошенных зафиксировано выгорание различного уровня. Лишь у 19 % респондентов синдром "эмоционального выгорания" не выявлен.

"Эмоциональное выгорание" выявлено в большей степени у сотрудников со средним (10,9 %) и среднеспециальным образованием (58,7%). У 53,8 % респондентов, имеющих высшее образование, синдром "эмоционального выгорания" не выявлен. Наличие высшего образования, возможно, снижает риск возникновения "выгорания", так как высокая профессиональная подготовка дает специалисту широкий спектр вариантов, способов и приемов решения профессиональных задач и проблем, возникающих в процессе работы. Тем самым, снижается неудовлетворенность собой, тревога и депрессия.

В группе опрошенных со сложившимся синдромом "эмоционального выгорания" преобладают сотрудники, находящиеся в должности социального работника (46,2 %). Отсутствие "эмоционального выгорания" в большей степени присуще специалистам по социальной работе (36,4 %). Это можно объяснить тем, что сотрудник, работающий в должности социального работника, непосредственно общается с клиентами, осуществляя патронаж или оказывая социальную помощь. Он в большей степени испытывает психоэмоциональные нагрузки, сталкивается с горем, отчаянием людей, переживает и сочувствует им.

Проанализировав ответы респондентов, можно выделить следующие социально-психологические факторы, влияющие на формирование синдрома выгорания:

- повышают риск развития «выгорания» напряженный темп работы сотрудников социальных служб; (75% респондентов ответило, что «у нас всегда сжатые сроки и напряженная работа»);

- осознание своей работы как важной, но недостаточно эффективной (так считает 50% респондентов);

- недостаточно эффективная стратегия сдерживания своих эмоций в себе в стрессовых ситуациях; при постоянном следовании такому поведению риск формирования синдрома выгорания повышается (58% респондентов с высокой степенью выгорания ответили, что стараются справиться со стрессовыми ситуациями сами, никого не отвлекая).

- возможность помогать людям как значимый мотив профессиональной деятельности можно рассматривать как фактор, снижающий риск выгорания (такой мотив назвал 41 % респондентов, у которых не выявлено выгорания)

- напряженные отношения с руководителем и неблагоприятные отношения в коллективе повышает риск развития «выгорания» (напряженные отношения с руководителем у 51% респондентов с высокой степенью выгорания, у 58% неблагоприятные отношения в коллективе, недоброжелательный психологический климат);

Исходя из полученных результатов в целях профилактики синдрома выгорания сотрудников системы социальной защиты необходима организация работы по трем взаимосвязанным направлениям: организационному; оздоровительному; психосоциальному.

Организационное направление подразумевает: организацию рабочего места в соответствии с гигиеническими нормами и правилами, закрепление за новоприбывшим сотрудником наставника; предоставление очередного отпуска по частям с учетом пожеланий сотрудника; предоставление краткосрочного (до 10 суток) отпуска; перевод на временный облегченный

режим работы; перевод с согласия сотрудника в пределах службы, отделения или в другие службы, отделения; создание условий для служебного продвижения, профессионально - квалификационного роста.

В рамках рассматриваемой темы особое значение приобретает институт наставничества в организациях системы социальной защиты. Благодаря организации такого направления молодой специалист получает помощь и поддержку, лучше понимает деятельность организации, усваивает чужой опыт, снижает свое психологическое напряжение и гораздо быстрее адаптируется, что стимулирует личностное и профессиональное его развитие.

Оздоровительное направление включает следующие мероприятия: соблюдение суточной и недельной физиологических норм работы и отдыха, борьба с вредными привычками; пропаганда здорового образа жизни в организации, создание системы стимулирования сотрудников на достижение высокого уровня здоровья, регулярные занятия физической культурой и спортом; активный отдых с частичным или полным изменением социального окружения, санаторно-курортное оздоровление.

Психосоциальное направление включает: диагностику условий труда с точки зрения их влияния на здоровье работников, мониторинг состояния психосоциального здоровья сотрудников; просветительно-разъяснительные лекции и беседы о вероятности, сущности и последствиях профессиональной деформации; индивидуальное консультирование, психологическую поддержку с привлечением лиц вне учреждения; сеансы регуляции и саморегуляции общего психического состояния и поведения; психологическое стимулирование к профессиональному, общественному развитию с определением близкой, средней и отдаленной перспектив.

Организация такой комплексной профилактической работы призвана помочь сотрудникам социальных служб сохранить свое профессиональное здоровье на долгие годы.

Литература

1. Н.Водопьянова, Е. Старченкова Синдром выгорания: диагностика и

К ВОПРОСУ О СЕМЕЙНЫХ ЦЕННОСТЯХ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Семья – основной институт социализации, от деятельности которой в первую очередь зависит становление нового члена общества. Как известно, самым сложным в исследовании процесса социализации является измерение иерархии жизненных ценностей и места в ней ценности семьи и детей. В свою очередь, исследование мотивов обзаведения детьми связано с предположением, что их высокая ценность сопровождается сильной любовью к ним, «которая есть главный механизм воспитания, т.к. считается, что у любящих родителей (при прочих равных условиях) вырастают счастливые и хорошие дети» [1, с.297-298].

В 2008-2009 г.г. было проведено авторское социологическое исследование с целью изучения особенностей семейной социализации детей с ограниченными физическими возможностями (ОФВ). Генеральную совокупность составили родители, имеющие ребенка (детей) с ОФВ, проживающие в Республике Башкортостан. Всего таких семей, имеющих в своем составе ребенка-инвалида/детей-инвалидов насчитывалось 12528 (по данным на апрель 2009 г.) [3]. Это общее количество семей, в которое входят все дети-инвалиды. В ходе определения объема генеральной совокупности при требуемой величине ошибки репрезентативности выборки 5% для анкетного опроса нами была сформирована выборочная совокупность объемом 650 семей (10% от общего числа) респондентов по принципу многоступенчатой выборки. На первом этапе были выделены т.н. «гнезда» (места возможной максимальной концентрации респондентов), в качестве которых были выбраны крупные городские реабилитационные центры в городах Уфа, Кумертау, а также отделения реабилитации в комплексных центрах социального обслуживания населения в городах Сибай и