

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Глухівський національний педагогічний університет
імені Олександра Довженка

Кафедра педагогіки, психології,
соціальної роботи та менеджменту

БАКАЛАВРСЬКА РОБОТА

Тема: ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО
ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Виконала:
Трапезникова Анастасія Валеріївна
Спеціальність: 053 Психологія
Освітня програма: Психологія

Науковий керівник: Рябко Ю. В

Допущено до захисту
"___" _____ 20__ р.

Завідувач кафедри

(підпис)

(ініціали, прізвище)

Дата захисту: «___» _____ 20__ р.

Оцінка _____

Підписи членів ЕК:

Національна шкала _____

Кількість балів: _____

Оцінка: ECTS _____

Глухів 2023 рік

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ФЕНОМЕНУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	6
1.1. Аналіз явища емоційного вигорання.....	6
1.2. Особливості емоційного вигорання медичних працівників	11
1.3. Особливості психоемоційного стану медичних працівників у воєнний (кризовий) період	17
Висновки до першого розділу.....	21
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	23
2.1. Етапи і методи емпіричного дослідження	23
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження.....	25
2.3. Рекомендації щодо подолання симптомів емоційного вигорання медичними працівниками	34
Висновки до другого розділу.....	38
ВИСНОВКИ.....	41
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	48
ДОДАТКИ.....	53

ВСТУП

Характер роботи медичних працівників полягає у вирішенні багатьох завдань, пов'язаних з високою емоційною насиченістю та когнітивною складністю міжособистісного спілкування, що потребує внеску спеціалістів у побудову стосунків, заснованих на довірі та здатності долати емоційний стрес. У діловому спілкуванні такі умови праці часто призводять до такого складного та багатогранного явища, як синдром емоційного виснаження (СЕВ).

Вигорання – це синдром емоційного виснаження, деперсоналізації (втрата ідентичності, відокремлення від інших) і зниження самореалізації. Вигорання широко поширене в усьому світі і не є винятком у наш час. Основними показниками цього явища є втрата енергії та мотивації, відчуття слабкості, втоми та пригнічення, безнадія, низький моральний стан, втрата соціальних стосунків [1], відстороненість, цинізм, деперсоналізація, втрата динамізму та нездатність виконувати професійні зобов'язання.

Сьогодні соціально-економічні зміни та неспокійна політична ситуація в країні, виклики, пов'язані з впровадженням медичної реформи та епідемією коронавірусу, війна супроводжуються невпевненістю у завтрашньому дні, що негативно впливає на духовну, матеріальну та професійну сфери медичних працівників. Це, безумовно, негативно впливає на якість медичної допомоги на всіх рівнях, призводить до зниження престижу професії, відтоку мізків, скорочення та погіршення обсягу медичних послуг.

У сучасних умовах висока навантаженість медичних працівників пов'язана з насиченістю комунікаційного поля, в тому числі характером спілкування, високою відповідальністю, а в деяких випадках і неможливістю змінити несприятливий напрямок розвитку ситуації. Іншим фактором ризику є те, що медичні працівники, які страждають від синдрому

професійного вигорання, самі його не розпізнають і тому не можуть допомогти собі. У цьому контексті особливо актуальним є вивчення такого важливого і маловивченого явища у вітчизняній психології, як синдром вигорання.

У розробці проблеми емоційного вигорання в зарубіжній психології брали участь такі вчені, як Е. Аронсон, С. Джексон, Х. Маслач, Дж. Моллоу, М. Піерс, А. Пейнс, Г. Фройденберг, В. Шауфелі та інші видатні вчені.

Вивчення такого явища, як синдром емоційного вигорання, привернуло увагу багатьох науковців, у тому числі й українських. В. Батюх досліджувала синдром емоційного виснаження медичних працівників, Г. Кізім – психологів, Л. Бегун-Трачук – музичних спеціалістів і Т. Зайчикова – студентів. Крім цих науковців, Карамуська Л., Водоп'янова Н., Ковальчук В., Старченкова Є., Форманюк Т., Драга Т., Мялюк О., Криницька І., Колоскова О., Поліщук М., Воротняк Т., Грішина Н., Рогнінська Т., Назарук Н., П'янківська Л. та інші.

Однією з невирішених проблем дослідження стану медичних працівників є відстеження сучасних причин емоційного вигорання у працівників та способів протидії та запобігання цьому менеджерами компаній, що зумовлює актуальність нашого дослідження.

Мета дослідження полягає у теоретично-емпіричному вивченні психологічних аспектів емоційного вигорання медичних працівників.

Відповідно до мети дослідження сформульовано основні **завдання дослідження**:

- 1) проаналізувати ступінь розробленості проблеми емоційного вигорання медичних працівників у науково-методичній літературі;
- 2) емпірично з'ясувати особливості проявів емоційного вигорання у медичних працівників;

3) розробити рекомендації щодо подолання симптомів емоційного вигорання медичними працівниками.

Об'єкт дослідження – емоційне вигорання фахівців.

Предмет дослідження – психологічні особливості емоційне вигорання медичних працівників.

Наукова значущість дослідження – розроблення і вдосконалення теоретичних засад щодо явища емоційного вигорання медичних працівників.

Теоретичне значення дослідження – вдосконалення теоретичних основ синдрому емоційного вигорання медичних працівників.

Практичне значення дослідження – розроблення рекомендації щодо подолання симптомів емоційного вигорання медичними працівниками

Структура роботи – робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків та списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ФЕНОМЕНУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

1.1. Психологічні аспекти вивчення поняття «емоційне вигорання» в науковій літературі

Нині вивчення поняття вигорання набуває нового змісту в контексті вивчення його проявів у різних професіях [17]. Вигорання негативно позначається на особистості, професійній діяльності та роботі всієї організації. Сам феномен «емоційне вигорання» вже давно є предметом теоретичних та емпіричних досліджень у вітчизняній та зарубіжній літературі.

Термін «вигорання» вперше був визначений Г. Дж. Фройдебергом у 1974 році. Спочатку розглянемо визначення професійного вигорання в іноземній літературі. Г. Фройденбергер [38] описує вигорання як специфічний стан психічної та фізичної втоми, спричинений професійною діяльністю. Колтунович Т. А. [16] вигорання вважає повільно розвиваючимся станом, який спричиняє зниження певних психічних умов, пов'язаних з професією та віком, що може спричинити невдоволення і подальше звільнення.

Як зазначає В. Лук'янов, згідно з інтерпретацією Х. Маслач [22] вигорання – це психологічний синдром, який виникає внаслідок тривалої реакції на безперервний емоційний та міжособистісний стрес у робочому середовищі. Він характеризується виснаженням, цинізмом і професійною неефективністю. У цьому сенсі вигорання відображає значну невідповідність між професією і працівником. О. Єрмакова пише, що, на думку Х. Маслач, «синдром вигорання більше характеризує трудову діяльність людини, ніж її саму» [11]. Це невелике, але важливе доповнення переміщує концепцію професійного вигорання зі сфери

особистості на сферу професії. Ще одним важливим доповненням до розуміння поняття «вигорання» є думка В. Орла, який зазначав, що Х. Маслач і її однодумці акцентували увагу при вивченні вигорання на професійний характер, а не як психіатричний синдром»[11]. Видно, що, на думку авторів, вигорання спостерігається лише у психічно здорової людини і не має психопатологічного походження.

Емоційне виснаження – це набір симптомів емоційного виснаження, «втоми» через хронічну напругу та стрес від взаємодії з іншими людьми на роботі. Деперсоналізація проявляється в різко негативному сприйнятті оточуючих. Професійна неефективність проявляється у зниженні професійних знань і навичок, С. Бомс [14] визначає синдром вигорання як психологічну реакцію, яка виникає у відповідь на тривалу втоми та втрату інтересу і триває місяцями або навіть роками до появи.

За визначенням А. Пайнса та Е. Аронсона, професійне вигорання – це стан фізичного та психічного виснаження, викликаний тривалим емоційним перевантаженням [31].

Аналізуючи позиції А. Чирома, В. Лук'янов, зазначає, що вигорання – це комплекс, який включає фізичну, емоційну та когнітивну втоми, де емоційна втоми стоїть на першому плані, а її доповнюючі елементи є результатом поведінки. Це призводить до деперсоналізації через пряму когнітивно-емоційну втоми, яка проявляється у зниженні особистих досягнень (порушення оцінки особистих здібностей). І те, і інше призводить до «деформації особистості» і «прямо погіршує її соціальне здоров'я» [22].

К. Кондо описує вигорання як наслідок стресу на роботі і проявляється як «процес непристосування» до роботи або виконуваних завдань. На думку К. Кондо, основною причиною є «перевантаження», пов'язане з ситуаціями, в яких міжособистісні стосунки є напруженими [22].

Чутко Л. [36] характеризує вигорання з точки зору процесу негативної трансформації професійної поведінки, що виникає через стресовий характер робочого середовища.

З точки зору А. Ленге [21], вигорання є вираженням неекзистенційного ставлення до життя, що призводить до принципово соматичної та духовної відсутності життєвих симптомів. Також, на думку автора, дана симптоматика виконує захисну функцію, щоб виключити можливість подальшого розвитку неекзистенційної установки.

Вітчизняні науковці також приділяли велику увагу проблемі емоційного вигорання. Так на думку Н. Водоп'янової та О. Старченкової, вигорання – це феномен особистісної деформації, багатовимірний конструкт, що включає комплекс негативних психологічних переживань, пов'язаних із тривалими, емоційно насиченими та складними міжособистісними стосунками з іншими людьми. На думку авторів, вигорання є «відповіддю» на довготривалий «міжособистісний комунікаційний стрес» [6].

Загалом А. Ракицька, поділяючи та розвиваючи погляди Н. Водоп'янової та О. Старченкова, пише, що вигорання – це стереотип навченої поведінки, який проявляється зниженням емоційної сприйнятливості на роботі. Зворотний бік полягає в тому, що вигорання негативно впливає на професійну діяльність і міжособистісні стосунки. Позитивним моментом може бути можливість «порціонування та економії енергоресурсів» [14].

Однією з форм стресу О. Рибников називає вигорання. На думку автора, вигорання є ще однією формою професійного стресу, який поширений серед працівників [2].

На думку О. Холостової, професійне вигорання – це «стан фізичного, емоційного та психічного виснаження, спричинений довготривалою участю в ситуаціях, що потребують дуже високих емоційних витрат» [2].

Ряд авторів (В. Лук'янов, А. Леонова, А. Обозний, А. Чернишов, Н. Водоп'янова) стверджують, що вигорання – комплексне, динамічне, цілісне психологічне утворення в єдності та взаємодії емоційних, когнітивних, мотиваційних і поведінкових елементів, що складають його основні компоненти, кількісний і якісний склад яких визначається особливістю фахової діяльності. [22].

Н. Мальцова [24], яка досліджує прояв синдрому вигорання вчителя, визначає його як складне структурно-динамічне явище, що виникає в процесі професійної діяльності та являє собою негативні наслідки професіоналізації.

В. Бойко [3] визначаючи вигорання мав на увазі вироблений у людини механізм психологічного захисту, який проявляється в повному або частковому виключенні емоційних реакцій внаслідок екстремальних психотравмуючих ситуацій.

А. Рукавишников [3], визначаючи вигорання, відносить його до категорії психологічних явищ, які можна спостерігати у людей, які не страждають психопатологією. Вигорання призводить до дисфункціональних установок і поведінки та зниження мотивації до роботи.

Вітчизняні науковці досліджують вигорання також з екзистенційної точки зору. Тому Н. Гришина [8] вважає, що розвиток вигорання може бути пов'язаний з будь-якими особистісними або ситуативними факторами. За її словами, вигорання, ймовірно, є результатом складної взаємодії особистісних характеристик, які склалися в міжособистісних стосунках і професійних ситуаціях. Баланс важливий як у професійній, так і в особистій сферах.

Ознайомившись із визначеннями вигорення в зарубіжній та вітчизняній літературі можна узагальнити: по-перше, вигорання – це багатовимірна конструкція. Х. Маслач, А. Чіром [37], В. Шафелі [13] описують вигорання як синдром, що включає комплекс компонентів.

По-друге, багато авторів (Е. Аронсон, Д. Боярле, К. Кондо, К. Маслач, А. Пайнс, О. Холостова, А. Чиром, В. Шауфелі) трактують процес вигорання як процес, що відбувається протягом певного часу і є дезадаптивним процесом.

По-третє, можна виділити важливі психологічні ознаки феномену «вигорання», а саме негативні внутрішні переживання, стан розумової, фізичної та когнітивної втоми, зниження особистих досягнень, дезадаптація поведінки, деперсоналізація. Можна зробити висновок, що ніяких суперечностей і невідповідностей немає. Спостерігаючи за динамікою розвитку синдрому вигорання, стає зрозуміло, що проявляються психологічні характеристики коливаються від негативних внутрішніх переживань до розладів особистості.

По-четверте, вигорання виконує захисну психологічну функцію. Л. Дьоміна та І. Ральникова [9] стверджували, що вигорання дозволяє нам збалансувати та підтримувати людську енергію та психологічні ресурси. За В. Бойко [3] вигорання – механізм психологічного захисту, вироблений людиною у вигляді повного або часткового виключення емоцій як відповідної реакції на надмірні психотравмуючі впливи. На думку А. Ленгле [20], професійне вигорання виконує захисну функцію, щоб запобігти подальшому розвитку неекзистенційної установки особистості.

По-п'яте, вигорання є складним явищем з точки зору його походження, оскільки воно є результатом поєднання особистих і ситуативних факторів у міжособистісних і професійних стосунках. Г. Фройденбергером [38] встановлено, що вигорання виникає внаслідок стресу, пов'язаного з виконанням професійних функцій.

З точки зору О. Рибнікова [27], професійне вигорання уподібнюється стресу працівника на роботі. За словами О. Холостової, вигорання є результатом поєднання дуже високих емоційних витрат і постійного ситуативного стресу. За Н. Гришиною, вигорання є результатом складної взаємодії особистісних

характеристик індивіда, міжособистісних стосунків, професійної та робочої ситуації [8].

По-шосте, вигорання притаманне тільки психічно здоровим людям, які не схильні до патологій. В. Орел, посилаючись на Х. Маслах [29] стверджує, що професійне вигорання характерне для психічно здорової людини без психопатологічної основи. Такої думки дотримується А. Рукавишников [33], який вважає вигорання психологічним явищем, характерним для людей, не схильних до психопатології.

Звідси можна зробити висновок, що вигорання виникає внаслідок сукупності факторів, які виникають у професійній діяльності, включаючи індивідуальні особливості людини, міжособистісні стосунки та професійно-трудова умова.

1.2. Специфіка прояву емоційного вигорання в медичних працівників

Професія медичного працівника – складна діяльність, яка потребує різнобічної наукової підготовки, наступності в процесі професіоналізації, а також особистісних і професійних якостей [34]. 2500 років тому Гіппократ писав у своєму трактаті: «Лікар повинен бути справедливим за будь-яких обставин ...» [33]. Звідси обов'язок, відповідальність, чуйність, терпіння, спостережливість, інтуїція, наполегливість, оптимізм – риси, якими повинен володіти медперсонал.

Робота медичного персоналу відповідальна, вимагає наполегливості, високого та постійного психоемоційного напруження, а також прийняття необхідних рішень в екстремальних ситуаціях. Вузькоспеціалізована діяльність медичних працівників означає високу частку емоційної насиченості та стресових факторів. Почуття переважно розпливчасті: задоволення від успішної

операції чи лікування, відчуття особистої значущості, спілкування з іншими, схвалення та повага з боку колег; але є жаль, розчарування через неправильний діагноз чи неправильне лікування, заздрість до успішних колег, зневір'я на роботі тощо.

Класифікація професій за показниками «тяжкості та шкідливості діяльності» (за А. Шафрановою) [1]. :

- професії вищого типу вимагають постійного позааудиторної роботи над предметом і собою;

- професії середнього (ремісничого) типу – включають тільки роботу над предметом;

- професії нижчого типу – не потребують роботи ні над собою, ні над предметом. Безумовно, ми вважаємо професію медичних працівників професії вищого типу, адже завжди потрібно думати про сенс і мету своєї праці. Але ми також хочемо підкреслити унікальність лікарської роботи.

Праця більшості медичних працівників проходить в умовах впливу різноманітних несприятливих факторів виробництва, нервово-емоційного напруження, великої відповідальності. Психологічні стресори та їх вплив на медичних працівників:

- маючи багато контактів з хворими та їхніми родичами, їм завжди доводиться мати справу з проблемами та стражданнями інших, що приносе їм негативні емоції та енергію;

- вимогливість до професіоналізму лікаря та відданості іншим;

- відповідальність за життя і здоров'я інших людей;

- продуктивне середовище з новими соціальними факторами ризику, такими як злочинність, наркоманія, бездомність тощо.

Професійна діяльність медичних працівників несе в собі ризик розвитку синдрому емоційного виснаження. Певне значення в розвитку емоційної втоми

мають особистісні характеристики емоційної нестійкості, сором'язливості, невпевненості, схильності до почуття провини, консерватизму, імпульсивності, напруженості, замкнутості [6, с. 87].

Медичні працівники виконуючи свої функціональні обов'язки стикаються на рівні емоційного переживання зі смертю, яка може виражатися трьома способами: реальні: неефективність реанімаційних заходів, відсутність своєчасної медичної допомоги та ін.; потенційні: від результатів діяльності та реакції на ті чи інші маніпуляції залежить здоров'я пацієнта, навіть його життя; фантомні: реальне переживання скарг пацієнтів на стан здоров'я, почуття тривоги і хвилювання і навіть думки про смерть, крім того, виникають проблеми у спілкуванні з родичами важкохворих.

Проблема в усіх цих ситуаціях полягає в тому, щоб не влючати свої емоції в ситуацію. Це не завжди вдається, оскільки медичним працівникам необхідно бути пов'язаним з усіма цими утвореннями (реальною, потенційною та уявною смертю). Зрозуміло, що вирішити ці завдання і подолати труднощі може тільки емоційно зріла і всебічно розвинена людина.

Р. Кінцевий і М. Бухал досліджували професійну деформацію лікарів і медсестер і встановили, що професійна деформація – це поведінка медичних працівників, яка увійшла в звичку і виражається в байдужості до пацієнтів, це сприймається іншими як бездушність та цинізм». Прикладом цього є обговорення лікарями при пацієні поганого прогнозу його хвороби, або жарти над трупами в анатомічному кабінеті» [15]. Передбачається, що професійна деформація проявляється в певному технічному жаргоні, який також використовується в присутності пацієнта. Наприклад, вони можуть сказати, що в їх відділі чотири шлунки, три жовчних міхура і одна нирка [35]. Медичні дії та певні заяви межують з професіоналізмом і недбалістю.

За ризиком розвитку синдрому емоційного виснаження професія

медсестри займає одне з перших місць. Велике навантаження медичних сестер, цілодобова тривалість роботи з обов'язковими змінами, очікування ускладнень стану хворого вимагають високої функціональної активності організму і можуть бути названі основними професійно-патогенними факторами. Крім того, контакт із вмираючими пацієнтами негативно впливає на здоров'я медичних працівників, коли вони не бачать позитивного результату своїх зусиль із порятунку пацієнта та часто почуваються безсилями.

Чим вище завантаження виробниче, тим більше незадоволений медичний працівник робочим процесом. Перевищення норм числа хворих, велике адміністративно-оформлювальне навантаження, погане технічне оснащення робочих місць і постійна нестача медикаментів сприяють прояву втоми і дратівливості. Для медсестер ергономічні фактори часто включають напругу очей і опорно-рухового апарату.

Нещодавні різкі зміни в суспільстві створили додаткове психологічне навантаження на медичних працівників, які потребують вищої якості роботи за набагато менший час через економічно обмежену пропозицію закладів охорони здоров'я. Інноваційна діяльність лікувально-профілактичного закладу спрямована на розширення видів послуг та методів їх виробництва, підвищення якості медичної допомоги, а також практичне використання науково-технічних досягнень та інтелектуального потенціалу для задоволення потреб пацієнтів, а отже й оптимізацію здоров'я населення.

Більшість лікарів, які працюють в інноваційних умовах, мають ненормований графік роботи, сумісництво або додаткову роботу, пов'язану з додатковим професійним навантаженням (підвищення кваліфікації, вивчення нових методів діагностики та лікування). Підвищення професійної активності впливає на стан здоров'я, сприяє підвищенню загальної захворюваності та поширенню хронічних патологій.

В умовах розвитку ринкової економіки низька заробітна плата медичних сестер змушує їх працювати, часто ігноруючи плановий відпочинок, спрямований на відновлення фізичної та психічної рівноваги організму. Результат діяльності: величезна відповідальність за життя пацієнта призводить до перевантаження окремих органів і систем організму і розвитку захворювань. Стикаючись з негативними емоціями, медичний працівник мимоволі включається в них, тому й сам починає відчувати емоційну напругу. Кожен, хто перевантажує себе, має високий ризик вигорання. У їхньому розумінні, справжній лікар пов'язує свою роботу з місією, таким чином стираючи межу між роботою та особистим життям.

Майже в половині випадків непрацездатність медсестер пов'язана зі стресом. За даними британських дослідників [12], високий рівень тривожності виявлений у 41% випадків, клінічно виражена депресія – у 26%. Третина лікарів приймали препарати для корекції емоційної напруги, кількість спожитого алкоголю перевищувала середній рівень [19].

Британські науковці досліджували синдром емоційного вигорання і виявили, що у медичних працівників, в першу чергу, синдром професійного вигорання проявлявся в професійній неефективності (36%), по-друге, виникало емоційне вигорання (22%), деперсоналізація була зафіксована у 7% медичних працівників.

Виявлено, що одним із факторів синдрому «вигорання» у медичних працівників є тривалість і хронічність стресової ситуації. На розвиток хронічного стресу в представників цієї професії впливають такі фактори:

- обмеження ініціатив;
- монотонність праці;
- високий ступінь невизначеності в оцінці виконаної роботи;
- невдоволення соціальним становищем.

Серед медсестер існує тісний зв'язок між виснаженням і мотивацією. Вигорання може призвести до зниження професійної мотивації: інтенсивна робота поступово стає безглуздим заняттям, виникає байдужість чи навіть негатив до професійних обов'язків, які зводяться до мінімуму.

Часто серед медсестер «трудоголізм» і активне захоплення своєю професійною діяльністю також сприяють розвитку симптомів вигорання. Частіше у працівників, які піддаються тривалому стресу, пов'язаному з роботою, спостерігається внутрішній когнітивний дисонанс: чим більше людина працює, тим активніше вона уникає думок і почуттів, пов'язаних із внутрішнім вигоранням [13].

Розвитку цього стану сприяють деякі особистісні особливості медичних працівників: високий рівень емоційної лабільності (невротизм), високий рівень самоконтролю, особливо при прояві негативних емоцій і спробах їх придушення, схильність до блокування негативних переживань, підвищена тривожність і депресивні реакції. За іронією долі, здатність медичних працівників заперечувати свої негативні почуття може бути ознакою сили, але часто виявляє їхню слабкість. Тому корисно пам'ятати, що ми самі завжди є частиною наших проблем або їх вирішення [13].

Зазначають три типи медсестер схильних до ризику емоційного вигорання:

- «педантичний», що характеризується абсолютною сумлінністю, хворобливою надмірною акуратністю, прагненням домогтися зразкового порядку в усіх справах (навіть за свій рахунок);

- «демонстративний», прагне бути першим у всьому, завжди бути в центрі уваги. Цей тип характеризується високим ступенем стомлюваності при виконанні рутинних завдань, які навіть не помітні;

- «емотивний», складається з слабких і чутливих особистостей. Їхня чутливість, схильність сприймати біль інших як власний призводить до самознищення.

До емоційного виснаження схильні медичні працівники з низькою професійною захищеністю (відсутність практичного професійного досвіду, неможливість систематичного підвищення кваліфікації тощо). Хвороба, сильний стрес, психологічна травма (розлучення, смерть близької людини або пацієнта) можуть викликати синдром емоційного виснаження. Отже, специфіка професійної діяльності медичних працівників є необхідною умовою розвитку синдрому емоційного виснаження.

1.3. Особливості психоемоційного стану медичних працівників у воєнний (кризовий) період

Військові конфлікти, високий рівень насильства та постійні загрози безпеці людей однозначно призводять до високого рівня психологічного стресу. У мирний час професійна діяльність медичних працівників, які займаються лікуванням та реабілітацією хворих, містить високу частку емоційної насиченості та стресових факторів, а у воєнний час підвищується психоемоційне навантаження медичних працівників.

Робота під час військового конфлікту вимагає фізичних, розумових і духовних здібностей лікарів. Незважаючи на збільшення кількості стресових факторів, роботу в умовах повітряного нальоту, позмінну роботу та неможливість повноцінного спілкування з рідними та близькими, медичний персонал зобов'язаний дотримуватись усіх протоколів лікування та реанімаційних заходів, приймати термінові медичні важливі рішення, дотримуватися техніки безпеки при роботі в надзвичайних ситуаціях.

Загальні напрямки виникнення та розвитку багатьох психічних розладів медичного персоналу відповідають загальним закономірностям адаптації до стресових ситуацій. Тривалий стрес виснажує функціональні резерви людини. Як наслідок, бажання допомогти у виконанні суспільно важливого завдання перестає виконувати функцію активатора і мотиватора. Знижується дієвість та результативність роботи, підвищується рівень тривожності та стресу, можуть виникати конфлікти в міжособистісному спілкуванні, проблеми з аналізом ситуації.

Зниження рівня розумової активації та контролю, порушення психомоторних функцій можуть призвести до виникнення лікарських помилок, збільшення випадків недбалості через втому медичного персоналу. Частота професійних помилок у надзвичайних ситуаціях пропорційна кількості стресу та напруги в робочому середовищі клініки.

Результатом постійної роботи в таких військових умовах є хронічний професійний стрес та емоційне виснаження. Результатом хронічного стресу на роботі є емоційне, мотиваційне та фізичне виснаження. Динаміка його розвитку відповідає трьом стресовим станам: напрузі, опору, втомі.

Поява нервової напруги (тривоги) пов'язана з хронічно дестабілізуючою психоемоційною обстановкою на роботі, підвищеною відповідальністю та необхідністю взаємодії з пацієнтами, психоемоційно дестабілізованими внаслідок екстреної ситуації. У фазі опору (резистенції) працівник з більшим чи меншим успіхом намагається захиститися від травматичного досвіду. У фазі виснаження психічні ресурси вигарають, емоційний тонус знижений, що є наслідком невідновлення використаних ресурсів.

Кожна стадія має ознаки підвищеного емоційного виснаження. На першому етапі виявляються помірні і короткочасні симптоми цього процесу, виражені в легкій формі і проявляються у дбанні фахівця про себе (наприклад,

планування відпустки або перерви в роботі). Другий етап характеризується регулярною появою симптомів емоційного виснаження, які тривають довше і важче піддаються корекції. Людина може відчувати втому навіть після гарного сну та вихідних. Хоча перерви в роботі мають позитивний ефект і знижують рівень втоми, цей ефект лише тимчасовий: через три дні після повернення на роботу рівень втоми частково підвищується. Хронічні соматичні та психологічні проблеми розвиваються та/або загострюються на стадії виснаження. Як правило, спроби самопіклування виявляються безуспішними, а професійна допомога може не принести швидкого полегшення.

Отже, емоційне вигорання слід оцінювати як визначений фахівцями стан емоційного виснаження, патологічну стадію та специфічну форму хронічної втоми працівників. Робота в бойовій обстановці підвищує ймовірність і швидкість емоційного виснаження.

Симптоми емоційного вигорання: [32].

Поведінкові: сильна увага до деталей; ригідність (зацікловання на одному виді діяльності, проблеми з адаптацією до нової ситуації); неможливість приймати рішення; бажання тримати дистанцію з пацієнтами та колегами та уникнення спілкування з ними; зловживання алкоголем або наркотиками.

Фізичні: втома; чутливість до зміни екологічних показників; регулярні головні болі; захворювання шлунково-кишкового тракту; надмірна або недостатня вага; утруднення дихання; безсоння; зниження імунітету.

Соціальні: низька соціальна активність; зниження інтересу до відпочинку і хобі; соціальні відносини обмежуються роботою; погані стосунки на роботі і вдома; відчуття ізоляції, нерозуміння оточуючих; відчуття відсутності підтримки з боку сім'ї, друзів, колег.

Психологічні: несвідоме відчуття тривоги; зниження мотивації; почуття гніву; розчарованість; невизначеність; відчуття власної нікчемності; швидке

виникнення злості та гніву; недовіра; почуття влада над долею хворого; негативний загальний погляд на майбутнє.

Значущі фактори емоційного вигорання в екстремальних умовах: [32]

- соціально-психологічні: відчуття соціальної уразливості та переживання соціальної необ'єктивності; незадоволеність умовами та оплатою праці, кар'єрним зростанням; молодий вік і невеликий досвід роботи;

- рольові фактори (функціональні проблеми): рольовий конфлікт, рольове перевантаження; неоднозначність ролі.

Основні причини емоційного виснаження:

Психологічні: схильність до емоційної нестійкості; невміння спілкуватися; інтенсивні переживання, перфекціонізм, невміння правильно співчувати.

Зовнішні: соціально-психологічні умови діяльності: підвищена відповідальність за виконувани функції та процеси, робота в умовах зовнішнього та внутрішнього контролю; потреба входити і залишатися в стані суб'єкта, що виконує спільну діяльність; морально-правова відповідальність; контингент психічно складних хворих.

Поведінка медичного персоналу в особливих умовах призводить до розвитку психологічного дисбалансу, який мобілізує природну реакцію організму на стресові ситуації, на виконання функціональних завдань і адаптацію резервів організму до екстремальних умов, на виконання професійної діяльності, що вимагає спеціальної підготовки, знання та професійна діяльність; компетенції та навички, що становлять основу професійного досвіду. Також психологічний дисонанс вважається реакцією емоційної сфери, яка виникає внаслідок реакції людини на психологічно емоційно складну ситуацію під час виконання нею своїх функціональних обов'язків медичного персоналу. Професійна діяльність медичних працівників містить великий відсоток

факторів, що викликають емоційне насичення та емоційну дисгармонію. Однією з унікальних умов праці медичного персоналу є висока моральна відповідальність за життя і здоров'я людини. Відсутність гармонії в міжособистісних стосунках може призвести до емоційного виснаження. Аналізуючи підхід до лікування синдрому вигорання, ми виявили, що цей синдром є особистісною деформацією, спричиненою емоційним ураженням системи взаємодії «людина-людина» або емоційно дискомфортними та напруженими стосунками.

Наслідки вигорання можуть проявлятися як у психосоматичних захворюваннях, так і суто психологічних на рівні когнітивних, емоційних і мотиваційних змін, що відбуваються в людині, які мають безпосереднє значення з точки зору психосоціального здоров'я та працездатності людини.

Висновок до першого розділу

Емоційне виснаження пов'язане з різноманітними зовнішніми та внутрішніми факторами, а також частотою професійних помилок і є супутником багатьох професій, у тому числі й медичних працівників. А емоційне вигорання є наслідком професійного стресу медичних працівників, про що йшлося в роботах І. Харді, В. Косарева, Г. Васюкова, Барабанової, Н. Водоп'янова. Емоційне виснаження виникає під час професійної діяльності в результаті сукупності таких факторів, як індивідуальні особливості людини, міжособистісні стосунки, професійна і робоча ситуація.

Професійна діяльність медичних працівників зумовлює високу частку факторів емоційної насиченості та стресу. У звичайних умовах медичні працівники постійно піддаються впливу психотравмуючих ситуацій – характеру організації роботи, психологічного тиску з боку пацієнтів та їхніх родичів, колег

та адміністрації, – особливо цей тиск посилюється в кризових ситуаціях: війні, пандемії, техногенних катастрофах, коли медичні працівники займають першу лінію захисту, що зрештою призводить до вигорання.

Робота в екстрених ситуаціях підвищує фізичні, розумові та емоційні можливості лікарів. Незважаючи на підвищені стресові фактори, роботу в умовах авіанальоту, позмінну роботу та неможливість повноцінного спілкування з рідними та близькими, медичний персонал повинен дотримуватися всіх протоколів лікування та заходів реанімації, приймати невідкладні й важливі з медичної точки зору рішення, додержуватись основних принципів медичної етики та чітко діяти відповідно до норм в умовах військового стану.

Тому результатом постійної роботи в таких умовах є хронічний професійний стрес і емоційне виснаження. Результатом хронічного стресу, пов'язаного з роботою, є емоційне, мотиваційне та фізичне виснаження.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

2.1. Етапи і методи емпіричного дослідження

Для реалізації мети та завдань дослідження нами було проведено емпіричне дослідження емоційного вигорання медичних працівників з початку введення військового стану та за рік введення військового стану. Для цього ми обрали методи дослідження, які відповідають темі дослідження.

Емпіричну вибірку склали 23 респонденти, медичні працівники Комунального закладу Сумської обласної ради «Сумський обласний центр екстремальної медичної допомоги та медицини катастроф».

На першому етапі було проведено вивчення та аналіз теоретичних відомостей з даної теми, обрано методи дослідження, сформовано вибірку.

На другому етапі реальні емпіричні дослідження.

На третьому етапі - інтерпретація та аналіз даних, отриманих під час дослідження.

Для досягнення поставленої мети був підібраний валідний та надійний діагностичний інструментарій: опитувальник «Професійне (емоційне) вигорання» К. Маслач и С. Джексон, адаптований Н. Водопьяновою, Е. Старченковою, методика діагностики особистості на мотивацію до успіху Т. Елерса та методика діагностика самооцінки Дембо-Рубінштейн. (див. Додатки А, Б, В)

Метою адаптованого **Опитувальника професійного вигорання (МВІ) Maslach**, (див. Додаток А), є вимірювання основних показників синдрому

професійного вигорання: емоційне виснаження, деперсоналізація та зниження професійної продуктивності.

Тест містить 22 твердження про почуття та переживання, пов'язані з виконанням робочих операцій.

Високий рівень вигорання визначається високими показниками за субшкалами «емоційне виснаження» та «деперсоналізація» та низькими показниками за шкалою «професійна ефективність» (зниження особистих досягнень). Відповідно, чим менше ви цінуєте свої здібності та досягнення, тим менше незадоволені своєю самореалізацією в професійній сфері, тим помітнішим є синдром вигорання.

Тест містить 22 твердження про почуття та переживання, пов'язані з виконанням робочих операцій. Ця методика була спеціально розроблена для визначення тяжкості та поширеності синдрому вигорання серед медичних працівників.

Про показники високого рівня вигорання свідчать високі оцінки за субшкалами «емоційного вигорання» і «деперсоналізації» та низькими – за шкалою «професійна ефективність» (зниження персональних досягнень). Відповідно, чим нижче людина оцінює свої можливості та досягнення, тим менше її задовольняє самореалізація в професійній сфері, тим більше виражається синдром вигорання.

Таблиця 2.2.1

Оцінювання субшкал за методикою МВІ

Субшкала	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Емоційне виснаження (середній показник – 19,73)	0-15	16-24	25 і більше
Деперсоналізація (середній показник - 7,78)	0-5	6-10	11 і більше
Редукція професіоналізму (середній показник – 32,93)	37 і більше	31-36	30 і менше

Методика діагностики особистості на мотивацію до успіху Т. Елерса (див. Додаток Б).

Слід зазначити, що емоційне вигорання – це, перш за все, виснаження нервової системи, що призводить до втрати мотивації до дії та хронічного поганого настрою. Мотивація досягнень у дорослому віці в основному розвивається через навчання. Зокрема, як зазначав Л. Джуелл, «мотивація досягнення може розвиватися в робочому середовищі, де люди безпосередньо відчувають усі переваги, пов'язані з досягненнями». З цієї причини в дослідженні емоційного вигорання медичних працівників вивчають показники мотивації успіху.

Стимульний матеріал складається з 41 твердження, на яке респондент повинен був відповісти так чи ні. Тест відноситься до моношкальних методик.

Одна з найбільш відомих методика дослідження самооцінки Дембо-Рубінштейн (див. Додаток В). Зовні дуже проста методика дозволяє визначити ставлення до себе за допомогою тесту. Для цього респонденту пропонується визначити рівень розвитку особистісних якостей і рівень домагань.

Тест із самооцінки за методом Дембо-Рубінштейна базується на дуже простому, але ефективному аналізі. Адже цей метод активно використовується для виявлення особистих проблем і шляхів їх вирішення. Дембо і Рубінштейн хотіли визначити рівень щастя, але цей метод виявився більш універсальним. Очевидними перевагами такого підходу є: об'єктивність кінцевих показників, наочність результатів, простота використання.

2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих даних дослідження

Аналіз результатів досліджень МВІ вигорання серед медичних працівників на початку військового стану та за рік військового стану показав,

що вже на початку надзвичайної ситуації спостерігався високий рівень емоційного виснаження (див. рис. 2.2.1), ймовірно, через нову хвилю епідемії, яка виникла взимку і яка вплинула на емоційний стан медиків, їм стало важко справлятися з навантаженням, можуть відчувати роздратування від тісного спілкування, часто відчують злість і нетерпимість до оточуючих, можуть поступово втрачати здатність співпереживати.

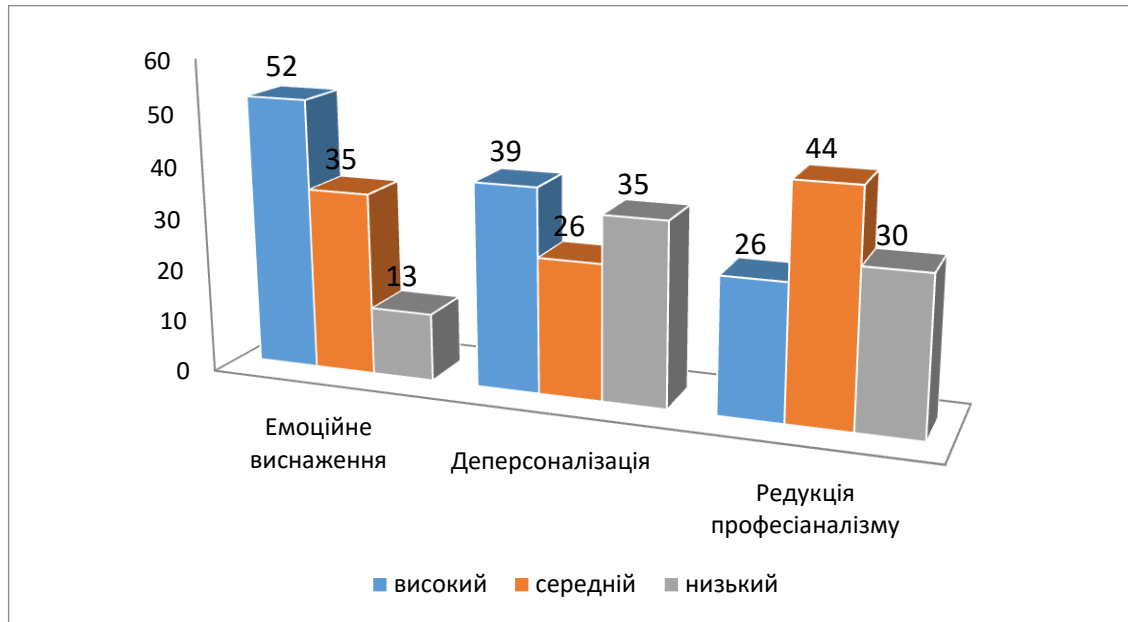


Рис. 2.2.1 Показники за шкалами методики МВІ у медичних працівників на початку військового стану

Проте, відчуючи емоційне виснаження, респонденти вміють контролювати, оскільки за шкалами деперсоналізації та редукції професійних завдань респонденти мають показники середнього та низького рівня (див. рис. 2.2.1 та додаток Г). Тобто емоційне виснаження не змінило ставлення опитантів до себе та не позначається на виконанні робочих завдань, респонденти вміють справлятися та контролювати свій емоційний стан при можливих ситуаційних труднощах.

Аналізуючи наслідки емоційного виснаження медичних працівників, які працюють в умовах воєнного часу, виявляємо високе медичне навантаження та високі середні показники за всіма шкалами (див. рис. 2.2.2).

Респонденти з труднощами долають стрес і зовнішні впливи, ос проявляється обистісна замкненість, емоційна відчуженість від колег і небажання працювати, що підтверджується високими балами за шкалою деперсоналізації та редукції професійних завдань. Поступово зникає здатність до рефлексії.

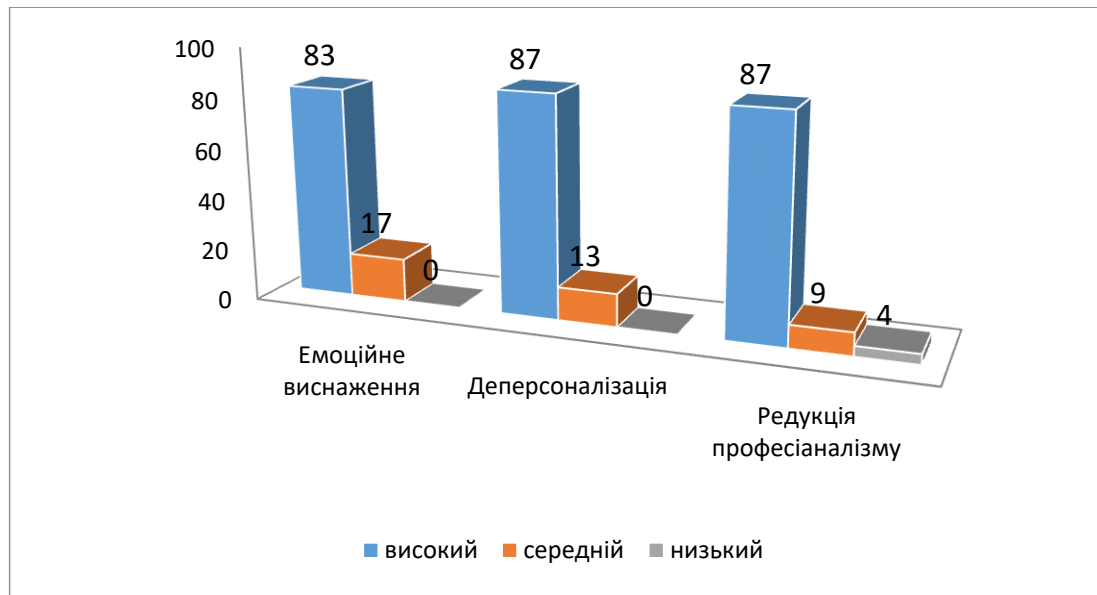


Рис. 2.2.1 Показники за шкалами методики МВІ у медичних працівників після 1 року війни

Порівнюючи показники отримані за шкалою «Емоційного виснаження» (див. рис. 2.2.3) зафіксовано переважання високих показників після першого року війни у 83% досліджуваних та відсутність низьких показників. При цьому на початку війни високі показники за шкалою емоційне виснаження зафіксовано в 52% опитантів, при цьому присутні середні та низькі показники за даною шкалою.

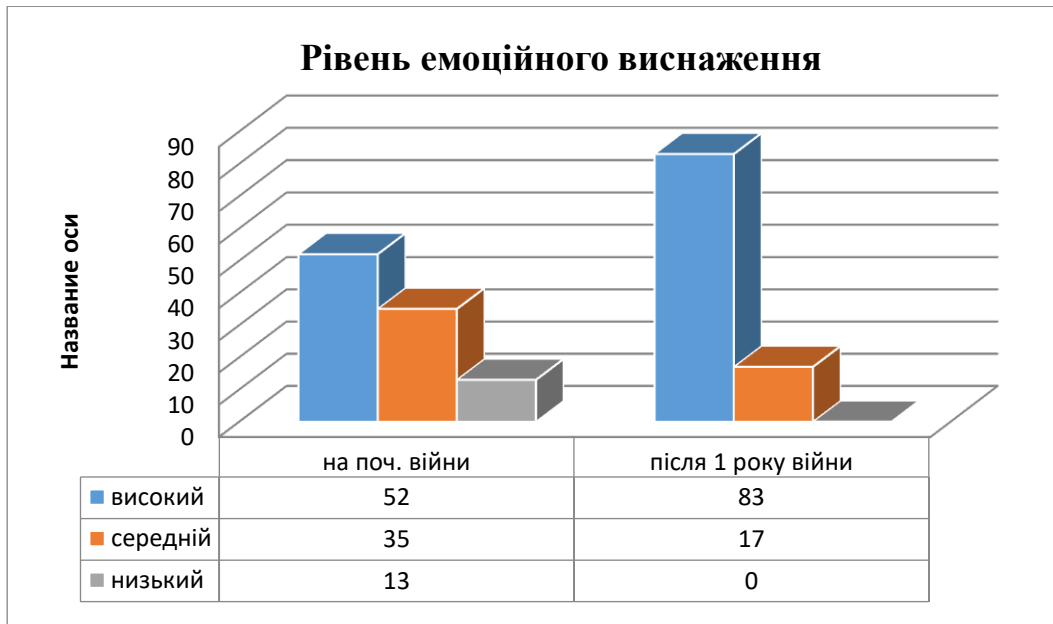


Рис. 2.2.3. Показники рівнів емоційного виснаження медичних працівників

Високий рівень за шкалою деперсоналізації спостерігався серед медичного персоналу вже за рік військових дій (див. рис. 2.2.4 і додаток D). Причина цього в тому, що вони відчуваються нікчемними, через неможливо вплинути на зміну ситуації в глобальному сенсі, тому їхня чутливість слабшає, а бажання емоційного спілкування взагалі зменшується.

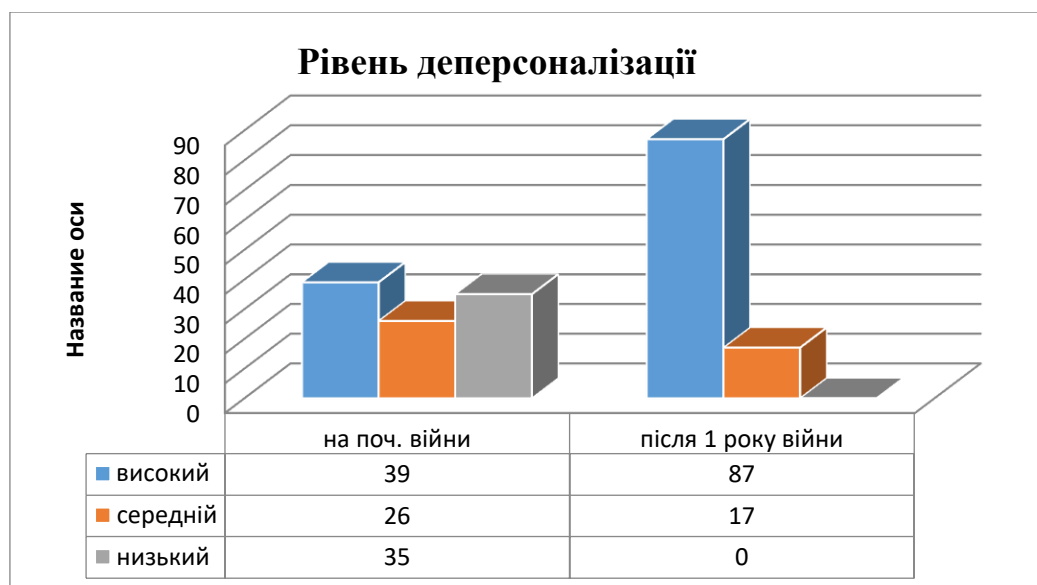


Рис. 2.2.3 Показники рівнів деперсоналізації медичних працівників

Емоційне вигорання, деперсоналізація зумовлює редукцію професійних обов'язків (див. рис. 2.2.5 та Додаток Г), медичні працівники прагнуть

полегшити або зменшити обов'язки, які потребують емоційних витрат, автоматизуючи свою роботу, зводячи до мінімуму особисту чи емоційну взаємодію з пацієнтами, на це вказує домінування у вибірці досліджуваних високого рівня (87%) за шкалою «Редукція професійних обов'язків» вже за рік війни.

Отже, порівнюючі отримані дані за шкалою «Емоційне виснаження» встановлено, що переважає високий рівень редукції професійних обов'язків (83%) досліджуваних та відсутність низького рівня за рік війни, про те, на початку війни високий рівень був виявлений у 52% опитантів, при цьому спостерігається середній та низький рівень показників за даною шкалою.

За шкалою «Деперсоналізація» є зростання високого рівня з 39% до 87%, а середній та низький, так само як і в «Емоційному виснаженні», йдуть на спад. За шкалою «Редукція професійних обов'язків» спостерігається така ж ситуація, що й з іншими шкалами. На початку воєнного стану високий рівень виявлено в 26% респондентів, вже через рік війни цей показник збільшився до 87%, відповідно, середній та низький показник також знизилась.

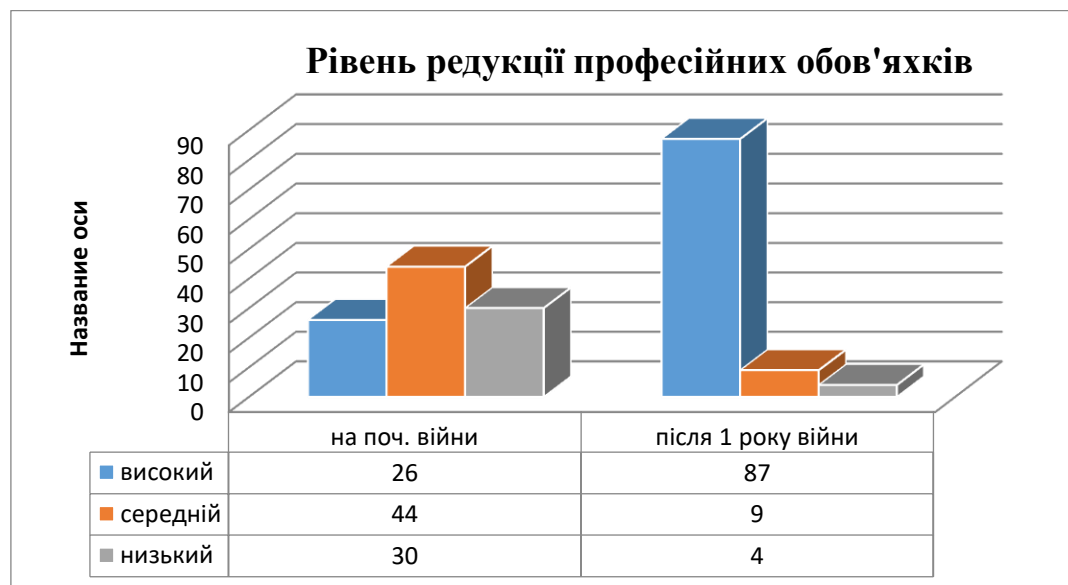


Рис. 2.2.5 Показники рівнів редукції професійних обов'язків медичних працівників

Аналізуючи результати за методикою «Шкала мотивації до успіху» Т. Елерса слід зауважити, що до початку військового стану 43% респондентів мали середній рівень мотивації до успіху, 35% – помірний рівень, 22% – високий рівень. Вже за рік війни ці показники змінилися. Високий рівень мотивації залишився незмінний 22%, а ось помірний рівень помітно зменшився(13%), а на томість з'явилися респонденти, які мають низький рівень мотивації. Помірно орієнтовані на успіх респонденти, вважають за краще середній рівень ризику. Ті ж, хто боїться невдач, віддають перевагу малому або, навпаки, занадто великому рівню ризику. Чим вище мотивація людини до успіху – досягненню мети, тим нижче готовність до ризику. При цьому мотивація до успіху впливає і на надію на успіх: при сильній мотивації до успіху, надії на успіх зазвичай скромніша, ніж при слабкій мотивації до успіху. До того ж, людям, мотивованим на успіх і мають великі надії на нього, характерно уникати високого ризику. (див. рис. 2.2.6 та Додаток Е).

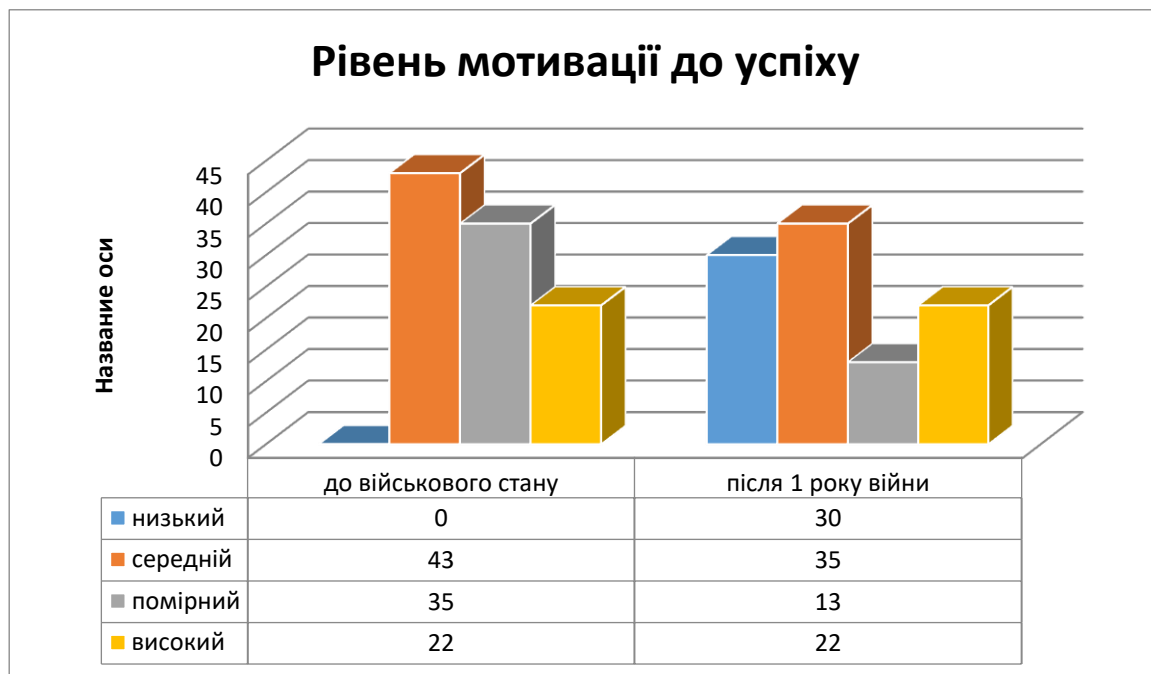


Рис. 2.2.6 Показники рівнів мотивації до успіху медичних працівників за методикою Т. Елерса

Тобто медпрацівники не бояться ризикувати, вони не обмежені у своїх

діях, тому що будь-які невдачі їх не надто хвилюють, у них є чітке завдання і вони розуміють, що їм потрібно робити, розуміють свої завдання та функції., які вони хочуть досягти за даних обставин, на що вказує незмінність показників високого рівня мотивації до успіху та поява показників низького рівня мотивації. Звичайно, порівняно з довоєнною ситуацією, вони менш схильні зосереджуватися на своїх сильних сторонах, тепер вони чітко усвідомлюють важливість командної роботи, тому гнучкості, можливо, зменшилося, але респонденти демонструють рішучість у досягненні мети.

Аналізуючі результати, отримані за допомогою методу Дембо-Рубінштейна, дозволяють визначити динаміку змін самооцінки та рівня домагань медпрацівників до початку війни та за рік надзвичайної ситуації. Слід зазначити, що показники самооцінки респондентів перед початком війни та за рік війни є оптимальними (78% та 83% відповідно), тобто оптанти реально оцінюють свої сили та себе (рис. 2.2.7 і та Додаток Д). Іншими словами, можливо, стресові ситуації показали справжні здібності респондентів, вони переоцінили власні сили і, можливо, вони бачили себе інакше, відчули власну силу в професійному та особистому просторі.

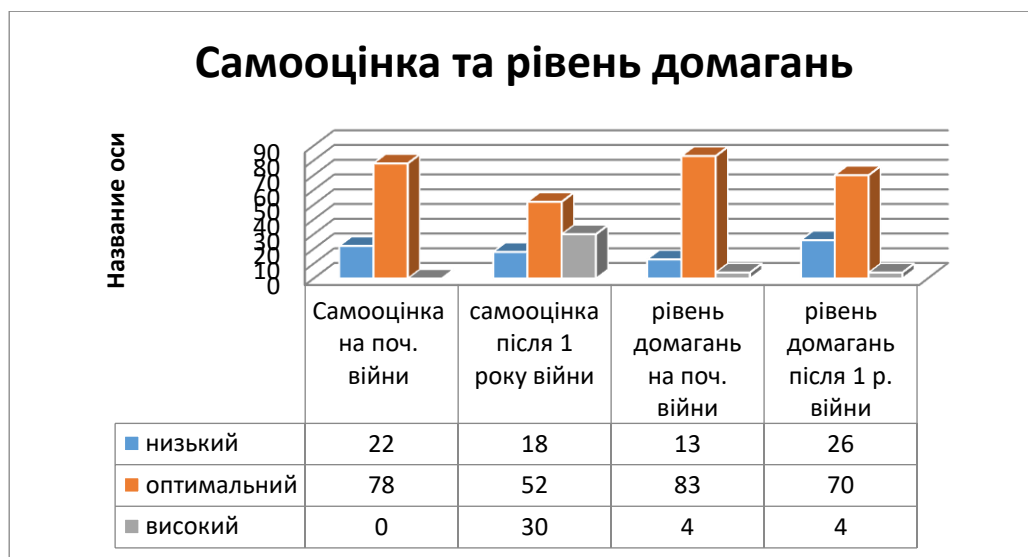


Рис. 2.2.7 Показники самооцінки та рівня домагань медичних працівників за методикою Дембо-Рубінштейн

Слід зауважити, що високий рівень домагань залишається незмінним (4%) як до початку війни так і за рік війни, але при цьому майже у двічі збільшився низький рівень домагань (26%). Можна сказати, що медичні працівники емоційно виснажені, немає бажання розвиватися, досягати мети, їм здається, що всі задуми приречені на провал. У надзвичайних ситуаціях на медичних працівників лежить подвійний тягар, оскільки вони мають мати справу з емоціями пацієнтів та своїми емоціями, і водночас мають ефективно виконувати свої професійні обов'язки тут і зараз. Однак, зважаючи на погані умови праці, працівники цього медичного закладу все ще мають оптимальний рівень домагань, що допомагає їм виконувати свою роботу, як і раніше.

Математична обробка даних

Провівши математичний аналіз за допомогою Т-критерію Вілкоксона, було встановлено статистично достовірний характер відмінностей між двома залежними змінними. Т-критерію Вілкоксона дозволяє з'ясувати спрямованість та виразність змін, а також з'ясувати чи існує динаміка емоційного вигорання до та за рік військового стану.

Визначаючи емпіричне значення Т-критерію, знаходимо суму рангів нетипових зрушень (див. табл. 2.3.1 та Додаток Є).

Таблиця 2.3.1

Показники Т-критерію Вілкоксона

Шкали	Показники Т-критерію Вілкоксона
Емоційне виснаження	$T_{\text{Емп}} = 40.5$
Деперсоналізація	$T_{\text{Емп}} = 74.5$
Редукція професійних обов'язків	$T_{\text{Емп}} = 47$
Самооцінка	$T_{\text{Емп}} = 85.5$
Рівень домагань	$T_{\text{Емп}} = 100$
Мотивація до успіху	$T_{\text{Емп}} = 48.5$

Ми вважаємо, що збільшились такі негативні показники, як емоційне виснаження та редукція професійних обов'язків. Медичні працівники досить гостро відчують на собі умови воєнного стану, що проявляється в емоційних зривав, спалахах гніву в сторону пацієнтів або їх родичів, відстороненості від близьких людей, зниженні здатності співчувати і співпереживати. Зниження професійної ефективності працівника може проявлятися в негативізмі щодо можливостей роботи, в обмеженні відповідальності перед соціальним оточенням, у зниженні відчуття важливості виконуваної діяльності. Гостро проявляється почуття власної некомпетентності. Крім того, слід відмітити зростання позитивного показника як мотивація до успіху. Це означає, що під час війни медичний персонал сприймає негаразди як виклик, щоб рухатися вперед і реагувати з оптимізмом і силою. Їх мета – досягти успіху в своїх починаннях і таким чином успішно подолати перешкоди, що може характеризувати їх як сміливих, цілеспрямованих та таких, що не бояться ризикувати.

Підсумовуючи, можна зазначити, що за показниками (див. табл. 2.2 та Додаток Є) шкал: «Емоційне виснаження», «Редукція професійних обов'язків», «Мотивація до успіху» у досліджуваній вибірці встановлені достовірні відмінності, тож це є статистично значущими результатами. Це означає, що показники, отримані під час воєнного стану, достовірно відрізняються від отриманих у довоєнний період, що дозволяє підтвердити гіпотезу про наявність динаміки емоційного виснаження медичного персоналу до та під час воєнного стану. У той же час ми виявляємо, що за шкалами «Рівень домагань» та «Самооцінка» прослідковується відсутність статистичної значущості, так як розрахункове (емпіричне) значення $T_{\text{Емп}}$ низче за табличне $T_{\text{Кр.}}$, що вказує на відсутність динаміки за цими показниками.

Аналізуючи да за шкалою «Деперсоналізацію», то вони знаходяться в

зоні невизначеності, з незначним наближенням до зони незначимості, що дає можливість стверджувати про умовне досягнення означеної гіпотезу. Цей результат може бути пов'язаний зі стандартним відхиленням, оскільки результати до та під час військового стану не показали статистично значущої різниці. Або можна припустити, що причиною такого результату може бути недостатня кількість респондентів.

Отже, підтверджується гіпотеза про те, що динаміка емоційного виснаження може спостерігатися у медичних працівників згаданої вибірки як до, так і після року введення військового стану. Звичайно, є вимірювання, які не є статистично значущими. Причиною цього може бути незначна різниця в результатах або недостатня кількість респондентів.

Виявлено, що особисті переконання, сильні сторони, здібності, навички та цінності медичних працівників стабільні, і вони намагаються їх дотримуватися під час війни, що, на нашу думку, є сприятливим для поновлення ресурсів і самопідтримки. Водночас ми бачимо, що для респондентів така ситуація, як військовий стан, більше впливає на професійний статус та освіту, ніж на повсякденне життя.

2.3. Рекомендації щодо подолання симптомів емоційного вигорання медичними працівниками

У процесі емоційного вигорання в людини спостерігається зниження симптомів, які значною мірою підвищують ефективність професійної діяльності. Тому важливо знати, як запобігти і подолати емоційне виснаження. Підсумкуємо їх у таблиці.

Таблиця 2.3.

Способи профілактики та план дій з усунення синдрому емоційного вигорання

Способи профілактики емоційного вигорання	План дій з усунення емоційного вигорання
Поради працівникам	
<ul style="list-style-type: none"> - набуття навичок планування часу; - відпочинок і якісний сон; - баланс роботи та особистого життя; - порозуміння з керівництвом щодо рівня навантаження; - наявність захоплень, хобі; - фізична активність і спорт. 	<ul style="list-style-type: none"> - консультація лікаря-спеціаліста (психолога); - упорядкування режиму дня; - варіювання занять у вільний від роботи час; - обговорення поточної ситуацію з керівництвом, вносячи пропозиції щодо змін; - щорічні відпустки (оплачувані або самооплачувані).
Поради керівництву організації	
<ul style="list-style-type: none"> - гарантування комфортної атмосфери у спілкуванні з підлеглими; - навчання з тайм-менеджменту; - стеження за емоційним станом працівників; - забезпечення існування ефективної системи оплати праці; - прозорий розподіл завдань та справедливе навантаження. 	<ul style="list-style-type: none"> - переглядання професійних обов'язків працівників; - тимчасове зниження навантаження на працівників; - організація зон відпочинку; - надавання додаткових вихідні чи відпусток; - направлення працівника до експерта (психолога); - залучення психологів і

	масажистів до складу співробітників компанії.
--	---

Рекомендації щодо виходу із стану емоційного вигорання

- **Відпочинок:** найбільш очевидний варіант, але найефективніший. Емоційне вигорання – це, перш за все, інтелектуальне, емоційне і фізичне виснаження. Навіть якщо у вас сидяча робота з низьким рівнем стресу, відсутність світла в кінці тунелю може призвести до вигорання під час щоденної роботи. Навіть якщо ви любите свою роботу і думаєте про неї щоранку, кожному потрібна перерва. Може допомогти повноцінний активний відпочинок.

- **Дбайте про себе:** люди бувають нервові і не сприймають добрих порад, тому вам потрібно за 5 хвилин знайти найефективніший спосіб зняти стрес на роботі. Випийте чашку лікувального чаю, послухайте улюблені пісні, помедитуйте.

- **Частіше робіть те, що вам подобається:** заняття приємним хобі може допомогти запобігти виснаженню. Адже головне в цьому процесі не тільки уникати стресових ситуацій, а й навчитися поновлювати сили і заряджатися енергією.

- **Будь пильні.** В деяких випадках, коли людина перебуває в стані стресу, основною проблемою є не саме переживання, а те, що ми не знаємо, що саме відбувається і що викликало стрес. З холодною головою у вас буде більше часу для роздумів і вирішення проблем. Наше життя часом виходить з-під контролю, але контролюємо його тільки ми.

- **Слідкуйте за своїм сном:** припините дотримуватись режиму, мозок кілька днів буде відновлюватися. Якщо ви спите 7-8 годин щоночі, нічого

страшного немає, але якщо ви регулярно жертвуєте сном заради «важливіших справ», то пора зупинитися.

- **Фізична активність:** як не дивно, однією з причин емоційного виснаження є відсутність регулярної фізичної активності. Особливо, якщо у вас офісна робота, де ви сидите перед екраном. Найкраще, якщо вправи будуть пов'язані з хобі (кататися на велосипеді, вигулювати собаку або ганятися за кішкою по квартирі). Через кілька занять ваше тіло починає заохочувати вас закінчувати роботу і розпочинати тренування.

- **Знайдіть однодумців:** в Інтернеті є багато груп за інтересами або онлайн-спільнот – ви можете знайти сотні однодумців, які пройшли через ту саму стадію емоційного вигорання.

- **Зверніться до спеціаліста:** причини вашого емоційного вигорання іноді важко зрозуміти без допомоги експерта. Відкиньте думку про те, що якщо ви звернетесь до професіонала, ви не досягнете успіху або що у вас є проблема. Терапія так само важлива для підтримки здорового психіки, як і відвідування тренажерного залу. Емоційне виснаження є не лише ознакою стресу на роботі, воно також може спричинити нові проблеми.

Висновок до другого розділу

Для досягнення мети та завдання дослідження нами було проведено емпіричне дослідження емоційного вигорання медичних працівників на початку війни та за рік війни. Всього в дослідженні взяли участь 23 респонденти медичного профілю.

Аналізуючи результати тесту на емоційне вигорання за методикою МВІ, спостерігається тенденція до більш високого рівня емоційного виснаження серед медичних працівників ще до військової стану. Однак, коли вони відчували емоційне виснаження, оптанти могли контролювати ситуацію,

оскільки за шкалами «Деперсоналізації» та «Редукції професійних обов'язків» у респондентів домінують показники середнього та низького рівнів.

Точніше, емоційне виснаження не змінило ставлення респондентів до себе та не вплинуло на виконання посадових обов'язків, респонденти вміють контролювати свій емоційний стан та вміють долати ситуаційні труднощі, які можуть виникнути у медичних працівників.

Після введення військового стану ці показники суттєво змінилися, що статистично підтверджено. Значно підвищені показники емоційного виснаження, деперсоналізації та скорочення робочої активності можуть свідчити про те, що медичні працівники намагаються полегшити або зменшити емоційно вимогливу діяльність і виконують свою роботу автоматично, мінімізуючи особисту та емоційну взаємодію з хворими. Долати стрес і зовнішні впливи, особисту ізоляцію, емоційну відстороненість від колег і бажання працювати респондентам стало важко, що також підтверджується цими показниками.

Так, порівнюючи показники, отримані за шкалою «Емоційного виснаження» медичних працівників на початку війни та за рік військового стану у 83% респондентів відзначено переважання високих показників та відсутність низьких показників за шкалою війни. Водночас за шкалою емоційного виснаження мирного часу високий бал набрали 52 відсотки виборців, а за цією шкалою є середній і низький.

Отже, зіставляючи показники отримані за шкалою «Емоційне виснаження» медичних працівників до та під час військових дій, зафіксовано переважання високих показників після першого року війни у 83% досліджуваних та відсутність низьких показників. При цьому на початку війни високі показники за шкалою емоційне виснаження зафіксовано в 52% опитаних, при цьому присутні середні та низькі показники за даною шкалою.

За шкалою «Деперсоналізація» є зростання високого рівня з 39% до 87%, а середній та низький, так само як і в «Емоційному виснаженні», йдуть на спад. За шкалою «Редукція професійних обов'язків» спостерігається така ж ситуація, що й з іншими шкалами. На початку воєнного стану високий рівень виявлено в 26% респондентів, вже через рік війни цей показник зріс до 87%, відповідно, середній та низький показник знизилась.

Аналізуючи результати за методикою «Шкала мотивації до успіху» Т. Елерса слід зауважити, що до початку військового стану 43% респондентів мали середній рівень мотивації до успіху, 35% – помірний рівень, 22% – високий рівень. Вже за рік війни ці показники змінилися. Високий рівень мотивації залишився незмінний 22%, а ось помірний рівень помітно зменшився(13%), а на томість з'явилися респонденти, які мають низький рівень мотивації. Помірно орієнтовані на успіх респонденти, вважають за краще середній рівень ризику. Ті ж, хто боїться невдач, віддають перевагу малому або, навпаки, занадто великому рівню ризику. Чим вище мотивація людини до успіху – досягненню мети, тим нижче готовність до ризику. При цьому мотивація до успіху впливає і на надію на успіх: при сильній мотивації до успіху, надії на успіх зазвичай скромніша, ніж при слабкій мотивації до успіху. До того ж, людям, мотивованим на успіх і мають великі надії на нього, характерно уникати високого ризику

Слід зазначити, що показники самооцінки респондентів перед початком війни та за рік війни є оптимальними (78% та 83% відповідно), тобто оптанти реально оцінюють свої сили та себе (рис. 2.2.7 і та Додаток Д). Іншими словами, можливо, стресові ситуації показали справжні здібності респондентів, вони переоцінили власні сили і, можливо, вони бачили себе інакше, відчули власну силу в професійному та особистому просторі.

У надзвичайних ситуаціях на медичних працівників лежить подвійний тягар, оскільки вони мають мати справу з емоціями пацієнтів та своїми емоціями, і водночас мають ефективно виконувати свої професійні обов'язки тут і зараз. Однак, зважаючи на погані умови праці, працівники цього медичного закладу все ще мають оптимальний рівень домагань, що допомагає їм виконувати свою роботу, як і раніше.

ВИСНОВКИ

Емоційне вигорання виникає під час професійної діяльності в результаті сукупності таких факторів, як індивідуальні особливості людини, міжособистісні стосунки, професійна і робоча ситуація. Емоційне вигорання пов'язане з різноманітними зовнішніми та внутрішніми факторами, а також частотою професійних помилок і є супутником багатьох професій, у тому числі й медичних працівників. І. Харді, В. Косарєв, Г. Васюков, Барабанова та Н. Водоп'янова розглядали емоційне вигорання наслідком професійного стресу медичних працівників у своїй роботі.

Ми тлумачемо емоційне вигорання як фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, яке виникає як реакція на стрес у відповідь на продуктивні та емоційні вимоги роботи.

Професійна діяльність медичних працівників зумовлює високу частку факторів емоційної насиченості та стресу. За звичайних обставин медичні працівники постійно піддаються психологічному тиску з боку пацієнтів та їхніх родичів, колег, керівництва. Цей тиск особливо посилюється в кризових ситуаціях: війни, епідемії, техногенні катастрофи, коли медичні працівники займають першу лінію захисту, що призводить до професійного вигорання.

Робота в сучасних умовах вимагає фізичних, розумових і психологічних здібностей медпрацівників. Незважаючи на збільшення кількості стресових факторів, роботу під час повітряних тривог, позмінну роботу та неможливість повноцінного спілкування з рідними та близькими, медичний персонал повинен дотримуватись усіх протоколів лікування та реанімаційних заходів, приймати термінові клінічно важливі рішення та виконувати рекомендації принципів медичної етики та суворе дотримання правил безпеки при роботі в умовах військового стану.

Емоційне виснаження, деперсоналізація, редукція професійних досягнень,

мотивація до успіху, самооцінка, рівень домагань – параметри, які посилюють емоційне вигорання, так як:

- емоційне виснаження відбиває тяжкість емоційного стану, пов'язаного з професійною діяльністю;

- деперсоналізація – відтворює рівень підтримуваних стосунків з колегами по роботі, а також загальне відчуття себе як особистості по відношенню до професійної діяльності;

- редукція професійних досягнень – свідчить про загальний рівень оптимізму, впевненості в собі та здатності вирішувати нові проблеми, позитивне ставлення до роботи та співробітників;

- мотивація успіху – на думку Л. Джуелл, «мотивація успіху може розвиватися в умовах праці, коли люди безпосередньо відчувають всі переваги, пов'язані з успіхом». Таким чином, важливо вивчити показники мотивації досягнення успіху в рамках дослідження емоційного вигорання медичних працівників;

- самооцінка – у структурі самосвідомості виділяємо такі компоненти: самовпевненість, самозвинувачення, самоповага, самосимпатія, залежність від особистого інтересу людини, що формує емоційний простір, в якому формується установки до самого себе. Самоатрибуція людини може сприяти або запобігати емоційному виснаженню;

- рівень домагань – нездатність досягнути поставлених цілей завжди призводить до невдач, викликає невдоволення, тривогу, агресію та інші фактори, що призводять до емоційного виснаження.

Для виконання мети та завдань дослідження ми провели емпіричний аналіз емоційного вигорання медичних працівників на початку та за рік введення військового стану. У дослідженні взяли участь 23 респонденти – медичні працівники.

Аналізуючи результати тесту на емоційне вигарання за методикою МВІ, спостерігається тенденція до більш високого рівня емоційного виснаження серед медичних працівників ще до військової стану. Однак, коли вони відчували емоційне виснаження, оптанти могли контролювати ситуацію, оскільки за шкалами «Деперсоналізації» та «Редукції професійних обов'язків» у респондентів домінують показники середнього та низького рівнів.

Точніше, емоційне виснаження не змінило ставлення респондентів до себе та не вплинуло на виконання посадових обов'язків, респонденти вміють контролювати свій емоційний стан та вміють долати ситуаційні труднощі, які можуть виникнути у медичних працівників.

Після введення військового стану ці показники суттєво змінилися, що статистично підтверджено. Значно підвищені показники емоційного виснаження, деперсоналізації та скорочення робочої активності можуть свідчити про те, що медичні працівники намагаються полегшити або зменшити емоційно вимогливу діяльність і виконують свою роботу автоматично, мінімізуючи особисту та емоційну взаємодію з хворими. Долати стрес і зовнішні впливи, особисту ізоляцію, емоційну відстороненість від колег і бажання працювати респондентам стало важко, що також підтверджується цими показниками.

Так, порівнюючи показники, отримані за шкалою «Емоційного виснаження» медичних працівників на початку війни та за рік військового стану у 83% респондентів відзначено переважання високих показників та відсутність низьких показників за шкалою війни. Водночас за шкалою емоційного виснаження мирного часу високий бал набрали 52 відсотки виборців, а за цією шкалою є середній і низький.

Отже, зіставляючи показники отримані за шкалою «Емоційне виснаження» медичних працівників до та під час військових дій, зафіксовано

переважання високих показників після першого року війни у 83% досліджуваних та відсутність низьких показників. При цьому на початку війни високі показники за шкалою емоційне виснаження зафіксовано в 52% опитаних, при цьому присутні середні та низькі показники за даною шкалою.

За шкалою «Деперсоналізація» є зростання високого рівня з 39% до 87%, а середній та низький, так само як і в «Емоційному виснаженні», йдуть на спад. За шкалою «Редукція професійних обов'язків» спостерігається така ж ситуація, що й з іншими шкалами. На початку воєнного стану високий рівень виявлено в 26% респондентів, вже через рік війни цей показник зріс до 87%, відповідно, середній та низький показник знизилась.

Аналізуючи результати за методикою «Шкала мотивації до успіху» Т. Елерса слід зауважити, що до початку військового стану 43% респондентів мали середній рівень мотивації до успіху, 35% – помірний рівень, 22% – високий рівень. Вже за рік війни ці показники змінилися. Високий рівень мотивації залишився незмінний 22%, а ось помірний рівень помітно зменшився(13%), а на томість з'явилися респонденти, які мають низький рівень мотивації. Помірно орієнтовані на успіх респонденти, вважають за краще середній рівень ризику. Ті ж, хто боїться невдач, віддають перевагу малому або, навпаки, занадто великому рівню ризику. Чим вище мотивація людини до успіху – досягненню мети, тим нижче готовність до ризику. При цьому мотивація до успіху впливає і на надію на успіх: при сильній мотивації до успіху, надії на успіх зазвичай скромніша, ніж при слабкій мотивації до успіху. До того ж, людям, мотивованим на успіх і мають великі надії на нього, характерно уникати високого ризику

Слід зазначити, що показники самооцінки респондентів перед початком війни та за рік війни є оптимальними (78% та 83% відповідно), тобто опитані реально оцінюють свої сили та себе (рис. 2.2.7 і та Додаток Д). Іншими

словами, можливо, стресові ситуації показали справжні здібності респондентів, вони переоцінили власні сили і, можливо, вони бачили себе інакше, відчули власну силу в професійному та особистому просторі.

У надзвичайних ситуаціях на медичних працівників лежить подвійний тягар, оскільки вони мають мати справу з емоціями пацієнтів та своїми емоціями, і водночас мають ефективно виконувати свої професійні обов'язки тут і зараз. Однак, зважаючи на погані умови праці, працівники цього медичного закладу все ще мають оптимальний рівень домагань, що допомагає їм виконувати свою роботу, як і раніше.

Провівши математичний аналіз за допомогою Т-критерію Вілкоксона, було встановлено статистично достовірний характер відмінностей між двома залежними змінними.

Ми вважаємо, що збільшились такі негативні показники, як емоційне виснаження та редукція професійних обов'язків. Медичні працівники досить гостро відчувають на собі умови воєнного стану, що проявляється в емоційних зривав, спалахах гніву в сторону пацієнтів або їх родичів, відстороненості від близьких людей, зниженні здатності співчувати і співпереживати. Зниження професійної ефективності працівника може проявлятися в негативізмі щодо можливостей роботи, в обмеженні відповідальності перед соціальним оточенням, у зниженні відчуття важливості виконуваної діяльності. Гостро проявляється почуття власної некомпетентності. Крім того, слід відмітити зростання позитивного показника як мотивація до успіху. Це означає, що під час війни медичний персонал сприймає негаразди як виклик, щоб рухатися вперед і реагувати з оптимізмом і силою. Їх мета – досягти успіху в своїх починаннях і таким чином успішно подолати перешкоди, що може характеризувати їх як сміливих, цілеспрямованих та таких, що не бояться ризикувати.

Підсумовуючи, можна зазначити, що за показниками шкал: «Емоційне виснаження», «Редукція професійних обов'язків», «Мотивація до успіху» у досліджуваній вибірці встановлені достовірні відмінності, тож це є статистично значущими результатами. Це означає, що показники, отримані під час воєнного стану, достовірно відрізняються від отриманих у період початку військового стану, що дозволяє підтвердити гіпотезу про наявність динаміки емоційного виснаження медичного персоналу. У той же час ми виявляємо, що за шкалами «Рівень домагань» та «Самооцінка» прослідковується відсутність статистичної значущості, так як розрахункове (емпіричне) значення $T_{\text{Емп}}$ нижче за табличне $T_{\text{кр}}$, що вказує на відсутність динаміки за цими показниками.

Аналізуючи да за шкалою «Деперсоналізацію», то вони знаходяться в зоні невизначеності, з незначним наближенням до зони незначимості, що дає можливість стверджувати про умовне досягнення означеної гіпотезу. Цей результат може бути пов'язаний зі стандартним відхиленням, оскільки результати до та під час військового стану не показали статистично значущої різниці. Або можна припустити, що причиною такого результату може бути недостатня кількість респондентів.

Отже, підтверджується гіпотеза про те, що динаміка емоційного виснаження може спостерігатися в медичних працівників згаданої вибірки як на початку так і після року введення військового стану. Звичайно, є вимірювання, які не є статистично значущими. Причиною цього може бути незначна різниця в результатах або недостатня кількість респондентів.

Виявлено, що особисті переконання, сильні сторони, здібності, навички та цінності медичних працівників стабільні, і вони намагаються їх дотримуватися під час війни, що, на нашу думку, є сприятливим для поновлення ресурсів і самопідтримки. Водночас ми бачимо, що для

респондентів така ситуація, як військовий стан, більше впливає на професійний статус та освіту, ніж на повсякденне життя. Тому нами були запропоновані рекомендації, які деякою мірою допоможуть медичним працівникам вийти із цього стану, або знизять рівень цього емоційного вигорання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

2. Батюх О. В. Синдром емоційного вигорання у медичних сестер. *Медсестринство*. 2011. № 1. С. 11–13.
3. Бойко В. Синдром емоційного вигорання: діагностика і профілактика. Хмельницький: Кронос, 2018. 332 с.
4. Бондаревська Л. Вплив психотравмуючих подій на виникнення психічного вигорання Київ: Либідь, 2015. 159 с.
5. Вітенко І. С. Психологічні основи лікувально-профілактичної діяльності та підготовки лікаря загальної практики – сімейного лікаря. Харків: Золоті сторінки, 2002. 392 с.
6. Водоп'янов Н. Синдром емоційного вигорання: діагностика і психологічна допомога. Львів: Гроно, 2010. 210 с.
7. Гончарова І. М. Професійно-емоційне вигорання та заходи його попередження. *Пріоритети розвитку медичних наук у XXI столітті: матеріали наук.-практ. конф.* Одеса, 2016. С. 71–73.
8. Гончарук А. В. Психологічна допомога при емоційному вигоранні медичних працівників в умовах пандемії COVID-19. *Психологія і суспільство*. 2022. №2. С. 79–84.
9. Дроздова А. Р. Психологічні чинники прояву синдрому «емоційного вигорання» у представників різних типів професій і безробітних : дис. канд. психол. наук : 19.00.01. Харків, 2013. 249 с.
10. Знанецька О. М. Психологічні особливості розвитку синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. *Вісник Дніпропетровського університету. Серія : Педагогіка і психологія*. 2013. Т. 21, вип. 19. С. 80-87.
11. Зубок І. М. Психологічні особливості емоційного вигорання медичних працівників. *Наукові записки*. 2019. № 2. С. 45–49.
12. Іващенко Л. Ю. *Профілактика синдрому емоційного вигорання у*

медичних працівників первинної ланки охорони здоров'я. Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Педагогіка. 2020. №2(47), с. 125–129.

13. Кінцевий Р., Боухал М. Психологія у медицині. Прага: Авіценум, 1983. 405 с.

14. Коваленко. І. В. *Емоційне вигорання як наслідок професійної діяльності медичних працівників. Вісник психології і педагогіки. 2018. № 38.*

15. Корольчук В.М. Аналіз результатів диференцій-но-інтегральної оцінки чинників професійного стресу. *Проблеми екстремальної та кризової психології. Збірник наукових праць. Вип. 15. Харків: НУЦЗУ, 2014. С. 88-96.*

16. Коса Т. В. Синдром емоційного вигорання серед медичних працівників. *Медсестринство. 2019. № 3. С. 41–44.*

17. Кужель І. Р. Рівень емоційного вигорання як базовий критерій необхідності та змісту психоед'юкативної та психокорекційної роботи з медичним персоналом хоспісу. *Психіатрія. 2010. № 1. С. 34–39.*

18. Кундієв Ю.І., Трахтенберг І.М., Чернюк В.І., Нагорна А.М. Медицина праці на сучасному етапі. *Актуальні питання охорони здоров'я. Науковий журнал МОЗ України. № 1(5). 2014. С. 47-54.*

19. Лаврова М. Г. Теоретичний аналіз сучасних поглядів на поняття «емоційне вигорання». *Вісник Одеського національного університету. Психологія. 2014. Т. 19, Вип. 2. С. 194-202*

20. Легка Л. М. Організація діяльності психологічних служб. Львів: Новий Світ-2000, 2009. 370 с.

21. Малхазов О. Р. Психологія праці: навчальний посібник. К. : Центр учбової літератури, 2010. 206 с.

22. Марута Н.О., Чабан О.С., Каленська Г.Ю. Особливості емоційного вигорання в працівників сфери охорони неврологічного та психічного здоров'я. *Міжнародний неврологічний журнал. 2019. № 7 (109). С. 22–30.*

23. Методичні рекомендації «Профілактика професійного вигорання працівників соціальної сфери» / за загальною редакцією кандидата медичних наук М. Л. Авраменка. Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів. Л. : 2008. 53 с.

24. Микитенко М. «Синдром згоряння»: позитивний підхід до проблеми. Київ: Олді ТМ, 2018. 245 с.

25. Мірошниченко О. Профілактика «синдрому» професійного вигорання у працюючих в екстремальних умовах : навч.-метод. посіб. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І.Франка, 2013. 155с

26. Міщенко М. С., Бойко В. В. Особливості дослідження синдрому емоційного вигорання за допомогою методики «Діагностика рівня емоційного вигорання». *Young Scientist*. 2015. № 4 (19). С. 103–105.

27. Наумова В.Ю. Феномен емоційного вигорання. *Освіта дорослих: енциклопедичний словник* / за ред. В.Г.Кременя, Ю.В.Ковбасюка; [упоряд.: Н.Г.Протасова, Ю.О.Молчанова, Т.В.Куренна; ред. рада: В.Г. Кремень, Ю.В. Ковбасюк, Н.Г. Протасова та ін.]; Нац. акад. пед. наук України, Нац. акад. держ. упр. при Президентові України [та ін.]. К.: Основа, 2014, 496 с. С.443.

28. Основи практичної психології: підруч. для вищ. навч. закладів освіти / кол. авт.: В. Г. Панок, Н. В. Чепелева, Т. М. Титаренко та ін. К.: Либідь, 1998. 450 с.

29. Піонтковський Р. В. Емоційне вигорання серед працівників інтенсивної терапії: емпіричне дослідження. *Медична психологія*. 2020. № 4. С. 25–30.

31. Психологічні особливості віддалених наслідків стресогенних впливів: монографія / за ред. М.С. Корольчука. К.: Київ, нац. торг.-екон. ун-т, 2014. 276 с.

32. Старовойт О. Непевність і емоційне вигорання особистості як бар'єри

інноваційної діяльності. *Вісник Інституту розвитку дитини*. Сер.: Філософія, педагогіка, психологія. 2014. Вип. 36. С. 50-57.

33. Тимофієва М. П. Психологія здоров'я. Чернівці: Книги-XXI, 2009. 294, с.

34. Шевченко В. В., Моспаненко І. П. Синдром емоційного вигорання працівників освіти. *Збірник наукових праць. Психологічні науки*. Вип. 2.13 (109). С. 252–257.

35. Шевчук В.В. Сучасні підходи до визначення категорії «емоційне вигорання». *Габітус*. 2020. Випуск 17. С.141 – 145

36. Шкраб'юк В. С., Білик Д. І. Емоційне вигорання особистості: психологічний аналіз проблеми. *Молодий вчений*. 2020. № 10 (86) С. 293 – 296.

37. Юрченко В. І., Приходько Ю. О. Психологічний словник-довідник. Навчальний посібник. К.: Каравела, 2016. 328 с.

38. Burnout: A multidimensional perspective. *Professional burnout: Recent developments in the theory and research* / Ed. W.B. Shaufeli, C. Maslach and T. Marek. Washington D.C: Taylor & Trancis, 1993. P. 19-32.

39. Freundberger H. J. Sta burnout. *Social Scienses*.1974. P. 159–166. URL: <https://allsoft.ru/software/vendors/grupparazrabortchikov-professora-v-v-savchenko/voiceself-analysis>

40. Findik U. Y. Operating Room Nurses' Burnout and Safety Applications. *International Journal of Caring Sciences*. 2015. Vol. 8, issue 3. P. 610–618.

41. Sultana A, Sharma R, Hossain M, Bhattacharya S, Purohit N. Burnout among healthcare providers during COVID-19: Challenges and evidence-based interventions. *Indian J Med Ethics*. 2020;5(4):308-11.

42. Shanafelt T, West C, Sinsky C et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Integration in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2017. *Mayo Clin Proc*. 2019;94(9):1681-94.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Опитувальник вигорання Маслач МВІ

Інструкція: Будь ласка, дайте відповідь, як часто Ви відчуваєте почуття, перераховані в кожному з пунктів опитувальника. Над відповідями довго не замислюйтесь, відповідайте, керуючись першим враженням.

Твердження	Ніколи	Дуже рідко	Рідко	Іноді	Часто	Дуже часто	Кожен день
1. Я відчуваю емоційно спустошеним.							
2. До кінця робочого дня я відчуваюся як вижитий лимон.							
3. Я відчуваюся втомленим, коли встаю вранці і повинен (маю) йти на роботу.							
4. Я добре розумію, що відчувають мої пацієнти і використовую це для більш успішного лікування.							
5. Я спілкуюся з моїми пацієнтами (хворими) лише формально, без зайвих емоцій і прагну звести час спілкування з ними до мінімуму.							
6. Я відчуваюся енергійним і емоційно піднятим.							
7. Я вмію знаходити правильне рішення у конфліктних ситуаціях із хворими та їхніми родичами.							
8. Я відчуваю пригніченість та апатію.							
9. Я можу позитивно впливати на самопочуття та настрій хворих (пацієнтів).							

10. Останнім часом я став більш черствим(байдужим) по відношенню до хворих.							
11. Як правило, люди, що оточують мене, занадто багато вимагають від мене. Вони швидше втомлюють, ніж тішать мене.							
12. У мене багато планів на майбутнє, я вірю в їхнє здійснення.							
13. Я відчуваю більше життєвих розчарувань.							
14. Я відчуваю байдужість і втрачу інтересу до багато чого, що тішило мене раніше.							
15. Буває, мені справді байдуже те, що відбувається з деякими моїми хворими.							
16. Мені хочеться усамітнитися і відпочити від усього та всіх.							
17. Я легко можу створити атмосферу доброзичливості та оптимізму у відносинах з моїми колегами та у відносинах з моїми хворими.							
18. Я легко спілкуюся з хворими та їхніми родичами незалежно від їхнього соціального статусу та характеру.							
19. Я багато встигаю зробити за день.							
20. Я почуваюся на межі можливостей.							
21. Я ще багато зможу досягти у своєму житті.							
22. Хворі, як правило, – невдячні люди.							

ДОДАТОК Б

**ДІАГНОСТИКА ОСОБИСТОСТІ НА МОТИВАЦІЮ ДО УСПІХУ
Т.ЕЛЕРСА**

1. Коли є вибір між двома варіантами, його краще зробити швидше, ніж відкласти на певний час.
2. Я легко дратуюся, коли помічаю, що не можу на всі 100% виконати завдання.
3. Коли я працюю, це виглядає так, ніби я все ставлю на карту.
4. Коли виникає проблемна ситуація, я найчастіше приймаю рішення одним з останніх.
5. Коли у мене два дні поспіль немає справи, я втрачаю спокій.
6. У деякі дні мої успіхи нижче середніх.
7. По відношенню до себе я більш строгий, ніж по відношенню до інших.
8. Я більш доброзичливий, ніж інші.
9. Коли я відмовляюся від важкого завдання, я потім суворо засуджую себе, бо знаю, що в ньому я домігся б успіху.
10. У процесі роботи я потребую невеликих пауз для відпочинку.
11. Старанність - це не основна моя риса.
12. Мої досягнення в праці не завжди однакові.
13. Мене більше приваблює інша робота, ніж та, якою я зайнятий.
14. Осуд стимулює мене сильніше, ніж похвала.
15. Я знаю, що мої колеги вважають мене діловою людиною.
16. Перешкоди роблять мої рішення більш твердими.
17. У мене легко викликати честолюбство.
18. Коли я працюю без натхнення, це зазвичай помітно.
19. При виконанні роботи я не розраховую на допомогу інших.
20. Іноді я відкладаю те, що повинен був зробити зараз.
21. Потрібно покладатися тільки на самого себе.
22. У житті мало речей, важливіших, ніж гроші.
23. Завжди, коли мені треба буде виконати важливе завдання, я ні про що інше не думаю.
24. Я менш честолюбний, ніж багато інших.
25. У кінці відпустки я зазвичай радію, що скоро вийду на роботу.
26. Коли я розташований до роботи, я роблю її краще і більш кваліфіковано, ніж інші.
27. Мені простіше і легше спілкуватися з людьми, які можуть наполегливо працювати.
28. Коли у мене немає справ, я відчуваю, що мені не по собі.
29. Мені доводиться виконувати відповідальну роботу частіше, ніж іншим.
30. Коли мені доводиться приймати рішення, я намагаюся робити це якомога краще.
31. Мої друзі іноді вважають мене ледачим.
32. Мої успіхи в якійсь мірі залежать від моїх колег.

33. Безглуздо протидіяти волі керівника.
34. Іноді не знаєш, яку роботу доведеться виконувати.
35. Коли щось не ладиться, я нетерплячий.
36. Я зазвичай звертаю мало уваги на свої досягнення.
37. Коли я працюю разом з іншими, моя робота дає великі результати, ніж роботи інших.
38. Багато чого, за що я беруся, я не доводжу до кінця.
39. Я заздрю людям, які не завантажені роботою.
40. Я не заздрю тим, хто прагне до влади і положенню.
41. Коли я впевнений, що стою на правильному шляху, для доведення своєї справи я йду аж до крайніх заходів.

ДОДАТОК В

Методика самооцінки й рівня домагань Дембо-Рубінштейн

Інструкція. Будь-яка людина оцінює свої здібності, можливості, характер та ін. Рівень розвитку кожної якості, сторони людської особистості можна умовно зобразити вертикальною лінією, нижня точка якої символізуватиме найнижчий розвиток, а верхня — найвище. Вам пропонуються п'ять таких ліній. Вони позначають:

1. розум;
2. характер;
3. товариськість;
4. популярність;
5. впевненість у собі.

На кожній лінії рисою (—) відзначте, як ви оцінюєте розвиток у себе цієї якості, сторони вашої особи в даний момент часу.

ДОДАТОК Г

Результати за методикою МВІ ДО та ПІД ЧАС військового стану

Шкали	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Емоційне вигорання_ДО	28	31	35	20	11	14	46	23	18	18
Емоційне вигорання_ПІДЧАС	35	46	29	44	23	35	22	43	43	32
Деперсоналізація_ДО	10	14	12	2	0	3	19	25	8	9
Деперсоналізація_ПІДЧАС	13	11	10	14	13	16	12	13	14	13
Редукція проф. досягнень_ДО	31	37	31	40	35	47	17	30	44	32
Редукція проф. досягнень_ПІД ЧАС	27	24	24	32	30	29	28	23	19	29

Шкали	1 1	1 2	1 3	1 4	1 5	1 6	1 7	1 8	1 9	2 0	2 1	2 2	2 3	СР/ п
Емоційне вигорання_ДО	3 8	3 6	3 7	2 8	2 8	1 1	1 4	4 6	2 3	1 8	1 8	3 5	2 0	26
Емоційне вигорання_ПІД ЧАС	3 8	4 4	4 4	3 7	2 6	3 9	2 4	3 4	3 7	4 4	3 9	2 4	2 4	35
Деперсоналізація_ДО	5	1 2	1 6	8	4	0	3	1 9	2 5	8	9	1 2	2	10
Деперсоналізація_ПІДЧАС	1 3	1 1	1 5	1 1	1 3	1 2	1 0	1 5	1 4	1 0	1 3	1 5	1 1	13
Редукція проф. досягнень_ДО	3 2	2 7	3 1	2 3	3 6	3 5	4 7	1 7	3 0	4 4	3 2	3 1	4 0	33
Редукція проф. досягнень_ПІД ЧАС	2 7	3 0	2 1	2 5	2 8	3 1	3 0	2 7	2 4	2 8	3 8	2 9	2 8	27

ДОДАТОК Д

**Результати за методикою Дембо_Рубінштейн ДО та ПІД ЧАС
військового стану**

На початку військового стану		
№ респондента	Самооцінка	Рівень домагань
1	72	90
2	72	91
3	61	70
4	40	60
5	64	80
6	44	58
7	58	65
8	68	79
9	52	70
10	70	88
11	43	60
12	53	64
13	70	78
14	43	60
15	53	64
16	70	78
17	55	65
18	60	70
19	44	56
20	69	74
21	49	63
22	44	51
23	54	60
Середній показник	57	69

1 рік війни		
№ респондента	Самооцінка	Рівень домагань
1	76	85
2	65	91
3	59	51
4	46	71
5	60	75
6	39	58
7	63	82
8	91	68
9	50	76
10	71	70
11	54	85
12	67	59
13	46	79
14	86	76
15	94	52
16	71	76
17	86	59
18	41	78
19	94	66
20	94	89
21	40	76
22	68	64

23	47	42
Середній показник	66	71

ДОДАТОК Е

Результати за методикою «Мотивація до успіху» Т. Елерса на початку та за 1 рік військового стану

На початку військового стану																								
№	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	Середній показник
Шкала мотивації до успіху	19	14	23	26	21	15	14	14	18	23	13	21	14	19	15	20	20	16	14	14	17	17	18	18

ЗА РІК ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ																								
№	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	Середній показник
Шкала мотивації до успіху	15	11	21	15	20	7	11	14	13	21	8	8	18	7	9	6	12	15	20	23	10	11	23	14

ДОДАТОК Є

T-критерій Вілкоксона
T-Вілкоксона шкала «Самооцінка»

N	«ДО»	«Після»	Зсув (t після – t до)	Абсолютнезначення зсуву	Ранговий номер зсуву
1	72	76	4	4	5.5
2	72	65	-7	7	10.5
3	61	59	-2	2	3.5
4	40	46	6	6	9
5	64	60	-4	4	5.5
6	44	39	-5	5	7.5
7	58	63	5	5	7.5
8	68	91	23	23	16
9	52	50	-2	2	3.5
10	70	71	1	1	1.5
11	43	54	11	11	13
12	53	67	14	14	14
13	70	46	-24	24	17.5
14	43	86	43	43	22
15	53	94	41	41	21
16	70	71	1	1	1.5
17	55	86	31	31	20
18	60	41	-19	19	15
19	44	94	50	50	23
20	69	94	25	25	19
21	49	40	-9	9	12
22	44	68	24	24	17.5
23	54	47	-7	7	10.5
Сума рангів нетипових зрушень :					85.5

Результат: $T_{Emn} = 85.5$

n	T_{Kp}	
	0.01	0.05
23	62	83

Т-Вілкоксона шкала «Рівень домагань»

№	"До"	"Після"	Зсув (t після – t до)	Абсолютне значення зсуву	Ранговий номер зсуву
1	90	85	-5	5	4
2	91	91	0	0	0
3	70	51	-19	19	20
4	60	71	11	11	10.5
5	80	75	-5	5	4
6	58	58	0	0	0
7	65	82	17	17	17
8	79	68	-11	11	10.5
9	70	76	6	6	6.5
10	88	70	-18	18	18.5
11	60	85	25	25	21
12	64	59	-5	5	4
13	78	79	1	1	1
14	60	76	16	16	16
15	64	52	-12	12	12
16	78	76	-2	2	2
17	65	59	-6	6	6.5
18	70	78	8	8	8
19	56	66	10	10	9
20	74	89	15	15	15
21	63	76	13	13	13.5
22	51	64	13	13	13.5
23	60	42	-18	18	18.5
Сума рангів нетипових зрушень:					100

Результат: $T_{Emn} = 100$

n	T_{Kp}	
	0.01	0.05
23	49	67

T-Вілкоксона шкала «Емоційне виснаження»

N	"До"	"Після"	Зсув (t після – t до)	Абсолютне значення зсуву	Ранговий номер зсуву
1	28	35	7	7	5.5
2	31	46	15	15	12.5
3	35	29	-6	6	4
4	20	44	24	24	18.5
5	11	23	12	12	10
6	14	35	21	21	16
7	46	22	-24	24	18.5
8	23	43	20	20	15
9	18	43	25	25	20.5
10	18	32	14	14	11
11	38	38	0	0	0
12	36	44	8	8	7
13	37	44	7	7	5.5
14	28	37	9	9	8
15	11	26	15	15	12.5
16	14	39	25	25	20.5
17	46	24	-22	22	17
18	23	34	11	11	9
19	18	37	19	19	14
20	18	44	26	26	22
21	35	39	4	4	2.5
22	20	24	4	4	2.5
23	26	24	-2	2	1
Сума рангів нетипових зрушень:					40.5

Результат: $T_{Emn} = 40.5$

n	$T_{кр}$	
	0.01	0.05
23	55	75

T-Вілкоксона шкала «Деперсоналізація»

N	"До"	"Після"	Зсув (t після – t до)	Абсолютне значення зсуву	Ранговий номер зсуву
1	10	13	3	3	6.5
2	14	11	-3	3	6.5
3	12	10	-2	2	3.5
4	2	14	12	12	20
5	0	13	13	13	22.5
6	3	16	13	13	22.5
7	19	12	-7	7	13.5
8	25	13	-12	12	20
9	8	14	6	6	12
10	9	13	4	4	10
11	5	13	8	8	15
12	12	11	-1	1	1.5
13	16	15	-1	1	1.5
14	8	11	3	3	6.5
15	4	13	9	9	16.5
16	0	12	12	12	20
17	3	10	7	7	13.5
18	19	15	-4	4	10
19	25	14	-11	11	18
20	8	10	2	2	3.5
21	9	13	4	4	10
22	12	15	3	3	6.5
23	2	11	9	9	16.5
Сума рангів нетипових зрушень:					74.5

Результат: $T_{Emn} = 74.5$

n	$T_{кр}$	
	0.01	0.05
23	62	83

T-Вілкоксона шкала «Редукція професійних обов'язків»

N	"До"	"Після"	Зсув (t після – t до)	Абсолютне значення зсуву	Ранговий номер зсуву
1	31	27	-4	4	5.5
2	37	24	-13	13	19
3	31	24	-7	7	11.5
4	40	32	-8	8	13.5
5	35	30	-5	5	7.5
6	47	29	-18	18	22
7	17	28	11	11	17
8	30	23	-7	7	11.5
9	44	19	-25	25	23
10	32	29	-3	3	3.5
11	32	27	-5	5	7.5
12	27	30	3	3	3.5
13	31	21	-10	10	15.5
14	23	25	2	2	1.5
15	36	28	-8	8	13.5
16	35	31	-4	4	5.5
17	47	30	-17	17	21
18	17	27	10	10	15.5
19	30	24	-6	6	9.5
20	44	28	-16	16	20
21	32	38	6	6	9.5
22	31	29	-2	2	1.5
23	40	28	-12	12	18
Сума рангів нетипових зрушень:					47

Результат: $T_{Emn} = 47$

n	$T_{кр}$	
	0.01	0.05
23	62	83

T-Вілкоксона шкала «Мотивація до успіху»

N	"До"	"Після"	Зсув (t після – t до)	Абсолютне значення зсуву	Ранговий номер зсуву
1	19	15	-4	4	7.5
2	14	11	-3	3	5.5
3	23	21	-2	2	3.5
4	26	15	-11	11	19
5	21	20	-1	1	1.5
6	15	7	-8	8	16.5
7	14	11	-3	3	5.5
8	14	14	0	0	0
9	18	13	-5	5	10
10	23	21	-2	2	3.5
11	13	8	-5	5	10
12	21	8	-13	13	21
13	14	18	4	4	7.5
14	19	7	-12	12	20
15	15	9	-6	6	13
16	20	6	-14	14	22
17	20	12	-8	8	16.5
18	16	15	-1	1	1.5
19	14	20	6	6	13
20	14	23	9	9	18
21	17	10	-7	7	15
22	17	11	-6	6	13
23	18	23	5	5	10
Сума рангів нетипових зрушень:					48.5

Результат: $T_{Emn} = 48.5$

n	$T_{кр}$	
	0.01	0.05
23	55	75